

## **LEPAS UNTUK KEMBALI DIKUNGKUNG: STUDI KASUS PEMASUNGAN KEMBALI EKS PASIEN GANGGUAN JIWA**

**Aldani Putri Wijayanti, Achmad Mujab Masykur**

Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro  
Jl. Prof. Soedarto, SH, Kampus Undip Tembalang, Semarang, Indonesia 50275

aldani.wijayanti@outlook.fr

### **Abstrak**

Pasung adalah bentuk pekekangan fisik terhadap orang dengan hendaya kejiwaan di Indonesia. Penelitian ini berfokus memahami keputusan pemasungan kembali oleh keluarga kepada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang telah keluar dari perawatan di RSJ (eks pasien). Dengan menggunakan metode studi kasus tunggal, penelitian ini melibatkan subjek dan informan sebanyak lima orang. Subjek terdiri dari tiga anggota keluarga sebagai *caregiver* dan informan berasal kader Dinas Sosial yang melakukan pendampingan, serta tetangga yang mengetahui keberadaan subjek kasus yang dipasung. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, FGD, dan dokumen subjek. Hasil penelitian menunjukkan pemasungan adalah upaya perlindungan terhadap ODGJ dan opsi terakhir keluarga. Paparan penelitian dalam kronologi periode sebelum dipasung, ketika dipasung, periode lepas-pasung, periode pengobatan alternatif, dan periode pemasungan kembali. Periode upaya pengobatan dijalani subjek kasus dalam waktu yang relatif singkat, sehingga pasca menjadi eks pasien RSJ, subjek kasus kembali dipasung. Analisis pengambilan keputusan *caregiver* mempertimbangkan sosiokultural. *Coping* terhadap stres perawatan keluarga dilakukan secara *religious-focused*, yakni mengedepankan ibadah, ikhlas, ikhtiar, serta meyakini bahwa ada maksud di balik cobaan. Keluarga melakukan keterbukaan dan tidak terpapar stigma yang beredar di masyarakat. Lingkungan sosial cenderung mendukung keputusan keluarga selagi masih bisa merawat keberadaan ODGJ meski dengan cara dipasung.

Kata kunci: eks pasien; keluarga; ODGJ; pasung; studi kasus

### **Abstract**

*Pasung* is the form of physical restraint or confinement toward mentally disabled people in Indonesia. This study focuses on understanding the decision of reconfinement toward the Persons With Mental Illness (PWMI) who have been discharged from mental hospital (ex-patient). By using a single case study, this study involves five subjects and informants. The subjects from three members of the family as the caregivers, while the informants from Social Service who provides guidance, and a neighbor who know where the subject of the case is confined. The data were collected through interviews, observation, FGD, and document analysis. The results showed that the reconfinement towards PWMI is the form of protection and the last option. Research explanation consists of chronology of the periods before in *pasung*, while in *pasung*, off-*pasung* period, alternative treatment period, and the period of reconfinement. The treatment is undertaken by the subject in a short time period so that the ex-patient be reconfined. The analysis of decision-making considers the sociocultural aspect from the caregivers. Caregivers' coping stress is done in religious-focused, namely promoting worship, acceptance, efforts, and believes that there is a purpose behind the obstacles. The family discloses toward society and not exposed by the stigma. The social environment tends to support the decision of the family while they can take care of the presence of PWMI though with *pasung* form.

Keywords: ex-patient; family; mental illness; pasung; case study

## **PENDAHULUAN**

Persoalan kesehatan jiwa adalah bagian tidak terpisahkan dari kesehatan masyarakat. Kesehatan jiwa merupakan bagian integral yang diperhatikan oleh negara karena memengaruhi angka kesehatan dan kondisi sosial masyarakat. Tidak dapat dipungkiri, perlindungan terhadap kesehatan jiwa juga termasuk di dalam segmentasi Hak Asasi Manusia (HAM). Hal tersebut didukung oleh lembaga Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) melalui *World Health Organization*

(WHO). WHO menyatakan selayaknya hak asasi manusia diperhatikan, baik itu bagi manusia yang mengalami hendaya dan gangguan kejiwaan maupun manusia sehat psikis dan fisiknya (*GA Resolution UN Convention, 1991*).

Menurut laporan dari *Human Rights Watch Indonesia* (2016, 20 Maret), dengan penduduk sekitar 250 juta jiwa, Indonesia hanya memiliki 600-800 psikiater, hal tersebut berarti satu orang harus menanganai 300.000 hingga 400.000 orang. Fasilitas dan pelayanan kesehatan yang terbilang langka tersebut juga disertai oleh pelanggaran hak-hak dasar para penyandang disabilitas psikososial dan sangat berperan memicu kekerasan terhadap para penyandang gangguan kejiwaan dan disabilitas. Kekerasan yang dimaksud misalnya: Menempatkan pasien perempuan dan lelaki di bangsal yang berdekatan dan membuat perempuan tidak memiliki opsi melarikan diri ketika dilecehkan, adanya petugas laki-laki yang menginspeksi pasien perempuan kapan saja, dan penyuntikkan alat kontrasepsi tanpa persetujuan klien *Human Rights Watch Indonesia* (2016, 20 Maret). Tindak kekerasan di lembaga pelayanan kesehatan jiwa juga diperparah dengan pembatasan fisik atau yang lebih dikenal dengan pemasangan. Pemasangan dilakukan di beberapa lembaga pengobatan alternatif maupun dilakukan oleh keluarga dari Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).

Fenomena yang marak terjadi di negara berkembang ini justru bermula dari negara maju. Minas dan Diatri (2008), menceritakan sejarah panjang pengentasan pembatasan fisik pasien kejiwaan dimulai dari Philippe Pinel di Paris, jauh pada abad 18-an. Minas dan Diatri (2008), menyebutkan Pinel menjadi *pioneer* pelepas pasien yang dipasung di beberapa rumah sakit jiwa dan tidak setuju dengan praktik tersebut. Yusuf, Fitryasari, dan Nihayati (2015), menceritakan Pinel sebagai seorang direktur di RS Bicêtre Perancis, berusaha memanfaatkan Revolusi Perancis untuk membebaskan belenggu pada pasien dengan gangguan jiwa. Pinel meminta kepada walikota agar melepaskan belenggu untuk pasien gangguan jiwa. Pada awalnya walikota menolak, namun Pinel menggunakan alasan revolusi, bahwa pemasangan adalah bentuk 'penerkaman binatang buas yang berwajah manusia' (Yusuf dkk, 2015). Pengekangan fisik terus berlanjut di rumah sakit jiwa, tempat suci dan tempat penyembuhan, dan *setting-setting* lain di berbagai belahan dunia.

Di Indonesia, metode pengekangan tersebut bentuknya antara lain: belenggu, tali, pasung kayu, kandang, dan mengunci orang di ruang tertutup (Minas & Diatri, 2008; Irmansyah dkk., 2009; Lestari & Wardhani, 2014; Idaini & Raflizar, 2015). Metode-metode ini diterapkan pada laki-laki, wanita, dan anak-anak yang menunjukkan sikap, perilaku dan ekspresi emosi tertentu yang berbeda dari orang kebanyakan (Lestari & Wardhani, 2014). Malfasari, Keliat, dan Daulima (2015), mendefinisikan pasung dengan cara membedakan terlebih dahulu perbedaan antara *restraint* (pengikatan), *seclusion* (pengurungan), dan *confinement* (pasung). Perbedaan mendasar yang perlu ditengarai untuk menandai pasung (*confinement*) atau pengikatan dan pengurungan (*restraint* dan *seclusion*) adalah: *Restraint* dan *seclusion* merupakan tindakan yang dilakukan oleh pihak medis yang berwenang dan pasung atau *confinement* dilakukan oleh non-profesional dan bukan praktisi, misalnya oleh keluarga dan masyarakat (Malfasari dkk., 2015).

Definisi pasung dalam penelitian ini yakni beragam bentuk pengekangan fisik dan pembatasan dari seseorang yang menderita gangguan jiwa/sakit mental oleh keluarganya dan/atau masyarakat lingkungannya dalam berbagai bentuk. Sering ditemui bahwa ODGJ ini dipasung di kayu, dirantai, dikandang, dikunci di dalam kamar, diasingkan ditengah hutan jauh dari masyarakat, dan juga bentuk pengekangan/pembatasan fisik lainnya.

Pemerintah Indonesia telah melakukan upaya pembebasan pasung dalam rilis program "Indonesia Bebas Pasung" sejak tahun 2010. Dr. Rama Giavani, seorang psikiater dari Jakarta (dalam Leocata, 2015), menyatakan bahwa tujuan pembebasan pasung yakni untuk melepaskan pasien dengan gangguan jiwa berat agar tidak terkungkung dalam ruangan, dirantai, dikandang,

atau perlakuan lain yang disebabkan hendaya seorang individu. Merefleksi secara mundur, salah satu tindak pelanggaran hak asasi bagi ODGJ ini sebenarnya telah dilarang di Indonesia sejak tahun 1977, seperti yang termaktub dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri No: PEM.29/6/15 pada surat yang ditujukan kepada Gubernur seluruh Indonesia: Meminta masyarakat tidak melakukan pemasungan terhadap penderita gangguan jiwa dan menumbuhkan kesadaran untuk menyerahkan perawatan penderita di RSJ (Tyas, 2012).

Kenyataannya di lapangan, program Indonesia Bebas Pasung 2014 yang semula dicanangkan pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan sejak 2010 terbukti belum membuahkan hasil, dan harus diperpanjang hingga tahun capaian 2019. Stagnansi Program Bebas Pasung berlangsung tidak hanya di beberapa Provinsi, tetapi juga hampir di seluruh daerah Indonesia yang mencanangkan pengentasan pemasungan, sehingga satu per satu surat kabar dan media memberitakan kemunduran target Bebas Pasung di beberapa provinsi. Adanya target penyelesaian Indonesia Bebas Pasung yang diperpanjang ini merupakan implikasi bahwa banyak pemerintah daerah yang belum menyanggupi mengingat kompleksitas permasalahan yang ditemui di lapangan. Pemerintah provinsi Jawa Tengah sendiri mengalokasikan dana khusus untuk petunjuk praktik pengentasan pemasungan dan tertuang dalam Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2013, tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit di Provinsi Jawa Tengah dengan detail poin ke-10 mengenai “Bebas Pasung” (Peraturan Gubernur Jawa Tengah, 2014). Secara komprehensif, peraturan ini membahas upaya monitoring rehabilitasi sosial, yaitu memulihkan fungsi kehidupan sosial di masyarakat bagi penyakit yang rentan dengan stigma dan diskriminasi di masyarakat, serta rehabilitasi mental atau psikologis, yakni memulihkan kondisi kejiwaan dan harga diri penderita pasca pengobatan atau masih dalam proses pengobatan namun sudah dapat kembali di tengah keluarga dan masyarakat (Peraturan Gubernur Jawa Tengah, 2014).

Hasil studi Wijayanti dan Rahmandani (2016), menunjukkan bahwa persebaran pasien eks pasung dari Provinsi Jawa Tengah sepanjang tahun 2011-2015 yang kemudian dirawat di RSJ dr. Soerojo Magelang berjumlah 260 kasus, terbanyak berasal dari Kabupaten Kebumen (71 kasus), menyusul Purbalingga (35 kasus), Cilacap dan Magelang masing-masing (33 kasus). Meskipun data ini diambil dari cakupan wilayah operasional RSJ Magelang saja, sudah cukup menggambarkan banyaknya pasien di RSJ yang berasal dari korban pasung. Dari 260 kasus tersebut, 161 berjenis kelamin laki-laki dan 99 perempuan. Lebih dari 57,69% pasien eks pasien tidak bekerja sebelumnya, dan sebanyak 46,1% tidak mengenyam pendidikan. Data yang paling menggambarkan diagnosis pasien adalah 96% skizofrenia (dengan tipe beragam) dan sisanya mengidap psikotik akut dan gangguan mental. Data ini menggambarkan betapa masifnya persebaran ODGJ di Jawa Tengah, meski sudah dibawa ke RSJ, tentu beberapa yang tidak terdata maupun tidak dibawah penanganan RSJ masih berada dalam perawatan oleh keluarga maupun oleh masyarakat di sekitarnya (Wijayanti & Rahmandani, 2016).

Tyas (2008), dalam temuannya di Aceh menengarai keputusan pasung seringkali merupakan upaya terakhir yang bisa dilakukan oleh keluarga. Tentu hal tersebut merupakan wujud dari ketiadaan alternatif lain yang lebih baik. Temuan ini sejalur dengan Minas dan Diatri (2008) yang memaparkan bahwa dasar pertimbangan pemasungan ODGJ tentu bervariasi, terlebih ketika keluarga sudah pernah mengupayakan pengobatan medis namun tidak menunjukkan hasil yang signifikan. Sejalan dengan pernyataan tersebut, Irmansyah (dalam Leocata, 2015), menyatakan bahwa praktik pemasungan tidak seharusnya mengarahkan masyarakat menyalahkan keluarga, melainkan itu merupakan manifestasi dari buruknya fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang disediakan oleh pemerintah. Terlebih, dalam banyak kasus pemasungan, keluarga sudah mengupayakan *treatment* sebelumnya, misalnya membawa ODGJ ke RSJ dan tidak memperoleh akses yang mudah dalam prosesnya (Leocata, 2015).

Keluarga adalah elemen yang paling bertanggungjawab atas praktik pemasungan penyandang gangguan jiwa, karena mereka takut anggota keluarganya akan menyakiti orang lain atau warga di desanya. Fakta lain yang diungkapkan Puteh, Marthoenis, dan Minas (2011) dari studinya, lebih dari setengah korban pemasungan awalnya sudah mendapat pertolongan di RSJ namun tidak berlanjut karena keterbatasan ekonomi, sehingga kembali dipasung oleh keluarganya. Hal tersebut menunjukkan upaya mencari bantuan dari luar sebagaimana yang dipaparkan oleh Arif (2006), kendati menunjukkan fase yang berbeda, yaitu pencarian bantuan dari luar terlebih dahulu, kemudian memutuskan untuk memasung setelah energinya habis dan memulai periode penolakan bantuan.

Keluarga sebagai unit sub-sistem dalam masyarakat tentu memainkan peranan sentral dalam perawatan anggota masyarakat, termasuk untuk anggotanya yang mengalami gangguan jiwa. Pada kondisi perawatan orang dengan gangguan jiwa, Videbeck (2011), menyatakan keluarga menjadi pertimbangan utama para praktisi kesehatan. Mengidentifikasi dan melakukan asesmen mendalam pada keluarga dapat memberikan banyak analisis atas kebutuhan dasar klien dengan gangguan jiwa. Keluarga juga dituntut untuk responsif pada kebutuhan ART yang menyandang gangguan, serta memberikan dukungan sosial padanya (Videbeck, 2011).

Kaakinen, Duff, Coehlo, dan Hanson (2009), mendefinisikan secara spesifik dukungan sosial keluarga. Dukungan sosial keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga yang bermasalah akan menandai bahwa keluarganya mendukung serta selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Kaakinen dkk, 2009). Kapasitas dukungan sosial keluarga adalah bagian integral dari dukungan sosial, dimana hal terkait memiliki dampak mobilisasi sosial dan membantu individu mengatasi masalah dalam periode krisis, membantu kondisi kesehatan anggota keluarga, sekagus meningkatkan *well-being* seluruh anggota keluarga (Bellin & Kovacs, dalam Kaakinen dkk, 2009).

Peneliti mengevaluasi bahwa studi tentang pemasungan lebih sering menitikberatkan pada sudut pandang alasan pemasungan dari keluarga sebagai *caregiver*, tepatnya untuk tidak membawanya ke RSJ, instalasi kesehatan jiwa, maupun profesional medis. Melalui penelitian ini fokus peneliti terletak pada upaya untuk mengungkap dan memahami alasan pemasungan kembali terhadap eks pasien yang sudah mendapatkan perawatan di RSJ maupun instalasi kesehatan jiwa. Hal tersebut menyangkut adanya upaya yang telah dilakukan keluarga terlebih dahulu untuk mencari bantuan dan pengobatan.

## **METODE**

Berdasarkan kekhasan kasus yang ditemukan oleh peneliti tentang pemasungan, maka peneliti mengkaji dengan metode studi kasus. Tipe unit yang dapat diteliti dalam studi kasus diantaranya: individu, karakteristik atau atribut dari individu, aksi dan interaksi, peninggalan atau artefak perilaku, setting, serta insiden tertentu (Punch dalam Poerwandari, 2013). Studi kasus (*case study*) menurut Creswell (dalam Creswell, 2015; Herdiansyah, 2015; Poerwandari, 2013), adalah model yang menekankan pada eksplorasi dari suatu “sistem yang terbatas” atau *bounded context*, pada suatu kasus atau beberapa kasus yang mendetail dengan disertai dengan penggalian data yang mendalam yang melibatkan beragam informasi yang konteksnya komprehensif.

Desain studi kasus tunggal memungkinkan peneliti melakukan eksplorasi mendalam dan spesifik tentang kejadian tertentu dari sebuah fenomena (Yin, 2013). Penelitian ini menggunakan pendekatan *single-case study* atau studi kasus tunggal dimana peneliti hanya akan melibatkan satu kasus tunggal pemasungan untuk diteliti. Peneliti ingin mengetahui dinamika pengambilan keputusan suatu keluarga terhadap satu eks pasien yang dipasung ulang dengan melibatkan pula para informan yang mengetahui adanya tindak pemasungan.

Adapun subjek sentral dari kasus ini menyandang gangguan jiwa, sehingga tidak memungkinkan untuk melakukan penggalian data lebih lanjut, kecuali melalui observasi. Fokus penelitian lebih kepada keputusan *caregiver* dalam merawatnya serta pandangan informan yang mengetahui adanya kasus. Subjek kasus dalam penelitian ini memiliki kriteria, yakni:

1. ODGJ; dipasung sebelum mendapat penanganan medis.
2. Pernah menjalani masa perawatan di RSJ/institusi kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum.
3. Dipasung kembali setelah dirawat dari RSJ.

Sementara subjek dan informan dari penelitian ini memiliki karakteristik inklusi sebagai berikut:

1. Keluarga yang memiliki anggota ODGJ yang dipasung, sempat dirawat di RSJ/institusi kesehatan jiwa lainnya, kemudian setelah kembali ke rumah kembali dipasung.
2. Anggota keluarga selaku *caregiver* dari eks pasien yang sedang dipasung.
3. Tetangga yang tinggal di lingkungan sekitar kediaman keluarga yang memasung ODGJ; mengetahui adanya tindak pemasungan.
4. Informan, yakni *key person* yang memiliki otoritas, serta menjadi penghubung peneliti dengan kasus. *Key person* berasal dari kader Dinas Sosial yang mengetahui adanya pemasungan.
5. Bersedia menjadi partisipan penelitian.

Metode pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, *Focus Group Discussion* (FGD), catatan lapangan, dan analisis dokumen subjek kasus. Peneliti memilih menggunakan model penyajian data dari Yin (dalam Creswell, 2015; Yin 2013), yakni mengurutkan sesuai sketsa kasus dan kronologi kejadian dalam bentuk narasi setelah kode dan tema dalam kasus ditemukan. Yin juga menegaskan lebih rumit dan tepat pola suatu kasus, makin tertumpu suatu analisis deret waktu menjadi landasan yang kokoh pada penarikan konklusi studi kasus (Yin, 2013). Penyajian deret waktu dilakukan sesuai dengan kronologi periode kejadian.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil penelitian terbagi menjadi lima periode: 1) Periode sebelum dipasung; 2) Periode ketika dipasung; 3) Periode lepas-pasung (masa perawatan di RSJ); 4) Periode pengobatan alternatif; 5) Periode pemasungan kembali. Subjek kasus merupakan ODGJ yang masih dipasung oleh keluarga saat penelitian berlangsung. Pemasungan dilakukan dalam bentuk pengurungan di kamar.

Penjodohan pola berdasarkan tema dalam kasus dilakukan setelah proses temuan tema individu. Peneliti menengarai terdapat beberapa kesamaan dari kelima subjek dan informan dalam penelitian, meskipun masing-masing subjek dan informan memiliki pengalaman dan tema individu yang berbeda mengenai subjek kasus pasung. Tema-tema kelompok yang muncul juga menjadi perhatian peneliti.

Kesamaan-kesamaan pada tema individu dan kelompok tersebut dapat dikategorikan dalam tema-tema tertentu berdasarkan penjodohan pola (*pattern-matching*) dalam pendekatan Yin. Tema-tema kelima subjek dan informan penelitian mencakup latar belakang subjek kasus sebelum gangguan, gejala yang muncul dan kebiasaan subjek, perawatan subjek kasus sebelum dipasung, alasan dan pertimbangan keluarga untuk memasung, dukungan yang diperoleh dari lingkungan sosial, serta penerimaan keluarga dalam menghadapi kondisi subjek kasus. Semua tema sesuai temuan penelitian ditulis dalam

### **1) Periode sebelum dipasung**

PTH, subjek kasus yang berusia 53 tahun, mulai mengalami gejala gangguan kejiwaan pada umur 19 tahun. Sejak saat itu PTH dibatasi pergaulannya dan jarang diperbolehkan keluar

rumah. Sejak saat itu keluarga memutuskan untuk membiarkan PTH berada di kamar belakang, yang berukuran 2x3 meter dan bersebelahan tanpa pintu dengan WC di rumah yang digunakan seluruh

keluarga. PTH tidak melakukan banyak tindak agresif, namun bentuk kekambuhannya dengan bicara sendiri tanpa makna. Pada usia 41 tahun, tepatnya tahun 2004, PTH mengalami kekerasan seksual, yakni diperkosa. Pelakunya belum diketahui oleh pihak keluarga sampai saat penelitian dilakukan. PTH diketahui hamil saat kandungannya mulai tampak, usia kehamilan sudah empat bulan. PTH bahkan masih sering ke kebun saat kehamilannya mulai tampak. Ketika ditanya oleh pihak keluarga, PTH tidak bisa memberikan jawaban yang jelas mengenai siapa pelakunya.

Cuma dia memang karena dari keluarga itu apa ya khawatir kalau dia itu pergi//Dulu *nyuwun sewu* (mohon maaf) anaknya itu kan juga karena *anu* [diperkosa] di jalan.// Iya, dulu sering dia, dulu sering jalan sampai ke Boja, jalan sampai ke Jerakah gitu lo.// Itu ya setelah anaknya lahir gitu juga kan.//Kemudian diamankan [dipasung].//Setelah melahirkan gitu lagi, jalan lagi kan [PTHnya], keluarga khawatir nanti malah hamil lagi kan malah hamil lagi kan malah kemudian *ngerumati* (merawat) lagi. (BJ.14-15; 24-27 & 44-46)

## **2) Periode ketika dipasung**

Warga mulai mengupayakan bantuan untuk PTH. Bantuan ini berupa tawaran mengantarkan untuk berobat ke RSJ, tawaran mengantarkan ke Puskesmas, serta pendampingan yang dilakukan sukarela oleh BJ dan rekan-rekannya dari Dinas Sosial. Pendampingan yang dilakukan oleh kader ini dimulai sejak program pendataan untuk penyandang psikotik. Kasus PTH diketahui oleh BJ dan BJ dengan inisiatifnya sendiri melakukan pendampingan ke keluarga dan membantu proses rujukan ke RSJ di Semarang melalui Puskesmas setempat.

Hal-hal demikian itu [penuntasan pasung] karena kalau ada program baru *ter-cover*. Terus terang aja demikian.//Nah ini program tahun 2016 ini juga ada, tapi kita juga belum tahu nantinya programnya itu program apa gitu.//Iya [programnya pasung untuk tahun ini belum turun]// Waktu itu kita programnya hanya mencari data, waktu itu lho mencari data. Kemudian saya tahu, kemudian dari inisiatif saya sendiri untuk pendampingan.// (BJ.137-138 & 157-162)

## **3) Periode lepas-pasung (masa perawatan di RSJ)**

Upaya pengobatan medis sudah ditempuh oleh *caregiver* PTH. PTH diketahui telah memasuki RSJ selama dua kali di tahun 2009 dan 2011, masing-masing sebulan masa inap. Pengiriman PTH ke akses kesehatan ini telah memakan banyak biaya, tenaga, dan PTH dianggap belum menunjukkan perubahan yang berarti. PTH keluar dari RSJ karena kuota pasien dengan asuransi yang telah penuh di RSJ. Konsumsi obat yang ditolak oleh subjek kasus dan riwayat pernah menenggak banyak tablet dalam satu waktu membuat keluarga tidak pernah memaksakan jika PTH tidak ingin mengonsumsi obat.

[...]yaudah terus dibawa kesana mungkin sebulan kayaknya/ disitu kan memang harusnya cuman sebulan/ nanti kalau udah dibawa pulang lagi/ di bawa pulang ya masih sebentar/ obatnya habis ya kambuh kayak gitu lagi.// (MT.99-103)

Selama PTH dirawat di RSJ untuk yang kedua kalinya, keluarga terus mengasuh anak PTH, yakni NH. NH mengetahui bahwa PTH adalah ibunya. Terkadang NH mengalami *bullying* verbal dari teman-temannya. NH dikatakan '*anak'e wong edan*' (anak dari 'orang gila'). Hal tersebut serta merta membuat NH seringkali menangis waktu kecil, sehingga MT, *caregiver*, menyekolahkanya di SD yang jauh dari rumah subjek kasus.

#### **4) Periode pengobatan alternatif**

FZ terus mencari dukungan dan nasehat dalam upaya perawatan NH. Lewat salah seorang rekannya, FZ mendapat saran untuk memasukkan PTH ke pondok pengobatan alternatif. Periode yang lebih lama di dalam pondok, yaitu sekitar dua tahun. Pondok tersebut milik salah seorang temannya sehingga FZ diberi keringanan pembiayaan dan hanya membayar dengan beras sesuai kesanggupan. Metode pengobatan yang digunakan yakni dengan air, zikir, dan doa-doa. PTH juga diminta mengerjakan tugas keseharian seperti bersih-bersih dan boleh menonton TV jika waktunya istirahat. Pondok pengobatan alternatif tersebut sudah tutup akibat terlalu banyak permintaan psikotik maupun eks piskotik yang masuk.

Di Simbang, tapi sekarang udah nggak ngerawat pasien/ Udah nggak ada temannya//Modelnya kan memang kayak gitu, modelnya itu pakai air kayak gitu buat obatnya/ Buat sendiri obatnya, obat-obatnya itu jadi kayak gimana gitu// Teman saya itu udah lama nggak nangani pasien lagi, soalnya tempatnya udah penuh// (FZ.77-80; 672-674)

#### **5) Periode pemasungan kembali**

Keluar dari pengobatan alternatif, PTH menunjukkan kebiasaan sering berzikir dan mulai membaik. Namun tidak berapa lama gejalanya mulai muncul dan keluarga mencari alternatif lain. FZ mendapatkan saran dari rekannya untuk merawat PTH dalam ruangan yang terkunci agar ia tidak kemana-mana. MT mendukung usulan tersebut terlebih memikirkan konsekuensi jika sampai PTH hamil dan memiliki anak lagi, maka keluarganya yang akan pusing merawatnya. Sementara kondisinya mereka sudah harus merawat NH.

[...]berobat alternatif sudah saya coba, berobat ke dokter juga sudah saya coba, bantuan dari dinas sosial juga boleh, kalau sekarang saya suruh ngantar berobat ya hanya semampu saya aja, udah nggak bisa kayak dulu lagi. Lagian saya juga udah kayak gini, dulu juga saya sudah banyak dikasih cobaan, saya juga sudah bersyukur bisa seperti ini.// (2.JM.182-186)

PTH sering meminta keluar karena merasa tidak punya hiburan dan ingin main air. Hobi PTH untuk bermain di sungai tidak lagi dilakukan sejak PTH berada di ruang pemasungan. Di ruangan 4x5 meter tersebut PTH menghabiskan waktunya dengan berdiam diri di sudut ruangan, tidak mengetahui kondisi di luar kecuali dari suara-suara yang didengarnya saja. Kebutuhan seperti makan, minum, dan fasilitas kebersihan tersedia, namun keluarga tidak terlibat dalam pembersihan ruangan pemasungan sehingga di sudut ruangan, terdapat kotoran manusia.

Ya iya lah [PTH minta keluar], kok saya nggak boleh keluar *to*, saya cuman pengen main-main ke sawah, ke kebun, ke jalan. Ya nggak boleh, udah di dalam aja, makan, mandi gitu aja, kalau mau nyuci ya sana, di jemur disitu. saya bilang kayak gitu, *lah* udah nggak bisa ngikuti, nggak bisa jaga.// (2.JM.40-43)

Semua usaha yang telah diupayakan dalam segmen kesehatan sudah mengindikasikan perbedaan penelitian ini dengan penelitian pasung dari Tyas (2008) mengenai penduduk Aceh yang dipasung karena sulitnya memperoleh akses kesehatan karena berada di daerah terisolir. Subjek kasus telah mendapatkan akses kesehatan yang diupayakan oleh keluarga dan dukungan dari tokoh masyarakat setempat. Kendati demikian penelitian ini ditengarai selaras dengan hasil penelitian dari Minas dan Diatri (2008), bahwa enam dari 13 kasus pemasangan menunjukkan korban pasung yang sudah menjalani *short treatment*, periode perawatan singkat di RSJ akan kembali dipasung setelah keluar dari RSJ (*discharge*). Sama halnya dengan PTH yang kembali dipasung karena memperoleh periode perawatan yang singkat di RSJ, masing-masing hanya satu bulan masa inap. Kesenjangan antara kuota rawat inap dengan jumlah pasien yang membutuhkan menyebabkan RSJ harus membatasi pasien Jamkesmas yang menginap.

Menelisik keputusan keluarga untuk memasung sebagai satu-satunya alternatif terakhir yang ada di pikiran mereka karena usaha lain sudah dikerahkan. Alternatif terakhir ini juga didapati dari penelitian Minas dan Diatri (2008), Tyas (2008) Tyas (2012), SG dan Colucci (2015). Semua penelitian terkait pemasangan tersebut mengindikasikan keluarga sebagai *caregiver* primer dari ODGJ sudah mengupayakan beberapa alternatif lain, yang kebanyakan berhubungan dengan upaya pengobatan alternatif sesuai kultur di daerahnya masing-masing.

Ketidakberdayaan PTH untuk berbicara secara koheren, untuk membangun pembicaraan yang normal dan untuk mengendalikan ekspresi emosional di depan orang lain membuatnya dikategorisasikan abnormal oleh keluarga dan lingkungannya. Subjek JM menyebut subjek kasus PTH bukan '*wong edan*', bukan merupakan orang gila, tetapi '*perambatan setan dari YM, adiknya*'. Kondisi ini oleh sunjek JM disebut pula sebagai '*datnyat*', *sekedap lali sekedap eling* (sebentar ingat sebentar lupa). Anggota keluarga yang lain, FZ, menyebut gejala yang ditunjukkan oleh PTH sebagai '*sakit pikir*', yang disebabkan oleh syaraf yang sudah kering. Sementara informan BJ menyebut PTH sebagai '*psikotik*', dan WN menyebutkan PTH menderita '*sakit mental*'.

Perbedaan terminologi penyebutan istilah dari para subjek dan informan ini tetap mengacu pada simptom yang dimiliki oleh subjek PTH yakni inkohorensi pembicaraan, berteriak di waktu-waktu yang tidak menentu, agresifitas verbal dengan menyebutkan kata-kata umpatan kasar, telanjang dan membuka baju di depan umum, serta ketiadaan kemampuan untuk *me-recall* jalan pulang menuju rumah. Beberapa simptom ini juga diperkuat dengan dua upaya bunuh diri, menabrakkan dirinya ke kendaraan yang sedang berjalan, serta menenggak tablet obat yang diberikan dalam dosis yang banyak sekaligus. Upaya bunuh diri dan menyakiti dirinya sendiri dalam penelitian pasung lain juga ditemukan oleh Leocata (2015). Kecenderungan bunuh diri sebagai simptom dari gangguan kejiwaan tidak sering diperhatikan oleh para praktisi yang menggagas program kesehatan mental (Leocata, 2015). Hal tersebut kemudian berlanjut pada kekhawatiran keluarga akan tindakan berbahaya lain, berpadu dengan *burn-out* perawatan yang dirasakan oleh keluarga, sehingga menginisiasi pemasangan (Leocata, 2015).

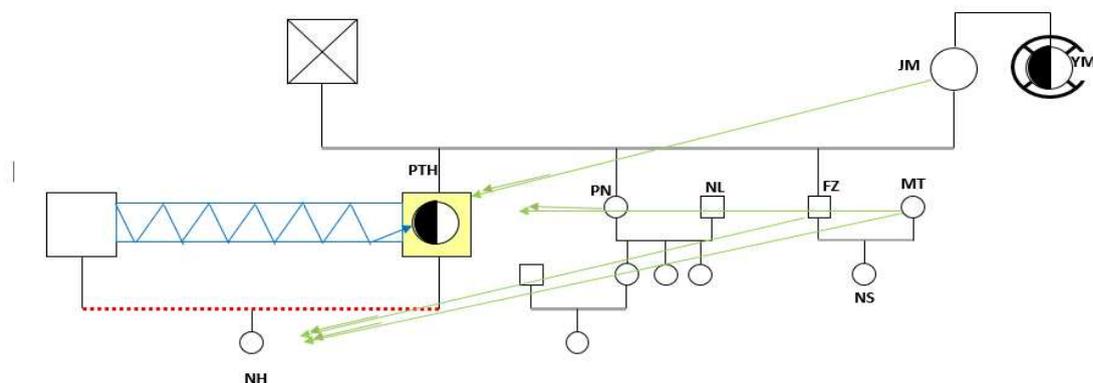
Tyas (2012), menyatakan bahwa umumnya perlakuan pasung diberlakukan kepada mereka yang mengalami gangguan jiwa dan turut menunjukkan perilaku aneh yang tidak sesuai dengan norma sosial yang berlaku umum (*deviant behavior*) yang menggelisahkan atau membuat lingkungan merasa keamanannya terancam. Meskipun demikian, dalam kasus ini tidak ditemui riwayat adanya tindak perilaku PTH yang mengancam keamanan warga, tetapi justru mengancam keselamatan dirinya sendiri. Akibat riwayat kekerasan seksual yang pernah dialaminya ketika sudah memasuki usia dewasa madya, keluarga semakin bertekad untuk memasungnya di dalam kamar guna mencegah kejadian tersebut terulang. Padahal, pencegahan kasus dengan korban

kekerasan seksual perempuan dapat dilakukan melalui penyediaan intervensi kesehatan mental yang cenderung terjangkau serta mudah untuk diakses (Tyas, 2012).

Peneliti turut menemukan dimensi yang sama dari hasil penelitian Subandi (2008). Penelitian tersebut membahas beberapa keluarga *caregiver* pasien psikotik di Jawa menunjukkan kekhawatiran pada anggota keluarga wanita yang belum menikah. Bagi partisipan wanita yang belum menikah dalam penelitian tersebut, gangguan psikosis memiliki dampak yang lebih buruk dibandingkan pada partisipan pria. Sehingga segala gejala yang muncul akan dikaitkan dengan masalah perkawinan. Sejalan dengan kondisi PTH yang belum menikah turut menjadi perhatian JM, sebagai ibu dan terus mengaitkan kondisi gangguan PTH sebagai konsekuensi dari PN yang ‘melangkahi’ kakaknya dengan menikah terlebih dahulu.

Selain perbandingan dengan penelitian terdahulu, peneliti mencoba menelaah hasil penelitian dengan beberapa teori yang sudah ada. Dimensi keluarga mengambil proporsi besar dalam analisis peneliti karena keluarga selaku *caregiver* utama adalah penginisiasi pemasangan. Pendekatan pengaruh kausalitas dan dinamika pengambilan keputusan serta *coping* keluarga akan dibahas peneliti lebih lanjut.

Kaakinen dkk, (2009), memaparkan bahwa pilihan keluarga untuk merawat dan tinggal bersama pasien ODGJ akan menimbulkan permasalahan yang akan dialami oleh seluruh anggota keluarga. Perubahan yang dapat memicu munculnya stres pada keluarga antara lain gejala ODGJ yang mengganggu, perubahan rutinitas dan aktivitas seluruh anggota keluarga sehari-hari, ketegangan hubungan keluarga dengan lingkungan sosial, kehilangan dukungan sosial, berkurangnya waktu luang dan kondisi keuangan yang memburuk. Kendati demikian keluarga tentu mengetahui konsekuensi-konsekuensi terkait perawatan dan tetap memilih untuk merawat keluarga. Pada kasus ini keluarga PTH memahami dengan sangat baik bahwa banyak upaya yang mereka lakukan tentu memiliki dampak tertentu, misalnya sawah JM yang terjual, FZ dan MT yang harus merawat anak subjek kasus, dan BJ yang masih harus mengupayakan bantuan untuk PTH melalui Dinas Kesehatan. Pemberian perhatian ini memang mengurangi waktu luang dan stabilitas finansial keluarga, namun tidak membuat *caregiver* kehilangan dukungan sosial karena warga setempat dan teman-teman sekantor masih memberikan dukungan sosial untuk *caregiver*.



GENOGRAM KELUARGA PTH\*

\*Subjek Kasus Pasung

### Gambar 1. Genogram Keluarga PTH

Memahami dinamika keluarga PTH melalui genogram memudahkan untuk mengetahui riwayat penyakit dan relasi antarpribadi dalam keluarga. Berdasarkan genogram terlihat bahwa

keterlibatan PN dan keluarganya pada perawatan PTH hampir tidak ada selain menjalankan fungsi keluarga secara struktural. FZ dan MT adalah *caregiver* yang paling banyak berperan pada perawatan PTH serta NH. Riwayat pernah memiliki ODGJ dalam keluarga yang sudah meninggal juga tergambar melalui genogram.

*Coping* dengan *religious-focused* terus dilakukan keluarga dalam periode perawatan dan pengobatan. *Caregiver* menerima kondisi yang ada dengan ibadah, zikir, dan menganggap cobaan yang diterima adalah jalan untuk membuat mereka menaiki level kehidupan. NH, anak dari subjek kasus yang dipasung, mengetahui bahwa ibu kandungnya sedang dikurung di kamar tersebut serta sempat menjadi korban *bullying* karena kondisi ibunya. FZ, PTH, dan MT beranggapan, dengan menyembunyikan sesuatu, akan membuat masalah yang ada semakin berat ke depannya, termasuk dalam perawatan PTH, dan keterbukaan identitas kepada NH.

McCubbin dan Patterson (dalam Morrison & Bennet, 2009), menambahkan bahwa stres dalam keluarga adalah tekanan yang berpotensi merubah sistem dalam keluarga. Secara umum perubahan sistem ini menuntut adanya adaptasi di keluarga PTH, sehingga ada beberapa fase kontinum adaptasi yang terjadi:

a. *Stage of resistance*, fase resistensi, kondisi dimana anggota keluarga mengingkari gangguan jiwa yang terjadi. Dalam kasus keluarga PTH resistensi jelas terlihat di awal keluhan gangguan kejiwaan mulai tampak. Terlebih, pengalaman berhadapan dengan anggota keluarga yang juga ODGJ, YM, yang kerap kali mengamuk sampai tidak berpakaian, hingga kabur, menjadi refleksi keluarga sehingga tidak ingin kejadian serupa terulang. Pada fase ini keluarga mulai menganalisis potensi-potensi risiko yang bisa muncul, merefleksi pada kasus ODGJ yang pernah dirawat sebelumnya. Terlebih ketika PTH tiba-tiba menunjukkan kondisi kehamilan dan akan melahirkan. Keluarga menjadi resisten pada segala upaya pengobatan medis dan memilih memasung PTH.

b. *Stage of restructuring*, yakni fase restrukturisasi dimana keluarga mulai menyadari kenyataan gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggotanya, dan mulai melakukan adaptasi akan perubahan yang terjadi di keluarga. Adaptasi ini dimulai dengan upaya pengobatan di RS dan RSJ, juga pengobatan alternatif. Pada fase ini keluarga PTH sudah mengupayakan pengobatan alternatif. Pengobatan alternatif seperti yang dilansir peneliti dari Subandi (2013) merupakan bentuk *spiritual focused coping* yang ditawarkan oleh rekan FZ. Pendekatan pengobatan ini juga menekankan pada *building rapport*, membangun kedekatan pada PTH dan subjek FZ selaku *caregiver*. Setelah kedekatan terbentuk dan FZ menerima saran-saran dari rekannya, *caregiver* kembali menilik kondisi PTH. Tidak adanya perubahan pasca berobat medis dan alternatif membuat rekannya memunculkan gagasan untuk membuat kamar dan memasung. Gagasan ini diterima dengan baik oleh FZ dan didukung oleh MT, sehingga bisa diaplikasikan.

c. *Stage of consolidation*, pada fase ini peraturan-peraturan baru yang telah dibuat bisa beralih menjadi permanen, Morrison & Bennet (2009), mencontohkan ketika tidak ada penyembuhan yang berarti, maka pola pikir yang ada akan terus berlanjut. Pada kasus ini didapati tema kelompok mengenai pemasangan kembali berdasar pada tidak adanya pengawas yang bisa mengikuti subjek kasus jika PTH dilepas dari pasungnya, serta tidak pula ada konsumsi obat yang teratur sehingga gangguan tidak kunjung membaik. Upaya pemasangan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang ditakuti oleh keluarga juga ditolak oleh ahli medis karena kondisi kejiwaan PTH. Setelah upaya-upaya konsolidasi gagal, gagasan yang ditawarkan sebelumnya yakni untuk tetap memasung PTH di dalam kamar menjadi sesuatu yang menetap.

Kontinum adaptasi tersebut merupakan tahapan keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan. Selain fase tersebut, ada beberapa simptom yang sering dirasakan

keluarga dengan anggota ODGJ. Sebagaimana yang dipaparkan oleh Mueser dan Gingerich (2006), antara lain: Ketidakberdayaan, kebingungan dan frustrasi, rasa bersalah, kesedihan, malu dan marah. Ketidakberdayaan *caregiver* subjek kasus ini berada pada periode yang paling akhir, yakni pemasangan kembali. Didapati hasil bahwa tema-tema individu sudah dipenuhi oleh *acceptance*, penerimaan terhadap kondisi ODGJ dan tidak ingin mencoba upaya lain. Kesedihan, frustrasi dan kebingungan sempat ada dalam periode lepas-pasung karena masih dalam periode pengobatan subjek kasus. Rasa bersalah tidak muncul dari *caregiver* subjek karena memang sudah menganggap semua hal merupakan takdirnya. Kebingungan diatasi dengan baik oleh subjek FZ dengan mencari informasi ke rekan-rekannya.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti, ada beragam alasan dari pihak keluarga yang melandasi pengambilan keputusan untuk memasung kembali eks pasien ODGJ. Pemasungan sebagai alternatif terakhir diambil oleh subjek *caregiver* karena upaya terkait segala jenis pengobatan telah ditempuh oleh keluarga. Pemasungan kembali ditengarai sebagai upaya perlindungan dan bentuk kepedulian keluarga terhadap subjek kasus. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada upaya untuk menutupi ODGJ, yakni PTH. *Caregiver* memasung bukan karena ingin menutupi keberadaan ODGJ.

Berdasarkan hasil penelitian, keluarga diharapkan dapat menjadi bagian dari *primary support* untuk kelangsungan relasi sosial subjek ODGJ. Masyarakat yang mengetahui adanya tindak pemasangan ODGJ diharapkan terbuka dalam hal informasi dan melaporkan ke Dinas yang berwenang. Peneliti lain yang akan melakukan penelitian serupa disarankan agar dapat melibatkan lebih banyak partisipan dan menggunakan pendekatan multikasus untuk memperkaya hasil temuan. Peneliti juga dapat memperkaya penelitian dengan membandingkan jenis kelamin penyandang gangguan jiwa, maupun beragam diagnosis klien yang mengalami pemasangan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Arif, I. S. (2006). *Skizofrenia: Memahami dinamika keluarga pasien*. Bandung: Refika Aditama.
- Broch. H. B. (2001). The villagers' reaction towards craziness: An Indonesian example. *Transcultural Psychiatry*. 38, 275-305. doi: 10.1177/136346150103800301
- Creswell, J. W. (2015). *Penelitian kualitatif dan desain riset: Memilih di antara lima pendekatan*. (Ed. Ke-3). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Herdiansyah, H. (2015). *Metodologi penelitian kualitatif untuk penelitian psikologi*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Human Rights Watch. (2016, 20 Maret). *Living in hell*. Diunduh dari: <https://www.hrw.org/report/2016/03/21/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>
- Idaiani, S. & Raflizar. (2015). Faktor yang paling dominan terhadap pemasangan orang dengan gangguan jiwa di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 18, 11-17.

- Irmansyah, I., Prasetyo, Y.A., & Minas, H. (2009). Human rights of persons with mental illness in Indonesia: More than legislation is needed. *International Journal of Mental Health Systems*, 3, 1-14, doi:10.1186/1752-4458-3-14
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. H. (2010). *Family health care nursing: Theory, practice and research*. (ed. Ke-4). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Lestari, W., & Wardhani, Y. F. (2014). Stigma dan penanganan penderita gangguan jiwa berat yang dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 17(2), 157-166.
- Leocata, A. (2015). Before the chains are broken: Considering spaces and accessibility of mental healthcare in Java. *Independent Study Project (ISP)*. Harvard College. Diunduh dari [http://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2190](http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2190).
- Malfasari, E., Keliat, B. A., & Daulima, N. H. C. (2014). Analisis legal aspek dan kebijakan restrain, seklusi dan pasung pada pasien dengan gangguan jiwa. *Proceeding Konferensi Nasional XI Keperawatan Kesehatan Jiwa 2014*. 352-371. Diunduh dari <https://xa.yimg.com/kq/groups/86525909/971084920/name/manuskripeka.docx>
- Minas, H., & Diatri, H. (2008). Pasung: physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *International Journal of Mental Health System*, 2, 1-8 doi:10.1186/1752-4458-2-8.
- Morrison, V., & Bennet, P. (2009). *An introduction to health psychology* (2nd Ed.). Essex: Pearso Education.
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia: Helping your loved one get the most out of life*. NY: The Guilford Press.
- Puteh, I., Mathoenis, M., & Minas, H. (2011). Aceh free pasung: Releasing the mentally ill from physical restraint. *International Journal of MentalHealth Systems*, 5, Diunduh dari <http://www.ijmhs.com/content/5/1/10>.
- Poerwandari, E. K. (2013). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (Ed. Ke-3). Cet. Ke-5. Depok: LPSP3 Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- SG, A., & Colucci, E. (2015). Free from pasung: A story of chaining and freedom in Indonesia told through painting, poetry and narration. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 2, 149-167.
- Subandi, M. A. (2008). Ngemong: Dimensi keluarga pasien psikotik di Jawa. *Jurnal Psikologi*. 35, 62-79
- Subandi, M. A. (2013). *Psikologi agama dan kesehatan mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tyas, T. H. (2008). Pasung: Family experience of dealing with “the deviant” in Nangroe Aceh Darussalam, Indonesia. *Thesis*, Amsterdam Master’s in Medical Anthropology Faculty of Social and Behavioral Science University of Amsterdam. Tidak Diterbitkan.
- Tyas, T. H. (2012). Pasung sebagai isu kesehatan jiwa di Indonesia. Dalam Faturochman, T. H. Tyas, W. M. Minza, & G. Lufityanto (Ed), *Psikologi untuk kesejahteraan masyarakat* (h. 186-211). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- United Nations General Assembly. (1991, 17 Desember).75th Plenary meeeting. A/RES/46/119. *The protection of person with mental illness and the improvement of mental health care*. Diunduh dari <http://www.un.org/documents/ga/re/46/a46r119.htm>

Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.

Wijayanti, A. P. & Rahmandani, A. (2016). Jawa Tengah free from pasung 2019: A case record of mentally illness ex-physically restrained patients in mental health hospital. *Proceeding International Conference on Health and Well-Being (ICHWB) 2016*. Diunduh dari: <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/handle/11617/7358>

World Health Organization. (2005). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. Geneva: WHO.

Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods*. (ed. Ke-4). Thousand Oaks: SAGE.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative research: From start to finish*. NY: The Guilford Press.

Yusuf, A. H., Fitryasari, R., & Nihayati, H. E. (2015). *Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.