

FAKTOR YANG PALING DOMINAN TERHADAP PEMASUNGAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DI INDONESIA

(Factors Contributing to Shackling Practice of Psychotic People in Indonesia)

Sri Idaiani¹ dan Raflizar²

Naskah masuk: 6 Januari 2015, Review 1: 8 Januari 2015, Review 2: 8 Januari 2015, Naskah layak terbit: 3 Februari 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Pemasungan pada penderita gangguan jiwa berat masih terjadi di Indonesia. Tujuan analisis ini adalah untuk mengetahui faktor yang paling dominan terhadap pemasungan orang dengan gangguan jiwa berat di Indonesia, serta mendapatkan gambaran karakteristik keluarganya. **Metode:** Data yang digunakan adalah data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013. Jumlah sampel rumah tangga (RT) yang dianalisis sebanyak 1655 yang berasal dari 11.896 blok sensus. Informasi mengenai adanya orang dengan gangguan jiwa berat yang dipasung diperoleh melalui wawancara kepada kepala keluarga yang dilakukan petugas yang telah dilatih. Variabel lain yang dianalisis adalah akses ke pelayanan kesehatan, letak geografis, pemukiman, dan status ekonomi keluarga. Data diolah dengan program statistik SPSS versi 21. Analisis yang dilakukan adalah bivariat dan multivariat berupa regresi logistik dengan metode complex samples. Hasil dinyatakan bermakna apabila memiliki nilai kemaknaan $p < 0,05$ dengan indeks kepercayaan 95%. **Hasil:** Variabel yang mempunyai hubungan paling kuat terhadap pasung adalah status ekonomi rumah tangga yaitu kuintil indeks kepemilikan 1 mempunyai peluang tertinggi (OR suaian 2,32; IK 1,24-; 4,34). Rumah tangga dengan kuintil indeks kepemilikan 2 mempunyai peluang hampir sama (OR suaian 2,15; IK 1,14-4,40). Rumah tangga yang mempunyai tingkat sosial ekonomi rendah lebih banyak memiliki masalah ketidaktahuan adanya fasilitas kesehatan dan hampir setengah dari RT tersebut bertempat tinggal di perdesaan. **Kesimpulan:** Berdasarkan Riskesdas 2013, faktor yang paling berperan terhadap pasung di Indonesia adalah status ekonomi rumah tangga. Faktor ini ditambah dengan ketidaktahuan fasilitas kesehatan dan tempat tinggal yang jauh dari perkotaan. **Saran:** Pengetahuan keluarga penderita, ketersediaan obat-obatan dan akses ke fasilitas kesehatan yang mudah akan mendorong kepatuhan pengobatan dan mengurangi kecenderungan pemasungan orang gangguan jiwa.

Kata kunci: pasung, psikosis, Riskesdas 2013

ABSTRACT

Background: Severe psychotic people have been subjected to shackling practice in Indonesia. This study aims at investigating the most dominant factors contributing to shackling practice suffered by severe psychotic people in Indonesia and deriving an overview of their family characteristics. **Methods:** Basic Health Research (Riskesdas) of 2013 was employed as data of the study. 1,655 households out of 11,896 census block were selected as samples for data analysis purposes. The data was collected by means of interview conducted by an enumerator towards the head of households. Other variables i.e. access to health facility, geographic location, settlement, and economic background of the family were also further analyzed. Bivariate analysis followed with multivariate logistic regression with complex samples method was conducted by using SPSS statistics version 21. Finding of the study shows significance if it has a significance level of $p < 0.05$ reflected in 95% confidence interval. **Results:** Economic status of households have been the most dominant

¹ Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik. Badan Litbang Kesehatan. Kemenkes RI. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

² Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat. Badan Litbang Kesehatan. Kemenkes RI. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta
E-mail: sriidaiani@litbang.depkes.go.id, sriidaiani@gmail.com

variable towards the shackling practice. Households in the quintile 1 group have the highest probability (OR adj 2.32; 95% CI 1.24-;4.34). Households in quintile 2 group have nearly similar probability with that of quintile 1 (OR adj 2.15;95% CI 1.14-;4.40). Households with low economic characteristic show more ignorance regarding the availability of health facility and live in rural areas for nearly half part. **Conclusion:** According to Basic Health Research of 2013, the most dominant factor of shackling practice in Indonesia is economic status of the households in addition to ignorance towards health facility and far settlement off the cities. **Recommendations:** knowledge of the person's family, the availability of drugs and access to health facilities that will easily encourage medication adherence and reduce the tendency of deprivation of people with mental disorders.

Key words: shackling, psychosis, Basic Health Research of 2013

PENDAHULUAN

Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) adalah istilah resmi bagi penyandang gangguan jiwa berdasarkan Undang-undang kesehatan jiwa nomor 18 tahun 2014. Di Indonesia, ODGJ khususnya para penderita gangguan jiwa berat skizofrenia dan psikosis belum sepenuhnya mendapatkan perlakuan yang baik serta memenuhi hak asasi manusia (Irmansyah dkk., 2009). Hasil survei kesehatan di Indonesia tahun 2013 menyebutkan terdapat 1,7 per 1000 penduduk Indonesia yang menderita skizofrenia atau psikosis. Di antara para penderita tersebut, kurang lebih 14,8% pernah dipasung dalam masa hidupnya (Laporan Riskesdas, 2013). Hal ini menunjukkan adanya masalah dalam bidang kesehatan jiwa di Indonesia oleh karena sesungguhnya pemasangan tidak diperkenankan dengan alasan apa pun.

Pada masa lalu, pemasangan dilakukan untuk membatasi gerak penderita gangguan jiwa dengan cara memasang kayu yang dibuat secara khusus (kayu apit) pada kedua kaki penderita sehingga orang tersebut tidak dapat berjalan dan bahkan tidak dapat melakukan aktivitas kehidupan dasar seperti perawatan diri, buang air kecil dan buang air besar. Mereka biasanya ditempatkan pada ruangan atau bangunan khusus dan dipisahkan dari anggota keluarga lain. Pada perkembangan selanjutnya, pemasangan dengan cara memasang kayu mulai ditinggalkan dan beralih menggunakan rantai misalnya borgol yang dipasang pada kedua kaki.

Sebuah penelitian antropologi mengenai pasung pada penderita gangguan jiwa dilakukan di Bireuen Aceh pada tahun 2008. Hasil penelitian tersebut menyebutkan bahwa alasan keluarga melakukan pemasangan pada keluarganya yang mengalami gangguan jiwa adalah untuk menghindari dampak buruk yang akan ditimbulkan. Hal ini disebabkan

penderita gangguan jiwa kerap melakukan kekerasan, bersikap agresif serta membahayakan orang dan benda-benda di sekitarnya (Tyas, 2008). Pada penelitian lain di Samosir Sumatra Utara disebutkan bahwa alasan keluarga melakukan pemasangan adalah karena ketiadaan fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Keluarga terpaksa melakukan pemasangan pada keluarganya yang mengalami gangguan jiwa karena tidak dapat menjangkau fasilitas kesehatan karena letak geografis pulau Samosir yang cukup jauh dari ibukota kabupaten dan provinsi. Alasan ini lebih menonjol diungkapkan dibandingkan alasan ketidaktahuan atau pemahaman yang salah (Minas dan Diatri, 2008).

Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang paling dominan terhadap pemasangan orang dengan gangguan jiwa berat jenis psikosis atau skizofrenia berdasarkan Riskesdas 2013 serta mendapatkan gambaran karakteristik keluarganya.

METODE

Analisis ini merupakan analisis lanjut data Riskesdas 2013. Sampel yang dianalisis sebanyak 294.959 rumah tangga (RT) yang berasal dari seluruh Indonesia yaitu 33 provinsi dan 497 kabupaten dan kota. Unit analisis adalah RT yang berasal dari 11.896 blok sensus (BS). Jumlah RT yang di data pada saat Riskesdas sebanyak 294.959. Dari jumlah tersebut, 293.304 RT tidak mempunyai anggota rumah tangga (ART) psikosis (99,4%), 1588 RT mempunyai satu ART psikosis, 62 RT mempunyai dua ART psikosis, 4 RT mempunyai tiga ART psikosis, dan 1 RT mempunyai empat ART psikosis. Oleh karena RT yang memiliki lebih dari satu ART psikosis sangat sedikit, maka diasumsikan terdapat 1655 RT yang salah satu ART nya mengalami psikosis (Laporan Riskesdas, 2013).

Tabel 1. Karakteristik Rumah Tangga yang Memiliki ART Psikosis

	Rumah Tangga yang Memiliki ART Psikosis				p
	Pernah dipasung (n = 283)		Tidak Pernah dipasung (n = 1372)		
	n	%	n	%	
Jenis Lantai Rumah					
Keramik	99	35,0	660	48,1	0,000
Semen	74	26,1	353	25,7	
Papan/anyaman bambu/rotan	73	25,8	238	17,3	
Tanah	37	13,1	121	8,8	
Jenis Dinding Rumah					
Tembok	133	46,0	854	62,2	0,000
Kayu/Papan/triplek	118	41,7	414	30,2	
Bambu	31	11,0	89	6,5	
Seng	1	0,4	15	1,1	
Sumber Penerangan					
Listrik PLN	237	83,7	1239	90,3	0,005
Listrik Non PLN	16	5,7	58	4,2	
Petromaks/aladin	3	1,1	9	0,7	
Pelita/senter/obor	19	6,7	55	4,0	
Lainnya	8	2,8	11	0,8	
Berobat gratis 1 tahun terakhir					
Ya	124	43,8	542	39,5	0,101
Tidak	159	56,2	830	60,5	

Pertanyaan mengenai adanya anggota keluarga yang menderita psikosis atau skizofrenia terdapat pada kuesioner rumah tangga. Kepala rumah tangga atau wakilnya memberikan jawaban kepada petugas yang menanyakan. Petugas wawancara tersebut sebelumnya telah mendapatkan latihan mengenai teknik wawancara menggunakan kuesioner Riskesdas yang didalamnya termasuk pertanyaan mengenai kesehatan jiwa. Kepala keluarga ditanyakan apakah ada ART di rumah tersebut yang pernah atau sedang mengalami gangguan jiwa berat psikosis atau skizofrenia. Apabila ada, maka akan dilanjutkan dengan pertanyaan lainnya termasuk riwayat pernah dipasung, dan pengobatannya.

Definisi pemasungan menurut Riskesdas 2013 adalah tindakan mengikat atau mengasingkan orang dengan gangguan jiwa. Pengikatan dapat dilakukan dengan menggunakan materi atau alat

mekanik yang dipasang atau ditempelkan pada tubuh sehingga tangan, kaki atau kepala menjadi terbatas pergerakannya. Pengasingan adalah tindakan mengurung sendirian atau memaksa orang yang dikurung tanpa persetujuan di dalam suatu ruangan atau area sehingga membatasi orang tersebut keluar atau meninggalkan ruangan. Pengasingan termasuk memasukkan dalam kurungan, kerangkeng dan mengasingkan orang di ruangan atau area tertentu misalnya kamar, hutan, kebun, ladang, gubuk dan sebagainya. Pemasungan yang dialami penderita gangguan jiwa ditanyakan untuk periode seumur hidupnya, dan tidak ada batasan waktu atau frekuensi pasung yang pernah dialami.

Di samping pertanyaan mengenai kesehatan jiwa, KK juga ditanya mengenai akses pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, pemukiman dan ekonomi. Akses terhadap pelayanan kesehatan

diperoleh dari pengetahuan keluarga mengenai keberadaan fasilitas kesehatan terdekat antara lain Rumah Sakit pemerintah, Puskesmas/Puskesmas pembantu. Tempat tinggal keluarga dikelompokkan menjadi perkotaan atau perdesaan berdasarkan kriteria dari Badan Pusat Statistik. Status ekonomi keluarga dinyatakan melalui indeks kepemilikan keluarga. Indeks kepemilikan ini terdiri dari 5 tingkatan. Tingkat terendah (miskin) adalah kuintil 1, sedangkan tertinggi (kaya) adalah kuintil 5. Indeks ini merupakan *proxy* status ekonomi keluarga yang dikembangkan berdasarkan variabel-variabel sosial ekonomi yang terdapat pada survei sosial ekonomi nasional (Susenas) 2010 dan variabel Riskesdas 2013 yang telah diuji dengan *principal component analysis* (PCA). Ada 12 variabel pembentuk indeks yang disusun menjadi komposit status ekonomi yaitu: 1) sumber air utama untuk minum, 2) bahan bakar memasak, 3) kepemilikan fasilitas buang air besar, 4) jenis kloset, 5) tempat pembuangan akhir tinja, 6) sumber penerangan, 7) sepeda motor, 8) TV, 9) pemanas air, 10) tabung gas 12 kg, 11) lemari es, dan 12) mobil.

Analisis yang digunakan pada studi ini adalah analisis bivariat dan regresi logistik dengan metode

complex samples. Perangkat statistik yang digunakan adalah SPSS versi 21.0. Penilaian *odd ratio* dilakukan pada variabel yang memenuhi syarat yaitu $p < 0,25$, sedangkan untuk hasil akhir digunakan derajat kemaknaan $p < 0,05$.

HASIL

Gambaran mengenai latar belakang tempat tinggal serta jaminan kesehatan RT diperlihatkan pada tabel 1.

Berdasarkan tabel 1, terlihat bahwa terdapat perbedaan jenis lantai, dinding, penerangan di antara RT yang mempunyai ART yang pernah dipasang dengan yang tidak dipasang. Sumber penerangan merupakan satu di antara dua belas variabel yang merupakan komposit status ekonomi. Mempunyai fasilitas berobat gratis dalam 1 tahun terakhir tidak menjadi variabel yang berperan untuk peristiwa pemasangan. Variabel yang akan dinilai antara lain tempat tinggal, pengetahuan terhadap akses ke RS dan Puskesmas, dan status ekonomi keluarga. Hasil seleksi variabel menunjukkan semua variabel yang dinilai tersebut dapat dilanjutkan ke tahap analisis multivariat karena mempunyai hubungan

Tabel 2. Analisis Multivariat Rumah Tangga yang Memiliki ART Psikosis

	Rumah Tangga yang Memiliki ART Psikosis				OR suaian	95% Indeks Kepercayaan	P
	Pernah dipasung (n = 283)		Tidak Pernah dipasung (n = 1372)				
	n	%	n	%			
Tempat Tinggal							
Perkotaan	99	35,0	635	46,3	1	referens	0,129
Perdesaan	184	65,0	737	57,3	1,41	0,90–2,19	
Mengetahui Keberadaan RS Pemerintah							
Ya	164	58,0	943	68,7	1	referens	0,444
Tidak	119	42,0	429	31,3	1,22	0,74–2,01	
Mengetahui Keberadaan Puskesmas							
Ya	240	84,8	90,6		1	referens	0,317
Tidak	43	15,2	9,4		1,32	0,76–2,29	
Kuintil Indeks Kepemilikan							
Kuintil 1	107	37,8	362	62,4	2,32	1,24–4,34	0,019
Kuintil 2	87	30,7	334	24,3	2,15	1,14–4,04	
Kuintil 3	49	17,3	297	21,6	1,91	0,88–4,17	
Kuintil 4	25	8,8	224	16,3	0,98	0,45–2,11	
Kuintil 5	15	5,3	15	11,3	1	referens	

terhadap pemasungan dengan tingkat kemaknaan $p < H0,25$. Hasil diperlihatkan pada tabel 2 di bawah ini.

Letak geografis tempat tinggal yaitu perkotaan atau perdesaan tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap pemasungan. Hal yang sama pada pengetahuan akses pelayanan kesehatan terdekat juga tidak menentukan terjadinya tindakan pasung. Yang memiliki keterkaitan erat dengan pemasungan adalah status ekonomi keluarga yang dinyatakan dalam kuintil indeks kepemilikan. RT yang berasal dari kelompok status ekonomi rendah (terutama kuintil 1,2, dan 3) mempunyai peluang melakukan pasung sekitar dua kali dibandingkan kelompok status ekonomi lebih tinggi (kuintil 4–5).

Pada subanalisis khusus pada RT yang pernah melakukan pasung dan berasal dari status ekonomi kuintil 1 diketahui bahwa 50% tidak mengetahui adanya Puskesmas di wilayahnya, 47% tidak mengetahui RS Pemerintah, sedangkan pada kelompok kuintil 2 sebanyak 25,3% RT tidak mengetahui adanya Puskesmas dan 24,8% tidak mengetahui adanya RS Pemerintah. Pada kelompok RT yang melakukan pasung dan berasal dari kuintil 1 juga diketahui bahwa 46,3% tinggal di perdesaan, sedangkan pada kelompok kuintil 2 terdapat 30,1% tinggal di perdesaan.

Tabel 3. Waktu tempuh ke RS Pemerintah dan Puskesmas/Puskesmas Pembantu

	Pernah melakukan pemasungan n = 283			
	Mengetahui RS Pemerintah n = 164		Mengetahui Puskesmas/ Pustu n = 240	
	n	%	n	%
Waktu tempuh				
< 1 jam	91	32,2	222	78,4
1 jam	43	15,2	10	3,5
2 jam	15	5,3	7	2,5
3 jam	7	2,5	0	0,0
4 jam	3	1,1	1	0,4
5 jam	1	0,4	0	0,0
6 jam	1	0,4	0	0,0
7 jam	0	0,0	0	0,0
8 jam	1	0,4	0	0,0
20 jam	2	0,7	0	0,0

Meskipun berdasarkan tabel 2 disebutkan bahwa peran tempat tinggal dan pengetahuan mengenai adanya fasilitas kesehatan di wilayahnya tidak memberikan pengaruh pada pemasungan, tetapi pada dasarnya kemiskinan berhubungan dengan ketidaktahuan dan tempat tinggal.

Rumah tangga yang mengetahui lokasi RS pemerintah dan Puskesmas sebagian besar dapat menjangkau tempat pelayanan kesehatan tersebut dalam waktu kurang dari 1 jam seperti yang digambarkan pada tabel 3.

Sebagian besar rumah tangga yang mengetahui RS pemerintah dan Puskesmas/Puskesmas pembantu dapat menjangkau nya dalam waktu sekitar kurang 2 jam. Hanya sebagian kecil yang harus menempuh perjalanan lebih dari 3 jam. Alat transportasi yang sering digunakan menuju RS pemerintah adalah kendaraan umum (37,2%) dan sepeda motor (19,1%). Alat transportasi yang banyak digunakan menuju Puskesmas adalah sepeda motor (38,2%), kendaraan umum (23,0%), dan jalan kaki (14,1%).

PEMBAHASAN

Hasil analisis lanjut Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa status ekonomi merupakan faktor yang paling dominan pengaruhnya pada pemasungan yang dilakukan di rumah tangga terhadap orang dengan gangguan jiwa berat. Rumah tangga yang mempunyai status ekonomi rendah lebih banyak memiliki masalah ketidaktahuan adanya fasilitas kesehatan misalnya RS pemerintah dan Puskesmas, dan hampir setengah dari RT tersebut bertempat tinggal di perdesaan.

Meskipun Riskesdas tidak menanyakan alasan keluarga melakukan pemasungan, tetapi berdasarkan kepustakaan diketahui bahwa akses ke tempat pelayanan kesehatan yang jauh serta alasan keamanan bagi masyarakat sekitarnya menyebabkan keluarga terpaksa melakukan pemasungan terhadap keluarganya yang menderita gangguan jiwa (Tyas, 2009; Minas dan Diatri, 2008, Drew *et al.*, 2011). Alasan lain adalah masih belum memadainya kualitas pengobatan dan pelayanan penderita gangguan jiwa akibat prioritas yang rendah di negara *low middle income* seperti Indonesia (Maramis *et al.*, 2011). Penyebab lainnya adalah sangat rendahnya sumber daya manusia yang terlatih spesialis dan non spesialis misalnya perawat, konselor termasuk pengasuh pasien. Para sumber daya tenaga ini minim

mendapatkan informasi dan pelatihan (Kakuma, *et al.*, 2011). Kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau serta aman juga merupakan masalah-masalah yang dihadapi negara-negara dengan penghasilan rendah sampai sedang. Kondisi-kondisi ini menimbulkan pelanggaran hak asasi, kekerasan serta perlakuan buruk lainnya akibat kondisi mental emosional pasien yang tidak stabil.

Pemasungan dilarang oleh pemerintah, oleh sebab itu di Provinsi Jawa Tengah dan Nusa Tenggara Barat telah memiliki Peraturan Gubernur yang antara lain menyebutkan larangan melakukan pemasungan bagi ODGJ. Dari 33 provinsi di Indonesia, hanya 2 provinsi tersebut yang telah menyusun peraturan untuk melindungi hak penyandang gangguan jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa di Indonesia masih diperlukan upaya keras yang tidak hanya sekedar legislasi untuk meningkatkan kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa (Irmansyah *et al.*, 2009). Dengan dikeluarkannya Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 mengenai Kesehatan jiwa, diharapkan akan terbentuk sistem kesehatan jiwa yang lebih baik dan perhatian dari pemerintah yang lebih besar terhadap ODGJ.

Sebuah penelitian di Bali mengungkap bahwa penderita gangguan jiwa yang dipasung atau diisolasi pada umumnya disebabkan kegagalan pengobatan tradisional serta sistem kesehatan terhadap pasien gangguan jiwa yang masih berpusat pada rumah sakit (terutama rumah sakit jiwa) seperti model lama yang sudah ditinggalkan oleh pelayanan kesehatan jiwa modern yang berbasis masyarakat. Dengan pendekatan pengobatan modern tetapi memasukkan unsur budaya setempat, penderita menjadi lebih baik berfungsi dalam kehidupan sehari-harinya (Suryani *et al.*, 2011).

Analisis ini memiliki keterbatasan antara lain tidak menilai variabel-variabel lain misalnya alasan melakukan pemasungan, frekuensi serta lama pemasungan, tingkat pendidikan dan pekerjaan kepala keluarga, biaya menuju fasilitas kesehatan, riwayat pengobatan dan lain-lain. Hal ini disebabkan keterbatasan variabel yang tersedia pada Riskesdas 2013. Untuk memperkuat penyusunan kebijakan masih diperlukan penelitian yang lebih dalam dan mengikutsertakan variabel-variabel yang tidak tersedia pada Riskesdas 2013.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan Riskesdas 2013, status ekonomi keluarga merupakan faktor yang paling berperan terhadap keluarga yang melakukan pemasungan kepada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa berat. RT yang berada di perdesaan lebih banyak melakukan pasung terhadap keluarganya yang sakit jiwa meskipun waktu tempuh ke tempat pelayanan kesehatan (RS pemerintah dan Puskesmas) pada umumnya dapat ditempuh kurang dari 2 jam dengan menggunakan kendaraan umum atau sepeda motor. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian lain sebelumnya yang menyebutkan bahwa hasil pengobatan yang tidak memadai menyebabkan penderita mengganggu lingkungan dan kesulitan mendapatkan akses pelayanan kesehatan menyebabkan sebagian penderita terpaksa dipasung oleh keluarganya.

Saran

Saran yang diberikan kepada pemerintah terhadap rumah tangga yang mempunyai anggota keluarga yang pernah dipasung adalah mengentaskan kemiskinan. Upaya ini merupakan salah satu cara yang perlu dilakukan untuk mengurangi kasus pemasungan pada penderita gangguan jiwa berat. Upaya lainnya adalah meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai akses terhadap fasilitas kesehatan yang dekat dengan tempat tinggal. Dengan adanya pengetahuan yang memadai mengenai lokasi fasilitas kesehatan, diharapkan mereka dapat membawa keluarganya yang mengalami gangguan jiwa berat untuk mendapatkan pengobatan medis. Untuk keluarga yang telah mengetahui adanya fasilitas kesehatan perlu ditingkatkan kesadarannya agar membawa keluarganya berobat oleh karena faktor waktu tempuh tampaknya bukan menjadi kendala. Di samping itu, pemerintah perlu mencari penyebab tidak berobatnya pasien ke fasilitas kesehatan terdekat. Faktor-faktor ketersediaan obat-obatan serta tenaga medis yang memadai perlu dikaji lebih dalam untuk mengetahui alasan pasien gangguan jiwa sangat sedikit mendapatkan pengobatan di fasilitas kesehatan meskipun waktu tempuh yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan rata-rata masih kurang dari 2 jam.

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggali lebih banyak faktor-faktor yang berhubungan dengan alasan keluarga memasung keluarganya yang mengalami gangguan jiwa serta menilai status kesehatan fisik dan psikologis ODGJ yang dipasung.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim peneliti Riset Kesehatan Dasar 2013 dan seluruh anggota tim pengumpul data serta para penanggung jawab operasional di seluruh kabupaten dan kota di Indonesia yang telah melaksanakan penelitian ini dengan sungguh-sungguh dan penuh tanggung jawab.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Laporan Riskesdas 2013. Jakarta.

Drew N, *et al.* 2011. Global Mental Health 6: Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378 (9803) pp. 1664–75.

Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Undang Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta.

Irmansyah I, Prasetyo Y. and Minas H. 2009. Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed', *International Journal of Mental Health Systems*, 3, 1, p. 14, MEDLINE with Full Text, EBSCO host, viewed 11 September 2014.

Jawa Tengah. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 1 Tahun 2012 tentang penanggulangan pasung di Provinsi Jawa Tengah. Semarang.

Kakuma R, *et al.* 2011. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action', *Lancet*, 378 (9803), pp. 1654-63, MEDLINE with Full Text, EBSCOhost, viewed 11 September 2014.

Maramis A, Van Tuan N, and Minas H. 2011. Mental health in southeast Asia. *The Lancet*, 377 (9767) pp. 700–2.

Minas H. and Diatri H. 2008. Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *International Journal Of Mental Health Systems*, 2 (1) p. 8. MEDLINE with Full Text, EBSCOhost, viewed 11 September 2014.

Minas H. 2009. Mentally ill patients dying in social shelters in indonesia. *The Lancet*, 374 (9690) pp. 592–3. Available at: <http://search.proquest.com/docview/199050413?accountid=25704>

Nusa Tenggara Barat. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Gubernur No. 22 Tahun 2013 tentang penanggulangan pasung di Nusa Tenggara Barat. Mataram.

Suryani LK, Lesmana CB, Jaya dan Tiliopoulos N. 2011. Treating the untreated: applying a community-based, culturally sensitive psychiatric intervention to confined and physically restrained mentally ill individuals in Bali, Indonesia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, (261), pp. 140–4.

Tyas TH. 2008. Pasung: family experience of dealing with "the deviant" in Bireuen, Nanggroe Aceh Darussalam, Indonesia. Thesis Master. Amsterdam: University of Amsterdam.