


MODEL HOME CARE NURSING UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN GANGGUAN JIWA

Oleh :

Sarka Ade Susana, Sri Hendarsih, Abdul Majid¹⁾

 **Insidensi kekambuhan gangguan jiwa khususnya penderita skizofrenia di Daerah Istimewa Yogyakarta diperkirakan angka kekambuhannya lebih dari 60 % (Soewadi, 2003) disebabkan oleh beberapa faktor yaitu rendahnya dukungan keluarga, rendahnya dukungan sosial, serta lemahnya kemampuan pertahanan diri terhadap stresor termasuk di dalamnya ketidakpatuhan minum obat. Pencegahan gangguan jiwa menurut Zang dan Balley (1997) dapat dilakukan secara komprehensif oleh perawat jiwa melalui pendekatan Home Care Nursing.**

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Insidensi kekambuhan gangguan jiwa khususnya penderita skizofrenia sebanyak 25% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua, bahkan 100% pada tahun kelima. Tetapi ada pula yang melaporkan bahwa besarnya angka kekambuhan pada tahun pertama adalah 65-70%. Di Daerah Istimewa Yogyakarta sendiri khususnya berdasarkan data dari RS Dr. Sardjito diperkirakan angka kekambuhannya lebih dari 60% (Soewadi, 2003). Dengan tingginya angka kekambuhan diatas, masih menurut Soewadi (2003) disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu rendahnya dukungan keluarga, rendahnya dukungan sosial, serta lemahnya

kemampuan pertahanan diri terhadap stresor termasuk di dalamnya ketidakpatuhan minum obat. Sedangkan menurut Miller dan Smith yang dikutip oleh Hawari (2001), faktor-faktor tersebut diatas, disebutnya dengan kekebalan stres.

Menurut Soewadi dan Soekarto (2003) upaya untuk mencegah kekambuhan gangguan jiwa dapat dilakukan dengan melalui strategi pengawasan (*monitoring strategies*), strategi pendidikan (*psychoeducation strategies*), dan strategi pemberian terapi/intervensi/obat-obatan (*pharmacologic strategies*). Sedangkan menurut Zang dan Balley (1997) tindakan-tindakan diatas dapat dilakukan secara komprehensif oleh perawat jiwa melalui pendekatan *Home Care Nursing*. Intervensi home care nursing yang dimaksud dalam penelitian ini adalah, tindakan psiko-

1. Sarka Ade Susana, SIP., S.Kep., Sri Hendarsih, SKp., M.Kes., Abdul Majid., S.Kep., Ns. adalah Dosen Poltekkes Yogyakarta Jurusan Keperawatan

terapeutik, health education, terapi keluarga, psikoreligius, psikofarmaka, dan terapi lingkungan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi daerah khususnya pemerintah daerah yaitu adanya pusat pelayanan home care nursing yang benar-benar berdasarkan kebutuhan masyarakat tetapi tetap memenuhi standar pelayanan kesehatan jiwa.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum :
Didapatkannya suatu model *Home Care Nursing* untuk mencegah kekambuhan gangguan jiwa.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Mengetahui kekambuhan gangguan jiwa sebelum home care nursing.
 - b. Mengetahui kekambuhan gangguan jiwa setelah home care nursing minggu I, minggu II, dan minggu III.
 - c. Menetapkan pengaruh home care nursing terhadap kekambuhan gangguan jiwa.

C. LOKASI PENELITIAN

Lokasi penelitian dilakukan di wilayah Propinsi DI Yogyakarta, yang meliputi Kabupaten Bantul, Sleman, dan Kota Yogyakarta.

D. WAKTU PENELITIAN

Waktu penelitian dilakukan selama kurang lebih 12 minggu yaitu mulai Bulan September sampai dengan Nopember 2006.

E. MANFAAT HASIL PENELITIAN

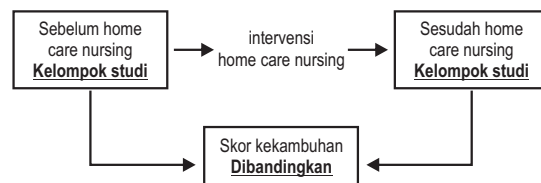
Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Keilmuan
Sebagai masukan tambahan wawasan pengetahuan bahwa model home care nursing dapat mencegah kekambuhan gangguan jiwa.
2. Profesi
Sebagai masukan bagi profesi (perawat) untuk menambah wawasan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan pendekatan model home care nursing untuk mencegah kekambuhan gangguan jiwa.
3. Masyarakat
Masyarakat dapat memperoleh kepuasan atas pelayanan yang berkualitas dengan model home care nursing.

II. BAHAN DAN CARA PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah quasi experimental dengan *pretest-posttest one group design*, dengan skema sebagai berikut :



B. POPULASI DAN SAMPEL

Populasi pada penelitian ini adalah keluarga dengan penderita gangguan jiwa post rawat inap.

1. Unit sampelnya adalah sebuah keluarga dengan karakteristik sebagai berikut :
 - a. Ada salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (penderita)
 - b. Penderita : post rawat inap.
 - c. Penderita : belum kambuh (termasuk di dalamnya tidak ada satu unsurpun gejala dini kekambuhan).
 - d. Penderita tinggal di rumah bersama keluarganya.
 - e. Keluarga yang dimaksud bisa kakek atau nenek, mertua, ayah atau ibu, anak, adik atau kakak, dan atau saudara.
 - f. Keluarga yang dimaksud memang memiliki tanggung jawab terhadap penderita.
 - g. Tinggal di Wilayah Propinsi DI Yogyakarta.
2. Besar sampel : 22 sampel
3. Cara pengambilan sampel adalah dengan insidental sampling.
4. Unit observasi sampel : keluarga dan atau penderita.
5. Unit analisa sampel : kekambuhan gangguan jiwa yang diukur dengan skor kekebalan stres.

C. VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

1. Variabel bebas, yaitu model home care nursing yang maksudnya adalah penerapan home care nursing dengan kegiatan:

- a. Kunjungan perawat ke keluarga yang dilakukan 1 kali perminggu selama 3 minggu dengan durasi 2 jam setiap kunjungan.
 - b. Mengukur kekambuhan gangguan jiwa dengan skor kekebalan stress.
 - c. Mengidentifikasi masalah.
 - d. Memberikan intervensi yang meliputi : psikoterapeutik, health education, terapi keluarga, psikoreligius, psikofarmaka, dan terapi lingkungan.
- Skala variabel bebas : nominal.

2. Variabel terikat, yaitu kekambuhan gangguan jiwa :

Skor kekebalan stress yang meliputi dukungan keluarga, dukungan social dan kemampuan pertahanan diri dengan masing-masing diberi skor 1 – 5 (1 = selalu dikerjakan; sampai 5 = tidak pernah dikerjakan). Pengukuran variable terikat ini dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada minggu I, II, dan III. Skala variable terikat : rasio.

D. ANALISIS DATA

Setelah data hasil pengukuran skor kekambuhan terkumpul yang meliputi sebelum home care nursing, setelah home care nursing I, II, dan III, kemudian di rekapitulasi dalam master table sesuai kelompoknya masing-masing. Skor kekambuhan tersebut kemudian digolongkan menjadi 5 kategori yaitu kategori kekambuhan sangat rendah (0-6); rendah (7-13); sedang (14-20); tinggi (21-27); dan sangat tinggi (28-34). Sedangkan skor bagi setiap aspek kekambuhan yaitu dukungan keluarga : sangat tinggi (1-4); tinggi (5-8); sedang (9-12); rendah

(13-16); dan sangat rendah (17-20). Dukungan social : sangat baik (1-1,99); baik (2-2,99); sedang (3-3,99); kurang (4-4,99); dan sangat kurang (5-5,99). Kekambuhan diri : sangat kuat (6-10); kuat (11-15); sedang (16-20); lemah (21-25); dan sangat lemah (26-30).

Untuk melihat perbedaan akibat sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji ANOVA *one way*, dengan tingkat kepercayaan ($\alpha = 0,05$).

E. ALAT DAN BAHAN

1. Instrumen kekambuhan gangguan jiwa
2. Instrumen pemeriksaan kekebalan stress

F. JALANNYA PENELITIAN

1. Mempersiapkan instrumen
2. Melatih perawat untuk mengukur dan mengintervensi kekambuhan.

3. Menentukan kelompok studi sebelum dan sesudah home care.
4. Pelaksanaan : home care dari minggu I sampai dengan minggu III.
5. Pengumpulan data tentang perkembangan kekambuhan gangguan jiwa sejumlah sampel yang dilakukan selama 3 minggu.
6. Tabulasi data kekambuhan gangguan jiwa dalam master tabel.
7. Menyajikan data perkembangan kekambuhan sebelum dan sesudah home care secara deskriptif.
8. Menetapkan pengaruh home care nursing terhadap kekambuhan gangguan jiwa.

III. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang dilakukan selama 12 minggu diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 1.
Karakteristik responden berdasarkan usia dan jenis kelamin

No.	Usia (thn)	Jenis Kelamin		Jumlah	%
		L	P		
1	18 - 27	6	3	9	40,9
2	28 - 37	3	1	4	18,2
3	38 - 47	1	3	4	18,2
4	48 - 57	2	1	3	13,6
5	58 - 67	2	-	2	9,1
Jumlah		15	7	22	100

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan usia responden terbanyak (40,9%) adalah kelompok usia 18-27 tahun, dan yang terendah (9,1%) adalah kelompok usia 58-67 tahun. Sedangkan berdasarkan jenis kelamin maka yang terbanyak adalah responden berjenis kelamin laki-laki (68,2%).

Berdasarkan tabel 3, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan pekerjaan yang terbanyak adalah yang belum bekerja (77,3%) dan yang terendah adalah wiraswasta (4,5%). Sedangkan berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak adalah yang berpendidikan SD dan SMA (36,4%) dan terendah yang tidak sekolah (4,5%).

Berdasarkan tabel 2, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan usia dan status dalam keluarga terbanyak adalah sebagai anak (55,5%), dan yang terendah adalah status sebagai istri (18,2%).

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal yang terbanyak adalah bertempat tinggal di Kabupaten Bantul (81,8%) dan terendah di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta (9,1%).

Tabel 2.
Karakteristik responden berdasarkan usia dan status dalam keluarga

No.	Usia (thn)	Status			Jumlah	%
		Suami	Istri	Anak		
1	18 - 27	-	1	8	9	40,9
2	28 - 37	1	1	2	4	18,2
3	38 - 47	1	1	2	4	18,2
4	48 - 57	2	1	-	3	13,6
5	58 - 67	2	-	-	2	9,1
Jumlah		6	7	12	22	100

Tabel 3.
Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dan pendidikan

No.	Pekerjaan	Pendidikan				Jumlah	%
		TDK	SD	SMP	SMA		
1	Belum bekerja	1	5	4	7	17	77,3
2	Wiraswasta	-	-	1	-	1	4,5
3	Petani	-	2	-	-	2	9,1
4	Buruh	-	1	-	1	2	9,1
Jumlah		1	8	5	8	22	100

Tabel 4.
Karakteristik responden berdasarkan tempat tinggal

No.	Tempat Tinggal	Jumlah	%
1	Kabupaten Bantul	18	81,8
2	Kabupaten Sleman	2	9,1
3	Kota Yogyakarta	2	9,1
Jumlah		22	100

Tabel 5.
Skor kekambuhan responden sebelum dilakukan home care nursing (n=22)

No.	Tingkat Kekambuhan	Jumlah	Prosentase
1	Sangat rendah	0	0
2	Rendah	4	18,2
3	Sedang	11	50
4	Tinggi	6	27,3
5	Sangat tinggi	1	4,5
Jumlah		22	100

Berdasarkan tabel 5, diketahui bahwa tingkat kekambuhan responden sebelum dilakukan home care nursing adalah tingkat sedang (50%).

Berdasarkan tabel 6, diketahui bahwa rata-rata skor kekambuhan responden sebelum home care nursing adalah 18,45, dan setelah dilakukan intervensi home care I skor rata-rata 13,91, dengan tingkat penurunan 4,55. Setelah dilakukan uji statistic dengan one way anova pada tingkat kepercayaan ($\alpha = 0,05$) hasilnya adalah 0,052 yang berarti tidak significant (tidak bermakna).

Berdasarkan tabel 7, diketahui bahwa rata-rata skor kekambuhan responden sebelum home care nursing II adalah 13,91, dan setelah dilakukan intervensi home care II skor rata-rata 8,88, dengan tingkat penurunan 6,88. Setelah dilakukan uji statistic dengan one way anova pada tingkat kepercayaan ($\alpha = 0,05$) hasilnya adalah 0,000 yang berarti sangat significant (sangat bermakna).

Berdasarkan tabel 8, diketahui bahwa rata-rata skor kekambuhan responden sebelum home care nursing III adalah 8,88, dan setelah dilakukan intervensi home care III skor kekambuhan rata-

Tabel 6.
Hasil intervensi pada home care nursing I (n=22)

Resp	Skor Kekambuhan	Hasil Intervensi	Angka Penurunan
1	14	12	-2
2	13	10	-3
3	18	11	-7
4	11	8	-3
5	17	14	-3
6	11	7	-4
7	7	5	-2
8	23	20	-3
9	19	6	-13
10	15	5	-10
11	27	30	+3
12	26	21	-5
13	17	13	-4
14	14	12	-2
15	24	16	-8
16	23	17	-6
17	22	19	-3
18	14	11	-3
19	18	12	-6
20	20	10	-10
21	20	19	-1
22	33	28	-5
Mean	18,45	13,91	-4,55

Tabel 7.
Hasil intervensi pada home care nursing II (n=22)

Resp	Skor Kekambuhan	Hasil Intervensi	Angka Penurunan
1	12	7	-5
2	10	8	-2
3	11	6	-5
4	8	6	-2
5	14	12	-2
6	7	6	-1
7	5	4	-1
8	20	11	-9
9	6	5	-1
10	5	4	-1
11	30	20	-10
12	21	13	-8
13	13	7	-6
14	12	4	-8
15	16	6	-10
16	17	0	-17
17	19	16	-3
18	11	4	-7
19	12	3	-9
20	10	7	-3
21	19	12	-7
22	28	21	-7
Mean	13,91	8,88	-6,88

Tabel 8.
Hasil intervensi pada home care nursing III (n=22)

Resp	Skor Kekambuhan	Hasil Intervensi	Angka Penurunan
1	7	5	-2
2	8	6	-2
3	6	4	-2
4	6	4	-2
5	12	8	-4
6	6	3	-3
7	4	2	-2
8	11	7	-3
9	5	2	-3
10	4	1	-3
11	20	10	-10
12	13	7	-6
13	7	5	-2
14	4	2	-2
15	6	4	-2
16	0	0	0
17	16	10	-6
18	4	2	-2
19	3	0	-3
20	7	2	-5
21	12	6	-6
22	21	10	-11
Mean	8,88	4,88	-3,94

rata 4,88, dengan tingkat penurunan 3,94. Setelah dilakukan uji statistic dengan one way anova pada tingkat kepercayaan ($\alpha = 0,05$) hasilnya 0,000 yang berarti sangat significant (sangat bermakna).

Selanjutnya tabel 10, menggambarkan tingkat kekambuhan rata-rata, setelah dilakukan home I,II, dan ke III.

Berdasarkan tabel 10, diketahui bahwa tingkat kekambuhan responden setelah dilakukan home care 3 kali, yang berada pada level atau tingkat kekambuhannya sangat rendah yaitu ada 15 orang (68,2%).

Terakhir, pada tabel 11, digambarkan perbandingan tingkat kekambuhan antara sebelum(pre) dan sesudah(post) home care, yaitu:

B. Pembahasan

Pembahasan ini mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan yaitu sebagai berikut:

1. Mengetahui kekambuhan gangguan jiwa sebelum dilakukan home care nursing.

Berdasarkan tabel 5 dan 6, skor rata-rata kekambuhan responden sebesar 18,3 yang apabila digolongkan termasuk dalam kategori kekambuhan "sedang" karena berada pada rentang(14-20) dan jumlahnya sebesar 50%.

Artinya, ada 11 responden dari total 22, pada awalnya berada pada kategori kekambuhan sedang.

Apabila ditinjau dari indikator kekambuhan; dukungan keluarga diperoleh skor 10 yang berarti dukungan keluarga bagi responden

Tabel 10.
Tingkat kekambuhan responden sesudah home care nursing I, II, dan III (n=17)

No.	Tingkat Kekambuhan	Jumlah	Prosentase
1	Sangat rendah	15	68,2
2	Rendah	7	31,8
3	Sedang	0	0
4	Tinggi	0	0
5	Sangat tinggi	0	0
Jumlah		22	100

Tabel 11.
Perbandingan tingkat kekambuhan responden
Antara sebelum dan sesudah dilakukan home care nursing (n=22)

No.	Tingkat Kekambuhan	Jumlah	Prosentase
1	Sangat rendah	0	68,2
2	Rendah	18,2	31,8
3	Sedang	50	0
4	Tinggi	27,3	0
5	Sangat tinggi	4,5	0
Jumlah		100	100

pada awalnya berada pada kategori "sedang" karena berada pada rentang(9-12). Sedangkan dukungan sosialnya skor 2,5 yang berarti dukungan sosialnya "baik" karena berada pada rentang (2-2,99). Untuk kemampuan diri skornya 17,4 yang berarti "sedang" karena berada pada rentang(16-20).

- Mengetahui kekambuhan gangguan jiwa setelah dilakukan home care nursing.
Skor kekambuhan setelah dilakukan home care nursing yang pertama, diperoleh rata-rata skor

sebesar 13,91. Setelah home care nursing kedua diperoleh rata-rata skor sebesar 8,88. Dan pada home care nursing yang terakhir (ketiga) diperoleh rata-rata skor sebesar 4,88. Berarti secara deskriptif, dapat dikatakan skor kekambuhan gangguan jiwa mengalami penurunan sampai pada kategori "sangat rendah".

Apabila ditinjau dari indikator kekambuhan; dukungan keluarga diperoleh skor 7,7 pada HCN I, 6,2 pada HCN II, dan 4,8 pada HCN III yang berarti dukungan keluarga bagi responden pada awalnya

berada pada kategori "sedang" meningkat menjadi sangat tinggi, karena berada pada rentang (1-4). Sedangkan dukungan sosialnya skor 2,0 pada HCN I dan II, 1,4 pada HCN III, yang berarti dukungan sosialnya yang pada awalnya "baik" menjadi sangat baik, karena berada pada rentang (1-1,99). Untuk kemampuan diri skornya 14,5 pada HCN I, 11,8 pada HCN II, dan 9,8 pada HCN III, yang berarti pada awalnya "kuat" meningkat menjadi sangat kuat, karena berada pada rentang (6-10).

Perlu diketahui, bahwa jumlah responden sampai dengan home care nursing I, masih tetap 22. Tetapi pada home care nursing II dan III, sebanyak 5 responden meminta untuk tidak tiap minggu dikunjungi, minimal 2 pekan kemudian. Peneliti menerima permintaan responden dan keluarga, agar maksud home care ini tidak menjadi stressor baru yang justru bertentangan dengan konsep dasar dari home care nursing itu sendiri, yaitu untuk mencegah kekambuhan gangguan dengan meminimalisir stressor dan meningkatnya kekebalan terhadap stress (Soewadi, 2003 dan Hawari, 2001).

3. Menetapkan pengaruh home care nursing untuk mencegah kekambuhan gangguan jiwa.

Untuk mencapai tujuan di atas, skor kekambuhan pada sebelum home care, dan setelah home care I, II, dan III, kemudian dilakukan uji statistik one way anova dengan tingkat kepercayaan ($\alpha = 0,05$) didapatkan hasil $p = 0,000$ dengan mean square 673,972. Ini berarti

home care nursing secara bermakna dapat mencegah kekambuhan gangguan jiwa.

Apabila dibandingkan antara sebelum HCN dengan HCN pertama didapatkan hasil tidak bermakna ($P=0,052$). Hal ini dapat dimungkinkan, bahwa waktu seminggu untuk berubah perilaku baik bagi penderita gangguan jiwa dan keluarganya adalah sangat berat disamping membutuhkan adaptasi untuk berubah dan menerima kehadiran orang lain. (perawat home care)

Sedangkan dibandingkan dengan HCN kedua ($P= 0,00$) dan ketiga ($P=0,00$) adalah bermakna, tetapi yang paling tinggi tingkat kemaknannya terjadi pada home care yang ketiga dengan mean difference 3,5722. Hal ini terjadi karena waktu untuk melakukan perubahan perilaku secara bertahap dapat berjalan. Antara lain, dukungan keluarga semakin meningkat, dalam hal pemenuhan kebutuhan nutrisi, kasih sayang, dan komunikasi. Dimana keluarga begitu berterima kasih masih ada orang lain yang tidak memiliki hubungan keluarga, mau memberikan perhatian. Sehingga konsekuensinya secara bertahap keluarga juga terdorong untuk berubah kearah yang lebih baik. Disamping intervensi yang telah dilakukan antara lain berupa terapi keluarga, health education, maupun psikoreligius, yaitu keluarga tidak banyak memberikan kritik, tidak melakukan sikap bermusuhan, tidak memberikan sikap yang berlebihan, harus mampu menerima realita berupa beban dan stress kehidupan yang dihadapinya hidup bersama se-

orang skizofren, dan keluarga adalah contoh dalam beribadah bagi penderita. (soewadi, 2003)

Namun demikian, bukan berarti keluarga juga tidak memiliki persoalan lain. Masalah terbanyak yang dihadapi keluarga adalah ekonomi, kondisi rumah pasca gempa bumi bulan Mei 2006 yang belum sepenuhnya pulih. Bahkan sekedar untuk transportasi saja ke rumah sakit untuk kontrol, keluarga kesulitan masalah keuangan. Sehingga, mereka sangat berharap ke depan pelayanan kesehatan jiwa semakin dekat dan mudah diakses oleh semua masyarakat yang membutuhkan.

Puskesmas memang ada program Pelayanan Kesehatan Jiwa. Tetapi kenyataannya sebagian besar belum berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Dukungan sosial juga semakin meningkat, dimana klien secara aktif maupun pasif terlibat dalam kegiatan sosial keagamaan, karena waktunya bersamaan dengan bulan puasa. Peneliti juga meminta kepada tetangga, teman penderita, untuk membantu agar penderita ikut serta dalam kegiatan sosial, termasuk tidak mengucilkan dan bersikap negatif. Karena salah satu stressor yang berat bagi penderita dan keluarga adalah stigma yang buruk dari masyarakat. Sehingga keberadaan Perawat home care nursing, akan membantu memecah kebuntuan komunikasi yang telah menimbulkan stigma tersebut. Termasuk misalnya, kami telah mencoba untuk membangun jaringan dengan rumah sakit Grhasia, sekalipun pihak rumah sakit masih

belum memberikan respon sebagaimana yang diharapkan. Namun demikian, kami akui bahwa belum banyak yang bisa kami lakukan untuk hal tersebut.

Kemampuan diri penderita atau responden juga mengalami peningkatan, antara lain meliputi; Kegiatan olah raga secara teratur sudah mulai berjalan, kegiatan ibadah khususnya solat juga demikian apalagi bersamaan dengan momen ramadhan, rekreasi sekedar jalan-jalan, nonton TV, termasuk mekanisme koping misalnya penderita sudah mulai tidak memendam perasaan atau pikirannya minimal kepada perawat untuk diteruskan kepada keluarga, dan juga klien semakin menyadari dan memahami kebutuhan akan konsumsi psikofarmaka.

Demikian pula pada aspek kemampuan diri ini juga tidak sedikit hambatan, misalnya; Penderita yang sudah berumur tetapi masih lajang dan hal tersebut sering muncul pada saat home care sehingga dibutuhkan tindakan psikoterapeutik. Pernah bekerja, tetapi sampai sekarang belum memiliki pekerjaan lagi.

Hasil penelitian di atas apabila dikaitkan dengan hasil penelitian di New Zealand dan Australia (2003) mengenai Biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien dengan gangguan psikotik (skizofren), misalnya biaya sosial sebesar \$ 46.200, biaya produktifitas \$ 13.800, dan biaya perawatan \$ 4.900, maka hasil penelitian ini sangatlah penting. Sementara di DIY sendiri sebagai gambaran dari RS Grhasia, pasien dengan skizofren ulangan waktu

rawat inap minimal 1 bulan dengan biaya perawatan (diluar obat) sebesar 2 juta rupiah tiap pasien.

Biaya sebesar itu apabila digunakan untuk pelaksanaan program home care nursing dapat digunakan untuk sekitar 5 pasien. Sehingga tentu sangat efisien baik bagi pemerintah (askeskin) maupun bagi keluarga sendiri. Sedangkan model home care yang didapatkan sesuai dengan penerapan dalam penelitian ini adalah pelaksana adalah 2 orang perawat DIII, home care dilaksanakan paling cepat 2 pekan sekali dan paling lambat 1 bulan sekali dengan masa 3 bulan. Selepas masa 3 bulan dilakukan 1 bulan sekali sampai 3 bulan berikutnya. Yang dilakukan saat home care adalah pertama mengukur skor kekambuhan, kedua identifikasi masalah, kemudian memberikan intervensi diantaranya sesuai dengan masalah yang ada: tindakan psikoterapeutik, health education, terapi keluarga, psikoreligius, psikofarmaka, dan terapi lingkungan.

IV. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Ada perbedaan yg bermakna kekambuhan gangguan jiwa antara sebelum dan sesudah dilakukan HCN ($P=0,000$; $\alpha = 0,05$)
2. Perbedaan yang paling bermakna terjadi, setelah dilakukan HCN yang ke-3 ($P=0,000$; $\alpha = 0,05$ & MD: 13, 57)
3. Model home care nursing yang didapatkan: pelaksana 2 orang perawat DIII, home care dilaksanakan paling cepat 2 pekan sekali dan paling lambat 1 bulan sekali dengan masa 3 bulan. Selepas

masa 3 bulan dilakukan 1 bulan sekali sampai 3 bulan berikutnya. Yang dilakukan saat home care adalah pertama mengukur skor kekambuhan, kedua identifikasi masalah, kemudian memberikan intervensi diantaranya sesuai dengan masalah yang ada: tindakan psikoterapeutik, health education, terapi keluarga, psikoreligius, psikofarmaka, dan terapi lingkungan.

B. Saran

1. Pemda:
Memanfaatkan pelayanan HCN untuk perawatan penderita gangguan jiwa sehingga Dana ASKESKIN lebih efisien.
2. RS Jiwa (Grhasia):
 - a. Menggalakkan program Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat.
 - b. Melakukan Pembinaan-Pelatihan bagi para perawat(Pj. Program Yan Jiwa) di Puskesmas.
 - c. Melakukan rujukan/follow up post rawat inap dg Puskesmas di Wilayahnya.
3. Puskesmas:
Mengaktifkan Program Pelayanan Kesehatan Jiwa khususnya melalui HCN
4. Lembaga Askes:
Kerjasama Pelayanan HCN sehingga didapatkan Cost Benefit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S., 1998, *Manajemen Penelitian*, Cetakan ke-4, Rineka Cipta, Jakarta.
- Bisnis Indonesia, 2005, *20% Penduduk Indonesia Menderita Gangguan Jiwa*. Diambil pada 24 Nopember 2006 dari <http://Bisnis.com-halaman-detil.htm>.
- Hasting, D. 2006, *Pedoman Keperawatan di Rumah*, EGC, Jakarta.
- Hawari Dadang., 2001, *Menejemen Stress, Cemas, dan Depresi*, Cetakan ke-2, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Hawari Dadang., 2001, *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa*, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Keliat, B.A. 1997, *Perspektif Keperawatan Kesehatan Jiwa di Masa Depan*, Jurnal Keperawatan Indonesia, vol. 1, No. 2, Juli 1997, FIK UI, Jakarta.
- Lewin, Terry J, et all. 2003, *Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study*, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 37(1):31-40
- Nurghiwiati, E, 2005, *Terapi Keluarga pada Klien Dengan Gangguan Jiwa*, Pelatihan Terapi Modalitas, 19-22 September 2005, Poltekkes Yogyakarta.
- Stuart, G.W. & Laraira, M.T., 2001, *Principles & practice of Psychiatric Nursing*, St. Louis; Mosby-Year Book, Inc.
- Soewadi, 2003, *Mencegah Kekambuhan Penderita Gangguan Jiwa*, Seminar sehari Mencegah kekambuhan gangguan jiwa, Sabtu, 4 Oktober 2003, Auditorium RS Dr. Sardjito-Yogyakarta.
- Soekarto, A., 2003, *Mengenal Gejala Awal dan Kekambuhan Gangguan Jiwa*, Seminar sehari Mencegah kekambuhan gangguan jiwa, Sabtu, 4 Oktober 2003, Auditorium RS Dr. Sardjito-Yogyakarta.
- Zang, S.M. dan Bailey, 1997, *Home care Manual Making The Transition*, Lippincott, Philadelphia, New York.