



REFRESING TENTANG PROGRAM PENCEGAHAN KEKAMBUIHAN DI RUMAH SAKIT JIWA SOEROJOMAGELANG

Nanang Khosim^a, Sonia Selviana^b, Afifah Kurniawati^c, Ainnur Rizqiana D^d,
Fitriana Noor S^e, Inka Nur Safitri^f

^ananangkhosim@gmail.com, Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

^bsoniaselviana@gmail.com, Mahasiswa Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

^cafifahkurniawati@gmail.com, Mahasiswa Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

^dainnurizqiana@gmail.com, Mahasiswa Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

^efitriananoor@gmail.com, Mahasiswa Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

^finkanursafitri@gmail.com, Mahasiswa Akper Kesdam IV/ Diponegoro Semarang

Ringkasan

Permasalahan kesehatan jiwa cenderung meningkat setiap tahunnya. Prevalensi masalah kesehatan jiwa menunjukkan angka sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia (WHO, 2017). Di Indonesia, prevalensi skizofrenia/psikosis 0.18% dan diantaranya 14.0% pernah dipasung dan diantaranya 31.5% dipasung 3 bulan terakhir (Risksdas, 2018). Prevalensi skizofrenia/psikosis di tempat praktik mahasiswa spesialis keperawatan jiwa di kota Bogor berdasarkan prevalensi Jawa Barat sebesar 0.14% dan di kota Magelang berdasarkan prevalensi Jawa Tengah sebesar 0.25%.

Prevalensi dari kekambuhan masalah kesehatan mental dalam hal ini skizofrenia harus menjadi perhatian. Prevalensi kekambuhan pada klien skizofrenia berada dalam rentang 50-92% secara global (Weret & Mukherjee, 2014). Kemungkinan kambuh pada klien skizofrenia adalah 60% sampai 70% dalam beberapa tahun pertama setelah diagnosis (Stuart et al., 2016). Kekambuhan berada pada rentang 50-92% pada tahun pertama setelah didiagnosis.

Kata Kunci : Refresing, Pencegahan, Sakit Jiwa

1. PENDAHULUAN

1.1. Analisis Situasi

Kekambuhan pada klien skizofrenia terjadi melalui serangkaian proses. Menurut Stuart et al (2016) tahap-tahap kekambuhan terdiri dari: kewalahan berlebihan (overextension), Pembatasan Kesadaran, Rasa malu, Disorganisasi psikotik dan Resolusi psikotik Kekambuhan yang terjadi pada tahap satu dan dua sering tidak menunjukkan gejala gangguan jiwa. Gejala gangguan jiwa muncul pada tahap ketiga dan semakin parah pada tahap keempat sehingga

membutuhkan rawat inap. Waktu antara munculnya gejala sampai dengan dibutuhkan perawatan disebut dengan fase prodromal (Stuart et al., 2016). Klien dan keluarga perlu mendeteksi secara dini fase prodromal yang terjadi pada klien agar potensial kambuh dapat ditangani. Instrumen pencegahan kekambuhan menjadi satu bagian penting didalam proses mengidentifikasi serta mengelola perilaku dan gejala yang dialami oleh klien selama di rumah (Stuart et al, 2016). Klien yang dirawat oleh mahasiswa mengalami kekambuhan dan dirawat di rumah sakit ketika sudah masuk pada tahap keempat.

Faktor penyebab kekambuhan adalah ketidakpatuhan pengobatan ODGJ sebesar 36,1% tidak minum obat karena merasa sudah sehat dan 33,7% tidak rutin berobat ke fasyankes (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Populasi minum obat rutin hanya sebesar 48.9%. Penelitian menemukan kekambuhan disebabkan oleh empat faktor, yaitu: klien, keluarga, dokter, dan penanggung jawab klien (Sullinger, 1998 dalam Yosep & Sutini, 2014). Klien yang tidak teratur minum obat mempunyai kecenderungan mengalami kekambuhan. Penelitian membuktikan bahwa ketidakpatuhan minum obat merupakan faktor risiko utama yang menyebabkan kekambuhan (50,7%) (Xiao et al., 2015). Hasil penelitian lain juga

membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan minum obat dengan kekambuhan klien skizofrenia (Pasaribu & Hasibuan, 2019). Kepatuhan minum obat merupakan salah satu faktor utama penyebab kambuh. Jumlah klien yang dirawat mahasiswa yang mengalami kekambuhan akibat tidak patuh minum obat berjumlah 251 orang (90,94 %).

Faktor penyebab kekambuhan yang lain adalah ketidakmampuan klien dalam mengidentifikasi dan mengontrol tanda dan gejala kambuh. Ketidakmampuan mengenal dan mengontrol tanda dan gejala dapat meningkatkan tingkat keparahan dan jumlah kekambuhan (Stuart, Keliat & Pasaribu., 2016). Penelitian pada risiko perilaku kekerasan yang mendapatkan tindakan

keperawatan dalam mengendalikan perilaku kekerasannya disertai edukasi pada keluarga menghasilkan hari perawatan yang lebih pendek (23 hari) dibandingkan klien yang tidak memiliki kemampuan mengendalikan gejala perilaku kekerasan (40 hari) (Keliat, Azrul, Bachtiar, 2009). Kemampuan klien dalam mengidentifikasi dan mengendalikan gejala dapat mencegah kekambuhan.

Penelitian kekambuhan menemukan bahwa 88% klien skizofrenia yang kambuh memiliki keluarga yang pengetahuannya buruk tentang psikosis (Ahmad et al., 2017). Kekambuhan pada pasien skizofrenia dan depresi berkaitan dengan *Expressed emotion* (EE) keluarga yang tinggi (Rosenfarb et al., 2017). Dukungan keluarga yang buruk juga memberi peluang terjadinya kekambuhan hingga enam kali lipat pada klien skizofrenia (Pratama et al., 2015). Penelitian membuktikan bahwa dukungan keluarga berperan 18% terhadap kekambuhan (Xiao et al., 2015). Kemampuan keluarga dalam melaksanakan fungsinya berpengaruh terhadap kemampuan keluarga merawat anggota keluarga (Nancye, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa berpengaruh terhadap kekambuhan.

Dampak luas dari kekambuhan sendiri tidak hanya pada klien namun juga keluarga dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. klien dengan episode kambuh berulang berisiko tinggi meningkatkan keparahan penyakit, fungsi sosial dan peningkatan risiko bunuh diri (Crumlish et al., 2009; Dodgson, Ross, Tiffin, Mitford, & Brabban, 2012; Dutta, Murray, Allardyce, Jones, & Boydell, 2011). Keluarga yang menjadi pelaku rawat sering disertai dengan tingkat ketakutan dan kecemasan yang tinggi, sehingga memerlukan bantuan untuk mengatasinya. Kecemasan keluarga disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kekambuhan, dukungan dan komunikasi dengan penyedia layanan dan teman sebaya berkontribusi terhadap kemampuan keluarga mengidentifikasi dan berespons pada kekambuhan (Lal, S., Malla,

A., Marandola, 2017). Hal ini meningkatkan stress bagi keluarga yang menjadi pelaku rawat yang mengakibatkan klien dirawat inap kembali (Addington, Patten, McKenzie, Addington, 2013). Penelitian membuktikan bahwa edukasi tentang identifikasi dan cara mengontrol gejala kekambuhan dapat menurunkan tingkat kekambuhan (Glynn et al, 2010 dalam Stuart et al., 2016). Peningkatan pengetahuan *caregiver* dapat memberikan dampak positif dalam mendukung pemulihan dan mengurangi risiko kekambuhan pada klien (Caqueo-Úrizar et al., 2014; Lee, Barrowclough, & Lobban, 2014; Peters, Pontin, Lobban, & Moriss, 2011). Berdasarkan hal ini maka keluarga perlu mendapatkan edukasi cara merawat klien dan pengetahuan tentang kekambuhan.

Upaya pencegahan kekambuhan merupakan salah satu upaya promotif (UU Kes Jiwa, 2014). Pemberi pelayanan kesehatan jiwa baik di rumah sakit maupun di masyarakat dapat mencegah kekambuhan dengan pemberian asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga agar mampu mengendalikan tanda dan gejala serta patuh pada pengobatan. Keluarga memerlukan kemampuan dalam mengenali tanda dan gejala kekambuhan serta merawatnya sehingga kekambuhan dapat dicegah. Untuk meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mencegah kekambuhan diperlukan kepatuhan perawatan dan pengobatan dari pelayanan kesehatan jiwa.

Keluarga sebagai sumber pendukung utama bagi perawatan klien ketika berada di tengah masyarakat. Pencegahan kekambuhan klien dapat dicapai jika tindakan yang dilakukan dengan melibatkan keluarga dan berfokus pada fungsi keluarga (Wuryaningsih, Hamid & Helena, 2013). Keluarga, terutama yang menjadi *caregiver* memiliki tanggung jawab penting

dalam proses perawatan di rumah sakit, persiapan pulang, dan perawatan di rumah (*continuum of care*) (Stuart, Keliat dan Pasaribu, 2016). Penelitian membuktikan bahwa klien yang memperoleh tindakan keperawatan individu dan medis serta keluarga yang mendapatkan psikoedukasi keluarga

kecenderungan untuk kambuh sekitar 15%, sedangkan klien yang hanya diberikan terapi individu dan medis saja kecenderungan mengalami kekambuhan adalah 30-40% (Wardaningsih, Keliat, & Susanti, 2008). Peran *caregiver* sangat penting dalam menangani dan mencegah gejala kekambuhan karena bertanggung jawab memberikan perawatan secara langsung kepada klien di berbagai situasi. Edukasi yang berfokus keluarga pada saat pulang untuk upaya pencegahan kekambuhan perlu di perkenalkan lebih detail mengenai cara mengidentifikasi sebelum kambuh.

Program pencegahan kekambuhan direncanakan pada klien yang dirawat masyarakat dan yang dirawat di rumah sakit jiwa. Kemampuan klien dan keluarga dalam mencegah kekambuhan terdiri dari: kemampuan mengidentifikasi tanda dan gejala kekambuhan, mengontrol tanda dan gejala, kepatuhan terhadap pengobatan, dan penggunaan pelayanan kesehatan secara teratur. Program pencegahan kekambuhan ini diberikan kepada klien yang di masyarakat agar tidak kambuh dan klien yang dirawat di rumah sakit jiwa agar memiliki kemampuan mencegah kekambuhan.

1.2. Tujuan Program

Mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa dengan program pencegahan kekambuhan (P2K).

2. LUARAN YANG DIHARAPKAN

- 2.1. Menyusun program pencegahan kekambuhan
- 2.2. Melatih perawat dalam melaksanakan program pencegahan kekambuhan (P2K).
- 2.3. Melaksanakan program pencegahan kekambuhan (P2K).
- 2.4. Mengevaluasi hasil program pencegahan kekambuhan (P2K).

3. METODE PELAKSANAAN

Dalam melaksanakan refreshing Program Pencegahan Kekambuhan ini, melalui beberapa tahapan yaitu :

3.1. Tahap Persiapan

Kegiatan persiapan ini dilakukan dimulai dari pengkajian masalah yang ada di ruang RSJ Soerojo Magelang. Tahap persiapan dilaksanakan sekitar minggu 1.

3.2. Tahap Pelaksanaan

Kegiatan pelaksanaan dibagi menjadi beberapa tahap:

3.2.1. Sosialisasi.

Sosialisasi program pencegahan kekambuhan ini dilakukan dengan memberikan informasi kepada kepala ruang dan ketua tim perawat bahwa sesuai dengan hasil observasi dan pengkajian.

3.2.2. Seminar

Seminar “Program Pencegahan Kambuh” dilaksanakan dengan metode daring.

3.2.3. Evaluasi.

Evaluasi hasil pelaksanaan seminar “Program Pencegahan Kekambuhan menggunakan kuesioner yang dibagikan melalui media online dengan google form.

3.3. Narasumber

Narasumber pelatihan terdiri dari para pakar keperawatan jiwa:

3.4. Fasilitator

Fasilitator terdiri dari tenaga keperawatan, dosen dan mahasiswa STIKES Kesdam IV/Diponegoro Semarang

3.5. Peserta

Peserta adalah seluruh kepala ruang dan ketua tim yang berjumlah 46 peserta.

4. KELAYAKAN PERGURUAN TINGGI

Institusi Akper Kesdam IV/Diponegoro melalui lembaga penelitian dan pengabdian masyarakat berperan sebagai bagian dari tim pengisi kegiatan, memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan oleh peserta. Tim pengisi kegiatan harus memiliki wawasan,

pengetahuan dan ketrampilan dalam mengelola, membina, dan mengawasi kegiatan tentang penatalaksanaan perubahan gaya hidup, pengobatan herbal, dan screening tekanan darah untuk menurunkan tekanan darah lansia hipertensi. Tim pengisi terdiri dari dosen Akper Kesdam IV/Diponegoro. Dosen yang terlibat dalam kegiatan ini berjumlah dua orang yang memiliki pengetahuan dan ketrampilan dasar yang dibutuhkan dalam kegiatan pengabdian masyarakat. Dosen Akper Kesdam IV/Diponegoro merupakan staf pengajar pengampu beberapa mata kuliah yang terkait dengan materi sosialisasi.

5. LAPORAN KEGIATAN

6.

Seminar Program Pencegahan Kekambuhan (P2K) di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dilaksanakan pada tanggal 14 April 2021. Seminar diberikan kepada perawat ruangan. Peserta pelatihan Program Pencegahan Kekambuhan (P2K) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1

Peserta Seminar Program Pencegahan Kekambuhan (P2K) Tempat Pelatihan	Peserta
RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang	Daring (Zoom): Kepala Ruangan dan Primary Nurse (46 orang)

Seminar dimulai pada pukul 08.00 dengan media zoominar, dengan di buka oleh bagian kepala diklat dan pelatihan RSJ Soerojo Magelang. sebelum di buka peserta diminta untuk mengerjakan soal pretest yang dibagikan secara onlinedengan google form. Kemudian setelah dibuka seminar diisi oleh pakar kejiwaan yang ada di RSJ Soerojo magelang yaitu 1 dokter spesialis jiwa dan 1 perawat spesialis keperawatan jiwa dan rekan sejawat lain. Proses seminar berjalan dengan baik tanpa ada kendala, jaringan baik tidak terputus-putus. Pada akhir sesi tanya jawab ada 2 peserta yang bertanya terkait materi yang telah diberikan.

7. TINJAUAN PUSTAKA

- Agung, S., & Wijaya, A. (2013). Hubungan Dokumentasi Keperawatan dengan Kepuasan Pasien di RS Di Jawa Timur, 13–16.
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ (Online)*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- De Santis, M. L., Myrick, H., Lamis, D. A., Pelic, C. P., Rhue, C., & York, J. (2015). Suicide- specific Safety in the Inpatient Psychiatric Unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(3), 190–199. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.961625>
- Frelita, G., Situmorang, T.J., & Silitonga, D.S. 2011. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4 th ed. Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A.
- Iyer Patricia, W. & Camp Nancy, H. 2004. Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan Jakarta, EGC.
- JCI 2006. Journal on Quality and Patient Safety, Root Causes of Sentinel Events, 32.
- Klehr, J., Hafner, J., Spelz, L.M., Steen, S., & Weaver, K. 2009. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs. Terminol. Classif.*, 20, (4) 169- 180 available from: PM:19883454
- Agung, S., & Wijaya, A. (2013). Hubungan Dokumentasi Keperawatandengan Kepuasan Pasien di RS Di Jawa Timur, 13–16.
- Health Care Organizations. (n.d.). Suicide Risk Assessment Guide. 2017. Wulandari, R., & Kes, M. (2016). Pasien safety. Retrieved March 2, 2019, from [http://eprints.dinus.ac.id/14476/1/\[Materi\]_Respati_Wulandari%2C_M._Kes_-_Pasient_Safety](http://eprints.dinus.ac.id/14476/1/[Materi]_Respati_Wulandari%2C_M._Kes_-_Pasient_Safety)
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit 2012. Panduan Penyusunan Dokumen Akreditasi. 2012.
- Agung, S., & Wijaya, A. (2013). Hubungan Dokumentasi Keperawatandengan Kepuasan Pasien di RS Di Jawa Timur, 13–16.
- Health Care Organizations. (n.d.). Suicide Risk Assessment Guide. 2017. Wulandari, R., & Kes, M. (2016). Pasien safety. Retrieved March 2, 2019, from [http://eprints.dinus.ac.id/14476/1/\[Materi\]_Respati_Wulandari%2C_M._Kes_-_Pasient_Safety](http://eprints.dinus.ac.id/14476/1/[Materi]_Respati_Wulandari%2C_M._Kes_-_Pasient_Safety)
- WHO. Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation. 2007