

## **BAB II**

### **TINJAUAN UMUM**

#### **2.1. Penyakit Gangguan Jiwa**

##### **2.1.1. Pengertian**

Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa Pasal 1 Poin 1). Seseorang yang sehat jiwa mempunyai ciri-ciri, yaitu (a) menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, (b) mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, (c) mampu bekerja secara produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, (d) dapat berperan serta dalam lingkungan hidupnya, (e) menerima baik dengan apa yang ada pada dirinya, (f) merasa nyaman bersama dengan orang lain (Suponco, dr. SpKJ).

Seseorang yang mengalami masalah kejiwaan rentan mengalami gangguan kejiwaan tetapi kemungkinan tersebut bergantung pada kemampuan dan upaya seseorang dalam mengatasi masalah kejiwaan. Seseorang akan mengalami tahap masalah kejiwaan<sup>1</sup> sebelum pada akhirnya mengalami tahap gangguan jiwa<sup>2</sup>. UU RI Nomor 18 Tahun 2014 Pasal 1 Poin 2 menjelaskan bahwa ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa. Selanjutnya, pasal yang sama poin 3 mendefinisikan ODGJ sebagai orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.

---

<sup>1</sup> Pelaku selanjutnya disebut ODMK (Orang Dengan Masalah Kesehatan)

<sup>2</sup> Pelaku selanjutnya disebut ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa)

Baik masalah kejiwaan maupun gangguan jiwa harus merupakan diagnosis dari psikiater atau psikolog dengan merujuk pada Panduan Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III). Diagnosis gangguan jiwa yang sering ditemukan di Rumah Sakit Jiwa berupa gangguan kognitif (memori, intelektual, belajar), gangguan sensorium (kesadaran, perhatian), halusinasi, waham<sup>3</sup>, dan depresi.

### 2.1.2. Faktor Penyebab

Gangguan jiwa disebabkan oleh berbagai faktor. Suryani, SKp., MHSc., PhD. melalui “Stigma Terhadap Orang Gangguan Jiwa” menjelaskan beberapa penyebab gangguan jiwa. Pertama, gangguan jiwa bisa disebabkan oleh pengalaman traumatis sebelumnya. Sebuah survey yang dilakukan oleh Whitfield, Dubeb, Felitti, and Anda (2005) di San Diego, Amerika Serikat selama 4 tahun terhadap 50,000 pasien psychosis<sup>4</sup> menemukan sebanyak 64% dari responden pernah mengalami trauma waktu mereka kecil (*sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, and substance abuse*). Penelitian lain yang dilakukan oleh Hardy et al. (2005) di UK terhadap 75 pasien psychosis menemukan bahwa ada hubungan antara kejadian halusinasi dengan pengalaman trauma. 30,6% mereka yang mengalami halusinasi pernah mengalami trauma waktu masa kecil mereka (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013).

Kedua, faktor biologi berupa faktor genetik serta gangguan struktur dan fungsi otak. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh National Institute of Health di Amerika Serikat telah menemukan adanya variasi genetik pada 33000 pasien dengan diagnosis skizofrenia, Autis, ADHD, *bipolar disorder* dan *major depressive disorder*. (NIH, USA, 2013). Penelitian tersebut menemukan bahwa variasi CACNA1C dan CACNB2 diketahui telah mempengaruhi circuitry yang meliputi memori, perhatian, cara berpikir dan emosi (NIH, USA, 2013). Di samping itu juga telah ditemukan bahwa dari orang tua dan anak dapat menurunkan sebesar 10%. Dari keponakan atau

---

<sup>3</sup> Keyakinan yang salah karena bertentangan dengan kenyataan

<sup>4</sup> Kelainan jiwa yang disertai dengan disintegrasi kepribadian dan gangguan kontak dengan kenyataan (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2019)

cucu sebesar 2 – 4 % dan saudara kembar identik sebesar 48 % (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013). Gangguan prefrontal pada pasien skizofrenia berhubungan dengan terjadinya gejala negatif seperti apati, afek tumpul serta miskin nya ide dan pembicaraan. Sedangkan *pada bipolar disorder*, gangguan profrontal telah menyebabkan munculnya episode depresi, perasaan tidak bertenaga dan sedih serta menurunnya kemampuan kognitif dan konsentrasi. Dsifungsi sistim limbik berkaitan erat dengan terjadinya waham, halusinasi, serta gangguan emosi dan perilaku. Penelitian terbaru menemukan penyebab AH adanya perubahan struktur dalam sirkuit syaraf yaitu adanya kerusakan dalam *auditory spatial perception* (Hunter et all, 2010) (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013).

Ketiga, faktor psikoedukasi, yaitu suatu bentuk pendidikan ataupun pelatihan terhadap seseorang dengan gangguan psikiatri yang bertujuan untuk proses *treatment* dan rehabilitasi (Raudhoh, 2014). Sebuah penelitian di Jawa yang dilakukan oleh Pebrianti, Wijayanti, dan Munjiati (2009) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tipe pola asuh keluarga dengan kejadian Skizofrenia. Sekitar 69 % dari responden (penderita skizofrenia) diasuh dengan pola otoriter, dan sekitar 16,7 % diasuh dengan pola permissive. Penelitian lain yang dilakukan oleh Erlina, Soewadi dan Pramono di Sumatra Barat tentang determinan faktor timbulnya skizofrenia menemukan bahwa pola asuh keluarga patogenik mempunyai risiko 4,5 kali untuk mengalami gangguan jiwa skizofrenia dibandingkan dengan pola asuh keluarga tidak patogenik (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013).

Keempat, faktor stressor psikososial turut berkontribusi terhadap terjadinya gangguan jiwa. Seberapa berat stressor yang dialami seseorang sangat mempengaruhi respon dan coping<sup>5</sup> mereka. Seseorang mengalami stressor yang berat seperti kehilangan suami tentunya berbeda dengan seseorang yang hanya mengalami strssor ringan seperti terkena macet dijalan. Banyaknya stressor dan seringnya mengalami sebuah stressor juga mempengaruhi respon dan coping. Seseorang yang mengalami banyak

---

<sup>5</sup> Cara yang dilakukan seseorang dalam menyelesaikan masalah

masalah tentu berbeda dengan seseorang yang tidak punya banyak masalah (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013).

Faktor kelima yang memengaruhi gangguan jiwa adalah pemahaman dan keyakinan agama. Beberapa penelitian telah membuktikan adanya hubungan ini. Sebuah penelitian ethnografi yang dilakukan oleh Saptandari (2001) di Jawa tengah melaporkan bahwa lemahnya iman dan kurangnya ibadah dalam kehidupan sehari – hari berhubungan dengan kejadian gangguan jiwa. Penelitian saya di tahun 2011 juga telah menemukan adanya hubungan antara kekuatan iman dengan kejadian gangguan jiwa. Pada pasien yang mengalami halusinasi pendengaran, halusinasinya tidak muncul kalau kondisi keimanan mereka kuat (Suryani, SKp., MHSc., PhD., 2013).

### **2.1.3. Klasifikasi**

Klasifikasi gangguan jiwa dalam Panduan Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) dibedakan menjadi 4 jenis, yaitu

#### **a. Gangguan mental organik**

Gangguan mental organik adalah gangguan mental yang ditandai dengan terdapatnya pola perilaku atau psikologi yang tidak wajar berkaitan dengan disfungsi sementara atau menetap pada otak. (Azizah, et al., 2016). Gangguan mental organik dibedakan menjadi (a) gangguan organik dan simtomatik, yang terbagi menjadi demensia dan sindrom amnesik organik. Demensia adalah hendaya<sup>6</sup> fungsi kognitif secara menyeluruh. Sindrom amnesik organik adalah hendaya daya ingat jangka pendek (lemahnya kemampuan belajar materi baru) dan menurunnya kemampuan untuk mengingat dan mengungkapkan pengalaman yang telah berlalu secara urutan kejadian. (b) Gangguan akibat alkohol dan obat/zat.

#### **b. Gangguan mental psikotik**

Gangguan mental psikotik dibedakan menjadi (a) skizofrenia, yaitu gangguan kejiwaan yang menyebabkan seseorang mengalami waham,

---

<sup>6</sup> Ketidakmampuan atau disabilitas

delusi<sup>7</sup> dan halusinasi<sup>8</sup>, serta (b) gangguan afektif, yaitu gangguan suasana perasaan atau *mood*.

c. Gangguan neurotik dan gangguan kepribadian

Gangguan neurotik dibedakan menjadi gangguan kecemasan, gangguan stres, gangguan disosiatif. Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa terbagi menjadi gangguan makan, gangguan tidur, disfungsi seksual, gangguan kepribadian, gangguan kebiasaan dan seksual.

d. Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan

Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan digolongkan menjadi (a) retardasi mental adalah suatu perkembangan keadaan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan selama masa perkembangan, sehingga berpengaruh pada tingkat kecerdasan secara menyeluruh, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motoric, dan sosial. (b) Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan yang terbagi menjadi gangguan perkembangan psikologis, gangguan hiperkinetik, gangguan tingkah laku, dan gangguan perilaku.

**STRUKTUR KLASIFIKASI PPDGJ-III**

Gangguan mental organik	Gangguan organik dan simptomatik	F0 Gangguan Mental Organik, termasuk Gangguan Mental Simtomatik	F00-F03 F04-F07,F09	Demensia Sindrom Amnesik & Gangguan Mental Organik
	Gangguan akibat alkohol dan obat/zat	F1 Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol dan Zat Psikoaktif Lainnya.	F10 F11,F12,F14 F13,F15,F16 F17,F18,F19	Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol. Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Opioida/Kanabinoida/Kokain Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Sedativa atau Hipnotika/Stimulansia lain/ Halusinogenika Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Tembakau/Pelarut yang mudah Menguap/Zat Multipel & Zat Psikoaktif Lainnya.
Gangguan mental psikotik	Skizofrenia dan gangguan yang terkait	F2 Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham	F20,F21,F25 F22,F24 F25 F28,F29	Skizofrenia, Gangguan Skizotipal, Psikotik Akut dan Sementara. Gangguan Waham Menetap, Gangguan Waham Tereduksi. Gangguan Skizofektif Gangguan Psikoaktif Non-organik Lainnya, atau YTT
	Gangguan afektif	F3 Gangguan Suasana Perasaan (Mood [Afektif])	F30,F31 F32-F39	Episode Manik, Gangguan Afektif Bipolar Episode Depresif, Gangguan Depresif Berulang, Gangguan Suasana Perasaan (Mood/Afektif) Menetap/Lainnya/YTT
Gangguan neurotik dan gangguan kepribadian	Gangguan neurotik	F4 Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres	F40,F41 F42 F43,F45,F48 F44	Gangguan Anxietas Fobik atau Lainnya Gangguan Obsesif-Kompulsif Reaksi Terhadap Stres Berat dan Gangguan Penyesuaian, Gangguan Somatoform, Gangguan Neurotik Lainnya Gangguan Disosiatif (Konversi)
	Gangguan kepribadian dan gangguan masa dewasa	F5 Sindrom Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik	F60-F65,F69	Gangguan Makan, Gangguan Tidur, Disfungsi Seksual atau Gangguan Perilaku Lainnya.
		F6 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa	F60-F69	Gangguan Kepribadian, Gangguan Kebiasaan & Impuls, Gangguan Identitas atau Preferensi Seksual
Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan	Retardasi mental	F7 Retardasi Mental	F70-F79	Retardasi Mental
	Gangguan masa kanak, remaja & perkembangan	F8 Gangguan Perkembangan Psikologis	F80-F89	Gangguan Perkembangan Psikologis
		F9 Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja.	F90-F98	Gangguan Hiperkinetik, Gangguan Tingkah Laku, Gangguan Emosional atau Fungsi Sosial Khas, Gangguan "Tic" atau Gangguan Perilaku & Emosional Lainnya.

**Gambar 1.** Klasifikasi Gangguan Jiwa  
Sumber: PPDGJ III

<sup>7</sup> Pikiran tidak rasional, biasanya berwujud khayalan

<sup>8</sup> Pengalaman indra tanpa adanya perangsang pada alat indra yang bersangkutan, misalnya mendengar suara tanpa ada sumber suara tersebut (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, 2019)

#### 2.1.4. Terapi Modalitas

Terapi modalitas merupakan pendekatan penanganan klien gangguan jiwa yang dilakukan oleh ahli dalam kesehatan jiwa. Pendekatan ini bervariasi bertujuan untuk mengubah perilaku klien gangguan jiwa yang berperilaku maladaptif menjadi perilaku yang adaptif. Jenis-jenis terapi modalitas menurut Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa – Teori dan Aplikasi Praktik Klinik karya Lilik Makrifatul Azizah, dkk. terbagi menjadi beberapa variasi, yaitu terapi kelompok, terapi individu, terapi keluarga, terapi kognitif, terapi perilaku, terapi lingkungan, terapi ECT, dan terapi psikofarma.

##### a. Terapi kelompok

Terapi kelompok merupakan pelayanan kepada kelompok yang bertujuan utama untuk membantu setiap anggota dalam kelompok memperbaiki penyesuaian sosial mereka, serta tujuan kedua untuk membantu mencapai tujuan-tujuan yang disepakati oleh masyarakat.

##### b. Terapi individu

Terapi individu merupakan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien.

##### c. Terapi keluarga

Terapi keluarga dilakukan dengan menghadirkan klien gangguan jiwa sekaligus anggota keluarga lain (yang menganggap dirinya tidak punya masalah) dalam proses konseling, dengan keyakinan bahwa klien yang sedang dikonseling memengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota keluarga lain.

##### d. Terapi kognitif

Terapi kognitif menjelaskan bahwa bukan suatu peristiwa yang menyebabkan kecemasan dan tanggapan maladaptif melainkan harapan masyarakat, penilaian, dan interpretasi dari setiap peristiwa ini. Sugesti bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh berhubungan langsung dengan pikiran dan keyakinan orang (Stuart, 2009). Terapi kognitif merupakan konseling yang bertujuan untuk membantu klien gangguan jiwa agar menjadi lebih sehat, mendapat pengalaman memuaskan, dan

dapat memenuhi gaya hidup tertentu melalui modifikasi pola pikir dan perilaku tertentu (Azizah, et al., 2016).

e. Terapi perilaku

Terapi perilaku merupakan konseling yang didasari oleh Teori Belajar yang bertujuan untuk menyembuhkan klien gangguan jiwa dengan menggunakan teknik yang didesain menghilangkan perilaku yang tidak diinginkan dan menguatkan kembali perilaku yang diinginkan.

f. Terapi lingkungan

Terapi lingkungan atau disebut *Milieu Therapy* merupakan pendekatan melalui lingkungan yang ditata sedemikian rupa supaya terjadi [erubahan perilaku pada klien gangguan jiwa, dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif.

g. Terapi *Electro Convulsion Therapy* (ECT)

Terapi ECT merupakan terapi pada klien gangguan jiwa dengan menggunakan terapi kejut *Electro Convulsion Therapy* (ECT). ECT bekerja dengan menggunakan gelombang elektro dengan voltase tertentu yang mampu membenahi periode pendek aktifitas otak yang ireguler. Hal ini akan menimbulkan efek kimiawi terutama beberapa zat yang berhubungan dengan proses neuro transmitter. Neuro transmitter ini adalah suatu zat perantara pesan atau impuls dari otak sehingga suatu perintah-perintah dapat terlaksana. Dengan adanya terapi listrik untuk mengejutkan proses tersebut diatas diharapkan aktifitas sel-sel otak dapat bekerja sebagai mana dengan mestinya (Azizah, et al., 2016). ECT diberikan pada pasien yang mengalami rawat inap di rumah sakit, tetapi bias juga diberikan kepada pasien rawat jalan atas keinginan klien itu sendiri.

h. Terapi psikofarma

Terapi psikofarma merupakan terapi melalui konsumsi obat-obatan sesuai dengan dosis yang telah dianjurkan dokter.

## **2.2. Panti Rehabilitasi Sosial**

### **2.2.1. Upaya Rehabilitasi Sosial**

Rehabilitasi sosial merupakan proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat. Rehabilitasi sosial Penyandang disabilitas mental disesuaikan dengan hasil asesmen, sehingga upaya yang dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan (Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasungan Bagi Penyandang Disabilitas Mental).

Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjelaskan secara detail mengenai upaya rehabilitatif pada ODGJ.

- (Pasal 20) Penatalaksanaan kondisi kejiwaan pada ODGJ dilakukan di fasilitas pelayanan di bidang Kesehatan Jiwa.
- (Pasal 25) Upaya rehabilitatif Kesehatan Jiwa merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan Kesehatan Jiwa yang ditujukan untuk (a) mencegah atau mengendalikan disabilitas; (b) memulihkan fungsi sosial; (c) memulihkan fungsi okupasional; dan (d) mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di masyarakat.
- (Pasal 26 Poin 1) Upaya rehabilitatif ODGJ meliputi (a) rehabilitasi psikiatrik dan/atau psikososial; dan (b) rehabilitasi sosial.
- (Pasal 28) (1) Upaya rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) huruf b dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, atau koersif, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun panti sosial. (2) Upaya rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan dalam bentuk: a. motivasi dan diagnosis psikososial; b. perawatan dan pengasuhan; c. pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan; d. bimbingan mental spiritual; e. bimbingan fisik; f. bimbingan sosial dan konseling psikososial; g. pelayanan aksesibilitas; h. bantuan sosial dan asistensi sosial; i. bimbingan resosialisasi; j. bimbingan lanjut; dan/atau k. rujukan.



Selanjutnya, tahapan pelaksanaan rehabilitasi sosial diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Pasal 7 poin 2, yaitu (a) pendekatan awal; (b) pengungkapan dan pemahaman masalah; (c) penyusunan rencana pemecahan masalah; (d) pemecahan masalah; (e) resosialisasi; (f) terminasi; dan (g) bimbingan lanjut.

Tempat pelaksanaan rehabilitasi sosial diatur kemudian dalam Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 29, serta Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasangan Bagi Penyandang Disabilitas Mental.

- (Pasal 29) Rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) huruf b dilaksanakan di panti sosial milik Pemerintah; Pemerintah Daerah; atau swasta.
- Layanan rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan di panti sosial, pusat rehabilitasi sosial, atau rehabilitasi sosial berbasis masyarakat. Layanan rehabilitasi sosial melalui panti sosial atau pusat rehabilitasi sosial dapat dilakukan di panti sosial milik pemerintah pusat, pemerintah daerah atau masyarakat.

Hal lain-lain yang diatur dalam Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Pasal 31 dan Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasangan Bagi Penyandang Disabilitas Mental, yaitu sebagai berikut.

- (Pasal 31) ODGJ yang mendapatkan rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 ayat (1) huruf b tetap berhak mendapatkan rehabilitasi psikiatrik dan/atau rehabilitasi psikososial serta mempunyai akses terhadap pelayanan dan obat psikofarmaka sesuai kebutuhan.
- Rehabilitasi sosial melalui Unit Pelaksana Teknis milik Kementerian Sosial mempunyai tugas sebagai berikut, (a) memberikan bimbingan, pelayanan dan rehabilitasi sosial bagi Penyandang Disabilitas Mental, (b) melakukan pengkajian dan penyiapan pemberian informasi dan

rujukan. Bentuk kegiatan rehabilitasi berupa (a) pendekatan awal, (b) penerimaan, (c) asesmen, (d) bimbingan meliputi fisik, mental, sosial, keterampilan, (e) resosialisasi, (f) pemulangan, (g) bimbingan lanjut, dan (h) terminasi.

### 2.2.2. Tipologi Panti Rehabilitasi Sosial

Panti sosial merupakan fasilitas pelayanan yang disediakan oleh pemerintah sebagai upaya dalam menyejahterakan masyarakat, khususnya bagi masyarakat penderita gangguan jiwa dengan tingkat ekonomi rendah. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa menjelaskan peran panti untuk menjembatani kesenjangan yang ada saat ini. Apabila layanan publik dan sistem bantuan yang ada belum memungkinkan ODGJ untuk memiliki biaya untuk menyewa tempat tinggal di rumah-rumah bersubsidi milik pemerintah, layanan residensial dianggap perlu untuk dipertimbangkan. Layanan residensial yang dimaksud seperti (a) fasilitas perumahan di komunitas, (b) kelompok tinggal/hidup berkelompok (*group homes*), (c) panti (*boarding home*) dan rumah singgah/rumah antara (*halfway house*), (d) *therapeutic community* atau *Millieu Therapy*, serta (e) layanan rawat harian (*day care*).

Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasungan Bagi Penyandang Disabilitas Mental menjelaskan panti (*boarding home*) dan rumah antara/rumah singgah (*halfway house*) merupakan kelompok layanan tempat tinggal yang dikelola secara penuh oleh tenaga profesional kesehatan jiwa sehingga spesifik ditujukan untuk ODGJ. Kehadiran bentuk layanan seperti ini ditujukan terutama untuk membantu terbentuknya hubungan sosial. Layanan tempat tinggal seperti ini biasanya memiliki batas waktu tinggal kecuali pada kelompok ODGJ yang membutuhkan dukungan khusus terus menerus. Baik panti maupun rumah singgah dimaksudkan sebagai suatu tempat tinggal sementara bagi penerima pelayanan yang dipersiapkan untuk mendapat pelayanan lebih lanjut. Untuk mencapai

pemulihan yang optimal setelah mendapatkan perawatan medis diperlukan tempat tinggal, aktifitas, dan dukungan dari lingkungan. Sebagian besar Penyandang Disabilitas Mental tidak memiliki atau kehilangan tempat tinggal karena keluarga dan/atau masyarakat sekitarnya tidak menghendaki Penyandang Disabilitas Mental untuk pulang ke rumahnya kembali dengan alasan trauma dengan perilaku sebelumnya. Dalam kondisi tersebut Penyandang Disabilitas Mental harus kehilangan tempat tinggal dan hidup terlantar. Hal ini sering mengakibatkan Penyandang Disabilitas Mental tinggal bertahun-tahun di rumah sakit atau meninggalkan rumah sakit tanpa izin dan kemudian hidup menggelandang di jalan. Sistem perawatan di rumah sakit saat ini belum bisa mengakomodasi kebutuhan tempat tinggal bagi Penyandang Disabilitas Mental terlantar. Sebagian besar Rumah Sakit mengharuskan pasien untuk pulang ke keluarga, jika tidak punya keluarga direkomendasikan ke panti sosial.

Berikut ini adalah layanan yang dapat diberikan oleh rumah singgah atau panti:

- Memberikan layanan rawat inap berjangka waktu tertentu dalam upaya pemulihan setelah rehabilitasi psikiatrik di rumah sakit/rumah sakit jiwa, untuk belajar mengenali gejala-gejala, cara mengelola gejala, melatih kemampuan merawat diri, dan mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan.
- Dukungan sosial untuk meningkatkan keterampilan sosial serta mengurangi ketergantungan terhadap orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
- Tempat untuk mengembangkan kemampuan interaksi/penyesuaian sosial sebagai latihan untuk kembali kepada keluarga dan kehidupan di masyarakat sehingga dapat berpartisipasi penuh dalam setiap aspek kehidupan.

- Tempat pemulihan yang mudah untuk diakses lokasinya berada di tengah-tengah komunitas.
- Tempat yang dapat berfungsi memberikan edukasi terhadap keluarga Penyandang Disabilitas Mental dalam hal keterampilan perawatan, pencegahan stigma dan diskriminasi, serta dukungan krisis.
- Tempat melakukan proses pendampingan sosial secara intensif bagi Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya.

Selanjutnya Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjelaskan secara detail mengenai fasilitas pelayanan panti sosial.

- (Pasal 45) Fasilitas pelayanan di bidang Kesehatan Jiwa meliputi (a) fasilitas pelayanan kesehatan dan (b) fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat.
- (Pasal 55) Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 huruf b meliputi (a) praktik psikolog; (b) praktik pekerja sosial; (c) panti sosial; (d) pusat kesejahteraan sosial; (e) pusat rehabilitasi sosial; (f) rumah perlindungan sosial; (g) pesantren/institusi berbasis keagamaan; (h) rumah singgah dan (i) lembaga kesejahteraan sosial.
- (Pasal 56) Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 dalam menyelenggarakan pelayanan kuratif harus bekerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 48 yang ada di wilayahnya.
- (Pasal 57) (1) Fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat harus memiliki izin dan memenuhi persyaratan keamanan, keselamatan, kenyamanan, dan kemudahan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam pemberian pelayanan terhadap ODMK dan ODGJ. (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai perizinan dan persyaratan fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan dan fasilitas pelayanan berbasis masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan peraturan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial.

### **2.2.3. Pengguna Panti Rehabilitasi Sosial**

#### **2.2.3.1. Klien Gangguan Jiwa**

Penyandang Disabilitas Mental yang dapat mengakses rumah singgah yaitu klien yang berada pada fase stabilisasi, dimana kondisi Penyandang Disabilitas Mental sudah mulai mampu mengatasi gejala-gejala yang dialaminya, sehingga tidak terlalu mengganggu. Pada fase ini dilakukan pengobatan optimal yang berkelanjutan, edukasi terhadap Penyandang Disabilitas Mental dan keluarga tentang gejala dan efek samping pengobatan, dan mulai membantu Penyandang Disabilitas Mental untuk kembali pada fungsi psikososialnya yang optimal. Penyandang Disabilitas Mental yang berada pada fase ini dapat ditangani secara khusus pada rumah singgah untuk dapat dilatih dalam mengenali gejala-gejala, cara mengelola gejala, melatih kemampuan merawat diri, dan mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan (Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan Dan Penanganan Pemasangan Bagi Penyandang Disabilitas Mental).

Pengguna Panti Rehabilitasi Sosial adalah orang-orang dengan gangguan jiwa yang membutuhkan dukungan lebih. Indikasi ODGJ yang membutuhkan dukungan lebih adalah (a) ODGJ tanpa keluarga, memiliki penyakit multipel (termasuk diagnosis ganda/dual diagnosis misalnya dengan penyalahgunaan zat dan alkohol, retardasi mental, penyakit fisik lebih dari dua diagnosis), usia lanjut, (b) mengalami skizofrenia yang berat, (c) anak-anak merasa ketakutan dan jengkel, karena merasa hidup di RS, (c) kehidupan perkawinan menurun, (d) ODGJ memiliki perilaku yang tidak mudah seperti agresif atau tendensi perilaku antisosial yang ekstrim. Selain itu, pengguna merupakan yang mendapat rujukan dari Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa ke panti rehabilitasi sosial. Rujukan ini dilakukan apabila Penyandang Disabilitas Mental sudah pada fase pemeliharaan, yang ditandai dengan menurun/hilangnya gejala-gejala yang dialami oleh Penyandang Disabilitas Mental.

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjelaskan lebih lanjut mengenai penatalaksanaan kondisi kejiwaan pada

ODGI dapat dilakukan dengan cara: a. rawat jalan; atau b. rawat inap. Selain pasien, pengguna adalah dokter umum, psikolog, atau dokter spesialis kedokteran jiwa sebagai penegak diagnosis.

### **2.2.3.2.Tenaga Kerja**

Ketentuan Standar Sarana dan Prasarana yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Pasal 39 menyatakan bahwa tenaga pelayanan panti sosial terdiri dari tenaga administrasi, tenaga keuangan, tenaga fungsional, dan tenaga keamanan. Selanjutnya, Pasal 69 mengatur lebih lanjut mengenai Ketentuan Sumber Daya Manusia Penyelenggara Kesejahteraan Sosial yang terdiri atas tenaga kesejahteraan sosial, pekerja sosial profesional, relawan sosial, dan penyuluh sosial.

a. Tenaga Fungsional (tenaga kesejahteraan sosial, pekerja sosial profesional, relawan sosial, dan penyuluh sosial)

- (Permensos 16 Tahun 2017) Tenaga Kesejahteraan Sosial adalah seseorang yang dididik dan dilatih secara profesional untuk melaksanakan tugas-tugas pelayanan dan penanganan masalah sosial dan/atau seseorang yang bekerja, baik di lembaga pemerintah maupun swasta yang ruang lingkup kegiatannya di bidang kesejahteraan sosial. Tenaga Kesejahteraan Sosial mempunyai tugas memberikan pelayanan kesejahteraan sosial kepada PMKS. Tenaga Kesejahteraan Sosial terdiri atas: aparatur sipil negara, dan/atau masyarakat. Tenaga kesejahteraan sosial yang berasal dari masyarakat disebut dengan pendamping sosial.
- (PP 39 Tahun 2012) Pekerja Sosial Profesional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 69, selain mempunyai tugas untuk melakukan Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial dapat melakukan praktik pekerjaan sosial. (Permensos 16 Tahun 2017) Pekerja Sosial Profesional adalah seseorang yang bekerja, baik di lembaga pemerintah maupun swasta yang memiliki kompetensi dan profesi pekerjaan sosial, dan kepedulian dalam pekerjaan sosial yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, dan/atau pengalaman

praktik pekerjaan sosial untuk melaksanakan tugas-tugas pelayanan dan penanganan masalah sosial. Pekerja sosial meliputi asisten Pekerja Sosial; Pekerja Sosial generalis; dan Pekerja Sosial spesialis. Tugas Pekerja Sosial Profesional adalah memecahkan masalah, memberdayakan dan sebagai agen perubahan; dan melakukan analisis kebijakan sosial.

- (Permensos 9 Tahun 2018) Relawan Sosial adalah seseorang dan/atau kelompok masyarakat, baik yang berlatar belakang pekerjaan sosial maupun bukan berlatar belakang pekerjaan sosial, tetapi melaksanakan kegiatan penyelenggaraan di bidang sosial bukan di instansi sosial pemerintah atas kehendak sendiri dengan atau tanpa imbalan. (Pasal 40 Permensos 9 Tahun 2018) Setiap Pusat Kesejahteraan Sosial memiliki paling sedikit 1 (satu) orang Relawan Sosial. Relawan Sosial terdiri atas: pekerja sosial masyarakat, karang taruna, tenaga pelopor perdamaian, taruna siaga bencana, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, wanita pemimpin kesejahteraan sosial, kader rehabilitasi berbasis masyarakat, kader rehabilitasi berbasis keluarga, dan/atau penyuluh sosial masyarakat.
- (Permensos 16 Tahun 2017) Penyuluh sosial adalah seseorang yang mempunyai tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan sosial di bidang Penyelenggaraan kesejahteraan sosial.
  - b. Tenaga kesehatan
  - c. Tenaga Administrasi
  - d. Tenaga Keuangan
  - e. Tenaga Keamanan

#### **2.2.4. Kegiatan di Panti Rehabilitasi Sosial**

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial, serta Lampiran Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasungan Bagi Penyandang Disabilitas

Mental telah menjelaskan sebelumnya mengenai pelaksanaan kegiatan rehabilitasi sosial di Panti Rehabilitasi Sosial.

Rehabilitasi Sosial diberikan dalam bentuk:

- a. Motivasi dan diagnosis psikososial
- b. Perawatan dan pengasuhan
- c. Pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan
- d. Bimbingan mental spiritual
- e. Bimbingan fisik
- f. Bimbingan sosial dan konseling psikososial
- g. Pelayanan aksesibilitas
- h. Bantuan dan asistensi sosial
- i. Bimbingan resosialisasi
- j. Bimbingan lanjut, dan/atau
- k. Rujukan.

Bentuk rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan tahapan:

- a. Pendekatan
- b. Pengungkapan dan pemahaman masalah
- c. Penyusunan rencana pemecahan masalah
- d. Pemecahan masalah
- e. Resosialisasi
- f. Terminasi
- g. Bimbingan lanjut

Bentuk rehabilitasi sosial dijelaskan lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 2014 tentang Standar Rehabilitasi Sosial dengan Pendekatan Profesi Pekerjaan Sosial.

- (Pasal 20) (1) Pendekatan awal merupakan kegiatan yang terdiri atas:
  - a. sosialisasi dan konsultasi; b. identifikasi; c. motivasi; d. seleksi, dan
  - e. penerimaan. (2) Sosialisasi dan konsultasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berupa upaya menjalin kerja sama dalam bentuk penyampaian informasi mengenai lembaga rehabilitasi sosial, guna memperoleh dukungan data dan sumber yang mendukung pelayanan



rehabilitasi sosial. (3) Identifikasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan upaya mengenal dan memahami masalah calon penerima pelayanan. (4) Motivasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan upaya penumbuhan kesadaran dan minat penerima pelayanan serta dukungan orang tua untuk mengikuti rehabilitasi sosial. (5) Seleksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d merupakan upaya pemilihan dan penetapan calon penerima pelayanan rehabilitasi sosial. (6) Penerimaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e merupakan kegiatan registrasi dan penempatan dalam pelayanan rehabilitasi sosial.

- (Pasal 21) (1) Pengungkapan dan pemahaman masalah merupakan kegiatan mengumpulkan, menganalisis, dan merumuskan masalah, kebutuhan, potensi, dan sumber yang dapat dimanfaatkan dalam pelayanan rehabilitasi sosial. (2) Kegiatan pengungkapan dan pemahaman masalah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas: a. persiapan; b. pengumpulan data dan informasi; c. analisis; dan d. temu bahas kasus. (3) Kegiatan persiapan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a merupakan upaya membangun hubungan antara pekerja sosial dan penerima pelayanan. (4) Kegiatan pengumpulan data dan informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b merupakan upaya untuk mendapatkan data dan informasi penerima pelayanan. (5) Kegiatan analisis sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c merupakan kegiatan interpretasi data dan informasi guna menemukan masalah dan kebutuhan penerima pelayanan.
- (Pasal 22) (1) Penyusunan rencana pemecahan masalah merupakan kegiatan penetapan rencana pelayanan bagi penerima pelayanan. (2) Kegiatan penyusunan rencana pemecahan masalah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. membuat skala prioritas kebutuhan penerima pelayanan; b. menentukan jenis layanan dan rujukan sesuai dengan kebutuhan penerima pelayanan; dan c. membuat kesepakatan jadwal pelaksanaan pemecahan masalah.

- (Pasal 23) Kegiatan pemecahan masalah merupakan pelaksanaan rencana pemecahan masalah bagi penerima pelayanan.
- (Pasal 24) Resosialisasi merupakan upaya pengembalian penerima pelayanan kedalam keluarga dan masyarakat.
- (Pasal 25) (1) Terminasi merupakan kegiatan pemutusan pemberian pelayanan rehabilitasi sosial. (2) Kegiatan terminasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. identifikasi keberhasilan yang telah dicapai penerima pelayanan dari aspek bio psikososial dan spiritual; dan b. kunjungan kepada keluarga dan pihak terkait dengan kehidupan penerima pelayanan.
- (Pasal 26) Bimbingan lanjut merupakan kegiatan pemantapan kemandirian penerima pelayanan setelah memperoleh pelayanan rehabilitasi sosial.

#### **2.2.5. Kebutuhan Ruang Panti Rehabilitasi Sosial**

Kebutuhan ruang pada panti sosial berdasarkan Standar Sarana dan Prasarana yang tercantum dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Pasal 39 meliputi:

- a. Perkantoran yang terdiri dari ruang pimpinan, ruang kerja staf, ruang rapat, ruang tamu, ruang dokumentasi, ruang data dan informasi, ruang perpustakaan, kamar mandi, dan dapur.
- b. Pelayanan teknis yang terdiri dari ruang asrama, ruang pengasuh, ruang diagnosa, ruang konseling psikososial, ruang instalasi produksi, ruang olahraga dan pembinaan fisik, ruang bimbingan mental dan sosial, ruang praktik keterampilan, dan ruang kesenian.
- c. Pelayanan umum yang terdiri dari ruang makan, ruang belajar, ruang ibadah, ruang kesehatan, aula, pos keamanan, ruang tamu, gudang, kamar mandi, tempat parkir, dan rumah dinas/pengurus.

#### **2.2.6. Sarana dan Prasarana Panti Rehabilitasi Sosial**

Sarana dan prasarana Panti Rehabilitasi Sosial mengacu pada standar sarana dan prasana Rumah Sakit Jiwa. Rumah Sakit Jiwa dibagi menjadi 3 kelas, yaitu Kelas A, B, dan C dimana letak perbedaannya berada pada

kelengkapan fasilitas sarana dan prasarana. Penulis menggunakan Buku Pedoman Teknis Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Kelas B sebagai pegangan dalam menentukan ukuran ruang dengan menyesuaikan kebutuhan ruang panti sosial dan studi preseden.

a. Ruang Rawat Inap

Ruang rawat inap merupakan ruangan tempat tinggal klien gangguan jiwa. Berikut pembagian ruangan dalam ruang rawat inap.

**Tabel 1. Kebutuhan Ruang Rawat Inap**

No.	Nama Ruangan	Fungsi	Besaran Ruang	Kebutuhan Fasilitas
1	Ruang Perawatan	Ruang untuk pasien yang memerlukan asuhan dan pelayanan keperawatan dan pengobatan secara berkesinambungan lebih dari 24 jam.	Tergantung Kelas & keinginan desain, kebutuhan ruang 1 tt min. 7.2 m <sup>2</sup>	Tempat tidur pasien, lemari, nurse call, meja, kursi, televisi, tirai pemisah bila ada, (sofa untuk ruang perawatan VIP).
2	Ruang Stasi Perawat ( <i>Nurse Station</i> )	Ruang utk melakukan perencanaan, pengorganisasian asuhan dan pelayanan keperawatan (pre dan post-conference, pengaturan jadwal), dokumentasi sampai dengan evaluasi pasien.	3-5 m <sup>2</sup> /perawat	Meja, Kursi, lemari arsip, lemari obat, telepon/intercom alat monitoring untuk pemantauan terus menerus fungsi2 vital pasien.
3	Ruang Konsultasi	Ruang untuk melakukan konsultasi oleh profesi kesehatan kepada pasien dan keluarganya.	Sesuai kebutuhan	Meja, kursi, lemari arsip, telepon/intercom, peralatan kantor lainnya
4	Ruang Perawat	Ruang istirahat perawat	Sesuai kebutuhan	Sofa, lemari, meja/kursi, wastafel
5	Ruang Linen Bersih	Tempat penyimpanan bahan-bahan linen steril/ bersih.	Minimal 4 m <sup>2</sup>	Lemari
6	Ruang Linen Kotor	Ruangan untuk menyimpan bahan-bahan linen kotor yang telah digunakan di r. perawatan sebelum dibawa ke r. cuci ( <i>Laundry</i> )	Minimal 4 m <sup>2</sup>	Bak penampungan linen kotor
7	KM/WC (pasien, petugas, pengunjung)	KM/WC	@ KM/WC pria/wanita luas 2 m <sup>2</sup> – 3 m <sup>2</sup>	Kloset, wastafel, bak air
8	Dapur Kecil ( <i>Pantry</i> )	Sebagai tempat untuk menyiapkan makanan dan minuman bagi petugas di Ruang Rawat Inap RS.	Sesuai kebutuhan	Kursi+meja untuk makan, sink, dan perlengkapan dapur lainnya.
9	Gudang Bersih	Ruangan tempat penyimpanan alatalat medis dan bahan-bahan habis pakai yang diperlukan.	Sesuai kebutuhan	Lemari

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

Selanjutnya ada beberapa tambahan persyaratan yang diatur dalam pedoman yang sama sebagai berikut.

- Lantai harus kuat dan rata, tidak berongga, serta terbuat dari bahan penutup tidak berpori, seperti vinyl yang rata atau keramik dengan nat yang rapat sehingga debu dari kotoran-kotoran tidak mengumpul, mudah dibersihkan, tidak mudah terbakar.
- Langit-langit harus rapat dan kuat, tidak rontok dan tidak menghasilkan debu atau kotoran lain.
- Pintu masuk ke ruang rawat inap, terdiri dari pintu ganda, masing-masing dengan lebar 90 cm dan 40 cm. Pada sisi pintu dengan lebar 90 cm, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (*observation glass*). Pintu masuk ke kamar mandi umum, minimal lebarnya 85 cm. Pintu masuk ke kamar mandi pasien, minimal harus ada 1 kamar mandi berukuran lebar 90 cm, diperuntukkan bagi penyandang cacat. Pintu kamar mandi pasien, harus membuka ke luar kamar mandi.

b. Ruang Rehabilitasi

Ruang rehabilitasi merupakan ruang-ruang yang berfungsi dalam tahap rehabilitasi sebagai berikut.

**Tabel 2. Kebutuhan Ruang Rehabilitasi**

No.	Nama Ruang	Fungsi	Besaran Ruang	Kebutuhan Fasilitas
1	Ruang Terapi Psikologi	Ruang tempat melaksanakan kegiatan terapi psikologi bagi pasien.	12-25 m <sup>2</sup>	Kursi Dokter, Meja Konsultasi, 2 (dua) kursi hadap, lemari alat, kursi terapi, dll
2	Terapi Okupasi			
	Ruang Terapi Okupasi	Ruang tempat terapis okupasi melakukan terapi kepada pasien	@jenis okupasi 6-30 m <sup>2</sup>	Fasilitas tergantung dari jenis okupasi yang akan diselenggarakan, misalnya : ruangan dalam rumah (dapur, kamar mandi, ruang makan, ruang tamu, ruang tidur), kantor (ruang kerja, bengkel, ruang studio), tempat Ibadah, kasir, model ruangan kendaraan (misalnya : tempat naik dan duduk pada bis

				umum, ruang mengemudi mobil dan motor) dll
	Daerah Okupasi Terapi Terbuka/ Taman Terapetik Ket : Boleh ada/tidak	Suatu daerah terbuka hijau/taman yang juga digunakan sebagai daerah Latihan Terapi Okupasi Dewasa (dan Anak) berupa suatu jalur jalan (Walking Track) dengan benda-benda Fasilitas Terapi.	Tergantung peralatan yang disediakan	Pararell Bar's dengan variasi permukaan pijakan yang berbedabeda, seperti batu-batuan, semen, pasir dan ubin keramik untuk memberi rangsangan yang berbeda pada telapak kaki, ramp untuk latihan pengguna kursi roda dan perancah bantu jalan (Walker)
5	Gudang Kotor	Ruang penyimpanan alat-alat, juga perabot RM yang sudah tidak dapat digunakan lagi tetapi belum dapat dihapuskan dengan segera.	Sesuai Kebutuhan	Lemari/rak
6	Ruang Petugas RM	Ruang tempat istirahat petugas IRM	Sesuai Kebutuhan	Kursi, meja, sofa, lemari
7	KM/WC petugas/pasien	KM/WC	KM/WC pria/wanita luas 2 m <sup>2</sup> – 3 m <sup>2</sup>	Kloset, wastafel, bak ai

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

### c. Poliklinik

Poliklinik merupakan tempat untuk melakukan pemeriksaan pada klien gangguan jiwa.

**Tabel 3.** Kebutuhan Ruang Poliklinik

No.	Nama Ruangan	Fungsi	Besaran Ruang	Kebutuhan Fasilitas
1	Ruang Periksa & Konsultasi (Klinik)	Ruang tempat dokter spesialis melakukan pemeriksaan dan konsultasi dengan pasien	12-24 m <sup>2</sup> /poli (khusus klinik mata salah satu sisi ruang harus mempunyai panjang > 4m)	Kursi Dokter, Meja Konsultasi, 2 (dua) kursi hadap, lemari alat periksa & obat, tempat tidur periksa, tangga roolstool, dan kelengkapan lain disesuaikan dengan kebutuhan tiap-tiap kliniknya.
2	Ruang Tunggu Poli	Ruang di mana keluarga atau pengantar pasien menunggu panggilan di depan ruang poliklinik.	1-1,5 m <sup>2</sup> /orang (luas area disesuaikan dengan jumlah kunjungan pasien/ hari)	Kursi, Televisi & AC

3	Toilet (petugas, pengunjung) KM/WC	KM/WC pria/ wanita	KM/WC pria/ wanita luas +2-3 m <sup>2</sup> (min.untuk pasien dapat berjalan & maks. untuk pasien berkursi roda)	Kloset, wastafel, bak air
---	---	-----------------------	--	------------------------------

Sumber : (Kementrian Kesehatan RI, 2012)

### 2.3. Tinjauan Objek Sejenis

Penulis memilih Rumah Sakit Jiwa Grhasia sebagai studi preseden. Beberapa hal yang ditinjau dari Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah sebagai berikut.

#### 2.3.1. Profil Rumah Sakit Jiwa Grhasia

Rumah Sakit Jiwa Grhasia merupakan salah satu rumah sakit jiwa yang terletak di Jalan Kaliurang Km. 17, Pakembinangun, Pakem, Sleman, Yogyakarta. RSJ Grhasia menyediakan beberapa pelayanan berupa pelayanan gawat darurat, klinik jiwa, klinik umum, klinik gigi dan mulut, klinik saraf, klinik tumbuh kembang anak, klinik psikologi, klinik penyakit dalam, rehabilitasi NAPZA, rehabilitasi mental, rehabilitasi medik, dan radiologi.

#### 2.3.2. Pelaku di Rumah Sakit Jiwa Grhasia

Pada Rumah Sakit Jiwa Grhasia pelaku yang terlibat dalam pelayanan rehabilitasi mental adalah sebagai berikut.

##### a. Klien Gangguan Jiwa

- Klien tahap *intensive*

Klien tahap *intensive* merupakan klien gangguan jiwa berat, yaitu klien yang masih menunjukkan perilaku-perilaku ekstrim yang membahayakan, seperti agresif, mengamuk, halusinasi, sensitif, ketakutan atau cemas berlebihan.

- Klien tahap *maintainance*

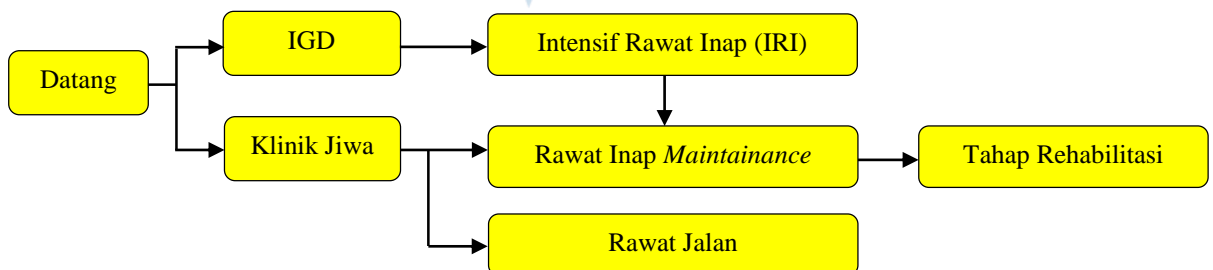
Klien tahan *maintainance* merupakan klien yang sudah menunjukkan perilaku tenang atau menurunnya gejala-gejala yang biasanya dialami oleh Penyandang Disabilitas Mental, dan dianggap bisa menjalani tahap rehabilitasi selanjutnya.

##### b. Tenaga Administrasi

- c. Tenaga Fungsional
    - Rohaniawan
    - Instruktur Vokasional
  - d. Tenaga Kesehatan
    - Dokter Spesialis Jiwa atau Psikiater
    - Perawat
    - Okupasi Terapis
3. Pengunjung atau tamu

**2.3.3. Sistem Pelayanan Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Grhasia**

Sistem pelayanan klien gangguan jiwa terbagi menjadi dua jenis, yaitu klien gangguan jiwa kondisi *maintainance* dan klien kondisi *intensive*. Tahap pertama, klien gangguan jiwa kondisi *maintainance* mendaftarkan diri di Klinik Jiwa untuk menjalani konsultasi dan periksa dengan Dokter Jiwa. Diagnosa yang mungkin diberikan adalah rawat jalan atau rawat inap. Tahap kedua, bagi klien dengan gangguan jiwa *intensive* diarahkan untuk langsung masuk ke IGD untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Tahap selanjutnya yaitu pelaksanaan rawat inap dan rehabilitasi. Klien gangguan jiwa *intensive* akan diisolasi di Intensif Rawat Inap (IRI), lalu apabila sudah tenang akan turun kelas pada rawat inap *maintainance* agar bisa menjalani proses rehabilitasi. Klien jiwa dari Klinik Jiwa juga bisa langsung menjalani perawatan di Rawat Inap *Maintainance* untuk menjalani proses rehabilitasi. Tahap rehabilitasi terbagi menjadi rehabilitasi psikologi dan rehabilitasi latihan kerja vokasional (pembengkelan dan las, pertukangan, pertanian, musik, membatik, tata boga, menjahit, membatik, karaoke, olahraga).



**Gambar 2.** Sistem Pelayanan Klien di RSGJ Grhasia  
Sumber: Analisis Penulis

### 2.3.4. Kebutuhan Ruang di Rumah Sakit Jiwa Grhasia

#### a. Wisma Rawat Inap

Wisma untuk rawat inap dibedakan menjadi tiga, yaitu Intensif Rawat Inap, Rawat Inap *Maintenance*, dan Rawat Inap Sakit Jiwa & Fisik.

- Intensif Rawat Inap (IRI)

IRI merupakan ruang rawat inap isolasi bagi klien tahap *intensive*. IRI dibedakan sesuai jenis kelamin klien gangguan jiwa, yaitu Wisma Bima untuk putra dan Wisma Arimbi untuk putri. Wisma Bima menyediakan 10 tempat tidur dan Wisma Arimbi menyediakan 15 tempat tidur.

- Rawat Inap *Maintenance*

Rawat Inap *Maintenance* merupakan ruang rawat inap bagi klien tahap *maintenance*. Ruang ini dibedakan berdasarkan kelas-kelas ruang, yaitu Kelas VIP (tiap ruang berisi satu tempat tidur), Kelas I (tiap ruang berisi dua tempat tidur), Kelas II (tiap ruang berisi empat tempat tidur), dan Kelas III (tiap ruang berisi enam tempat tidur), dan dibedakan berdasarkan jenis kelamin.

- Wisma putri adalah Wisma Sembodro (gabungan Kelas VIP, I, II), Wisma Drupadi (Kelas III), dan Wisma Srikandi (Kelas III).
- Wisma putra adalah Wisma Nakula (Kelas III), Wisma Sadewa (Kelas III), Wisma Gatotkaca (Kelas III), dan Wisma Arjuna (gabungan Kelas VIP, I, II).





**Gambar 3.** Bagian Dalam Rawat Inap *Maintainance*  
Sumber: Penulis



**Gambar 4.** Ruang Tamu dan Ruang Pertemuan Rawat Inap *Maintainance*  
Sumber: Penulis



**Gambar 5.** Nurse Station Rawat Inap *Maintainance*  
Sumber: Penulis



**Gambar 6.** Ruang Ganti Perawat dan Ruang Pertemuan Rawat Inap

*Maintainance*  
Sumber: Penulis

- Rawat Inap Jiwa & Fisik

Rawat Inap Jiwa & Fisik diperuntukkan bagi klien yang menderita gangguan jiwa sekaligus sakit fisik lainnya. Wisma ini dinamakan Wisma Yudhistira untuk putra dan putri.

Pada setiap wisma terdapat beberapa ruangan pendukung selain ruang tidur, yaitu

- Ruang *Nurse Station*

Ruang ini merupakan ruang bagi perawat yang bertugas menjaga dan mengawasi klien gangguan jiwa selama 24 jam. Ruang ini biasanya terletak di dekat pintu masuk atau di tengah wisma dan letaknya mengupayakan perawat dapat melihat seluruh kamar klien dengan leluasa.

- Ruang Pertemuan
- Ruang Tindakan
- Ruang Dokter Jaga
- Ruang Tamu
- Kamar Mandi

b. Kompleks Rehabilitasi

Kompleks ini terdiri dari ruang-ruang yang dikhususkan untuk kegiatan latihan vokasional klien gangguan jiwa yang melakukan proses rehabilitasi. Ruang-ruang dibedakan berdasar jenis latihan vokasi, yaitu

- Ruang Pembengkelan dan Las
- Ruang Pertukangan
- Ruang Pertanian
- Ruang Musik
- Ruang Membatik
- Ruang Tata Boga
- Ruang Menjahit
- Ruang Membatik
- Ruang Karaoke
- Ruang Olahraga

**2.3.5. Interior Khusus terhadap Perilaku Klien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Grhasia**

Interior khusus terhadap perilaku klien gangguan jiwa di RSJ Grhasia adalah sebagai berikut.

a. Air bersih dan air kotor

Peletakkan pipa air berada di luar dinding untuk menghindari kebocoran dan memudahkan dalam perawatan. Bak kontrol, septic tank, dan IPAL berada di bagian tepi-tepi wisma guna memudahkan perawatan atau pengecekan bila terjadi kerusakan.



**Gambar 7.** Bak kontrol  
Sumber: Penulis

b. Kelistrikan

Saklar dan stop kontak berada di *nurse station* supaya lebih mudah dalam mengontrol. Hal ini bertujuan untuk menjaga keamanan pasien, supaya menghindari kontak langsung antara listrik dengan klien gangguan jiwa. Sistem lampu dibuat parallel supaya lebih efektif.



**Gambar 8.** Penempatan Saklar Terpusat  
Sumber: Penulis

c. Pintu Kamar

Kusen pintu terbuat dari besi, dan daun pintu terbuat dari kayu. Hal ini dirancang untuk menjaga ketahanan pintu supaya tidak mudah rusak. Setiap bagian kiri pintu terdapat kaca pengintai (*glass observer*) guna mengintai kegiatan klien. Keadaan normal biasanya grendel pintu

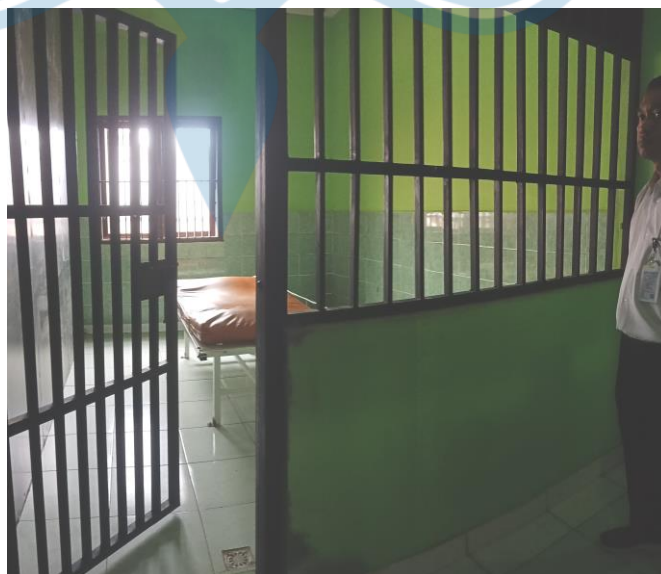
berada di dalam, tetapi untuk menggapai kasus ini, grendel pintu berada di luar guna mengontrol kejadian-kejadian yang tidak diinginkan, seperti klien mengunci diri dari dalam kamar. Sebagai contoh kasus klien ingin mencoba bunuh diri di dalam kamar, tetapi bisa dicegah dengan mudahnya membuka pintu dari luar.



**Gambar 9.** Pintu Antara  
Sumber: Penulis



**Gambar 10.** Pintu Rawat Inap  
Sumber: Penulis



**Gambar 11.** Pintu IRI  
Sumber: Penulis

d. Tempat tidur

Kaki tempat tidur ditanam ke dalam lantai supaya tetap berada di tempat.



**Gambar 12.** Tempat Tidur  
Sumber: Penulis

e. Kamar Mandi

Tidak menggunakan shower untuk menghindari perilaku percobaan bunuh diri. Kloset berupa jongkok duduk mengingat lebih aman daripada kloset duduk. Kloset duduk selain dianggap tidak efektif karena sulit digunakan klien gangguan jiwa, juga tutup kloset memberikan peluang untuk mem Kloset ditempatkan di bagian tepi dari setiap ruangan atau wisma. Hal ini ditata sedemikian rupa guna menghindari terjatuhnya barang-barang klien ke dalam kloset. Interior ini merespon perilaku klien yang tidak bisa suka membuang barang-barang milik sendiri.



**Gambar 13.** Toilet di dalam IRI  
Sumber: Penulis



**Gambar 14.** Kamar Mandi dari Luar  
Sumber: Penulis



**Gambar 15.** Kamar Mandi IRI Putri  
Sumber: Penulis

f. *Floor Drain*

Penggunaan floor drain pada ruangan dimaksudkan agar memudahkan pada saat pembersihan dan pengepelan lantai.



**Gambar 16.** *Floor Drain*

Sumber: Penulis

g. Pintu darurat

Pintu darurat hanya digunakan saat keadaan darurat seperti kebakaran atau bencana alam. Pintu darurat biasanya berada dekat dengan ruang luar dan berupa pintu yang besar yang mampu dilewati pasien dalam jumlah banyak.



**Gambar 17.** Pintu Darurat

Sumber: Penulis



d. Jendela

Jendela dilindungi oleh kaca teralis dengan bentuk bermacam-macam. Jendela juga tidak diberi gordena guna menghindari perilaku percobaan bunuh diri.



**Gambar 18.** Jendela Tralis di IRI putri  
Sumber: Penulis



**Gambar 19.** Jendela Tralis di IRI putra  
Sumber: Penulis



**Gambar 20.** Detail Tralis di IRI putra  
Sumber: Penulis

e. Plafon

Plafon dibuat sangat tinggi untuk menghindari percobaan kabur klien gangguan jiwa. Plafon diberi perlindungan dengan dilapisi papan arau teralis supaya tidak mudah dirusak klien.