

PROSES PEMASUNGAN PADA PASIEN GANGGUAN JIWA

Dhita Kurnia Sari
(Prodi Pendidikan Ners STIKes Surya Mitra Husada Kediri)

ABSTRACT

Physical restraint and confinement of the mentally ill patient (called *pasung* in Indonesia) are still common problem in Indonesia. Earlier survey showed that from two of three family said that *pasung* process not only supported by family member but also motivated by civilization including neighbourhood. Although *pasung* obviously breaking the laws in UU Kesehatan Jiwa Pasal 70 No. 18 tahun 2014 about patient right in mental ill. These research main goals was to described about *pasung* process in mental ill patient. Design used was qualitative with approachment method fenomenology interpretative. In-depth interview using semistructural questions involved 6 family with mental illness patient in Puskesmas Kras area. Data collected and analyzed using tematik analysis with Braun and Clarke approachment. These research showed 7 theme there are environment, family that depressed, perspective *pasung* in family, stress in family, family discussion, *pasung* process and caring modification. The interview results was from all the *pasung* process started with environment and family that treager family who has stress. And then family discussing with all the member to solved the patient problem. After being *pasung*, the family modified the treatment to recurring the patient. When modification did not worked, then *pasung* will be started all over again. These decision affected by environment.

Keyword: *Pasung* process, Mental disorder

PENDAHULUAN

Pada tahun 2001 *World Health Report* yang berfokus pada kesehatan mental, beban global penyakit gangguan mental diperkirakan telah meningkat menjadi 12% dan diproyeksikan akan mencapai 15% pada tahun 2020. Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia masih cukup tinggi untuk saat ini. Hal ini dilihat dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 angka kejadian gangguan jiwa berat di Indonesia sebanyak 4,6%. Sedangkan di Jawa Timur sendiri angka pasien dengan gangguan jiwa berat yaitu 3,1% (Trihono, 2013). Dengan peningkatan angka kejadian gangguan jiwa tersebut secara langsung juga akan meningkatkan beban baik bagi keluarga, masyarakat serta pemerintah.

Penanganan yang sering dilakukan di rumah sakit jiwa pada pasien gangguan jiwa pada fase krisis dimana pasien beresiko untuk mencederai diri sendiri, orang lain atau lingkungan adalah *restraint* (pengikatan) dan *seclusion* (pengurungan) (Minas & Diatri, 2008). Sedangkan tindakan yang dilakukan oleh masyarakat biasa untuk mengendalikan pasien gangguan jiwa yang tidak terkontrol disebut pasung (Minas & Diatri, 2008). Di Indonesia, masyarakat mengendalikan perilaku pasien gangguan jiwa yang tidak bisa dikontrol dengan pasung (*confinement*) (Puteh, et al. 2011) dibawa ke paranormal atau di bawa ke pelayanan kesehatan (Keliat, et al. 2012). Pasung merupakan pilihan terakhir penanganan pada masyarakat untuk pasien gangguan jiwa yang tidak bisa dikontrol.

Dari studi pendahuluan pada tiga keluarga yang melakukan pemasungan pada pasien gangguan jiwa. Peneliti mendapatkan bahwa dua dari tiga keluarga proses pemasungan bukan hanya diputuskan sendiri oleh keluarga tetapi juga dimotivasi oleh masyarakat termasuk dari tetangga pasien. Hal ini disebabkan oleh stigma dari masyarakat dimana pasien gangguan jiwa sering mengganggu masyarakat sekitar ketika pasien mengamuk. Sehingga stigma masyarakat merupakan salah satu alasan dari keluarga untuk memutuskan tindakan pasung pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Padahal pemasungan ini sudah merupakan pelanggaran hak-hak asasi dari orang dengan gangguan jiwa seperti yang disebutkan pada pasal 70 undang-undang kesehatan

jiwa nomor 18 tahun 2014 tentang hak orang dengan gangguan jiwa. Dari fakta diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kualitatif tentang bagaimana proses melakukan tindakan pasung pada pasien gangguan jiwa. Dari proses pemasangan tersebut diharapkan dapat dilakukan tindakan promotif dan preventif supaya pasien gangguan jiwa tidak dilakukan pemasangan kembali.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretative (Polit, & Beck. 2014; Schneider, Whitehead, Elliott, Wood, & Haber. 2007; Speziale, & Carpenter, 2007). Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kras Kabupaten Kediri . Partisipan yang dipilih dalam penelitian ini adalah 6 anggota keluarga yang memenuhi kriteria inklusi yaitu anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver* serta pengambil keputusan bagi pasien gangguan jiwa, anggota keluarga yang memiliki pasien gangguan jiwa yang pernah dipasung, dan bersedia menjadi partisipan. Setelah partisipan menandatangani formulir kesediaan menjadi partisipan, maka peneliti dan partisipan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya wawancara. Data dikumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan *open ended interview* dengan pertanyaan semi struktur selama 30 – 60 menit. Hasil penelitian di dianalisis dengan menggunakan analisa tematik Braun & Clarke melalui enam tahapan yaitu *familiarising yourself with your data* (mengenal data), *generating initial codes* (melakukan pengkodean), *searching for themes* (mencari tema), *reviewing themes* (mereview tema), *defining and naming themes* (mendefinisikan dan memberi nama tema) dan *producing the report* (menuliskan hasil) (Braun, & Clarke. 2006). Penelitian ini sudah mendapatkan uji kelaikan etik dari STIKes Surya Mitra Husada Kediri.

HASIL PENELITIAN

Tujuh tema yaitu stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung, kondisi keluarga yang tertekan, pasung dalam perspektif keluarga, keluarga mengalami stress, musyawarah, pemasangan pasien gangguan jiwa, dan modifikasi perawatan.

Stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung

Stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung diantaranya adalah rasa malu keluarga mempunyai pasien gangguan jiwa ini disebabkan karena stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa juga negatif. Definisi dari stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung adalah ciri negatif dari pasien gangguan jiwa yang disematkan oleh lingkungan sekitar dari pasien gangguan jiwa. seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-47 : “*Nggeh wedi, eruh tok niku pun mlayu. Opo neh cah cilik-cilik ngoten kan wedi.*” (ya takut, ketemu saja itu sudah lari. Apa lagi anak kecil itu kan takut)

Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa tetangga merasa ketakutan terhadap pasien gangguan jiwa . Selain itu juga tetangga merasa terganggu dengan kondisi pasien gangguan jiwa yang menyebabkan keluarga menganggap bahwa pasien itu merupakan aib bagi keluarga. Oleh karena tetangga merasa ketakutan dan terganggu maka tetangga yang mengusulkan untuk melakukan pemasangan pada pasien gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-17 : “*..terus tanggi-tanggi niku sami matur wong koyo ngono kok dijarne ae ga dibelok* (terus tetangga itu pada bilang orang seperti itu kok dibiarkan saja tidak dipasung)

Dari kategori tetangga merasa ketakutan dan terganggu tersebut menyebabkan tetangga memberikan masukan untuk dipasung, membangun sub-sub tema penolakan dari

tetangga. Kemudian penolakan dari tetangga tersebut membangun sub tema stigma lingkungan pada pasien gangguan jiwa .

Kondisi keluarga yang tertekan

Definisi dari keluarga yang tertekan adalah keluarga terdesak dengan semua kondisi yang memicunya untuk mengambil keputusan pasung. Kondisi keluarga yang tertekan ini meliputi perasaan keluarga yang merasa sedih merawat pasien gangguan jiwa, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

P1-10 : *“suuedih.. Ajeng sekolah nerusne geh mboten saget goro-goro damel ngobati mas’e.. (sedih.. Mau melanjutkan sekolah tidak bisa karena uangnya untuk mengobati mas..)*

Kategori kedua yang didapatkan dari sub tema ini adalah kepasrahan seperti yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

P5-33 : *“Kulo niki nggeh kulo pikir nggeh mboten dadi kulo bebas mboten tegang, lekne tegang paling kulo pun stroke niki. (Saya ini ya dipikir ya tidak ya jadi saya bebas tidak tegang, kalau tegang mungkin saya sudah kena stroke ini.)*

Kategori ketiga yang didapatkan dari sub tema ini adalah rasa iba seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-30 : *“Kulo nggeh biasa mawon mbak, nggeh sinten maleh lek mboten kulo seng ngopeni “ (saya ya biasa saja mbak ya siapa lagi kalau bukan saya yang merawat)*

Kategori keempat yang didapatkan dari sub tema ini adalah kejenuhan dalam merawat pasien seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-28 : *“..ngeten niki menawi kulo mboten betah niku lek teng griyo seng ngurusi terus sinten lo bu..” (Lha seperti ini kalau saya tidak betah di rumah itu lo siapa yang mau ngurusi)*

Kategori kelima yang didapatkan dari sub tema ini adalah putus asa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-28 : *“Pun kulo jarne sakniki kulo pun mboten wonten harapan..” (sudah saya biarkan sekarang saya sudah tidak punya harapan..)*

Sub-sub tema kedua yang didapatkan dari sub tema ini adalah ketidakpuasan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang dibangun dari kategori tidak puas dengan pengobatan di rumah sakit jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-19 : *“Teng mriko niku malah kados robot, ngiler dredesi, uireng kulo niki mesakne. Ya Allah kulo niki madani nyekso anakku kok piye.. niki niku dicencang teng wingking teng mriko mergo kluyuran” (Disana itu lo kok malah seperti robot, ngiler dredesi, hitam saya itu kok kasian. Ya Allah saya itu kok seperti menyiksa anak gimana.. ini itu ditali mungkin dibelakang karena ya keluyuran)*

Sub tema ketiga yang didapatkan dari tema respon keluarga pada pasien gangguan jiwa adalah perasaan keluarga setelah pasien dipasung. Sub tema ini dibangun dari sub-sub tema konflik emosi. Sub-sub tema konflik emosi dibangun dari kategori rasa iba seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-21 : *“..Jane kulo nggeh mboten mentolo lekne dirantai niku, sawangane bocah kok dirantai..” (Sebenarnya itu saya juga tidak tega kalau dirantai itu, kelihatannya anak kok dirantai)*

Kategori kedua yang didapatkan dari sub-sub tema ini adalah ketakutan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-27 : "*Nggeh perasaan kulo diwelasi mengke ngamuk..*" (ya perasaan saya nanti kalau dikasihani kambuh..)

Dari kategori rasa iba dan ketakutan tersebut timbul konflik emosi pada keluarga dimana keluarga merasa kasihan pada pasien gangguan jiwa jika dipasung tapi ada rasa takut juga jika nanti pasien dilepaskan akan membahayakan orang lain.

Kategori ketiga yang didapatkan dari sub-sub tema ini adalah sedih saat pasien dipasung seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-21 : "*..susah'e niku kok dirantai..*" (susahnya itu kok dirantai)

Kategori keempat yang didapatkan dari sub-sub tema ini adalah rasa tenang jika pasien dekat seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-21 : "*..seneng'e cedek kulo niki nggeh keramut lek nopo-nopo..*" (senangnya itu kalau dekat dengan saya terawat kalau ada apa-apa)

Dari kategori sedih saat pasien dipasung dan rasa tenang jika pasien dekat tersebut menunjukkan konflik emosi juga yang dialami oleh keluarga. Keluarga merasa sedih saat pasien dipasung tapi dilain pihak keluarga juga merasa tenang saat pasien dipasung karena dekat dengannya.

Sub tema stigma keluarga pada pasien gangguan jiwa ini dibangun dari sub-sub tema penolakan kondisi pasien oleh keluarga. Hal tersebut seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-10 : "*..uisin kulo sakjane gadah keluarga seng kados ngoten*" (..malu sebenarnya punya keluarga yang seperti itu)

Dari pernyataan partisipan diatas didapatkan bahwa keluarga sendiri memberikan stigma terhadap pasien gangguan jiwa . Stigma tersebut dibangun dari kategori ketidakpercayaan keluarga bahwa pasien mengalami gangguan jiwa dan rasa malu keluarga mempunyai pasien gangguan jiwa . Rasa malu tersebut muncul karena anggapan masyarakat terhadap pasien yang menderita gangguan jiwa juga negatif.

Menurut keluarga pasien gangguan jiwa pengertian dari gangguan jiwa adalah adanya gangguan pikiran dan gangguan persyarafan yang merupakan sub-sub tema dari sub tema ini. Sub-sub tema pengertian gangguan jiwa dibangun dari kategori gangguan pikiran dan gangguan persyarafan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-5 : "*Pikiran'e mboten normal*" (pikirannya tidak normal)

Selain itu yang membangun sub-sub tema ini adalah gangguan persyarafan dengan kategori kerusakan syaraf seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-17 : "*Rusak syaraf'e niku mergi kenging narkoba*" (rusak syarafnya itu karena kena narkoba itu)

Tanda dan gejala pasien gangguan jiwa yang didapatkan dari penelitian ini menurut keluarga adalah perilaku kekerasan, resiko mencederai orang lain dan resiko bunuh diri yang merupakan sub-sub tema dari sub tema ini. Pasien gangguan jiwa menunjukkan gejala perilaku kekerasan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P6-1 :” *Nggeh eruh-eruh ngamuk-ngamuk ngoten mboten ngertos nopo-nopo..*” (Ya tiba-tiba ngamuk-ngamuk gitu tidak tahu apa-apa)

Dari pernyataan tersebut didapatkan tanda perilaku kekerasan dengan kategori berteriak. Selain itu tanda perilaku kekerasan juga didapatkan pasien berperilaku merusak seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-14 :” *Nggeh mbalangi koco niku, bantingi rodong..*” (ya nglempari kaca itu, nglempari toples..)

Kemudian yang membangun tema ini adalah resiko mencederai orang lain. Sub-sub tema ini dibangun dari kategori resiko mencederai keluarga seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-25 :” *..lek mboten kulo rantai mengancam keselamatan saya..*” (kalau tidak saya rantai mengancam nyawa saya)

Selain pasien beresiko mencederai orang lain, pasien gangguan jiwa ini juga menunjukkan gejala yang beresiko mencederai dirinya sendiri dengan mencoba melakukan bunuh diri seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-9 :” *..nate badene bunuh diri..* (pernah mau bunuh diri..)

Sub-sub tema kurang pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa ini juga didapatkan dalam penelitian ini. Dengan melihat karakteristik partisipan yang rata-rata adalah lulusan sekolah dasar maka tidak menutup kemungkinan bahwa keluarga kurang pengetahuan tentang gangguan jiwa terutama bagaimana harus merawat pasien gangguan jiwa. Sub-sub tema ini dibangun dari kategori pertama yaitu ketidaktahuan keluarga tentang gangguan jiwa , seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-10 :” *..kowe ora gendeng, kowe ora stress, kowe nyetresi..*” (kamu tidak gila, kamu tidak stres, kamu berlagak gila..)

Dari pernyataan diatas diketahui bahwa keluarga menganggap pasien gangguan jiwa berpura-pura stress karena ketidaktahuan keluarga tentang tanda dan gejala yang nampak pada pasien gangguan jiwa. Selain itu keluarga juga masih banyak yang menganggap bahwa pasien gangguan jiwa itu merupakan hal mistis dimana pasien dikira mengalami kerasukan roh halus seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-9 :” *..kenging seng njogo omah niki..*” (kerasukan yang jaga rumah ini..)

Kemudian selain itu juga didapatkan ketidaktahuan keluarga tentang perawatan pasien gangguan jiwa . Ketidaktahuan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa ini ditunjukkan oleh keluarga mengungkapkan tidak bisa mengarahkan pasien seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-26 :” *..kulo piyambak ngoten kadang mboten saget ngarahne..*” (saya sendiri kadang tidak bisa mengarahkan)

Selain itu juga diungkapkan bahwa keluarga tidak tahu bagaimana cara merawat pasien gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-18 :” *Mboten ngertos nopo-nopo..*” (tidak tahu apa-apa..)

Ketidakmampuan keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa juga ditemukan dalam penelitian ini, bisa dilihat dari partisipan yang mengatakan kesulitan dalam merawat pasien seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

P2-24 :” *Peh yo suusah bu.. Repot banget bu..*” (ya susah bu.. Repot banget bu..)

Selain partisipan mengungkapkan kesulitan dalam merawat pasien gangguan jiwa , partisipan juga mengungkapkan ketidakmampuannya dalam merawat pasien seperti ungkapan partisipan sebagai berikut:

P1-31 :” *Nggeh pripun mbak nggeh, mboten wonten kemampuan kulo niki mergane..*” (ya gimana ya mbak, saya itu tidak punya kemampuan..)

Upaya keluarga dalam mengobati pasien gangguan jiwa sudah sangat banyak baik pengobatan secara medis maupun non-medis. Pengobatan secara medis yaitu pasien dibawa ke puskesmas terdekat, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

P6-10 :”*Nggeh teng Puskesmas Kras niku mawon.*” (Ya ke Puskesmas Kras itu saja)

Selain pasien dibawa ke puskesmas ada juga yang membawa pasien ke rumah sakit jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-3 :” *Nggeh RSJ mriko*” (Ya Rumah sakit jiwa sana)

Selain pengobatan medis keluarga juga membawa pasien berobat ke pengobatan non-medis karena rata-rata keluarga pasien ini masih menganggap bahwa pasien gangguan jiwa itu mistis dimana ada gangguan dari roh halus. Pengobatan alternatif merupakan pengobatan pilihan keluarga untuk menyembuhkan pasien. Pengobatan alternatif pertama yaitu pasien diobatkan ke orang pintar seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

P1-7 :” *..pados poro tiyang sepuh katah..*” (mencari banyak orang pintar..)

Selain ke orang pintar keluarga juga ada yang membawa pasien berobat ke dukun seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

P6-6 :” *Maune dereng ngertos disukani obat niku kulo tedekne teng tiyang sepuh, dukun ngoten mawon kajeng’e saget tilem, kajeng’e sadar.*” (Sebelum saya tahu diberi obat itu saya obatkan ke orang pintar, dukun gitu aja supaya bisa tidur, supaya sadar)

Berbagai upaya yang dilakukan oleh keluarga untuk mengobati pasien tersebut baik pengobatan secara medis maupun non-medis belum bisa menyembuhkan pasien secara total. Ketidakberhasilan pengobatan ini dibangun dari usaha maksimal keluarga untuk mengobati pasien. Kategori ini didapatkan dari mencoba semua saran dari orang lain seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-12 :” *..pokok’e sak unine tiyang kulo parani damel ngobati mas..* (pokok tiap masukan dari orang itu saya temui untuk mengobati kakak saya)

Selain itu juga pengobatan alternative mana saja dikunjungi seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-3 :” ..*kulo padosne tiyang sepuh pun tepung jagad..*” (saya carikan orang pintar sudah kemana-mana)

Dari pernyataan diatas didapatkan kesimpulan banyak sekali upaya untuk mengobati pasien seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-20 :” *Teng kiyai niku telu.. mantri loro, dugo pun supe kulo katah..*” (ke kiyai itu tiga, perawat dua, sudah lupa saya banyak..)

Kategori yang kedua adalah ketidakberhasilan pengobatan alternative dimana didapatkan dari kondisi pasien tetap kambuh seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-13 :” *Hasil’e geh panggah mawon mas’e tetep kumat..*” (Hasilnya ya tetap kakak saya masih kambuh)

Keluarga mempunyai harapan pada pasien gangguan jiwa yaitu kesembuhan pasien dan produktivitas pasien meningkat. Hal itu menjadi sub-sub tema dari sub tema harapan keluarga pada pasien gangguan jiwa . Keluarga masih mempunyai harapan untuk kesembuhan pasien.

P6-17 :” ..*Ya Allah mbok yo anakku ki diparingi waras..*” (Ya Allah mbok ya anak saya ini diberikan kesembuhan)

Selain kesembuhan pasien keluarga juga mempunyai harapan supaya produktivitas pasien meningkat dengan kategori yang membangun sub-sub tema tersebut adalah bisa dipimpin atau diarahkan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P6-30 :” ..*Nggeh pokok’e niku kenging dipimpin..*” (Ya pokoknya itu bisa dipimpin)

Kategori kedua adalah pasien kembali bekerja seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-37 :” ..*Nggeh kedah nyambut damel piyambak..*” (Ya bisa bekerja sendiri)

Kategori ketiga yang membangun sub-sub tema meningkatkan produktivitas pasien adalah pasien perlu diberikan pendidikan dan ketrampilan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-52 :” *Jane nggeh memerlukan pendidikan lo mbak, ketrampilan* (sebenarnya juga memerlukan pendidikan mbak, ketrampilan)

Kemudian kategori keempat adalah memberikan aktivitas untuk pasien gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P6-21 :” ..*lek isin yo tak golekne angonan wedus ngono ae openono nggeh niku wau nggeh budal ngarit..*” (kalau malu ya saya carikan ternak kambing saja saya suruh merawat ya itu tadi juga berangkat cari rumput)

Pasung dalam perspektif keluarga

Pasung dalam perspektif keluarga mempunyai pengertian pemenuhan rasa aman bagi pasien seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-39 :” *artine nggeh ngaman'e supoyo mboten keliaran*” (artinya ya mengamankan supaya tidak keluyuran)

Pemenuhan rasa aman merupakan kategori dari sub-sub tema ini. Selain itu juga ditemukan kategori anggapan yang salah tentang pasung oleh keluarga yaitu dirantai tidak sama dengan dipasung seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P2-38 :” *...daripada dibelok niku kan dijapit sikile...*” (daripada dibelok itu kan dipasung dengan kayu kakinya..)

Keuntungan tindakan pasung menurut keluarga adalah pembatasan aktivitas dan pemenuhan rasa aman keluarga. Kategori pembatasan aktivitas pasien ini dibangun dari pasien tidak keluyuran seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-25 :” *...untung'e niku mboten mblarah teng pundi-pundi ngoten..*” (keuntungannya itu tidak keluyuran kemana-mana)

Selain tidak keluyuran yang membangun kategori pembatasan aktivitas pasien adalah tidak merusak, tidak ngamuk dan mudah dirawat seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P6-21 :” *..untung'e niku mboten ngrusak'l bekakas nggeh mboten ngamuk-ngamuk nggeh saget kulo ramut..* (untungnya itu tidak merusak barang-barang perkakas, ya tidak ngamuk, ya bisa saya rawat)

Kemudian keuntungan tindakan pasung yang kedua adalah pemenuhan rasa aman keluarga yang dibangun dari tidak membahayakan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-16 :” *Untung'e nggeh mboten bahayani tiyang sepuh*”(keuntungannya ya tidak membahayakan orang tua)

Selain tidak membahayakan untuk pemenuhan rasa aman keluarga juga keluarga tidak mau kerepotan merawat pasien gangguan jiwa yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P5-25 :” *Nggeh untung mbak niku kulo saget tilem, nyambut gawe lancar*” (Ya untung mbak itu saya bisa tidur, bekerja ya lancar)

Dari pernyataan diatas keluarga memang merasa diuntungkan jika pasien dipasung karena ketidaktahuan mereka dalam merawat pasien gangguan jiwa.

Tindakan pasung memang dianggap menguntungkan oleh keluarga untuk memenuhi rasa aman baik keluarga maupun pasien gangguan jiwa . Akan tetapi selain keuntungan tersebut disisi lain juga keluarga mengungkapkan kerugian dari tindakan pasung yang membuat konflik batin pada keluarga sendiri. Sub-sub tema kerugian tindakan pasung ini dibangun dari kategori kondisi pasien tidak terpantau, perawatan pasien *total care*, serta produktivitas pasien menurun. Kategori kondisi pasien tidak terpantau dibangun dari perkembangan tidak terpantau seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-16 :”*Rugine perkembangane mboten sumerap..*” (kerugiannya tidak tahu perkembangannya)

Ketika pasien dipasung, tempat untuk memasung pasien rata-rata terletak dibelakang rumah atau bahkan ada yang jauh dari rumah sehingga keluarga tidak bisa memantau secara terus menerus kondisi pasien.

Kategori kedua yaitu perawatan pasien total care dibangun dari pemenuhan *activity daily living (ADL)* dibantu keluarga sepenuhnya seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-25 :” ...*rugine niku lek resik-resik kulo piyambak..*” (..kerugiannya itu kalau bersih-bersih ya saya sendiri)

Perawatan pasien *total care* karena dengan dipasung secara otomatis akan membatasi aktivitas pasien sendiri terutama dalam memenuhi aktivitas sehari-hari seperti makan, minum dan kebersihan dirinya. Sehingga dengan kondisi seperti itu mengharuskan keluarga untuk membantu secara total pemenuhan aktivitas sehari-hari dari pasien.

Kemudian kerugian ketiga dari tindakan pasung menurut keluarga adalah produktivitas pasien menurun. Produktivitas pasien menurun ini merupakan kategori yang dibangun dari pasien tidak bisa bekerja seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P6-21 :” ..*Rugine niku nggeh mboten saget ngrencangi kulo kerjo..*” (Ruginya ya tidak bisa membantu saya bekerja)

Selain itu pasien juga tidak bisa membantu pekerjaan rumah keluarga karena keterbatasan aktivitasnya seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

P6-22 :” *Nggeh katah rugine.. Iha dos pundi wong lek kulo niki mantuk rencang ngoten nggeh kesel penggaweane kan reno-reno teng nggriyo kan saget masak.*” (Ya banyak ruginya.. Iha bagaimana kalau saya pulang kerja gitu kan capek kerjanya kan macem-macem di rumah kan bisa masak)

Keluarga mengalami stres

Tema keluarga stres dibangun dari tujuan khusus mengeksplorasi alasan internal dan eksternal yang melatarbelakangi keputusan pasung. Arti stres adalah gangguan emosional yang disebabkan oleh faktor luar. Tema ini dibangun dari dua sub tema yaitu menjaga martabat keluarga dan hambatan dalam perawatan pasien. Didalam tema ini ditemukan sub-sub tema, berikut ini akan dijelaskan masing-masing sub tema beserta sub-sub tema dan kategori yang ditemukan.

Sub tema menjaga martabat keluarga dibangun dari dua sub-sub tema yaitu perasaan malu keluarga dan pasien mengganggu masyarakat sekitar. Perasaan malu keluarga dibangun dari kategori rasa malu keluarga terhadap kondisi pasien gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-27 :” ..*Nggeh pokok'e golek pengaman'e supoyo ben ojo nemen-nemen lek ngomongne uwong kaleh kulo niki..*” (..ya pokok cari amannya saja supaya tetangga tidak terlalu membicarakan saya..)

Sub-sub tema kedua yang membangun sub tema menjaga martabat keluarga adalah mengganggu masyarakat sekitar seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-10 :” ..*tapi kulo niku yoga kulo kados ngoten timbangane diseneni tiyang nggeh kulo rantai..*” (tapi saya itu daripada anak saya dimarahi orang seperti itu ya saya rantai saja)

Sub tema hambatan dalam perawatan pasien ini didapatkan bahwa ada kendala finansial dan kendala dalam perawatan pasien yang merupakan sub-sub tema dari sub

tema ini. Kendala finansial ini dibangun dari kategori kesulitan ekonomi seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-13 :*"..mergine pun mboten gadah duit damel kontrol."* (karena sudah tidak punya uang untuk kontrol)

Selain kendala finansial tersebut keluarga juga mempunyai kendala dalam hal perawatan pasien gangguan jiwa karena kurangnya pengetahuan keluarga. Putus obat merupakan kendala keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-15 :*" Mboten purun ngunjuk obat.."* (tidak mau minum obat..)

Selain putus obat kendala dalam perawatan pasien yaitu pasien sering keluyuran yang merupakan tanda dan gejala dari gangguan jiwa seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P3-30 :*" Mboten mantuk, niku kan mlajeng mawon dugi pundi-pundi to bu dugi Cari niko.."* (Tidak pulang, itu kan keluyuran saja sampai mana-mana bu sampai Desa Cari sana)

Selain keluyuran kendala keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa adalah resiko mencederai orang lain seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-20 :*"..soal'e tanggi-tanggi ajrih mengke bahayani."* (karena tetangga pada takut nanti membahayakan)

Kendala lain yang dialami oleh keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa adalah perilaku pasien mencederai orang lain seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P1-9 :*" ..lek divedeki mesti pengen njotos."* (kalau didekati pasti ingin memukul)

Musyawah

Tema musyawarah dibangun dari tujuan khusus mengeksplorasi gambaran proses pemasangan pasien gangguan jiwa . Arti musyawarah adalah pembahasan bersama dengan maksud mencapai keputusan atas penyelesaian masalah. Tema ini dibangun dari dua sub tema yaitu musyawarah sebelum pemasangan, pasung merupakan pilihan terakhir dan perbedaan proses pengambilan keputusan pasung antar partisipan. Didalam tema ini ditemukan sub-sub tema, berikut ini akan dijelaskan masing-masing sub tema beserta sub-sub tema dan kategori yang ditemukan.

Keluarga dihadapkan pada kondisi yang memicu keluarga melakukan pemasangan pasien gangguan jiwa yang membuat keluarga stress, keluarga melakukan musyawarah terlebih dahulu untuk membahas kondisi pasien. Sub tema musyawarah sebelum pemasangan ini dibangun dari sub-sub tema musyawarah dengan tetangga. Dimana didapatkan kategori berunding dengan tetangga seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P1-18 :*" Tanggi-tanggi nggeh melu musyawarah piye ki damel ngatasi mas soal'e bahaya lek dijane mawon."* (tetangga ya ikut musyawarah bagaimana ini untuk mengatasi kakak karena membahayakan kalau dibiarkan saja)

Selain itu musyawarah juga ada yang melibatkan perangkat desa setempat seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-18 :*" Nggeh kulo sanjangi sedanten masio pak RT, sedanten kulo sanjangi. Matur'e nggeh mboten nopo-nopo timbangane mengke ical mboten karuan nggeh lebih baik nggeh kulo rantai niku tambah keramut"* (Ya saya kasih tahu semua dari Pak RT, semua saya kasih tahu. Bilangnya itu ya tidak apa-apa daripada nanti hilang lagi tidak karuan ya lebih baik saya rantai itu tambah terpelihara)

Musyawarah untuk mengatasi kondisi pasien tersebut juga ada yang hanya melibatkan keluarga saja karena keluarga merasa malu dengan lingkungan sekitar seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-33 :” ..*nggeh namung bapak’e niku kulo matur dirantai ae pak ngko teko ndi-ndi.*” (ya hanya sama bapaknya itu saya bilang dirantai saja pak nanti biar tidak keluyuran kemana-mana)

Sub tema alternatif terakhir untuk mengatasi pasien gangguan jiwa dibangun dari sub-sub tema pasung merupakan pilihan terakhir, dimana kategori yang dihasilkan adalah keluarga tidak punya pilihan selain dipasung seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-30 :”*Mboten wonten bu, nggeh namung disalah wonten pawon niku kaleh dirante.*” (tidak ada bu, ya hanya ditaruh di dapur itu sama dirantai..)

Pemasungan pasien gangguan jiwa

Setelah dimusyawarahkan kondisi pasien tersebut maka dilakukan pengambilan keputusan. Dari sub tema ini didapatkan perbedaan antar partisipan dalam mengambil keputusan terakhir untuk memasung pasien. Kategori pertama yang mengambil keputusan terakhir adalah keluarga seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P2-17 :” ..*akhir’e kaleh bapak’e niku dirante.*” (akhirnya sama bapaknya dirantai itu)

Keputusan pasung tersebut selain diambil oleh keluarga ada juga yang perangkat desanya sebagai pengambil keputusan akhir karena ketidakmampuan keluarga dalam mengambil keputusan, seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P6-25 :” ..*Wo yo wes lek ngono dirantai ae gek Mbah Sami wes tuek ngko lek enek opo-opo repot.*” (Wo ya sudah kalau gitu dirantai saja Mbah Sami juga sudah tua nanti kalau ada apa-apa repot) (partisipan memeragakan kata-kata dari perangkat desa saat memutuskan tindakan pasung)

Perbedaan proses pengambilan keputusan pasung antar partisipan ini didapatkan dari adanya pernyataan yang berlawanan dari partisipan. Pernyataan pertama adalah adanya proses pemikiran kembali oleh keluarga setelah musyawarah untuk memasung pasien yang didapatkan dari kategori observasi kondisi pasien sebelum dipasung seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P1-18 :” *Sehari-dua hari ditokne riyen.*” (sehari dua hari itu dibiarkan dulu)

Berbeda dengan pernyataan partisipan lain yaitu tidak ada proses pemikiran kembali setelah musyawarah untuk memasung pasien, seperti yang diungkapkan oleh partisipan ini:

P6-26 :” *Nggeh langsung.. musyawarah jam sekawan sonten niko terus bar magrib jam 8 niku dijak rokok’an.*” (Ya langsung.. musyawarah jam 4 sore itu terus habis magrib jam 8 itu diajak merokok sama pak bayan)

Modifikasi perawatan pasien

Tema modifikasi perawatan pasien ini dibangun dari tujuan khusus mengeksplorasi harapan dan dukungan keluarga pada pasien gangguan jiwa. Arti modifikasi sendiri adalah melakukan perubahan dalam perawatan pasien. Tema ini dibangun dari satu sub tema yaitu dukungan perawatan pada pasien gangguan jiwa. Didalam tema ini ditemukan sub-sub tema, berikut ini akan dijelaskan masing-masing sub tema beserta sub-sub tema dan kategori yang ditemukan.

Dukungan keluarga pada pasien gangguan jiwa ini dibangun dari sub-sub tema perawatan pasien gangguan jiwa, seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-19 :” ..*lek teng mriki niku bendinten nggeh kulo adus’i kulo kramasi, nggeh kulo pijeti lek dalu.* (kalau disini kan tiap hari saya mandikan, saya keramasi ya saya pijat kalau malam)

Kemudian selain itu juga didapatkan kategori dukungan dalam memberikan obat yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P3-19 :” *Lek diparingi obat itu tek-tek dilepeh lo bu, dibucali. Kulo campur teh nopo kopi ngoten lek kroso pahit nggeh dilepeh* (Kalau dikasih obat itu biasanya dimuntahkan bu, dibuang. Saya campurkan teh apa kopi itu kalau terasa pahit ya dimuntahkan)

Sub-sub tema terakhir yang didapatkan dari sub tema ini adalah penyapihan pasung oleh keluarga yang didapatkan dari kategori pasien tidak dipasung terus menerus oleh keluarga, seperti ungkapan partisipan sebagai berikut:

P4-14 :” *Nggeh umat-umatan kulo rantai lek dangan nggeh mboten kulo colne, lek kulo repot nggeh kulo rantai.*” (Ya kadang-kadang itu saya rantai kalau tenang gitu ya saya lepaskan, kalau saya repot ya saya rantai lagi)

Ada beberapa pasien gangguan jiwa yang sudah dipasung kemudian sempat diobatkan dan dilepas pasung, ternyata dilakukan pemasungan kembali oleh keluarga karena keluarga tidak bisa merawat pasien kembali. Pemasungan kembali pasien gangguan jiwa ini menunjukkan bahwa perawatan pasca pasung oleh keluarga tidak berhasil. Sangat disayangkan ada beberapa pasien ini dilakukan pemasungan ulang oleh keluarga dan dilakukan lebih dari satu kali seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

P4-14 :” *Nggeh umat-umatan kulo rantai lek dangan nggeh mboten kulo colne, lek kulo repot nggeh kulo rantai*” (Ya kadang-kadang itu saya rantai kalau tenang gitu ya saya lepaskan, kalau saya repot ya saya rantai lagi)

PEMBAHASAN

Penelitian ini memiliki tujuan yaitu untuk mengeksplorasi gambaran pengalaman keluarga dalam melakukan proses pemasungan pada pasien gangguan jiwa. Tujuh tema teridentifikasi dari hasil penelitian dan telah dianalisa dan merupakan representasi hasil dari pengalaman yang dirasakan oleh partisipan secara langsung.

Proses pemasungan merupakan proses yang rumit yang harus dihadapi oleh keluarga dengan pasien gangguan jiwa. Banyak sekali kondisi-kondisi yang memicu keluarga untuk mengambil keputusan pasung baik dari kondisi lingkungan serta kondisi keluarga sendiri.

Stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung diantaranya adalah stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa. Hal ini juga sesuai dengan penelitian oleh Alonso et al. (2009) yang meneliti terkait stigma masyarakat pada pada pasien gangguan jiwa. Dimana didapatkan bahwa 14,8 % pasien dengan gangguan jiwa mendapat stigma dari masyarakat. Stigma dari masyarakat tersebut akan menyebabkan kualitas hidup pasien dalam menjalankan fungsinya.

Kondisi lingkungan tersebut memicu kondisi keluarga pasien gangguan jiwa merasa tertekan. Keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa ini tentu sangat menyita waktu, pikiran serta harta dan jika kondisi tersebut berlangsung lama maka akan menimbulkan keluarga mengalami stress. Hal ini juga dikatakan dalam penelitian oleh Gavoid et al. (2006) yang mengatakan bahwa Keluarga dengan pasien gangguan jiwa sering memberikan dukungan yang baik untuk pasien sehingga pola sosial dalam keluarga akan berubah. Pola sosial yang berubah seperti tanggung jawab dalam merawat pasien

seumur hidup yang menimbulkan beban bagi keluarga sampai keluarga mengalami stress, kehilangan dan ketakutan.

Saat keluarga merasa stress mengatasi kondisi pasien gangguan jiwa, keluarga mengambil pendekatan musyawarah baik kelompok kecil maupun kelompok besar. Pendekatan musyawarah ini juga disampaikan oleh Daulima (2014) mengatakan bahwa pendekatan musyawarah dilakukan baik dalam kelompok kecil yaitu keluarga atau pada kelompok besar yaitu masyarakat.

Dalam musyawarah tersebut hanya dibahas bahwa pasung adalah alternatif satu-satunya untuk mengatasi pasien gangguan jiwa, dan tidak ada yang memberikan alternatif lain selain dipasung. Hal ini sesuai dengan teori dari Khemka dan Hickson (2013) dimana tahapan proses pengambilan keputusan meliputi: 1) pengenalan masalah, 2) mengidentifikasi alternatif yang ada, 3) mengevaluasi setiap konsekuensi dari masing-masing alternative, 4) menyeleksi pilihan yang terbaik. Akan tetapi pada proses pemasangan ini jika dibandingkan dengan teori tersebut pada tahap kedua mengidentifikasi alternatif yang ada hanya ditemukan satu alternatif saja yaitu pasien dipasung sehingga tidak melewati tahap keempat yaitu menyeleksi pilihan yang terbaik karena satu-satunya pilihan hanya dipasung.

Setelah dimusyawarahkan pasung merupakan solusi terbaik untuk mengatasi pasien gangguan jiwa ada perbedaan proses pemasangan dari partisipan. Pemasangan oleh keluarga ada yang langsung dilakukan pemasangan setelah musyawarah pada pasien gangguan jiwa yang digambarkan dengan alur 1. Sedangkan alur 2 pengambilan keputusan pasung dilakukan setelah proses refleksi dari keluarga, pasien diobservasi terlebih dahulu antara 2 sampai 3 hari sebelum dipasung.

Sedangkan orang yang berperan sebagai pengambil keputusan pasung juga ada perbedaan dari partisipan. Pengambil keputusan yang pertama adalah dari pihak keluarga sendiri. Kedua pengambil keputusannya adalah dari perangkat desa karena sebagai kepala keluarga adalah ibu pasien sedangkan ayahnya sudah tidak ada. Dimana ibu ini tidak mempunyai keberanian untuk mengambil keputusan sendiri sehingga ibu ini meminta bantuan dari perangkat desa setempat. Hal ini berbeda jika dibandingkan dengan penelitian dari Daulima (2014) yang menemukan bahwa mayoritas pengambil keputusan pasung pada pasien gangguan jiwa adalah dari keluarga. Sedangkan dalam penelitian ini ditemukan bahwa pengambil keputusan pasung juga bisa dari perangkat desa setempat.

Modifikasi perawatan yang dilakukan oleh keluarga adalah ketika pasien dipasung. Modifikasi perawatan ini diantaranya adalah dukungan dalam merawat pasien dimana untuk perawatan pasien gangguan jiwa ini memerlukan seni tersendiri. Salah satu contoh perawatan yang dilakukan oleh keluarga untuk mencegah putus obat dari pasien adalah keluarga memberikan obat dengan dicampur dalam minuman pasien. Karena kebanyakan pasien gangguan jiwa yang merasa dirinya sudah sembuh tidak mau minum obatnya secara terus-menerus, sehingga keluarga dituntut untuk tetap memberikan obat pasien supaya pasien tidak kambuh lagi. Upaya kedua yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat pasien saat dipasung adalah penyapihan pemasangan. Ini dengan cara melepaskan pasung pasien ketika terlihat kondisi pasien tenang.

Ketika modifikasi perawatan tersebut belum berhasil untuk mengatasi kondisi pasien maka keluarga akan melakukan pemasangan kembali pada pasien gangguan jiwa. Pemasangan kembali ini dilakukan oleh keluarga karena keluarga belum tahu bagaimana harus merawat pasien dengan gangguan jiwa. Sedangkan seharusnya keluarga dengan pasien gangguan jiwa itu harus mendapatkan edukasi terkait bagaimana cara pemecahan masalah dalam keluarga, pemberian obat, manajemen krisis, *social skill training* serta *cognitive behavioral strategies* (Gavois & Paulson et al. 2006).

Gambaran proses pemasangan pada pasien gangguan jiwa ini merupakan proses yang rumit. Karena jika tidak ada intervensi untuk memutus proses tersebut maka tidak menutup kemungkinan tindakan pemasangan akan berulang-ulang dilakukan oleh keluarga. Seperti yang digambarkan pada bagan 5.1.

IMPLIKASI KEPERAWATAN

Implikasi praktek dalam penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perawat dalam menyusun prosedur operasional tetap untuk terapi keluarga yang tepat bagi keluarga pasien dengan gangguan jiwa, penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk penanganan pasung pada pasien gangguan jiwa.

Implikasi teori pada penelitian ini adalah Penelitian ini dapat memperdalam keilmuan, pemahaman terkait temuan-temuan yang muncul dari pengalaman keluarga dalam mengambil keputusan pasung pada pasien gangguan jiwa di Indonesia khususnya daerah Kabupaten Kediri dan sekitarnya, Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi institusi pendidikan keperawatan untuk mengembangkan kurikulum keperawatan jiwa pada mahasiswa keperawatan S1 dan S2, Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian lainnya yang mengembangkan terapi yang tepat untuk mengatasi pasien gangguan jiwa.

KETERBATASAN PENELITIAN

Dalam penelitian ini didapatkan juga ada pelepasan pasung pada pasien gangguan jiwa akan tetapi peneliti tidak melakukan penelitian terkait pelepasan pasung karena fokus penelitian ini hanya pada proses pemasangan awal pada pasien gangguan jiwa.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil wawancara dari keseluruhan partisipan terkait pengalaman keputusan pasung ini merupakan suatu proses yang saling berurutan. Proses pemasangan pasien gangguan jiwa merupakan proses yang rumit. Mulai dari stigma lingkungan yang memicu keputusan pasung kemudian keluarga merasa tertekan. Dari sini keluarga mengalami stress karena stressor yang berkepanjangan. Kemudian saat keluarga mengalami stress tersebut pendekatan musyawarah dilakukan untuk mengambil keputusan pasung. Setelah dilakukan pemasangan keluarga masih berusaha untuk menyembuhkan pasien. Sehingga muncul modifikasi perawatan oleh keluarga pasien gangguan jiwa. Ketika modifikasi perawatan dari keluarga tidak membuahkan hasil maka keluarga akan cenderung melakukan pemasangan kembali oleh keluarga.

Saran

Bagi peneliti selanjutnya perlu adanya penelitian lanjutan tentang pengembangan terapi keperawatan yang sesuai untuk memutuskan lingkaran setan dari proses pemasangan pada pasien gangguan jiwa. Pendekatan kuantitatif untuk mengukur dan mencari efektifitas terapi keperawatan Bagi Praktik Keperawatan yaitu dapat digunakan sebagai dasar untuk pengembangan terapi keperawatan jiwa . Bagi Ilmu Keperawatan yaitu perlunya dikembangkan kurikulum keperawatan jiwa di komunitas yang berfokus pada masalah pemasangan pada pasien gangguan jiwa.

UCAPAN TERIMAKASIH

Kepada seluruh partisipan yang telah bersedia menjadi responden dan perawat puskesmas Kras yang telah menyediakan tempat penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. and I. N. Rachmawati (2014). Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan. Depok, PT. Rajagrafindo Persada.
- Alonso, J., A. Buron, et al. (2009). "Perceived stigma among individuals with common mental disorders." *Journal of Affective Disorders* **118**: 180-186.

- Aras, H. (2014). "Violence in Schizophrenia." *Current Approaches in Psychiatry* **1**(6).
- Bobes, J., O. Fillat, et al. (2009). "Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors." *Acta psychiatrica Scandinavica* **3**(119): 218-25.
- Braun and Clarke (2006). "Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*." **3**(2): 77-101.
- Buchanan, R., D. Javitt, et al. (2014). "The Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia Trial (CONSIST): the efficacy of glutamatergic agents for negative symptoms and cognitive impairments." *The American journal of psychiatry* **10**(164): 1593-602.
- Corrigan, P. W., A. C. Watson, et al. (2006). "Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members." *Journal of Family Psychology* **2**(20): 239-246.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design*. United States of America, SAGE
- Daulima, N. H. C. (2014). *Proses Pengambilan Keputusan Pasung oleh Keluarga Terhadap Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta, Universitas Indonesia.
- Efendi, M. (2009). *Pengantar Psikopedagogik Anak Berkelainan*. Jakarta, PT. Bumi Aksara.
- Ferri, F. (2014). *Ferri's Clinical Advisor 2015*, Mosby Elsevier.
- Friedman, Bowden, et al. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset Teori dan Praktik Edisi ke-5*. Jakarta, EGC.
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktek Ed. 3* Jakarta, EGC.
- Gavois, H., G. Paulsson, et al. (2006). "Mental Health Professional Support in Families with A member Suffering from Severe Mental Illness: A grounded Theory Model." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **20**: 102-109.
- Gold, J. M., G. P. Strauss, et al. (2013). "Negative Symptoms of Schizophrenia Are Associated with Abnormal Effort-Cost Computations." *Archival Report*.
- Gostin, L. O. (2008). "'Old' and 'New' Institutions for Persons with Mental Illness: Treatment, Punishment or Preventive Confinement?" *Journal of The Royal Institute of Public Health* **122**: 906-913.
- Haddock, G., E. Eisner, et al. (2013). "Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems." *Schizophrenia Research*(151): 215-220.
- Haimowits, S., J. Urff, et al. (2006). "Restraint and Seclusion – A Risk Management Guide."
- Hasan, A. (2007). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta, Balai Pustaka.
- Holzemer, W. L., Ed. (2010). *Improving Health Through Nursing Research*. United States of America, The International Council for Nurses (ICN).
- Ishida, T., T. Katagiri, et al. (2014). "Incidence of Deep Vein Thrombosis in Restrained Psychiatric Patients." *Psychosomatics* **55**(1): 69-75.
- Jones, S. R. R., V. Kumari, et al. (2013). "Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature." *Schizophrenia Research*(146): 46-52.
- Kawashima, Y., N. Yonemoto, et al. (2014). "Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematicreviewandmeta-analysis." *Journal of Affective Disorders* (163): 33-39.
- Keliat, B. A., M. Riasmini, et al. (2012). "The Effectiveness of the Implementation of Community Mental Health Nursing Model Toward the Life Skill of Patients with Mental Disorder and Their Family in Jakarta." Directorate of Research and Public Service Universitas Indonesia.
- Khemka, I. and Hickson (2013). *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*. United States of America, Oxford University Press.
- Knutzen, M., S. Bjørkly, et al. (2013). "Mechanical and Pharmacological Restraints in Acute Psychiatric wards—Why and How are They Used?" *Psychiatry Research* **209**:

91-97.

- Large, M. M. and O. Nielssen (2011). "Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis." *Schizophrenia Research* **125**: 209-220.
- Maslim, R. (2001). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*. Jakarta, PT. Nuh Jaya.
- Minas, H. and H. Diatri (2008). "Pasung: Physical Restraint and Confinement of The Mentally Ill in The Community." *International Journal of Mental Health Systems* **1**(2): 1-5.
- Murwani, A. and S. Setyowati (2010). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta, Fitramaya.
- NMHCCF (2012) *Ending Seclusion and Restraint in Australian Mental*. **Volume**, DOI:
- O'Hagan, M., M. Divis, et al. (2008). *Best Practice in The Reduction and Elimination of Seclusion and Restrain The National Centre of Mental Health Research*. New Zealand Te Pou o Te Whakaaro Nui.
- Polit, D. F. and B. P. Hungler (1997). *Essentials of Nursing Research*. Philadelphia, Lippincott-Raven Publisher.
- Puteh, I., M. Marthoenis, et al. (2011). "Aceh Free Pasung: Releasing the Mentally ill from Physical Restraint." *International Journal of Mental Health Systems* **5**(10).
- Reagu, S., R. Jones, et al. (2013). "Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: A systematic review and meta-analysis of the literature." *Schizophrenia Research*(146): 46-52.
- Riddle, J. R., T. C. Smithb, et al. (2007). "Millennium Cohort: The 2001e2003 baseline prevalence of mental disorders in the U.S. military." *Journal of Clinical Epidemiology* **60**: 192-201.
- Satori, D. a. and A. Komariah (2012). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung, Alfabeta.
- Setiadi (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta, Graha Ilmu.
- Simpson, S. A., J. M. Jutta, et al. (2014). "Risk for Physical Restraint or Seclusion in the Psychiatric Emergency Service (PES)." *General Hospital Psychiatric* **36**: 113-118.
- Streubert, H. J. and D. R. Carpenter (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins.
- Suharman (2005). *Psikologi Kognitif*. Surabaya, Srikandi.
- Suprajitno (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta, EGC.
- Tandon, R., W. Gaebel, et al. (2013). "Definition and Description of Schizophrenia in the DSM-5." *Schizophrenia Research* **150**: 3-10.
- Trihono (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. B. P. d. P. K. K. R. Indonesia. Jakarta.
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. L. Williams and Wilkins. China, Wolters Kluwer Health.
- Williams, L. and Wilkins (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. USA, Lippincott Williams & Wilkins Inc.
- Wiyono, E. (2014). *Rekapitulasi Data Kasus Pasung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri*. D. Kesehatan. Kabupaten Kediri.
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung, PT. Refika Aditama.
- Yusuf, S. (2008). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja* Bandung, PT. Remaja Rosdakarya.