

FRAGMENTASI LAYANAN DAN DETERMINAN SOSIAL: ANALISIS KUALITATIF KEGAGALAN *DISCHARGE PLANNING* DAN REKOMENDASI MODEL KOLABORATIF LINTAS SEKTOR (SEHATI)

Yohana Teodosia Setu^{1*}, Saverinus Suhardin², Imakulata Bete³, Awaliyah Muslimah Suwetty⁴, Moses Filmon Nennogasu⁵, Adhytrio Yohanes Nubatonis⁶

^{1,2,4,5,6}STIKES Maranatha Kupang

³RSKD Jiwa Naimata

Email Korespondensi: yohanasetu11@gmail.com

Disubmit: 10 Desember 2025

Diterima: 09 Juni 2026

Diterbitkan: 01 Juli 2026

Doi: <https://doi.org/10.33024/mahesa.v6i7.23910>

ABSTRACT

High readmission rates among Patients with Mental Disorders (ODGJ) are often linked to Discharge Planning (DP) failures. This study aims to deeply explore systemic barriers and the need for community-based solutions to prevent DP from functioning as an effective Transitional Care (TC) mechanism at Naimata Mental Hospital, Kupang. This descriptive phenomenological qualitative research involved 14 key participants (Mental Hospital Health Personnel, Community Health Center Nurses, ODGJ Patients, and Families/Caregivers) through In-depth Interviews. Data were analyzed using thematic methods to identify major barriers in the post-discharge continuum of care. Eight main themes were found, which include: (1) Massive handoff failure, manifested as "Silent Discharge" due to the absence of formal coordination (WA Group) between the Mental Hospital and Community Health Centers (Puskesmas). (2) Medication non-adherence is triggered by Social Determinants of Health (SDH), especially the "Medication vs. Food" dilemma and high transportation costs. (3) Families experience an extreme Caregiver Burden crisis, inducing High Expressed Emotion (EE) due to inadequate Family Psychoeducation (FPE). (4) The analysis justifies the need for the SEHATI Collaborative Model as a bridging mechanism. Service fragmentation, coupled with unaddressed SDH and high Caregiver Burden, drives readmission. The SEHATI Model is recommended to formalize coordination, integrate local initiatives (Gentar Sejiwa), and provide holistic psychoeducation to prevent relapse.

Keywords: *Discharge Planning, Handoff Failure, Caregiver Burden, Social Determinants of Health, SEHATI Model.*

ABSTRAK

Angka readmisi yang tinggi pada Pasien Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sering dikaitkan dengan kegagalan *Discharge Planning* (DP). Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi secara mendalam hambatan sistemik dan kebutuhan solusi berbasis komunitas yang mencegah DP berfungsi sebagai mekanisme *Transitional Care* (TC) yang efektif di RS Jiwa Naimata Kupang. Penelitian kualitatif fenomenologi deskriptif ini melibatkan 14 partisipan kunci (*Tenaga Kesehatan RSJ, Perawat Puskesmas, Pasien ODGJ, dan Keluarga/Caregiver*) melalui In-

depth Interview. Data dianalisis menggunakan metode tematik untuk mengidentifikasi hambatan utama dalam kontinum layanan pasca-pulang. Ditemukan delapan tema utama, yang menunjukkan: (1) Kegagalan *handoff* yang masif, termanifestasi sebagai "Pulang Senyap" (*Silent Discharge*) karena ketiadaan koordinasi formal (WA Grup) antara RSJ dan Puskesmas. (2) *Non-adherence* obat dipicu oleh Determinan Sosial Kesehatan (SDH), terutama dilema "Obat vs. Nasi" dan tingginya biaya transportasi. (3) Keluarga mengalami krisis Beban *Caregiver* yang ekstrem, memicu *High Expressed Emotion* (EE) akibat kegagalan *Family Psychoeducation* (FPE). (4) Analisis memvalidasi kebutuhan Model Kolaboratif SEHATI sebagai mekanisme penghubung. Fragmentasi layanan, ditambah SDH yang terabaikan dan *Caregiver Burden* tinggi, mendorong *readmisi*. Model SEHATI direkomendasikan untuk memformalkan koordinasi, mengintegrasikan inisiatif lokal (*Gentar Sejiwa*), dan memberikan psikoedukasi holistik guna mencegah kekambuhan.

Kata Kunci: *Discharge Planning*, Kegagalan *Handoff*, Beban *Caregiver*, Determinan Sosial Kesehatan, Model SEHATI.

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa merupakan salah satu tantangan utama dalam sistem kesehatan global, terutama di negara berkembang seperti Indonesia (Basrowi et al., 2024). Berdasarkan data nasional, sekitar 2% penduduk Indonesia mengalami masalah kesehatan jiwa, namun persentase di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) bahkan lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional (Buntoro et al., 2023). Tingginya angka ini tidak terlepas dari berbagai faktor, termasuk tingkat kemiskinan yang relatif tinggi di provinsi tersebut (Ranimpi et al., 2014).

Upaya penanganan gangguan jiwa di NTT menghadapi tantangan yang kompleks. RS Jiwa Naimata Kupang saat ini merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa milik pemerintah di provinsi ini, yang harus melayani seluruh wilayah dan menghadapi beban layanan yang berat (Basrowi et al., 2024). Salah satu tantangan terbesar yang dihadapi rumah sakit ini adalah tingginya angka *readmisi* atau kekambuhan pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Fenomena ini juga terjadi secara luas di rumah

sakit jiwa lain di Indonesia (Kemenkes RI, 2023).

Tingginya *readmisi* mengindikasikan adanya celah dalam sistem dukungan pascapemulangan, yang seringkali berakar pada kurang optimalnya Perencanaan Pemulangan (*Discharge Planning - DP*) (Nurjannah et al., 2014; Salsabilah et al., 2023). DP adalah proses terstruktur yang esensial dalam *Transitional Care* (TC); proses ini bertujuan memastikan kesinambungan perawatan dan mencegah kekambuhan (Steffen et al., 2009). Namun, dalam praktiknya, *discharge planning* di layanan psikiatri sering tidak dijalankan secara komprehensif, menyebabkan pasien dipulangkan tanpa jejaring komunitas terhubung baik (Mawarpury & Sulistyani, 2014).

Masalah ini diperparah oleh kegagalan *handoff* layanan yang masif (Walker et al., 2021), di mana Puskesmas mengalami "Pulang Senyap" (*Silent Discharge*). Selain masalah koordinasi, tingginya *readmisi* diyakini diperparah oleh faktor eksternal yang terabaikan, terutama *Social Determinants of Health* (SDH), seperti beban ekonomi

keluarga dan hambatan transportasi, yang secara signifikan memengaruhi kepatuhan pengobatan (Ragesh et al., 2016; Klinpiboon & Chanthapasa, 2023). Diperlukan eksplorasi mendalam untuk memahami bagaimana kegagalan DP berinteraksi dengan SDH dan *Caregiver Burden*, yang berpotensi memicu *relaps*.

Meskipun urgensi masalah ini sangat nyata, belum ada studi yang secara spesifik menggali perspektif multipihak di konteks NTT. Oleh karena itu, penelitian ini dirancang untuk menjawab pertanyaan penelitian: "*Bagaimana pelaksanaan Discharge Planning saat ini dari perspektif tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga, serta model intervensi apa yang dapat dikembangkan untuk mengatasi hambatan tersebut?*"

Berdasarkan pertanyaan tersebut, tujuan penelitian ini adalah: (1) Mengeksplorasi pengalaman dan hambatan implementasi *Discharge Planning* yang berkontribusi pada fenomena *Silent Discharge*; dan (2) Merumuskan rekomendasi model *Discharge Planning* kolaboratif lintas sektor (Model SEHATI) yang kontekstual untuk mencegah *readmisi* pasien ODGJ di wilayah dengan keterbatasan sumber daya."

KAJIAN PUSTAKA

Transitional Care (TC) didefinisikan sebagai seperangkat tindakan komprehensif yang dirancang untuk memastikan koordinasi dan kesinambungan perawatan kesehatan pasien saat mereka beralih dari satu tingkat perawatan ke tingkat perawatan lainnya (Coleman & Boulton, 2003). Dalam konteks keperawatan psikiatri, periode transisi yang paling rentan adalah momen pemulangan pasien dari rumah sakit jiwa kembali

ke komunitas. Kegagalan dalam transisi ini merupakan pemicu utama tingginya angka kekambuhan (*readmisi*) (Kemenkes RI, 2023)

Discharge Planning (DP) adalah komponen inti dari *Transitional Care* yang bertujuan mengamankan transisi pasien ke rumah (Steffen et al., 2009). DP yang efektif harus merupakan proses terstruktur, terencana, dan didokumentasikan, yang melibatkan pasien, keluarga, dan penyedia layanan komunitas. Tujuan utama DP adalah memastikan pasien memiliki dukungan, akses ke pengobatan, dan jejaring yang memadai untuk mempertahankan pemulihan (Nurjannah et al., 2014). Sebuah tinjauan sistematis menunjukkan bahwa DP yang tidak dijalankan secara komprehensif atau hanya bersifat verbal (seperti studi *Silent Discharge*), akan menghasilkan fragmentasi layanan dan meningkatkan risiko *relapse* dalam 30 hari pasca-pulang (Salsabilah et al., 2023).

Determinan Sosial Kesehatan (SDH) dan Caregiver Burden

Hasil klinis pasien tidak hanya ditentukan oleh kepatuhan obat dalam konteks kesehatan jiwa, melainkan sangat dipengaruhi oleh *Social Determinants of Health* (SDH). SDH meliputi faktor-faktor non-medis seperti kondisi sosial-ekonomi, lingkungan, pendidikan, dan akses transportasi (Ragesh et al., 2016). Di negara berkembang, kemiskinan dan hambatan geografis secara langsung memicu ketidakpatuhan rasional, di mana pasien terpaksa memilih antara kebutuhan dasar (makan/bekerja) dan pengobatan (Klinpiboon & Chanthapasa, 2023).

Faktor kunci lain yang muncul dalam SDH adalah peran keluarga dan Beban *Caregiver* (*Caregiver Burden*). Beban ini mencakup stres psikologis, isolasi sosial, dan

kesulitan finansial yang dialami keluarga saat merawat pasien ODGJ (Steffen et al., 2009). Krisis beban keluarga yang tidak tertangani dapat bermanifestasi sebagai *High Expressed Emotion* (EE) (Shaw, 2025). *High EE* terbukti menjadi prediktor kuat kekambuhan pasien skizofrenia. Oleh karena itu, *Discharge Planning* harus diperluas cakupannya untuk mengatasi SDH dan meredakan beban keluarga.

Kegagalan *Transitional Care* seringkali disebabkan oleh kegagalan *handoff*, yaitu putusnya komunikasi dan serah terima informasi yang memadai antara layanan akut (RSJ) dan layanan primer (Puskesmas/Komunitas) (Walker et al., 2021). *Handoff failure* menciptakan *blind spot* di komunitas, di mana petugas Puskesmas baru mengetahui status pasien setelah pasien tersebut kambuh.

Untuk mengatasi kegagalan sistemik ini, intervensi keperawatan memerlukan pendekatan kolaboratif lintas sektor yang melibatkan rumah sakit, fasilitas kesehatan primer, dan komunitas. Tujuan kolaborasi adalah menciptakan Mekanisme Penghubung (*Bridging Mechanism*) yang formal dan cepat untuk mengatasi *Silent Discharge*, serta mengintegrasikan Inisiatif Lokal yang sudah terbukti efektif ke dalam sistem rujukan formal.

METODOLOGI PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan studi kasus eksploratif untuk menyelidiki fenomena kompleks *Discharge Planning* (DP) dan perannya dalam mencegah *readmisi* pasien dengan Gangguan Jiwa Berat (*Severe Mental Illness* - SMI). Pendekatan kualitatif dipilih untuk menangkap pengalaman mendalam, persepsi, dan dinamika sosial-

budaya yang memengaruhi kesinambungan perawatan (Creswell & Poth, 2017; Polit & Beck, 2013).

Sebuah studi kasus tunggal dipilih secara *purposive* yang berfokus pada RS Jiwa Naimata Kupang, Nusa Tenggara Timur (NTT) (Assyakurrohim et al., 2022). Pengaturan ini dianggap sebagai kasus kritis karena RSJ Naimata adalah satu-satunya pusat rujukan psikiatri milik pemerintah yang melayani seluruh provinsi, beroperasi dalam konteks yang ditandai dengan sumber daya terbatas, hambatan geografis yang luas, dan stigma sosial yang tinggi (Ranimpi et al., 2014).

Setting dan Partisipan

Penelitian ini dilaksanakan di RS Jiwa Naimata dan diperluas ke komunitas/Puskesmas di wilayah tempat tinggal pasien di Kota dan Kabupaten Kupang. Pengumpulan data dijadwalkan selama tiga bulan (Agustus - Oktober 2025).

Purposive sampling digunakan untuk merekrut informan kunci yang memiliki pengetahuan mendalam dan spesifik yang relevan dengan tantangan sistemik dan proses pemulangan (Given, 2008). Kelompok partisipan yang dianalisis dalam artikel ini dikategorikan menjadi tiga kelompok utama:

- a. Penyedia Layanan Kesehatan (RSJ): Meliputi Psikiater, Perawat Psikiatri, dan Pekerja Sosial yang terlibat dalam *Discharge Planning* (DP). Partisipan ini direkrut untuk memahami perspektif rumah sakit mengenai implementasi DP, protokol yang ada, dan hambatan koordinasi.
- b. Penyedia Layanan Komunitas: Terdiri dari Koordinator Program Kesehatan Jiwa, Perawat, dan Staf dari Puskesmas. Kelompok ini penting untuk memahami pengalaman kegagalan *handoff* (*Silent Discharge*) dan

mengidentifikasi potensi inisiatif lokal.

- c. Pasien dan Keluarga: Melibatkan pasien yang baru dipulangkan dan *caregiver* utama mereka. Partisipan ini memberikan perspektif yang berharga mengenai dampak kesenjangan sistem, krisis beban keluarga, dan mengidentifikasi hambatan lokal utama (*Social Determinants of Health*).

Data dikumpulkan melalui tiga metode untuk memastikan Triangulasi Teknik dan kedalaman data:

- a. Wawancara Mendalam (*In-depth Interviews*): Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan semua partisipan menggunakan panduan yang berfokus pada (1) praktik DP dan tantangan saat ini, (2) koordinasi dengan layanan komunitas, dan (3) saran perbaikan. Wawancara direkam secara audio dan ditranskripsi *verbatim*.
- b. Observasi Non-Partisipatif: Observasi dilakukan terhadap proses pemulangan di rumah sakit dan dinamika pengasuhan (*caregiving*) di rumah/komunitas pasien.
- c. Telaah Dokumen (*Document Review*): Dokumen rumah sakit, termasuk prosedur DP informal yang ada dan kebijakan terkait, ditelaah untuk memvalidasi data wawancara.
- d. Analisis Data
Data yang ditranskripsi dianalisis menggunakan Analisis Tematik mengikuti langkah-langkah sekuensial yang diuraikan oleh Miles & Huberman (1994), dengan fokus pada fragmentasi sistem dan solusi. Proses analitis melibatkan:
- e. Reduksi Data: Transkrip diimpor ke dalam perangkat lunak N-

Vivo. *Coding* awal dilakukan untuk menandai segmen teks yang relevan dengan pertanyaan penelitian (*Discharge Planning, Handoff, dan Koordinasi*).

- f. Penyajian Data dan Pengelompokan: Kode diorganisasi menjadi sub-tema. Data dirangkum dalam tampilan visual untuk memfasilitasi pemahaman pola dan hubungan lintas sumber partisipan.
- g. Sintesis dan Pembentukan Tema: Sub-tema disintesis menjadi tema analitis yang menyeluruh. Langkah interpretatif ini menghubungkan temuan empiris dengan kerangka teoretis yang relevan dan mengarah pada pengembangan Model Kolaboratif SEHATI.

Triangulasi diimplementasikan secara aktif, khususnya Triangulasi Sumber (membandingkan perspektif Nakes RSJ dengan Nakes Puskesmas mengenai masalah *handoff*) dan Triangulasi Peneliti (memastikan konsensus dalam *coding* dan interpretasi di antara tim peneliti).

Studi ini secara ketat mematuhi pedoman etik (Polit & Beck, 2013). Persetujuan etik telah diperoleh dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta dengan nomor: 059/KEPK/VI/2025.

- a. *Informed consent* diperoleh dari setiap partisipan, menjamin kerahasiaan, anonimitas, dan hak untuk menarik diri kapan saja.
- b. Untuk pasien dengan SMI, *informed consent* diperoleh setelah stabilitas klinis dikonfirmasi, dan bila perlu, *assent* diperoleh bersamaan dengan persetujuan dari anggota keluarga/wali.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Karakteristik Partisipan Penelitian

No.	Inisial Partisipan	(JK)	Usia (Tahun)	Kelompok Partisipan	Keterangan
1	Ns. A	P	43	Tenaga Kesehatan RSJ	Perawat (Case Manager)
2	Ns. SS	L	41	Tenaga Kesehatan RSJ	Perawat (Kepala Instalasi Rawat Jalan)
3	Ns. K	P	35	Tenaga Kesehatan RSJ	Perawat (Kepala Ruang Rawat Inap)
4	dr. R	L	40	Tenaga Kesehatan RSJ	DPJP (Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa)
5	dr. A	P	42	Tenaga Kesehatan RSJ	Dokter (Kepala Instalasi IGD)
6	Ns. R	P	44	Perawat Puskesmas	Puskesmas Oepoi
7	Ns. N	P	30	Perawat Puskesmas	Puskesmas Bakunase
8	Ns. I	P	35	Perawat Puskesmas	Puskesmas Penfui
9	Ny. M.F	P	35	Pasien ODGJ	Pasien (Dirawat dan Stabil)
10	Ny. T	P	68	Keluarga Pasien	Ibu/Caregiver (Pasien Ny. M.F)
11	Tn. S	L	45	Pasien ODGJ	Pasien (Dirawat dan Stabil)
12	Ny. M	P	65	Keluarga Pasien	Ibu/Caregiver (Pasien Tn. S)
13	Ny. H	P	46	Pasien ODGJ	Pasien (Dirawat dan Stabil)
14	Tn. T	L	50	Keluarga Pasien	Suami/Caregiver (Pasien Ny. H)

Analisis data kualitatif menghasilkan delapan tema utama yang dikelompokkan menjadi empat kluster yang menjelaskan hambatan sistemik dan non-sistemik dalam

pengecahan *readmisi*. Untuk memastikan Pembahasan yang komprehensif, Tabel 2 di bawah ini menyajikan seluruh delapan tema yang dihasilkan.

Tabel 2. Ringkasan Seluruh Tema Kualitatif (8 Tema / 4 Kluster)

Kluster Tematik	Tema Utama	Implikasi Sistemik
Kluster 1: Kegagalan Transisi Layanan	T1: DP Belum Terstruktur & Putus Setelah RS	Menciptakan fenomena "Pulang Senyap" (<i>Silent Discharge</i>), mengindikasikan DP yang informal dan terfragmentasi.
	T2: Koordinasi RS-Puskesmas Sangat Lemah/Tidak Ada	Manifestasi Handoff Failure yang masif, menyebabkan Puskesmas berada di <i>blind spot</i> pemantauan pasca-pulang.
Kluster 2: Determinan Sosial Kesehatan (SDH)	T4: Ketidapatuhan Obat Berbasis Pilihan Rasional	Pasien menghadapi dilema "Obat vs. Nasi"; SDH struktural lebih kuat daripada resep klinis.
	T5: Stigma Sosial dan Pengobatan Alternatif	Barikade budaya/sosial, menyebabkan pasien enggan mengakses layanan medis dan putus obat.
Kluster 3: Kerapuhan Keluarga	T3: Krisis Beban Ganda (Caregiver Burden) Ekstrem	Keluarga rentan terhadap <i>burnout</i> dan depresi.
	T6: Keluarga Caregiver Utama tapi Tidak Siap (Gagal FPE)	Ketidaksiapan memicu <i>High Expressed Emotion</i> (EE), pemicu kuat <i>relapse</i> .
Kluster 4: Potensi dan Solusi Kolaboratif	T7: Inisiatif Lokal Ada tapi Terbatas & Terisolasi	Menunjukkan adanya Potensi <i>Local Genius</i> (<i>Jemput Bola</i>), namun isolasi dari RSJ membatasi efektivitas dan skalabilitas.
	T8: Harapan & Saran Perbaikan (Model SEHATI)	Validasi Kebutuhan Bridging Mechanism (WA Grup) dan pilar utama Model SEHATI.

Berdasarkan fokus artikel ini pada fragmentasi sistem, tema-tema berikut diidentifikasi sebagai inti kegagalan Transitional Care dan peluang solusi:

a. Fragmentasi Sistem dan Kegagalan Handoff (T1 & T2)

1) *Discharge Planning* Belum Terstruktur dan Putus Total Setelah RS (T1)

Temuan ini menunjukkan bahwa proses *Discharge Planning* (DP) di RS Jiwa Naimata belum berfungsi sebagai mekanisme transisi yang formal dan terstruktur, melainkan bersifat kasuistik dan informal. Ketiadaan standarisasi ini menciptakan

kekosongan informasi total pasca-kepulangan, yang kami sebut dengan istilah "Pulang Senyap" (*Silent Discharge*).

a) Ketiadaan Standarisasi dan Dokumentasi Resmi: Praktik pemulangan sangat bergantung pada inisiatif perawat/dokter individual. Seorang tenaga kesehatan RSJ mengakui kurangnya kerangka kerja: "*Sebenarnya kalau kita ngomong discharge planning ini, bagi teman-teman saya yakin tidak paham... kita cek SOP-nya ada nggak ya, ternyata*

tidak ada..."
(RSJ_TenagaKesehatan_1).

- b) Kegagalan Transfer Informasi dan Dokumentasi ke Komunitas: Kelemahan dokumentasi internal menimbulkan dampak fatal. Petugas Puskesmas melaporkan adanya "putus total" informasi. "*Biasanya kami di sini tuh, kalau pasien ODGJ dari rumah sakit... kami tidak dapat informasi. Jadi kami akan tahu pasiennya selesai perawatan di rumah sakit setelah pasien datang kontrol.*"

(Puskesmas_Perawat_1).

- 2) Koordinasi RS Jiwa Naimata dengan Puskesmas Sangat Lemah atau Tidak Ada (T2)

Fenomena "*Pulang Senyap*" pada T1 termanifestasi sebagai fragmentasi masif dalam koordinasi (T2), membuat Puskesmas beroperasi dalam *blind spot* pasca-pulang.

- a) Tidak Ada Pemberitahuan Resmi Pasien Pulang: Semua partisipan Puskesmas mengeluhkan tidak adanya notifikasi kepulangan pasien dari RSJ, menghilangkan peluang *follow-up* proaktif.
- b) Rujuk Balik Hanya Bersifat Administratif dan Tidak Informatif: Surat Rujukan Balik (SRB), satu-satunya dokumen formal yang ada, dinilai sangat lemah dan tidak memuat informasi klinis penting. "*Bahkan di lembar rujukan balik pun tidak ditulis obat apa yang dikonsumsi oleh pasien.*" (Puskesmas_Perawat_1).
- c) Tantangan Non-Sistemik: Beban Keluarga dan Determinan Sosial (T3, T4, T5, T6)

Selain kegagalan sistemik, partisipan juga menyoroti hambatan signifikan di tingkat keluarga dan komunitas yang memperburuk risiko *readmisi*.

- 1) Krisis *Caregiver Burden* dan Disfungsi Keluarga (T3 & T6)
Keluarga pasien (T3) melaporkan mengalami beban ganda (*double burden*) ekstrem (ekonomi dan psikologis). Beban yang tidak terkelola ini memicu disfungsi keluarga (T6). *Caregiver* utama sering menunjukkan *High Expressed Emotion* (EE) seperti sikap kritik, yang merupakan pemicu kuat *relapse*. Salah satu keluarga mengungkapkan kelelahan yang mendalam: "*Saya capek... sudah berjuang sendirian.*" (Keluarga_Pasien_2)

Kerapuhan ini diperparah oleh kegagalan Family Psychoeducation (FPE) di mana anggota keluarga inti dikeluarkan dari sesi edukasi (T6), sehingga mereka pulang tanpa pemahaman memadai.

- 3) Ketidapatuhan Rasional dan Barikade SDH (T4 & T5)
Ketidapatuhan minum obat (T4) seringkali merupakan respons rasional pasien terhadap Determinan Sosial Kesehatan (SDH). Pasien menghadapi dilema "Obat vs. Nasi", di mana efek samping obat menghambat kemampuan mereka untuk bekerja.

"*Saya sudah tidak minum obat siang... biar bisa kerja. Kalau minum obat, tidur. Jadi siapa yang cari uang untuk makan.*" (Pasien_ODGJ_1)

Hambatan ini diperberat oleh stigma sosial yang kuat (T5) dan kepercayaan tradisional (*guna-guna*) yang menyebabkan pasien enggan mencari bantuan profesional,

berkontribusi pada putusnya pengobatan medis.

2) Inisiatif Lokal dan Harapan Solusi (T7 & T8)

a) Inisiatif Lokal Ada tapi Terbatas dan Tidak Terkoordinasi (T7)

Meskipun terdapat fragmentasi (T1 & T2), data mengungkapkan adanya inisiatif lokal (*local genius*) di tingkat Puskesmas yang beroperasi sebagai model jemput bola proaktif untuk mengatasi hambatan SDH.

b) Model Jemput Bola sebagai Solusi Akses Transportasi: Inisiatif paling menonjol adalah program proaktif Puskesmas untuk mengatasi hambatan biaya dan jarak (SDH). *"Kami buat inovasi 'Gentar Sejiwa'... ini gerakan mengantar dan menjemput pasien ODGJ dari rumah sakit Naimata yang mereka kesulitan untuk mengakses [layanan]. Kami siapkan driver dan ambulance."* (Puskesmas_Perawat_2).

Keterbatasan utamanya adalah isolasi dari perencanaan RS Jiwa.

c) Harapan dan Saran Perbaikan (T8)

Semua pihak (terutama Puskesmas) secara eksplisit menyarankan pembentukan mekanisme penghubung yang cepat dan formal (Bridging Mechanism) (T8).

d) Prioritas WA Grup RSJ-Puskesmas: Permintaan paling utama adalah saluran komunikasi digital formal. *"Minimal ada WA grup... ada apotekarnya, perawatnya, dokternya [RSJ]... Informasi via WA... kami diberitahu pasien pulang."* (Puskesmas_Perawat_1).

e) Edukasi Manajemen Stres Caregiver: T8 juga menekankan kebutuhan perbaikan FPE yang fokus pada manajemen stres keluarga.

Permintaan untuk membuat WA Grup dan perbaikan FPE ini secara langsung memvalidasi kebutuhan kritis akan Sinergi dan Edukasi Holistik sebagai pilar utama Model SEHATI.

PEMBAHASAN

Pembahasan ini menyajikan interpretasi mendalam terhadap temuan kualitatif (Tema 1 hingga Tema 8) dengan menghubungkannya pada kerangka teori yang relevan: *Transitional Care* (TC), *Social Determinants of Health* (SDH), dan *Family Psychoeducation* (FPE) / *Caregiver Burden*. Analisis ini memperkuat argumen bahwa tingginya angka *readmisi* pasien ODGJ di RS Jiwa Naimata Kupang berakar pada kegagalan sistem *handoff* yang diperparah oleh

tekanan struktural, sosial, dan ekonomi di komunitas.

1. Kluster 1: Kegagalan Transisi Layanan dan Fragmentasi Sistem

Kluster ini berfokus pada Tema 1 (*Discharge Planning* Belum Terstruktur) dan Tema 2 (Koordinasi RS - Puskesmas Sangat Lemah), yang membuktikan adanya kegagalan mendasar dalam sistem rujukan balik.

a. Gagalnya *Handoff* Layanan: Pelanggaran Prinsip *Transitional Care*

Temuan bahwa *Discharge Planning* (DP) di RS Jiwa Naimata bersifat informal dan tidak memiliki SOP baku (Tema 1) menegaskan bahwa sistem belum menginternalisasi *Transitional Care* (TC) sebagai proses formal. DP yang seharusnya menjadi mekanisme serah terima (*handoff*) yang terstruktur, justru terhenti di pintu keluar rumah sakit, menciptakan *Continuum of Disconnect*.

Fenomena “Pulang Senyap” (*Silent Discharge*) yang dialami Puskesmas (Tema 2) merupakan bukti nyata adanya *Handoff Failure*, di mana komunikasi yang buruk antara unit akut dan layanan primer sangat menghambat proses transisi (Walker et al., 2021). Kegagalan *handoff* ini terjadi karena:

1. Kurangnya Informasi Terstruktur: Tidak adanya formulir DP dan rujukan balik yang hanya bersifat administratif (Tema 2) melanggar prinsip TC yang menekankan pentingnya pasien dan layanan primer menerima informasi terstruktur pada waktu yang tepat (Sather et al., 2022).
2. Ketiadaan Tanggung Jawab yang Jelas: Ketiadaan mekanisme koordinasi formal (Tema 2) menunjukkan bahwa tanggung jawab di setiap tahap perawatan tidak ditetapkan, padahal ini adalah kunci untuk meningkatkan jalur perawatan (*care pathways*) (Sather et al., 2022; Johnson et al., 2013). Akibatnya, petugas Puskesmas baru mengetahui status pasien ketika mereka

datang kontrol mandiri (Tema 2), sehingga mereka tidak dapat menjalankan fungsi pemantauan proaktif, yang sangat penting di masa paling rentan pasca-pulang.

b. Fragmentasi Sistem dan Risiko Readmisi

Fragmentasi layanan diperparah karena RSJ dan Puskesmas beroperasi secara terpisah (Tema 2). Ketiadaan koordinasi ini menyebabkan pasien menghadapi kesulitan dalam penyesuaian diri di komunitas (Niimura et al., 2016). Literatur menunjukkan bahwa pasien yang dipulangkan tanpa DP yang memadai memiliki risiko *readmisi* yang tinggi, terutama pada bulan pertama pasca-pulang (Forchuk et al., 2021). Dalam konteks ini, *Silent Discharge* secara efektif menempatkan semua pasien dalam kategori “tanpa DP yang memadai” dari sudut pandang komunitas.

c. Kebutuhan Mekanisme Penghubung (*Bridging Mechanism*)

Pembahasan ini menyoroti perlunya strategi komunikasi dan kolaborasi yang ditingkatkan (Sather et al., 2022). Harapan partisipan akan dibentuknya WA Grup RSJ-Puskesmas (Tema 8) merupakan usulan *Bridging Mechanism* yang sangat sesuai dengan rekomendasi literatur untuk memanfaatkan Teknologi Informasi (IT) guna mendukung pengambilan keputusan dan rujukan (Sather et al., 2022).

Berdasarkan temuan tersebut, peneliti memandang bahwa ketiadaan formalisasi *discharge planning* tidak dapat

dipahami semata-mata sebagai persoalan administratif. Kondisi ini justru mencerminkan pola kerja layanan yang masih bersifat terfragmentasi, di mana pelayanan kuratif di rumah sakit berjalan terpisah dari upaya rehabilitatif di tingkat komunitas. Dalam situasi seperti ini, komunikasi antarlayanan tidak terbangun secara sistematis, sehingga informasi penting mengenai pasien terputus setelah proses pemulangan. Peneliti berargumen bahwa tanpa adanya intervensi kebijakan yang secara nyata mendorong integrasi data dan komunikasi, misalnya melalui mekanisme penghubung berbasis digital, fenomena *pulang senyap* berpotensi terus berlangsung dan diperlakukan sebagai praktik yang dianggap wajar, meskipun pada akhirnya merugikan pasien dan keluarganya.

2. Kluster 2: Determinan Sosial sebagai Penghambat Kepatuhan Klinis

Kluster ini didukung oleh Tema 4 (Kepatuhan Minum Obat Rendah) dan Tema 5 (Stigma Sosial Kuat), yang menyoroti bahwa *readmisi* dipengaruhi oleh faktor eksternal non-klinis (*Social Determinants of Health* - SDH).

a. *Non-Adherence Rasional* Berdasarkan SDH

Kepatuhan minum obat rendah (Tema 4), penyebab utama *readmisi*, tidak dapat diinterpretasikan semata-mata sebagai ketidakpatuhan klinis. Analisis mendalam menunjukkan bahwa perilaku ini adalah respons rasional pasien terhadap keterbatasan ekonomi. Dilema “Obat vs.

Nasi” (Tema 4) menunjukkan konflik antara tuntutan medis dan kebutuhan dasar. Ketika efek samping obat (mengantuk) menghambat kemampuan mereka untuk bekerja dan mencari nafkah (Tema 4), *sociocultural* dan *economic barriers* mengambil alih prioritas (Ragesh et al., 2016; Riolo et al., 2008).

Faktor SDH juga tercermin dalam hambatan struktural yang menghambat akses. Biaya logistik dan transportasi yang mahal (Tema 3) menciptakan barikade geografis dan ekonomi yang mencegah pasien mengakses layanan secara konsisten (Klinpiboon & Chanthapasa, 2023). Isu *accessibility and availability* seperti transportasi merupakan hambatan struktural yang kritis terhadap kepatuhan (Issac et al., 2025; Klinpiboon & Chanthapasa, 2023).

b. Stigma Sosial, Trauma, dan Hak Pasien

Stigma sosial (Tema 5) dan kepercayaan tradisional (*gunaguna*) (Tema 5) di NTT merupakan determinan budaya yang mengancam reintegrasi sosial pasien. Stigma sosial yang kuat (Tema 5) dapat menghalangi individu untuk mencari bantuan dan mengurangi dukungan (da Silveira et al., 2018). Kepercayaan bahwa penyakit disebabkan oleh faktor non-medis (Tema 5) semakin melemahkan upaya kepatuhan.

Temuan mengenai praktik pengikatan/kekerasan yang dialami pasien (Tema 8) menunjukkan adanya pelanggaran terhadap hak-hak dasar pasien. Pengalaman

trauma akibat *restraint* atau *abuse* dapat berdampak negatif pada kepercayaan terhadap penyedia layanan dan kepatuhan (Issac et al., 2025; Chapman & Horne, 2013). Rasa takut terhadap perlakuan buruk (Tema 8) dapat menyebabkan pasien menghindari pengobatan, yang berujung pada peningkatan *readmisi*.

Peneliti memaknai ketidakpatuhan pasien di wilayah dengan keterbatasan sumber daya seperti NTT bukan semata-mata sebagai bentuk pembangkangan terhadap anjuran medis. Dalam banyak kasus, kondisi tersebut justru dapat dipahami sebagai strategi bertahan hidup keluarga di tengah tekanan kemiskinan yang berkepanjangan. Pilihan untuk menghentikan atau mengurangi pengobatan sering kali bukan didorong oleh penolakan terhadap terapi, melainkan oleh dilema keseharian antara kebutuhan dasar dan keberlanjutan perawatan. Atas dasar itu, peneliti berpandangan bahwa model *discharge planning* yang hanya menekankan edukasi kepatuhan minum obat, tanpa diikuti upaya pemberdayaan keluarga dan advokasi terhadap stigma sosial, berisiko tidak berkelanjutan. Pendekatan klinis perlu berjalan seiring dengan intervensi sosial agar perawatan pascapemulangan benar-benar bermakna bagi pasien dan keluarganya.

3. Kluster 3: Beban Ganda Keluarga dan Kegagalan Pelibatan *Caregiver*

Kluster ini menganalisis Tema 3 (Beban Keluarga Sangat Berat)

dan Tema 6 (Keluarga *Caregiver* Utama tapi Tidak Siap), yang menyoroti bahwa *caregiver* utama adalah mata rantai yang paling rentan.

a. Krisis *Caregiver Burden* dan Risiko *High Expressed Emotion* Beban yang ditanggung keluarga (Tema 3) telah mencapai tingkat krisis (*Caregiver Burden*), menghadapi beban ganda (*double burden*): *Objective Burden* (utang, hambatan ekonomi) dan *Subjective Burden* (kejujuran, *burnout*) (Ayano et al., 2025; Shaw, 2025).

Kondisi *burnout* yang ekstrem membuat *caregiver* kesulitan mengelola emosi. Kehilangan kesabaran dan kecenderungan untuk marah atau mengkritik (Tema 6) adalah manifestasi dari *High Expressed Emotion* (EE). Tingkat EE yang tinggi merupakan prediktor kuat untuk *relaps* pada pasien dengan skizofrenia dan gangguan jiwa berat lainnya (Gupta & Mohanty, 2016; Bhowmik et al., 2023; Shaw, 2025; Ayano et al., 2025). Disfungsi keluarga ini secara langsung mengubah lingkungan rumah dari tempat pemulihan menjadi pemicu kekambuhan (Tema 6).

b. Kegagalan *Family Psychoeducation* (FPE) dan Eksklusi Keluarga

Kerapuhan keluarga (Tema 6) diperparah oleh kegagalan sistem dalam menyediakan *Family Psychoeducation* (FPE) yang memadai. Prinsip FPE menekankan bahwa intervensi harus bertujuan mengurangi beban *caregiver* dan EE (Gupta & Mohanty, 2016; Nirmala et

al., 2011), sehingga dapat menurunkan tingkat *relapse* (Shaw, 2025).

Kasus di mana anggota keluarga inti dikeluarkan dari sesi edukasi (Tema 6) merupakan pelanggaran mendasar terhadap prinsip FPE. Kegagalan pelibatan ini menghasilkan *caregiver* yang tidak siap (Tema 6) dan cenderung melakukan kesalahan manajemen (menyerahkan kontrol obat), sehingga mereka menjadi "pemicu" kekambuhan (Tema 6). Pengakuan tenaga kesehatan RSJ bahwa edukasi manajemen stres sangat dibutuhkan (Tema 8) menunjukkan bahwa intervensi yang ada masih kurang dalam aspek psikososial komprehensif.

Kegagalan melibatkan keluarga secara bermakna dalam sesi edukasi (Tema 6) memperdalam ketidaksiapan keluarga saat pasien kembali ke rumah. Berdasarkan pengalaman dan pengamatan peneliti, terdapat paradoks sistemik yang terus berulang: keluarga diharapkan mengambil alih peran sebagai *perawat utama* selama 24 jam di rumah, namun pada fase perawatan di rumah sakit justru kerap diposisikan sebagai pihak pasif yang tidak dilibatkan secara serius. Peneliti memandang bahwa tingginya angka *readmisi* bukanlah peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba, melainkan konsekuensi logis dari sistem yang "melepaskan" pasien ke dalam lingkungan keluarga yang belum siap, kelelahan secara mental, dan minim dukungan. Tanpa pendekatan *family*

psychoeducation yang inklusif dan berkelanjutan, keluarga berisiko mengalami kelelahan peran, yang pada akhirnya dapat menggeser fungsinya dari sumber dukungan menjadi faktor pemicu kekambuhan.

4. Kluster 4: Model Kolaboratif Lintas Sektor sebagai Solusi

Kluster ini didukung oleh Tema 7 (Inisiatif Lokal) dan Tema 8 (Harapan & Saran), yang menjadi landasan empiris untuk merekomendasikan Model *Discharge Planning* Kolaboratif Lintas Sektor (Mod-DP K-L) / Model SEHATI.

a. Menginstitusionalisasikan *Local Genius*

Temuan mengenai inovasi "Gentar Sejiwa" di Puskesmas dan kolaborasi dengan Babinsa/Kader (Tema 7) membuktikan bahwa mekanisme *Transitional Care* berbasis komunitas yang efektif sudah ada. Model "Jemput Bola" ini secara efektif mengisi celah fragmentasi (Tema 2) dan aksesibilitas (Tema 3). Inisiatif *Gentar Sejiwa* dapat diinstitusionalisasikan sebagai bentuk adaptasi lokal dari *Transitional Discharge Model* (TDM) yang terbukti mengurangi *readmisi* (Forchuk et al., 2007). Pembahasan ini mendorong perlunya menginstitusionalisasikan *local genius* ini menjadi standar layanan. Kemitraan dengan *stakeholder* komunitas (Babinsa/Kader) (Tema 7) sejalan dengan studi yang menunjukkan keberhasilan model kolaboratif, seperti *REACH NOLA Project* (Wennerstrom et al., 2011).

b. *Bridging Mechanism* dan Komunikasi Digital

Meskipun inisiatif lokal efektif, hambatan utamanya adalah ketiadaan koordinasi dengan RSJ (Tema 7). Harapan partisipan akan dibentuknya WA Grup antara RSJ-Puskesmas (Tema 8) merupakan cetak biru (*blueprint*) untuk menciptakan *Bridging Mechanism* yang krusial. Literatur mendukung bahwa pemanfaatan *Health Information Technology* (HIT) dan *digital communication tools* dapat meningkatkan komunikasi dan koordinasi antara rumah sakit dan pemangku kepentingan komunitas (Kurtzman, 2015; Maravilla et al., 2023), sekaligus menjaga kontinuitas layanan.

c. *Strengths-Based Recovery* dan Reintegrasi Sosial-Ekonomi

Harapan pasien untuk memiliki aktivitas produktif/kerja (Tema 8) sejalan dengan prinsip Pemulihan Berorientasi Kekuatan (*Strengths-Based Recovery*) (Jørgensen et al., 2025). Model perawatan yang sukses harus berfokus pada pemberdayaan diri dan dukungan holistik pasien. Oleh karena itu, Model Mod-DP K-L (SEHATI) harus mengintegrasikan layanan klinis dengan layanan vokasional dan dukungan komunitas untuk memfasilitasi kembalinya pasien ke aktivitas produktif (Tema 8), sehingga secara bersamaan mengatasi hambatan ekonomi (Tema 4) dan stigma (Tema 5).

Peneliti menilai bahwa keterbatasan infrastruktur tidak selalu menjadi penghambat utama perbaikan sistem layanan kesehatan jiwa di NTT. Menurut peneliti, persoalan justru terletak

pada ketidaktepatan memilih solusi. Pengalaman lapangan memperlihatkan bahwa teknologi yang sederhana dan akrab bagi Masyarakat, seperti pemanfaatan WhatsApp, apabila dipadukan dengan kearifan lokal melalui pendekatan *jemput bola* serta pelibatan kader dan Babinsa, memiliki daya ungkit keberlanjutan yang jauh lebih kuat dibandingkan penerapan sistem teknologi informasi yang kompleks namun asing bagi konteks sosial setempat. Atas dasar itu, peneliti memandang Model SEHATI sebagai bentuk jembatan yang paling realistis dan operasional untuk menutup celah fragmentasi layanan yang selama ini terjadi.

KESIMPULAN

Penelitian kualitatif ini menyimpulkan bahwa tingginya angka *readmisi* pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di RS Jiwa Naimata Kupang disebabkan oleh kegagalan sistem *Transitional Care* (TC) yang multidimensi, berakar pada disfungsi koordinasi, tekanan *Social Determinants of Health* (SDH) yang diabaikan, dan kerapuhan keluarga. Poin-poin utama kesimpulan penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

1. Kegagalan *Handoff* Layanan: Sistem *Discharge Planning* (DP) saat ini bersifat informal dan terfragmentasi, ditandai dengan fenomena "Pulang Senyap" (*Silent Discharge*). Kegagalan ini melanggar prinsip TC karena tidak adanya serah terima informasi yang terstruktur dan tanggung jawab yang jelas antara RSJ dan Puskesmas, menempatkan pasien pada risiko kekambuhan yang tinggi.
2. *Non-Adherence* Rasional: Ketidakpatuhan obat adalah

respons rasional pasien terhadap hambatan SDH yang struktural, terutama dilema "Obat vs. Nasi" dan tingginya biaya transportasi yang menciptakan barikade ekonomi yang lebih kuat daripada resep klinis.

3. Krisis *Caregiver Burden*: Keluarga *caregiver* utama mengalami beban ganda (*double burden*) ekstrem yang memicu *High Expressed Emotion* (EE), prediktor kuat *relapse*. Kerapuhan ini diperburuk oleh kegagalan *Family Psychoeducation* (FPE) untuk mempersiapkan dan mendukung keluarga secara memadai.
4. Kebutuhan Model Kolaboratif: Solusi terletak pada penginstitutionalisasi Inisiatif Lokal (*Local Genius*) (seperti program *Jemput Bola*) menjadi kerangka kerja yang formal. Hal ini membutuhkan Model *Discharge Planning* Kolaboratif Lintas Sektor (Mod-DP K-L) yang diresmikan dengan *Bridging Mechanism* berbasis komunikasi digital (WA Grup) untuk menyatukan RSJ, Puskesmas, dan Kader, sehingga menciptakan jalur perawatan yang terintegrasi dan berkelanjutan.

Kesimpulannya, kegagalan pencegahan *readmisi* di RS Jiwa Naimata adalah kegagalan sistemik, bukan kegagalan pasien atau keluarga. Perbaikan memerlukan pergeseran paradigma dari *Discharge Planning* yang berpusat pada rumah sakit menjadi Model Kolaboratif Lintas Sektor (Model SEHATI) yang secara eksplisit mengatasi *handoff failure* dan *Social Determinants of Health*.

SARAN

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada desain kualitatif yang berfokus pada eksplorasi fenomena dan belum mengukur

dampak intervensi secara statistik. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan arah penelitian masa depan sebagai berikut:

1. Uji Efektivitas Model: Peneliti selanjutnya disarankan untuk melakukan studi kuasi-eksperimental guna menguji efektivitas Model SEHATI dalam menurunkan angka *readmisi* dan skor beban keluarga (*caregiver burden*) secara kuantitatif.
2. Analisis Efisiensi Biaya: Diperlukan kajian farmakoekonomi untuk menilai *cost-effectiveness* dari penggunaan teknologi digital sederhana (WA Grup) dalam sistem rujukan balik dibandingkan dengan metode konvensional.
3. Perluasan Konteks: Mengingat karakteristik geografis kepulauan, studi replikasi di wilayah kepulauan lain di Indonesia sangat disarankan untuk memvalidasi apakah model kolaboratif ini dapat digeneralisasi pada konteks budaya dan geografis yang berbeda.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih atas dukungan pendanaan yang diberikan oleh Direktorat Riset, Teknologi, dan Pengabdian kepada Masyarakat Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Republik Indonesia melalui skema Penelitian Dosen Pemula (PDP) tahun anggaran 2025.

DAFTAR PUSTAKA

- Assyakurrohim, D., Ikham, D., Sirodj, R. A., & Afgani, M. W. (2022). Metode Studi Kasus dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Pendidikan Sains Dan Komputer*, 3(01), 1-9. <https://doi.org/10.47709/jpsk.v3i01.1951>

- Ayano, S., Hunduma, G., Abdeta, T., Hayru, N., Misgana, T., Tadesse, H., Zewudie, A., Temesgen, A., Assefa, H., Asefa, A., Seyoum, A., Abrahin, R., & Abdi, D. (2025). Expressed emotion and associated factors among primary caregivers of people with schizophrenia in public hospitals Eastern Ethiopia. *Scientific Reports*, *15*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-21541-1>
- Basrowi, R. W., Wiguna, T., Samah, K., Djuwita F Moeloek, N., Soetrisno, M., Purwanto, S. A., Ekowati, M., Elisabeth, A., Rahadian, A., Ruru, B., & Pelangi, B. (2024). Exploring Mental Health Issues and Priorities in Indonesia Through Qualitative Expert Consensus. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, *20*, e17450179331951. <https://doi.org/10.2174/0117450179331951241022175443>
- Bhowmik, M., Gaekwad, S. J., Chaudhury, S., Prakash, J., & Saldanha, D. (2023). Relation of expressed emotions and burden of care in primary caregivers to severity of illness in schizophrenia patients: A cross-sectional, hospital based study. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth*, *16*(3), 353-363. https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_974_21
- Buntoro, I. F., Folamauk, C. L., Nurina, R. L., Kleden, S. S., & Handoyo, N. E. (2023). Resilience, depression and their effect on nurse retention: a survey in rural Indonesia. *Rural and Remote Health*, *23*(3), 1-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.22605/RRH7725>
- Chapman, S. C. E., & Horne, R. (2013). Medication nonadherence and psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*(5), 446-452. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642da4>
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(4), 556-557. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications.
- da Silveira, P. S., de Tostes, J. C. A., Wan, H. T., Ronzani, T. M., & Corrigan, P. W. (2018). The stigmatization of drug use as mechanism of legitimization of exclusion. In *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs* (pp. 15-25). https://doi.org/10.1007/978-3-319-72446-1_2
- Forchuk, C., Martin, M.-L., Corring, D., Sherman, D., Srivastava, R., Harerimana, B., & Cheng, R. (2021). Cost-effectiveness of the implementation of a transitional discharge model for community integration of psychiatric clients: Practice insights and policy implications. In *From Therapeutic Relationships to Transitional Care: A Theoretical and Practical Roadmap* (pp. 100-104). <https://doi.org/10.4324/9781003000853-1914>
- Forchuk, C., Reynolds, W., Sharkey, S., Martin, M.-L., & Jensen, E. (2007). Transitional Discharge Based on Therapeutic

- Relationships: State of the Art. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.apn.2006.11.002>
- Given, L. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. <https://doi.org/10.4135/9781412963909>
- Gupta, N., & Mohanty, S. (2016). Relationship of burden and social support with expressed emotion in spouses of persons with schizophrenia. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 42(1), 172-178. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85020904396&partnerID=40&md5=0a8d8a51556acafcdeb0260c6b61db3b>
- Issac, A., Nayak, S. G., George, R., Priyadarshini, T., & Jacob, J. (2025). Barriers and Facilitators to Medication Adherence Among Individuals With Mental Disorders: A Qualitative Systematic Review and Evidence Synthesis. *Nursing and Health Sciences*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/nhs.70153>
- Johnson, J. K., Arora, V. M., & Barach, P. R. (2013). What can artefact analysis tell us about patient transitions between the hospital and primary care? Lessons from the HANDOVER project. *European Journal of General Practice*, 19(3), 185-193. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.819850>
- Jørgensen, K., Bro Jørgensen, K., & Karlsson, B. (2025). Cross-Sectoral Collaboration Between Mental Health Hospitals and Municipalities: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 46(6), 587-601. <https://doi.org/10.1080/01612840.2025.2478419>
- Kemenkes RI. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Kemenkes RI.
- Klinpiboon, P., & Chanthapasa, K. (2023). The Medication Use Issues and Challenges of Mental Illness Exacerbation in Patients with Schizophrenia: A Qualitative Study in Thailand. *Patient Preference and Adherence*, 17, 2927-2937. <https://doi.org/10.2147/PPA.S420973>
- Kurtzman, J. H. (2015). A community hospital - County health department partnership to reduce preventable readmissions: Lessons learned for population health management. *Journal of Healthcare Management*, 60(4), 258-267. <https://doi.org/10.1097/00115514-201507000-00007>
- Maravilla, J., Catiwa, J., Guariño, R., Yap, J. F., Pagatpatan, C., Orolfo, D. D., de Silos, J., Leigh, M. C., Babate, J., & Lopez, V. (2023). Exploring indirect impacts of COVID-19 on local health systems from the perspectives of health workers and higher education stakeholders in the Philippines using a phenomenological approach. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2022.100585>
- Mawarpury, M., & Sulistyani, A. (2014). Discharging Mental Health Patients in Aceh: A Preliminary Study. *Anima, Indonesian Psychology Journal*, 29(2), 95-102.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed. In

- Qualitative data analysis: An expanded sourcebook, 2nd ed.* Sage Publications, Inc.
- Niimura, J., Tanoue, M., & Nakanishi, M. (2016). Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23*(9-10), 576-584.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12341>
- Nirmala, B. P., Vranda, M. N., & Reddy, S. (2011). Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine, 33*(2), 119-122.
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.92052>
- Ranimpi, Y. Y., Hyde, M., & Oprescu, F. (2014). Mental health, poverty and indigenous psychology research in East Nusa Tenggara-Indonesia: Methodological and ethical considerations. *Proceeding of the 3rd Hong Kong International Conference on Education, Psychology and Society, 330-341*.
<http://research.usc.edu.au/vital/access/manager/Repository/usc:14658>
- Riolo, S. A., Weston, C. G., & Roose, S. P. (2008). Patient Compliance. In *Psychiatry: Third Edition* (Vol. 2, pp. 2447-2461).
<https://doi.org/10.1002/9780470515167.ch114>
- Salsabilah, N., Shaluhayah, Z., & Mustofa, S. B. (2023). The Factors Associated with Outpatient Re-Visits at RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. *Jurnal Info Kesehatan*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31965/infokes.vol21.iss3.1187>
- Sather, E. W., Iversen, V. C., Svindseth, M. F., Crawford, P., & Vasset, F. (2022). Exploring sustainable care pathways - a scoping review. *BMC Health Services Research, 22*(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-022-08863-w>
- Shaw, M. (2025). Schizophrenia is a family matter - but which interventions are helpful? *BJPsych Advances*.
<https://doi.org/10.1192/bja.2025.10166>
- Wennerstrom, A., Vannoy, S. D., Allen III, C. E., Meyers, D., O'Toole, E., Wells, K. B., & Springgate, B. F. (2011). Community-based participatory development of a community health worker mental health outreach role to extend collaborative care in post-Katrina New Orleans. *Ethnicity and Disease, 21*(3 SUPPL. 1), S145-S151.
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84858856395&partnerID=40&md5=66b8d850c13072453e16acdd1bc70345>