

# KEBUTUHAN REHABILITASI PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA PASKA PASUNG

Heni Dwi Windarwati<sup>1</sup>, Nining Wuli Lestari<sup>2</sup>, Yusfina Himayanti<sup>3</sup>, Rian Falvianus<sup>4</sup>, Imelda Manek Laku<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Indonesia,  
Email: hewinda80@gmail.com

<sup>2,3,4,5</sup>Magister Keperawatan, Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

## ABSTRAK

Rehabilitasi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) paska pasung merupakan langkah yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan ODGJ paska pasung. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi kebutuhan rehabilitasi ODGJ paska pasung. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan *a grounded theory study* dengan teknik *purposive sampling* dengan 23 orang partisipan. Partisipan terdiri dari ODGJ pasung, keluarga yang merawat ODGJ pasung, *volunteers* yang memberikan dukungan dalam perawatan ODGJ pasung, tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pertanyaan semi terstruktur. Penelitian ini mengidentifikasi kebutuhan rehabilitasi pada ODGJ paska pasung terdiri kebutuhan internal yaitu kemampuan mengendalikan gejala, kemampuan hidup sehari-hari, sosialisasi dan kerjasama. Kebutuhan eksternal yaitu kebutuhan peningkatan jangkauan akses perawatan ODGJ, kebutuhan pemantauan perkembangan ODGJ, masyarakat, kebutuhan penurunan stigma dan kebutuhan adaptasi. Pemahaman kebutuhan rehabilitasi ODGJ paska pasung membantu dalam merencanakan pelaksanaan rehabilitasi berbasis masyarakat.

**Kata Kunci:** orang dengan gangguan jiwa, kebutuhan rehabilitasi, tahapan pemasangan, factor yang memfasilitasi pemasangan.

## ABSTRACT

*People with mental health problem's (PWMHP) rehabilitation after their shackling is a step taken to enhance their capability after the shackling. This study was aimed at identifying PWMHP's needs after the shackling. This study employed a qualitative design with a grounded theory study approach with a purposive sampling technique with 23 participants. The participants were comprised of shackled PWMHP, families taking care of the shackled PWMHP, volunteers who helped take care of the shackled PWMHP, prominent figures and health workers. We collected the data by conducting an in-depth interview using semi-structured questions. This study identified symptoms, daily life capability, socialization, and cooperation. The external needs include the need on PWMHP's enhanced care access range, the need on PWMHP's and the society's development monitoring, the need on a decreased stigma and the need on adaptation. A good understanding on the PWMHP's rehabilitation needs after the shackling will help plan the realization of a society-based rehabilitation.*

**Keywords:** *people with mental health problems, rehabilitation needs, shackling stages, factors facilitating the shackling.*

## Pendahuluan

Pendekatan model rehabilitasi dilakukan untuk menciptakan kesempatan bagi individu yang mengalami masalah kesehatan jiwa khususnya pada penderita skizoprenia. Pendekatan rehabilitasi menekankan pada perkembangan ketrampilan dan dukungan yang dibutuhkan untuk keberhasilan dalam hidup, belajar dan bekerja dalam masyarakat (Fontaine, 2009). Pendekatan ini menciptakan *collaborative partnership* antara penderita pasung, keluarga, teman dan pemberi pelayanan keperawatan. Model rehabilitasi akan mengandung keyakinan dan nilai-nilai tertentu. Keyakinan yang terkandung dalam model rehabilitasi adalah sebagian besar klien dengan skizoprenia berpotensi untuk produktif, kesempatan untuk bisa bekerja adalah kekuatan generatif pada manusia, bekerja dapat meningkatkan harga diri dan menurunkan gejala serta setiap orang memerlukan kesempatan untuk hidup bersama dalam lingkungan sosial. Pendekatan rehabilitasi mengandung nilai-nilai penting dalam hidup diantaranya harapan dan optimism individu untuk tumbuh, belajar dan membuat perubahan dalam kehidupannya, promosi pilihan, penentuan nasib sendiri, tanggung jawab individu dan rasa kasih sayang. Elemen utama *self help* dalam model rehabilitasi adalah kekuatan.

Jawa Timur merupakan salah satu wilayah yang saat ini juga sedang melakukan upaya penanganan pada kasus pemasangan. Provinsi dengan jumlah penduduk paling banyak kedua di Indonesia ini menyumbang kasus pasung yang tidak sedikit. Provinsi Jawa Timur terbagi atas 29 kabupaten dan sembilan kota. Jumlah kasus pasung yang telah ditangani sekitar 2500 orang. Kegiatan rehabilitasi berbasis masyarakat yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah dengan pendekatan berbasis masyarakat. Indikator keberhasilan yang digunakan dalam model Hedwin masih terbatas pada indikator penurunan tanda dan gejala, peningkatan kemandirian dan produktifitas, serta

penurunan stigma belum mencakup komponen rehabilitasi secara lengkap.

Penelitian ini dilakukan di wilayah Provinsi Jawa Timur untuk menjawab fenomena utama yaitu fenomena rehabilitasi berbasis masyarakat pada ODS paska pasung. Fenomena rehabilitasi ODS paska pasung lebih spesifik menekankan identifikasi kebutuhan rehabilitasi paska pasung. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui metode *grounded theory*.

## Metode Penelitian

### *Metode*

Ekplorasi kebutuhan rehabilitasi pada ODS paska pasung dilakukan melalui studi kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Studi ini dilaksanakan di provinsi Jawa Timur, Indonesia sebuah provinsi dengan jumlah penduduk terpadat nomor dua. Jawa Timur memiliki prevalensi pemasangan pada ODS mencapai 16,3% dari jumlah penduduk di Jawa Timur atau sekitar 14.000 ODS pernah atau sedang dipasung.

### *Partisipan*

Penelitian ini melibatkan partisipan 23 orang yang terdiri atas lima *people with skizofrenia* (PWS) yang dipasung, empat keluarga yang merawat PWS, 5 perawat yang merawat PWS, 4 orang kader yang menjadi volunteer merawat PWS dan 5 orang pemimpin masyarakat di wilayahnya yang terdapat PWS. Semua partisipan telah memenuhi usia minimum 20 tahun dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan bahasa Indonesia atau Jawa. Kriteria khusus PWS adalah PWS yang telah atau berulang kali dipasung selama minimal 1 bulan dan tidak mengalami komplikasi retardasi mental atau gangguan mental organik. Kriteria khusus keluarga adalah *caregiver* PWS selama dipasung dan berfungsi sebagai pengasuh utama dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari PWS. Kriteria khusus perawat adalah perawat psikiatris dalam

layanan kesehatan mental atau pendidikan yang telah merawat PWS yang dipasung. Kader adalah sukarelawan yang terlibat dalam merawat PWS. Sedangkan tokoh masyarakat adalah tokoh agama, tokoh desa, dan masyarakat yang dihormati oleh masyarakat setempat.

### ***Sampling and Recruitment***

Penelitian proses pemasangan pada PWS dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Indonesia. Jawa Timur dipilih sebagai tempat penelitian mengingat jumlah pasung di Jawa Timur hampir mencapai 25% dari total estimasi pasung di seluruh Indonesia. Tingginya estimasi tersebut tidak diikuti dengan eksplorasi mendalam bagaimana proses terjadinya pemasangan pada PWS sehingga program pencegahan belum dapat dijalankan secara optimal.

Triangulasi sampel partisipan yang dipilih dari sampel heterogen digunakan dalam studi ini. Pemilihan partisipan menggunakan teknik *purposive sampling*. Studi tentang proses terjadinya pemasangan pada PWS mencapai saturasi data pada partisipan ke-23. terdapat lima kelompok partisipan dalam studi ini yaitu 5 orang PWS yang dipasung, 4 orang keluarga yang merawat PWS yang dipasung, 5 perawat yang merawat PWS yang dipasung, 4 orang kader (volunteer) yang peduli merawat PWS yang dipasung dan 5 orang pemimpin masyarakat tempat PWS yang dipasung.

### ***Prosedure***

Desain penelitian kualitatif berdasarkan pada *grounded theory study* dipilih dalam studi ini<sup>10</sup>. Studi ini dipilih untuk mengeksplorasi pandangan dan pengalaman partisipan terkait proses terjadinya pemasangan pada PWS dalam konteks Indonesia. Data dikumpulkan menggunakan wawancara semi-terstruktur dan mendalam dengan catatan lapangan, dengan tujuan mendokumentasikan proses pemasangan pada PWS.

*Informed consent* diperoleh dari partisipan sebelum penelitian dilakukan. Wawancara

dilakukan oleh peneliti dan direkam menggunakan audio. Catatan lapangan ditulis segera setelah wawancara oleh peneliti. Pengumpulan dan analisis data diselesaikan secara bersamaan sehingga interpretasi analitis dapat dieksplorasi lebih lanjut melalui pandangan dan pengalaman partisipan berikutnya. Wawancara dilakukan dengan durasi waktu antara 60-90 menit. Wawancara dilakukan pada jam-jam di mana partisipan tidak memiliki kegiatan lain (dengan persetujuan), dilakukan di ruang tertutup seperti ruang tamu, untuk menjaga konsentrasi partisipan dari berbagai gangguan pada saat wawancara, dan hanya peneliti dengan partisipan pada saat wawancara. Pengaturan lingkungan diatur sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan kesan interogasi bagi partisipan.

### ***Analisis Data***

Proses analisis data terdiri dari dua langkah<sup>8</sup>. Langkah pertama adalah pembentukan konsep yang terdiri dari tiga tahap, pengkodean substansi, kategorisasi, dan identifikasi proses sosial-psikologis dasar. Tahap pertama pengkodean substansi melibatkan pengumpulan data baik dari wawancara dan catatan lapangan. Data yang diperoleh diperiksa kata demi kata untuk menentukan kode yang benar dengan berulang kali membaca data yang sudah diperoleh. Bahasa partisipan menggambarkan simbol pengalaman mereka dalam bentuk pidato dan makna partisipan<sup>9</sup>. Hasil identifikasi ditulis sebagai kode atau kata kunci. Tahap kedua adalah kategorisasi pengkodean dimana peneliti memberikan kode dari data yang diperoleh dengan membandingkannya dengan data lain dan menempatkan data dalam kategori sesuai dengan kenyataan (fit). Pada tahap ini, para peneliti membandingkan kategori untuk menghasilkan kategori yang saling berhubungan. Tahap ketiga mengidentifikasi pengkodean proses sosial-psikologis, melalui aktivitas menyusun tema utama yang dihasilkan dari data yang ada.

Langkah kedua dari proses analisis data adalah pengembangan konsep yang terdiri dari reduksi, pemilihan literatur *sampling*, dan pemilihan sampel dari data yang diperoleh. Selama proses analisis, jumlah kategori yang dihasilkan sangat besar. Kategori yang dihasilkan dibandingkan satu sama lain untuk melihat relevansinya dengan proses sosial yang sedang dipelajari dan memeriksa tumpang tindih. Pengurangan kategori berikutnya dilakukan untuk menentukan variabel utama untuk menemukan perilaku sosial yang diteliti. Setelah reduksi, para peneliti melakukan studi literatur untuk mendukung analisis data. Tinjauan literatur dilakukan untuk membantu peneliti menghubungkan konsep-konsep baru. Tahap terakhir dalam

langkah kedua ini adalah pemilihan sampel data. Peneliti mengumpulkan data tambahan untuk mengembangkan dan mengidentifikasi kategori utama. Metode konstan analisis komparatif, bergerak bolak-balik antara data dan analisis, diterapkan secara bersamaan sehingga kode, kategori, pemetaan dan pengembangan teori dapat ditentukan dan diuji dengan menerapkan dan memodifikasi analisis seluruh kumpulan data. Catatan lapangan dibaca bersama dengan transkrip dalam mencerminkan konteks data dan memeriksa apakah hal tersebut mendukung temuan analisis. Komentar analitik dan penulisan memo juga digunakan untuk membantu proses analisis.

## Hasil dan Pembahasan

Gambar 1: Kebutuhan Rehabilitasi Orang dengan Gangguan Jiwa Paska Pasung



Kebutuhan rehabilitasi ODGJ paska pasung adalah kebutuhan tentang bagaimana membuat ODS pulih kembali. Hal ini senada dengan teori rehabilitasi rehabilitasi yang dapat dilakukan pada ODS (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Program rehabilitasi terdiri atas tiga bagian. Program pertama *Tree Rs Psychiatric Rehabilitation Program* bagi pasien dan keluarga dengan gangguan jiwa kronis dengan tujuan memberikan pendidikan kepada ODS untuk

menggunakan model *wellness* dalam mengelola gangguan mereka dan mengintegrasikan kembali dengan masyarakat. Program kedua adalah *liberman's Skill Training Program*, yaitu melakukan rehabilitasi kepada ODS dengan memberikan pendidikan ketrampilan hidup. Program ketiga adalah *McFarlane's Family Education Program* yaitu memberikan pendidikan kepada keluarga tentang skizoprenia dan membantu mereka untuk

mengatasi gangguannya (McFarlane, 1992; dalam Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Program keempat adalah *Family to Family* yaitu program swabantu yang dikembangkan pada keluarga. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan yang diperlukan untuk mencapai ODS pulih kembali.

Orang dengan skizoprenia disebut pulih jika ODS tersebut mampu hidup optimal dan produktif meskipun mengalami kecacatan. Berdasarkan prinsip rehabilitasi kesembuhan pasien gangguan jiwa tidak diartikan sebagai hilangnya gejala dan tanda-tanda gangguan jiwa seumur hidupnya. Pasien gangguan jiwa dikatakan sembuh jika ia dapat bekerja, belajar dan berpartisipasi seoptimal mungkin di lingkungannya (Stuart, Keliat & Pasaribu, 2016). Rehabilitasi lebih ditekankan pada pengambalian fungsi hidup seseorang sehingga mampu hidup mandiri dan produktif.

Rehabilitasi merupakan suatu upaya untuk mengantarkan pasien ke proses pemulihan. Pasien dilatih hidup mandiri dan berpartisipasi dimasyarakat meskipun memiliki kecacatan akibat penyakit kronik yang dimilikinya. Rehabilitasi psikososial dapat dilaksanakan dengan menggunakan tiga level strategi rehabilitasi psikososial (WHO, 2015), yaitu:

### **1. Level individu.**

Pada level ini pelaksanaan rehabilitasi psikososial dilakukan melalui kegiatan-kegiatan untuk meningkatkan ketrampilan hidup (*living skills*), bersosialisasi, dan rekreasi. Selain itu, kegiatan rehabilitasi pada tahap ini termasuk menata tempat tinggal, pekerjaan, dan kegiatan sosial bagi pasien di masyarakat, memberikan terapi farmakologi, dan memberikan dukungan psikologis untuk pasien dan keluarga.

Pelaksanaan rehabilitasi psikososial di masyarakat pada level ini berfokus pada pasien dan keluarga, yaitu dengan mengajarkan ketrampilan hidup seperti kebersihan diri, memecahkan masalah (*problem solving*), mematuhi program pengobatan, membina hubungan hubungan

dengan orang lain; mengajarkan ketrampilan bekerja; dan melaksanakan rekreasi. Pada prinsipnya, bentuk kegiatan rehabilitasi psikososial harus berfokus pada kekuatan atau kemampuan pasien. Perawat mengkaji kemampuan dan kekuatan yang dimiliki oleh pasien dan keluarga kemudian membantu pasien dan keluarga memilih yang akan dilatih. Pasien memiliki hak dan tanggung jawab untuk menentukan bentuk kegiatan yang akan diikuti.

Kegiatan sedapat mungkin diberikan di lingkungan tempat pasien hidup bermasyarakat, karena tujuan utama program rehabilitasi psikososial adalah mengembalikan pasien kelingkungannya sesuai dengan keinginan pasien. Prinsip utama adalah rehabilitasi psikososial tidak dilaksanakan di rumah sakit jiwa atau di tempat yang jauh dari tempat tinggal ODS. Tempat kegiatan rehabilitasi psikososial ini dapat berupa tempat khusus/ rumah khusus yang berlokasi di wilayah penduduk dimana telah teridentifikasi cukup banyak pasien gangguan jiwa yang tinggal di area tersebut. Idealnya, untuk 30 ODS diperlukan 1 tempat rehabilitasi psikososial.

### **2. Level institusi dan pemberi terapi**

Kegiatan rehabilitasi berfokus pada perbaikan kebijakan dan sumber dana, perbaikan tempat dimana pelayanan rehabilitasi psikososial diberikan, pelatihan untuk pemberi terapi, dan jaminan kualitas. Kegiatan rehabilitasi psikososial pada tahap ini dilaksanakan melalui pemberian pelatihan untuk terapis (pemberi terapi rehabilitasi psikososial), yang didalam pelatihan tersebut terdapat juga latihan membuat proposal untuk mendapatkan tempat rehabilitasi psikososial didaerahnya masing-masing.

### **3. level pemberi kebijakan**

kegiatan yang berfokus pada peningkatan legislasi dan perbaikan opini publik terkait dengan gangguan jiwa. Rehabilitasi psikososial pada tahap ini dapat dilakukan dengan cara memberikan opini publik yang positif terkait ODS untuk mengurangi stigma gangguan jiwa yang berkembang di masyarakat.

## **Kesimpulan**

Kebutuhan rehabilitasi ODGJ paska pasung meliputi kebutuhan internal yaitu kemampuan mengendalikan gejala, kemampuan hidup sehari-hari, sosialisasi dan kerjasama. Kebutuhan eksternal yaitu kebutuhan peningkatan jangkauan akses perawatan ODGJ, kebutuhan pemantauan perkembangan ODGJ, masyarakat, kebutuhan penurunan stigma dan dan kebutuhan adaptasi.

## **Daftar Pustaka**

- Fontaine, K. L. (2009). *Mental health nursing. United States of America: Pearson Prentice Hall.*
- McFarlane, J.M. (2000). *Community as partner: Theory and practice in nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*
- Stuart, G.W. (2016). *Principles and Practice of psychiatric nursing. (10th ed). St Louis: Mosby*
- World Health Organization (2015). *Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization.*