

BAB II

TINJAUAN UMUM

MENGENAI PUSAT REHABILITASI TRIDIMENSIONAL SEBAGAI TERAPI ALTERNATIF BAGI PENDERITA PSIKOSIS KRONIS

2.1 Pengertian Mengenai Penyakit Psikosis Kronis

Psikosis kronis adalah penyakit berupa gangguan kejiwaan dimana 60% di antara penderita di seluruh Indonesia adalah penderita schizopherenia⁷. Schizopherenia adalah penyakit jiwa berat yang bersifat kronis, eksaserbatif dan regresif. Membicarakan schizopherenia, orang tidak dapat melepaskan dirinya dari dua tokoh yang merupakan pakar penyakit ini, yaitu *Emil Kraepelin* dan *Eugene Bleuler*. Eugene Bleuler (1911) menyatakan pandangannya bahwa penderita penyakit ini yang penting bukanlah deteorisasi melainkan disharmonisasi dalam pikiran, dan perasaan dalam relasinya dengan lingkungan yang manifestasinya terwujud dalam bentuk terpecahnya fungsi pemikiran (*splitting of mind*). Hal inilah yang ia sebut schizopherenia, suatu kelompok penyakit dengan gangguan spesifik mengenai pikiran, afek dan perilaku. Gangguan pikiran adalah dalam bentuk perubahan formasi konsep yang mendorong interpretasi yang salah mengenai realita dan menuju ke waham atau halusinasi dimana terdapat dua komponen pikiran yang bertentangan hingga pada penderita terdapat dua realita yang oleh penderita dianggap tidak bertentangan. Penderita disebut schizopherenia karena ia tidak dapat mengoreksi fantasinya saat ia berhadapan dengan realita, hanya melamun terus karena tidak

⁷KRT Soejono Prawirohusodo, Prof.Dr.dr., Rehabilitasi Tridimensional sebagai Alternatif Tatalaksana Terapi Penderita Psikosis Kronis, Konseptualisasi Operasional, hal. 14

mampu menekan pikiran yang tidak realistis bahkan saat ia berada dalam kesadaran penuh. Proses diasosiasi inilah yang merupakan inti dalam konsep schizopherenia. Gangguan afeknya dalam bentuk afek datar, afek tumpul, afek yang tidak sesuai dengan suasana, ambivalensi. Sedangkan gangguan perilaku dapat berbentuk menarik diri dari lingkungan, regresif dan bizar (aneh).

Freud (1942) mempunyai pendapat yang berbeda-beda seiring dengan perjalanan waktu. Pada awalnya ia berpendapat bahwa schizopherenia adalah akibat ego yang lemah yang melepaskan ekspresi-ekspresi, dorongan-dorongan seksual dan agresivitas. Kemudian ia berpendapat bahwa psikosis bukan berarti kehilangan realitas tetapi usaha untuk mengubah realitas. Meskipun *Freud* menekankan pentingnya pemahaman schizopherenia secara psikologis, tetapi akhirnya ia berpendapat bahwa schizopherenia mempunyai dasar organik. *Sullivan* mengatakan bahwa faktor utama dalam perkembangan mental adalah kualitas interaksi dan relasi dengan individu lainnya terutama dengan orang tua. *Sullivan* adalah penganjur psikoterapi pada schizopherenia.

Pembatasan-pembatasan terhadap pengertian schizopherenia secara lebih tegas dikatakan oleh *Manfred Bleuler* (1965-1972). Dia menyatakan bahwa schizopherenia adalah penyakit jiwa jenis psikosis. *Bleuler* menegaskan bahwa penyakit-penyakit jiwa yang jelas bukan schizopherenia adalah sebagai berikut :

1. Psikosis dengan penurunan memori dan intelektualitas
2. Psikosis dengan karakteristik perubahan kuantitas emosi
3. Psikosis dengan gangguan kesadaran
4. Psikosis dengan dasar gangguan organik

5. Psikosis yang timbul sesudah mengalami trauma psikis dan hilang bila trauma berlalu

Bleuler berpendapat bahwa penderita schizopherenia dapat mengalami kesembuhan secara sempurna. Menurut Bleuler bahwa patokan diagnosis schizopherenia adalah adanya gejala-gejala sebagai berikut :adanya kombinasi ganjil antara psikosis berat dengan proses mental yang relatif normal pada seorang individu, asosiasi yang terpecah, emosi yang berubah, pengalaman bahwa pikiran atau kepribadian individu dipengaruhi atau dikontrol pihak luar. Bleuler berpendapat bahwa ada semacam konflik khususnya antara penderita dengan keluarganya yang berperan penting dalam kejadian schizopherenia. Faktor genetik mungkin berperan sebagai salah satu faktor terjadinya predisposisi ini dimana terjadi kombinasi disharmonis antara gen-gen tersebut yang mengakibatkan disharmonis kepribadian dimana ada komponen-komponen yang bertentangan satu dengan lainnya. Dengan adanya stres psikologis khususnya konflik dengan keluarga terdekat, maka terjadilah schizopherenia. Yang membuat individu dapat digolongkan ke dalam schizopherenia adalah bahwa idea yang tidak realistik dan halusinasi ini tetap ada bahkan pada saat penderita dalam keadaan sadar penuh dan ia tidak mampu menekan fantasinya saat ia berhadapan dengan realitas. Secara subyektif penderita mempunyai dua realitas yang dia anggap tidak bertentangan.

Schneider (1971) menyatakan bahwa perlu adanya pembedaan antara gejala-gejala schizopherenia. Gejala-gejala derajat pertama adalah penderita mendengar pikirannya sendiri karena pikirannya diucapkan secara keras, mendengar suara-suara yang sedang mengomentari perilaku penderita, merasa ada kekuatan yang mempengaruhi fungsi tubuhnya, merasa pikirannya dicampuri pikiran orang lain, dimana ia merasa

pikirannya dicuri, berhubungan dengan orang lain melalui pikiran penderita, merasa emosi, dorongan dan kemauannya dikendalikan oleh kekuatan-kekuatan dari luar. Gejala-gejala lainnya adalah halusinasi, idea paranoid, bingung, depresi atau elasi, merasa kehilangan emosinya.

Dari uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa status schizopherenia sampai akhir abad ke-20 adalah sebagai berikut :

1. Ada dua pendapat mengenai schizopherenia dimana satu pihak menganggap schizopherenia adalah suatu sindroma atau penyakit dan pihak lain berpendapat bahwa schizopherenia adalah satu kesatuan dari berbagai penyakit.
2. Etiologi schizopherenia sampai saat ini belum jelas (penyebab utama yang mendorong penyakit ini belum jelas)
3. Mengenai perjalanan penyakit ini beraneka ragam pendapat yang dikemukakan tergantung pada batasan kriteria schizopherenia
4. Yang paling penting dalam menangani kasus ini dengan melakukan terapi dan perawatan
5. Adanya pengklasifikasian yang dilakukan terhadap penyakit schizopherenia berdasarkan perjalanan penyakit

Dari aspek rehabilitasi, maka penyakit schizopherenia merupakan kumpulan masalah-masalah sebagai berikut⁸:

1. Schizophernia merupakan psikosis yang bersifat kronis yang pada level tertentu si mantan penderita dapat mengalami kambuhnya penyakit tersebut

⁸ KRT Soejono Prawirohusodo, Prof.Dr.dr., Rehabilitasi Tridimensional sebagai Alternatif Tatalaksana Terapi Penderita Psikosis Kronis, Konsepsualisasi Operasional,hal. 23

2. Salah satu gejala schizopherenia yang dapat terdeteksi adalah penderita hidup dalam alamnya sendiri, dunia psikis penderita yang menuntut otonomi penuh, emosi yang lepas dari lingkungan sekitarnya dan keadaan dimana ia tidak lagi menghiraukan lingkungan sekitarnya
3. Menyadari hal itu, maka sulit sekali bagi penderita schizopherenia untuk dikembalikan ke keluarganya lagi, apalagi dikembalikan ke tengah-tengah masyarakat. Proses terjadinya schizopherenia telah membentuk penderita menjadi orang asing dengan realitas yang berbeda dengan realitas keluarganya dan masyarakat
4. Kemungkinan untuk kambuh lagi perlu mendapat perhatian khusus. Ini berarti dalam perjalanan hidupnya penderita schizopherenia harus selalu didampingi oleh Instansi Kesehatan Jiwa yang setiap saat ada untuk mengentaskan gangguan eksaserbasi bila dia menghadapi kesulitan dalam hidupnya
5. Faktor-faktor penentu perjalanan penyakit schizopherenia termasuk eksaserbasinya adalah faktor perawatan dan terapi atau pengobatan. Hal ini merupakan kendala adaptasi penderita schizopherenia di masyarakat. Suasana keluarga yang tidak terapeutik dengan tingkat stres yang tinggi dan pengobatan neuroleptik yang tidak teratur baik alasan afektif ataupun ekonomik adalah hal-hal yang merupakan penyebab utama. Sikap keluarga terhadap penderita dan keadaan ekonomi penderita adalah kendala yang sulit untuk ditanggulangi dengan metode manipulasi keluarga atau home visit.
6. Mengingat adanya perjalanan schizopherenia yang diwarnai gangguan kemampuan kerja dan relasi sosial, maka terapi okupasional atau terapi kerja lainnya adalah penting dengan catatan bahwa terapi ini dapat membebaskan

penderita dari belenggu keadaan sakit dan ketergantungan. Upaya ini melatih penderita dalam menemukan kembali keterampilannya yang telah hilang karena sakit atau keterampilan yang belum pernah dipelajari sebelum sakit. Upaya ini dapat mendorong penderita untuk menemukan kembali kemampuan-kemampuannya dan kepribadiannya dan sekaligus melatih penderita dalam mengambil keputusan, berhubungan dengan orang lain dan menemukan tempat serta perannya dalam masyarakat. Apalagi bila diupayakan dengan terapi industri, maka hal ini adalah lebih baik karena kelebihan – kelebihan tertentu terapi industri bila dibandingkan dengan terapi okupasional. Kelebihan-kelebihan itu antara lain :

- a. Terapi industri memberikan imbalan keuangan yang lebih tinggi
- b. Meningkatkan harga diri penderita
- c. Hasil kerjanya dapat bersaing di pasaran bebas, tidak perlu dengan label kemanusiaan
- d. Terapi industri mempunyai variasi yang besar dalam jenis lapangan pekerjaan
- e. Relasi interpersonal dengan teman pekerja atau mandor yang profesional sebagai gerbang memasuki relasi sosial

7. Kendala terakhir yang pokok dalam tatalaksana perawatan dan terapi penderita schizopherenia adalah biaya. *Philippe Pinel* (1745-1826) mengemukakan gagasan tentang terapi kemanusiaan bahwa tanggung jawab terhadap penderita tidak hanya pada pundak keluarga atau pemerintah, tetapi juga menjadi tanggung jawab masyarakat seluruhnya maka berlandaskan pada pemikiran tersebut masyarakat dapat memberikan partisipasinya bukan lagi

berbentuk sokongan yang *streetip* dan menjemukan, tetapi dalam bentuk *mutual benefit program* dalam bidang rehabilitasi ini khususnya.

2.2 Pengertian Mengenai Pusat Rehabilitasi Bagi Penderita Psikosis Kronis

2.2.1 Pusat Rehabilitasi Bagi Penderita Psikosis Kronis

Pada dasarnya usaha rehabilitasi melalui beberapa tahapan yaitu tahap pertama dimana lingkungan dimanipulasi supaya dapat menyesuaikan diri dengan keadaan penderita, tahap kedua diseimbangkan antara penderita dengan lingkungan dan tahap terakhir dimana penderita diharapkan sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya seperti tuntutan masyarakat pada umumnya. Terapi industri dianggap belum cukup optimal berkaitan dengan tujuan rehabilitasi karena pasien hanya bekerja pada siang hari. Maka diperlukan Rehabilitasi Pasca Rumah Sakit dengan fasilitas-fasilitas sebagai berikut :

1. Bengkel kerja terlindung (*sheltered workshop*) yaitu suatu pabrik atau bagian pabrik yang didirikan khusus bagi penderita.
2. Rehabilitasi di perawatan siang hari. Pada siang hari mantan penderita ditampung di perawatan siang hari dengan terapi kerja.
3. Penempatan kerja terlindung (*sheltered employment*) dimana mantan penderita ditempatkan di pabrik-pabrik biasa dengan pengawasan unit rehabilitasi.
4. Mantan penderita secara bebas bekerja di pabrik-pabrik dalam perlindungan Undang-Undang Perburuhan yang menyangkut penempatan kerja bagi mantan penderita psikosis kronis (*open employment*)

Dalam rangka menunjang rehabilitasi di luar RS Jiwa bagi mantan penderita psikosis kronis diperlukan tempat tinggal bagi mereka di luar RS Jiwa, di keluarga

masing-masing atau dalam tempat tinggal khusus. Apa persyaratan tempat tinggal khusus tersebut ? Pertama dan yang paling penting tempat tinggal tersebut harus dapat diterima oleh masyarakat sekitarnya dan mempunyai standar akomodasi yang layak dan masih dalam jangkauan pembayaran para mantan penderita. Ada keseimbangan antara kemandirian dan oleh teman-teman, ketenangan dan stimulasi. Di samping itu tentunya, stres kehidupan tidak boleh terlalu berat dan tersedianya bantuan khusus yang sewaktu-waktu dapat membantu mantan penderita dalam menghadapi kehidupan sehari-hari.

Fasilitas tempat tinggal khusus di luar RS Jiwa bagi mantan penderita adalah :

1. Hostel (bagi golongan kelas tertentu dan tidak komersial)
2. Hospital –hostel (diselenggarakan oleh RS)
3. Local authority Housing Department (perumahan rakyat perumahan)
4. Campus community (kumpulan rumah membentuk kampung)
5. Hotel & guesthouse (pelayanan seperti hotel)
6. Supervised lodgings (ada beberapa kamar dengan ruang bersama)
7. Resthouse (bagi usia lanjut dan cacat fisik)
8. Sheltered accomodation (pelayanan hotel bagi mereka yang tidak dapat mandiri)
9. Flat and Bedsits (cocok bagi golongan muda)
10. Grouphomes (cocok bagi golongan umur sebaya)

Rehabilitasi adalah proses identifikasi dan prevensi atau minimasi interaksi kausa yang multipel yang menimbulkan disabilitas sosial dan secara bersamaan membantu individu dalam mengembangkan dan menggunakan bakatnya dalam

*funginya memperoleh kembali harga dirinya*⁹. Rehabilitasi berarti kontak jangka panjang dengan penderita. Cacat yang sangat merugikan mantan penderita adalah penyakit yang bersifat kambuh-kambuhan, perilaku aneh yang tidak dapat diterima oleh masyarakat dan gangguan dalam relasi sosial. Hal-hal tersebut yang dikenal sebagai disabilitas yang harus dapat diidentifikasi dan adanya prevensi atau minimasi oleh adanya usaha rehabilitasi dan sekaligus membantu individu menggunakan dan mengembangkan bakat-bakatnya supaya sukses dalam peran sosialnya hingga dapat meningkatkan kepercayaan dan harga dirinya. Bila hal ini mencakup bahwa rehabilitasi harus mampu mengusahakan para mantan penderita kembali ke masyarakat dan produktif di masyarakat di samping rekan-rekan kerjanya yang normal, maka definisi tersebut terlalu optimistik dan terlalu berat untuk diwujudkan. Di luar problem kuantitatif dan kualitatif yang dihadapi usaha rehabilitasi masih ada problem lainnya, yaitu pengadaan tenaga ahli sebagai sarana usaha rehabilitasi tersebut. Tidak ada satu profesipun yang mampu berkerja sendiri sehingga diperlukan kerjasama (teamwork). Rehabilitasi adalah usaha yang samar-samar, hasilnya tidak konkrit tetapi diperlukan motivasi yang tinggi. Biasanya tim ini terdiri dari beberapa profesi yaitu perawat, psikiater, pekerja sosial, ahli terapi okupasional, psikolog, dokter umum, pekerja sukarela. Masih ditambah beberapa profesi lainnya bilamana diperlukan yaitu polisi, pegawai penempatan tenaga, ahli hukum, sekretaris dan guru. Dari berbagai profesi ini yang berhubungan langsung dengan rehabilitan adalah para perawat sehingga mereka harus benar-benar terlatih, baik dalam ilmu psikiatri maupun ilmu rehabilitan.

⁹ KRT Soejono Prawirohusodo, Pof.Dr.dr., Rehabilitasi Tridimensional sebagai Alternatif Tatalaksana Terapi Penderita Psikosis Kronis, Konsepsualisasi Operasional, hal. 4

Problema lainnya yang masih perlu mendapat perhatian adalah cara menentukan diagnosis rehabilitan. Sebelum proses ini dimulai perlu diadakan diagnosis supaya program tersebut berjalan lancar. Alasan penilaian biasanya dapat menentukan adanya cacat fisik maupun mental dan menilai berat ringannya cacat tersebut, menemukan bakat-bakat penderita yang mampu untuk dikembangkan, menentukan rehabilitasi jangka panjang atau jangka pendek. Teknik penilaian yang dilakukan misalnya adalah wawancara dengan rehabilitan, data dari tenaga profesional atau dari keluarga. Setelah itu data yang didapatkan akan dikumpulkan untuk disimpan sebagai arsip.

Tujuan umum rehabilitasi adalah memperoleh perbaikan fisik dan mental yang optimal, penempatan atau penyaluran dalam pekerjaan dengan kapasitas yang maksimal, penyesuaian diri dalam hubungan interpersonal dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berswadaya, swasembada dan berguna¹⁰. Dalam bidang kesehatan upaya rehabilitasi termasuk dalam rangkaian upaya kesehatan pada umumnya yaitu promotif (meningkatkan derajat kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan penyakit) dan rehabilitatif (memulihkan kemampuan fungsional dan kembali ke masyarakat).

2.2.2 Sarana dan Kegiatan Pusat Rehabilitasi

Untuk menyelenggarakan rehabilitasi tersebut diperlukan sarana dan kegiatan.

Sarana Pusat Rehabilitasi terdiri atas :

1. ruang seleksi dan pemilihan kerja atau work assessment yang terdiri atas :

¹⁰KRT Soejono Prawirohusodo, Prof.Dr.dr.,Rehabilitasi Tridimensional sebagai Alternatif Tatalaksana Terapi Penderita Psikosis Kronis, Konsepsualisasi Operasional, hal. 8

- a. ruang pemeriksaan medis
- b. psikologis
- c. vokasional

2. ruang terapi kerja yang terdiri atas :

- a. pekerjaan tangan, pertukangan,
- b. permainan
- c. aktivitas kehidupan sehari-hari

3. ruang latihan kerja

4. ruang sheltered workshop

5. ruang resosialisasi

Tenaga profesional yang menyelenggarakan rehabilitasi yaitu :

1. psikiater
2. dokter
3. psikolog
4. perawat
5. pekerja sosial
6. ahli terapi okupasional
7. instruktur
8. tukang
9. fisioterapis
10. petugas rekreasi dan
11. terapi sosial

Kegiatan rehabilitasi terdiri atas :

1. persiapan (termasuk pengobatan penderita)

2. seleksi
3. evaluasi
4. uji kerja (work assessment)

Seleksi ini meliputi prosedur dan jenis seleksi yang dilakukan dua kali yaitu saat rehabilitan masuk rehabilitasi dan saat rehabilitan akan disalurkan ke masyarakat. Setelah selesai seleksi kemungkinan rehabilitan termasuk yang harus melakukan terapi kerja (*occupational therapy*), dimana tujuan terapi ini adalah membangkitkan aktivitas positif melakukan kerja atau aktivitas seperti diskusi, bermain dan rekreasi. Terapi kerja berlangsung \pm 2-3 minggu.

Latihan kerja (*vocational training*) dilakukan dimana rehabilitan dalam seleksi ditentukan harus menjalani latihan kerja yang ditampung dalam bagian ini.

Bagian ini terdiri atas 3 tahap yaitu :

1. tahap percobaan (menentukan keterampilan yang dimiliki oleh para rehabilitan untuk menentukan arah pekerjaan dimana kemudian ia ditempatkan)
2. tahap pengarahan (rehabilitan dilatih mengerjakan pekerjaan yang paling sederhana sampai pekerjaan yang paling rumit)
3. tahap peningkatan (rehabilitan ditingkatkan keterampilannya sehingga siap untuk disalurkan atau mandiri)

Setelah rehabilitan menjalani seleksi dan latihan kerja, maka ia sampai pada tahap penempatan atau penyaluran. Penyalur dapat bebas (*open employment*) atau terlindung (*sheltered employment*). Tujuan penyaluran ini adalah keluarga atau masyarakat dan dapat pula ke bengkel terlindung (*sheltered workshop*). Pengertian bengkel terlindung berbeda dengan pengertian internasional dimana dalam pengertian di luar negeri bengkel terlindung berada di luar RS Jiwa dimana mereka dapat

menampung rehabilitan yang cukup terampil dan mampu memproduksi barang – barang yang dapat bersaing di pasaran bebas walau masih dalam pengawasan tim rehabilitasi. Bengkel terlindung di Indonesia adalah bagian dari RS Jiwa tempat menampung penderita yang tidak dapat disalurkan keluar RS Jiwa.

Pengawasan atau *supervisi* mempunyai tujuan yaitu memantau kesehatan para rehabilitan. Terdapat dua macam pengawasan yaitu pengawasan ke dalam yang bertujuan memelihara kesehatan fisik atau mental rehabilitan di RS Jiwa dan pengawasan keluar yang ditujukan untuk para rehabilitan yang sudah disalurkan melalui *home visit*, atau *job visit* dan pelayanan *after care*. Home visit atau job visit memerlukan persiapan untuk melakukan manipulasi keluarga yang bertujuan untuk menilai kemajuan para rehabilitan yang disalurkan sedangkan *after care* adalah pemberian kesempatan kepada rehabilitan untuk secara periodik melakukan kontrol kesehatan.

Sociotherapy bertujuan mengembalikan fungsi-fungsi sosial rehabilitan agar dapat berorientasi terhadap diri orang lain, waktu dan tempat secara wajar sehingga dapat menyesuaikan diri kembali terhadap tuntutan atau norma sosial. Kegiatan terapi sosial dapat berwujud pameran hasil karya rehabilitan, pekan olah raga atau kesenian, forum komunikasi antar rehabilitan dalam Rumah Sakit atau antar Rumah Sakit, forum komunikasi antar keluarga, perpustakaan.

Sistem pencatatan dan pelaporan dilakukan pula supaya upaya rehabilitasi dapat diketahui kemajuan-kemajuan dan rencana-rencana apa yang sudah dijalankan, khususnya evaluasi perilaku rehabilitan selama mengikuti pelajaran rehabilitasi.

PUSAT REHABILITASI TRIDIMENSIONAL SEBAGAI TERAPI ALTERNATIF
BAGI PENDERITA PSIKOSIS KRONIS DI KOTA YOGYAKARTA

Skema 2.1
Interrelasi Antar Ruang Pada Pusat Rehabilitasi Bagi Penderita Psikosis Kronis



2.3 Pengertian Mengenai Pusat Rehabilitasi Tridimensional Bagi Penderita Psikosis Kronis

2.3.1 Pusat Rehabilitasi Tridimensional

Pusat rehabilitasi tridimensional adalah suatu paket terapi yang mengandung komponen-komponen berupa rumah sakit jiwa, asrama dan pabrik (bagian dari pabrik). Ketiga fasilitas tersebut terdapat dalam suatu kompleks sebagai suatu masyarakat kecil (*microsociety*) dan pengelolaan tiap komponen terapi tersebut adalah profesional. Secara rinci komponen-komponen terapi tersebut dapat diterangkan sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Jiwa

Merupakan Rumah Sakit jiwa biasa yang diperlengkap dengan alat-alat diagnostik dan terapi yang memadai dan mempunyai bagian penyakit somatik dengan tenaga profesional yang sesuai dengan kebutuhan

2. Asrama

Merupakan tempat tinggal yang memadai tetapi masih terjangkau dari segi tarif dan dikelola oleh tenaga profesional dan bukan berasal dari RS Jiwa. Mereka bertugas mengelola asrama, hotel, atau katering yang terdiri atas kamar-kamar dimana tiap kamar dihuni oleh dua orang dan lantai bawah dipakai sebagai ruangan bersama (ruang tamu, rekreasi, ruang TV, dan kantin). Ada fasilitas olah raga luar yaitu senam, volley dan badminton. Aspek medis asrama ini ada dalam pengawasan suatu tim yang terdiri atas psikiater, dokter umum dan perawat.

3. Pabrik

Pabrik ini dapat berbentuk pabrik lengkap atau sebagian pabrik misalnya bagian pengepakan. Karena masih dalam pengawasan Pusat Rehabilitasi Tridimensional maka pabrik ini lebih tepat disebut *sheltered workshop*. Mesin-mesin yang terkait misalnya mesin pengepakan beserta ahli mesin dan mandor-mandornya turut berfungsi dalam *sheltered workshop* ini.

Mengenai realisasinya langkah pertama yang harus dilakukan adalah membuat suatu proyek dengan skala yang tidak terlalu besar yaitu menampung sekitar 25 orang mantan penderita schizopherenia melalui suatu skrining yang telah tersedia dimana skrining menghasilkan dua kelompok, yaitu kelompok A meliputi rehabilitan dengan kemampuan kerja memadai dan kelompok B meliputi rehabilitan dengan kemampuan kerja yang kurang memadai. Berdasarkan kemampuan kerja ini mereka akan ditempatkan di pabrik pada bagian jenis pekerjaan yang sesuai dan imbalan yang berbeda pula.

Mereka yang telah diterima akan dimasukkan ke dalam asrama dan memperoleh informasi tentang tata tertib asrama oleh Kepala Asrama. Perawat asrama akan melakukan inventarisasi penghuni asrama, siapa yang harus minum obat secara teratur dan hal lain yang perlu mendapat perhatian khusus. Mereka yang tinggal di asrama harus sudah dalam keadaan sehat atau dalam keadaan remisi. Malam hari mereka tidur di asrama dan di siang hari mereka berkerja di pabrik. Sore harinya mereka dapat melakukan olahraga demikian pula di pagi hari. Asrama ini dikelola oleh sebuah perusahaan yang reliabel dan mengadakan kontrak dengan pihak Pusat Rehabilitasi Tridimensional dalam jangka waktu tertentu.

Apabila ada rehabilitan yang kambuh dan menyebabkan dia tidak dapat bekerja di pabrik atau tinggal di asrama, maka dia harus masuk ke Rumah Sakit Jiwa untuk mendapatkan terapi.

Mengenai pabriknya adalah hasil partisipasi sebuah pabrik yang memindahkan sebagian dari unit produksinya ke dalam Pusat Rehabilitasi Tridimensional, misalnya bagian pengepakan akhir sebelum dipasarkan. Pemandangan tersebut meliputi mesin-mesin pengepakan yang diikuti oleh ahli mesinnya, mandor-mandor dan personil lainnya yang terkait. Pihak Pusat Rehabilitasi Tridimensional hanya menyediakan tenaga kerja yang diawasi oleh beberapa perawat yang akan bekerja sama dengan mandor demi lancarnya pekerjaan. Cara kerja ini melalui kontrak kerja yang dibuat oleh pimpinan pabrik dan pimpinan Pusat Rehabilitasi Tridimensional mengenai lamanya kerja sama, bentuk kerja sama, jam kerja, persyaratan kerja, upah kerja, kesejahteraan pekerja dan lain-lain yang terkait dalam kerja sama ini, termasuk hubungannya dengan Depnaker dan Astek. Dalam Pusat Rehabilitasi Tridimensional semua pengadaan bahan baku, komoditi apa yang perlu diproduksi dan pemasarannya adalah tanggung jawab pabrik yang memang sesuai dengan profesinya hingga semuanya dapat dilakukan secara profesional. Pihak Pusat Rehabilitasi Tridimensional hanya menjamin pekerjaan rehabilitan tidak dapat dibedakan dengan hasil produksi tenaga kerja normal.

Secara garis besar Pusat Rehabilitasi Tridimensional bekerja dengan cara dimana ketiga komponen rehabilitasi tersebut ada dalam suatu kompleks, suatu *microsociety* dengan fasilitas kehidupan yang lengkap, yaitu perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, tempat makan dan minum, rekreasi olah raga, lapangan pekerjaan dan tempat kerja yang profesional. Fasilitas ini dalam bentuk Rumah Sakit

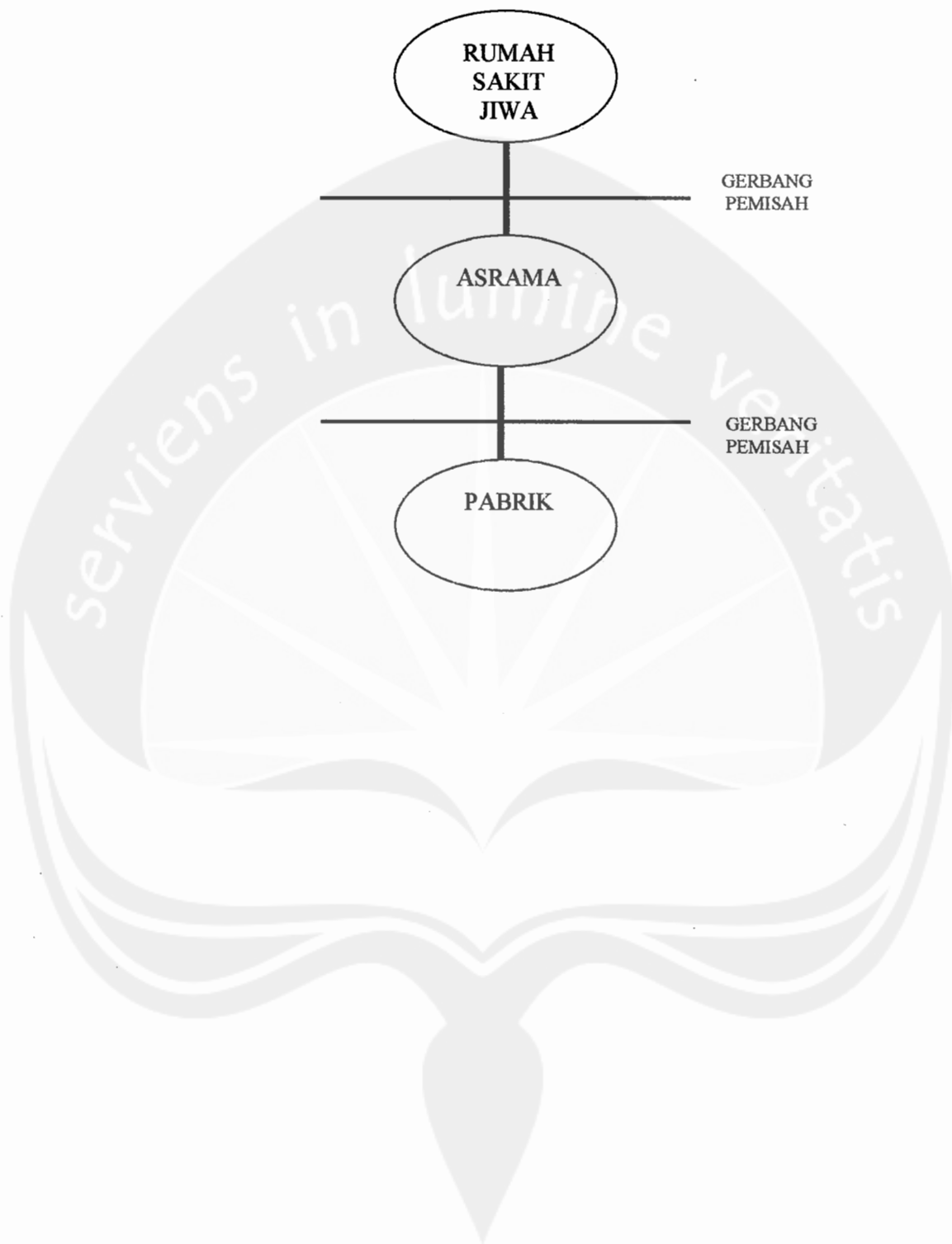
Jiwa yang dibangun di belakang kompleks, asrama dibangun di tengah-tengah dan sheltered workshop dibangun di depan kompleks. Bila rehabilitan dalam keadaan remisi, ia tinggal di asrama dan berkerja di pabrik namun bila ia mengalami *eksaserbasi*, ia tinggal di RS Jiwa selama \pm 10 hari dan sesudahnya dapat kembali ke asrama dan pabrik. Mengapa *microsociety* ? Hal ini sesuai dengan sifat rehabilitan atau penderita schizopherenia yang bersifat *autistik* yaitu hidup dalam alamnya sendiri karena innerlife mereka adalah otonom dan lepas dari lingkungan, tidak tergantung dan mempunyai realitas yang berbeda dengan realitas keluarga dan masyarakatnya sehingga sukar untuk dikembalikan ke masyarakat. Resosialisasi lebih bersifat impian. Di Pusat Rehabilitasi Tridimensional ini, keluarga atau tetangga dapat menjumpai rehabilitan pada akhir pekan dalam suasana yang menyenangkan, karena mereka tidak diganggu lagi oleh rehabilitan sehari-hari dan sekarang rehabilitan adalah orang yang sedikit banyak sudah mandiri.

Umumnya yang diterima di Pusat Rehabilitasi Tridimensional adalah penderita schizopherenia yang sudah dalam tingkat hampir sembuh mengenai status mentalnya dengan kendala dalam pekerjaan, relasi sosial dan pengurusan diri sendiri. Untuk membebaskan penderita dari keadaan ini, *Bleuler* (1911) menganjurkan kesibukan dan aktivitas yang teratur dan oleh *Simon* (1924) diwujudkan ke dalam bentuk terapi kerja dan pada tahun 1960 dianjurkan terapi industri yang mempunyai kelebihan – kelebihan bila dibandingkan dengan *terapi okupasional*. Maka pada Pusat Rehabilitasi Tridimensional terdapat pabrik di bagian depan lokasi proyek dan hanya dipisahkan dengan satu gerbang pemisah dengan asrama. Pabrik atau bagian pabrik dalam Pusat Rehabilitasi Tridimensional menghasilkan produk yang dikonsumsi oleh masyarakat luas dan dapat bersaing dalam pasaran bebas. Rehabilitan akan mendapat

upah sesuai dengan prestasi yang dihasilkannya. Pihak pabrik menyediakan fasilitas mesin yang terkait dengan ahli mesinnya, bahan baku yang akan diolah dengan para mandor, serta mengambil hasil produksi yang telah selesai dikerjakan. Pihak Pusat Rehabilitasi Tridimensional menyediakan tenaga rehabilitan dengan beberapa perawat pengawas yang akan berkerjasama dengan para mandor demi lancarnya pekerjaan. Dengan upah ini para rehabilitan dapat membayar biaya asrama dan biaya hidupnya yang semua diatur oleh bagian keuangan proyek. Sebagai pekerja, para rehabilitan akan mendapat fasilitas kesejahteraan pabrik seperti makan siang, bonus, tunjangan sakit dan kemungkinan rekreasi bersama. Pihak pabrik menentukan kualitas dan kuantitas prestasi kerja rehabilitan berdasarkan laporan para mandor.

Dari antara ketiga fasilitas tersebut hanya Rumah Sakit yang dikelola oleh Instansi Kedokteran Jiwa. Kedua fasilitas lainnya, yaitu asrama dan pabrik adalah partisipasi masyarakat, karena saat ini tanggung jawab mengenai penderita bukan hanya menjadi tanggung jawab keluarga dan pemerintah namun juga masyarakat pada umumnya. Untuk kepengurusan asrama dan pabrik ditawarkan kepada masyarakat bukan untuk meminta sokongan tetapi dalam bentuk kerja sama yang saling menguntungkan (*mutual benefit*).

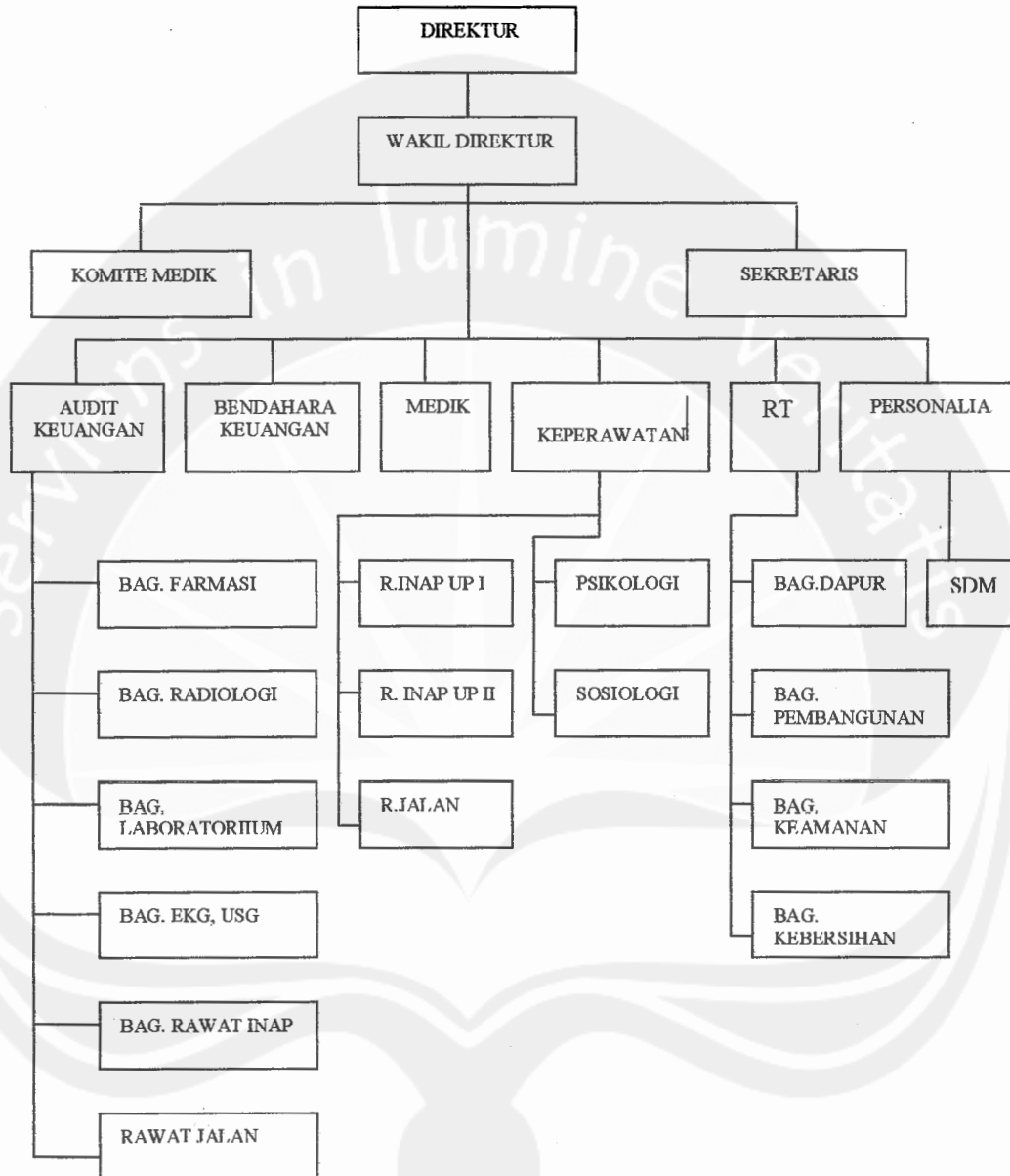
Skema 2.2
Peletakan Masing-masing Komponen Pusat Rehabilitasi Tridimensional Pada Lokasi Proyek



2.3.2 Struktur Organisasi

A. Struktur Organisasi Rumah Sakit

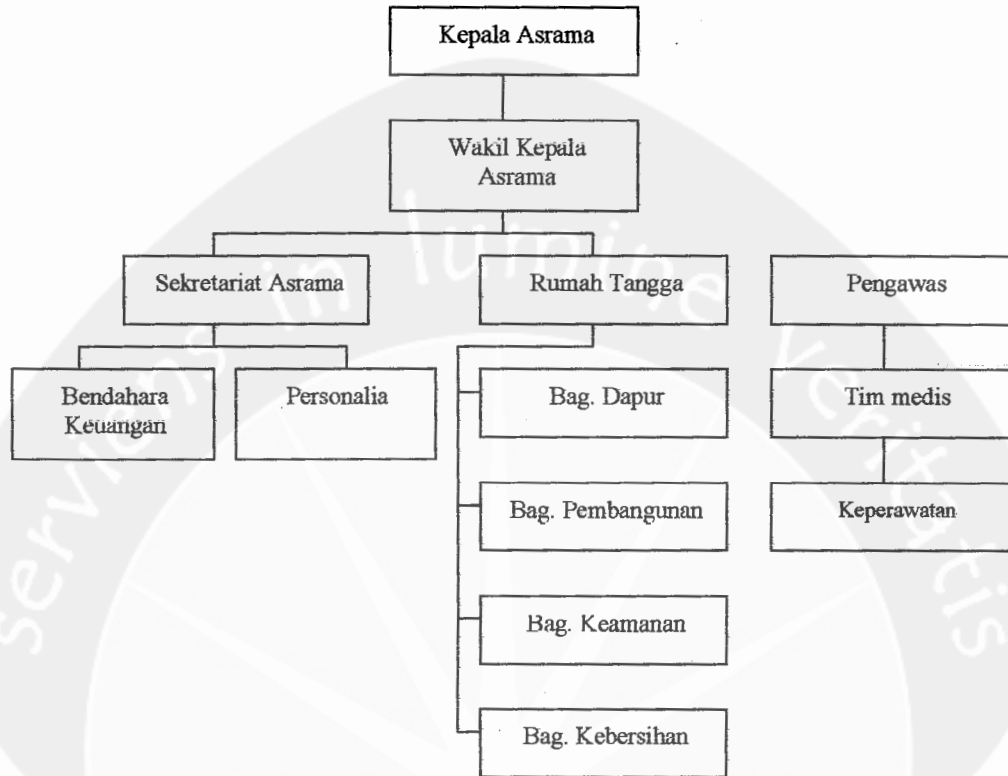
Skema 2.3
Struktur Organisasi Rumah Sakit Pusat Rehabilitasi¹¹



¹¹ Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala, Struktur Organisasi RSK Puri Nirmala, Yogyakarta

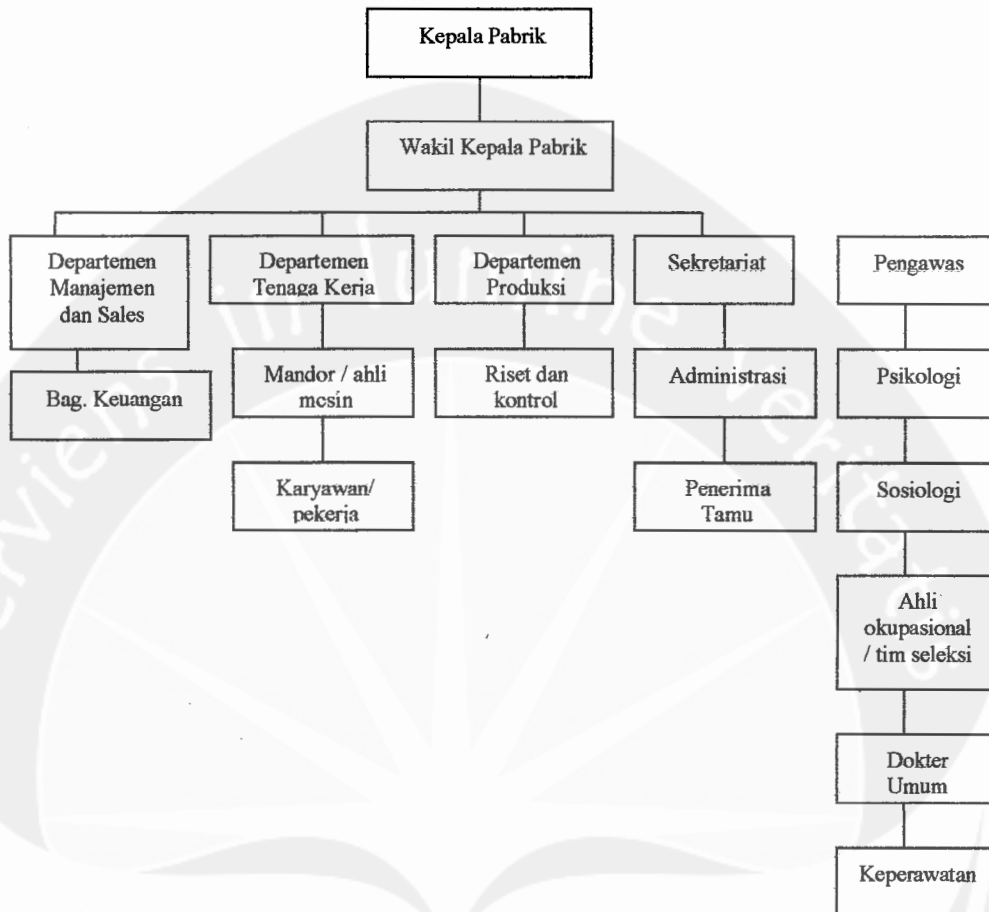
B. Struktur Organisasi Asrama

Skema 2 4
Struktur Organisasi Asrama Pusat Rehabilitasi



C. Struktur Organisasi Pabrik

Skema 2.5
Struktur Organisasi Pabrik Pusat Rehabilitasi



2.3.3 Pembagian Ruang

A. Pembagian Ruang Pada Rumah Sakit Jiwa

Tabel 2.1
Pembagian ruang pada rumah sakit¹²

No.	RUANG UTAMA	SUB-RUANG
1	Ruang Direksi	Ruang direktur
		Ruang wakil direktur
2	Ruang Komite Medik	Ruang dokter
		Ruang keperawatan
		Apotek
		Ruang laboratorium
		Ruang radiologi/x ray
3	Ruang Sekretariat	
4	Ruang Administrasi	Ruang arsip
		Ruang bendahara
		Ruang personalia
5	Ruang Kepengurusan Rumah Tangga	Dapur
		Laundry
		Ruang jaga/keamanan
		Ruang pengurus
6	Ruang Inap	Kamar inap pasien
7	Fasilitas pendukung	Kamar mandi
		Taman
		Garasi

¹² Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala, Pembagian Ruang RSK Puri Nirmala, Yogyakarta

B. Pembagian Ruang Pada Asrama

Tabel 2.2
Pembagian Ruang Pada Asrama

No.	RUANG UTAMA	SUB-RUANG
1	Ruang Eksekutif/pengurus	Ruang kepala asrama
		Ruang wakil kepala asrama
		Ruang sekretariat
		Ruang bendahara
		Ruang personalia
		Ruang tamu eksekutif
2	Ruang Kepengurusan Rumah Tangga	Ruang pengurus
		Ruang jaga/keamanan
		Dapur
		Laundry
3	Ruang Tidur Rehabilitan	Kamar tidur
		Kamar mandi
4	Fasilitas Pendukung	Kamar mandi umum
		Taman bermain/rekreasi
		Kolam renang
		Lapangan basket
		Lapangan sepak bola
		Ruang tamu / pengunjung
		Ruang tv / keluarga
		Perpustakaan
5	Ruang Tim Pengawas	Ruang Dokter Umum
		Ruang Psikiater
		Ruang Perawat / Ruang obat
		Ruang Ahli Vocational

C. Pembagian Ruang Pada Pabrik

Tabel 2.3
Pembagian ruang pada pabrik

No.	RUANG UTAMA	SUB RUANG
1	Ruang Eksekutif	Ruang Kepala Pabrik
		Ruang Wakil Kepala Pabrik
2	Ruang Sekretariat	Ruang sekretaris
		Ruang penerima tamu
3	Ruang Kantor Umum	Ruang akunting
		Ruang manajer pemasaran / marketing
		Ruang manajer tenaga kerja
		Ruang manajer pembelian
		Ruang pengawas produksi dan penelitian
		Ruang mandor dan ahli mesin
		Ruang administrasi
		Ruang pertemuan / rapat
4	Ruang Produksi	Ruang pengantaran bahan baku
		Gudang penyimpanan bahan baku
		Ruang proses produksi
		Gudang penyimpanan hasil produksi
		Ruang pengantaran hasil produksi
5	Fasilitas Pendukung	Kantin dan dapur
		Toilet wanita dan pria
		Areal rekreasi
6	Ruang Pengawas Kesehatan	Ruang Dokter Umum
		Ruang Ahli Occupational
		Ruang perawat

2.4 Contoh Kasus Bangunan Sejenis di Dunia

2.4.1 Pusat Rehabilitasi De Vonk-Amsterdam

Salah satu pusat rehabilitasi yang identik terdapat di Belanda yaitu klinik De Vonk- Amsterdam¹³. Klinik ini menawarkan suatu terapi bagi masyarakat dengan latar belakang khusus yaitu mereka yang menderita akibat efek dari kekejaman perang. Perawatan ditujukan bagi mereka yang mengalami post-traumatik, kelainan syaraf, depresi dan kelainan dalam perkembangan kepribadian.

A. Aktivitas

Aktivitas dalam klinik rehabilitasi ini adalah :

1. Perawatan kejiwaan yaitu termasuk di dalamnya adalah konsultasi dengan dokter psikiater. Perawatan kejiwaan termasuk di dalamnya adalah perawatan secara medis yaitu dengan menggunakan obat-obatan yang berfungsi untuk merangsang sistem kerja otak dan syaraf.
2. Terapi psikologis yaitu kegiatan terapi berupa konsultasi dengan psikolog dimana psikolog dapat mempelajari perkembangan jiwa para pasiennya.
3. Terapi psikomotor yaitu terapi yang bersifat fisik untuk merangsang sistem kerja syaraf motorik dan otak. Terapi fisik ini harus disesuaikan dengan kemampuan para pasien dan tidak boleh terlalu berat.
4. Terapi kreatif yaitu terapi yang bertujuan memancing kreativitas para pasien dalam berpikir dan berkarya. Pada klinik ini dilakukan kegiatan kreativitas yang berhubungan dengan seni yaitu melukis atau menggambar.
5. Terapi kerja yaitu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan harga diri pasien dengan berlatih mandiri melakukan pekerjaan sehari-hari yang menghasilkan

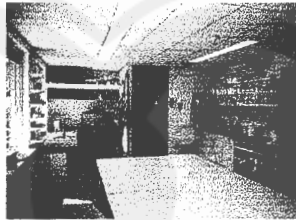
¹³ Berdasarkan wawancara dengan dr. Kresman, SpKj dan www.centrum45.nl/uk.htm

upah bagi mereka. Pihak rumah sakit bekerja sama dengan institusi pemerintah untuk memperkerjakan para pasien menjadi individu yang produktif.

6. Terapi musik yaitu terapi yang dilakukan dengan menggunakan pengaruh positif dari musik. Kemampuan bermusik atau sekedar mendengarkan musik dianggap mampu memberikan kesembuhan atau kepulihan kembali jiwa para pasien.
7. Kerja sosial yaitu aktivitas yang dilakukan bersama-sama secara berkelompok untuk membangkitkan semangat kebersamaan antara pasien serta menciptakan perasaan percaya diri di antara orang banyak, menjalin komunikasi intensif dengan orang lain. Kegiatan yang melatih hal itu adalah kegiatan bersama dalam berkebun, kegiatan olah raga, dsb.
8. Terapi sosial yaitu terapi untuk melatih kemampuan berkomunikasi dan tampil di depan umum serta berbicara dengan baik melalui diskusi kelompok.

B. Fasilitas

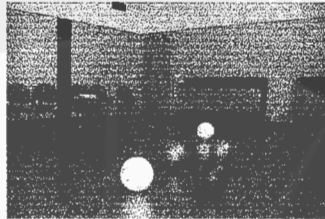
Gambar 2.1
Fasilitas ruang terapi kerja



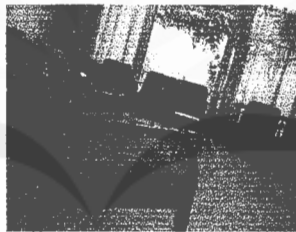
Gambar 2.2
Ruang klinik



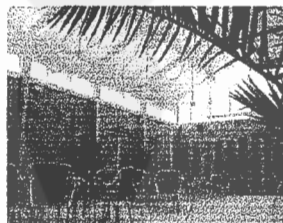
Gambar 2.3
Ruang latihan fisik terapi motorik



Gambar 2.4
Ruang sociotherapy



Gambar 2.5
Ruang rekreasi



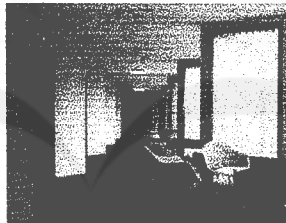
Gambar 2.6
Ruang terapi kreatif



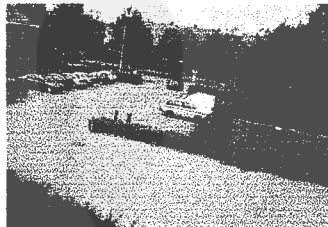
Gambar 2.7
Rumah kaca



Gambar 2.8
Hall pada kamar inap para pasien



Gambar 2.9
Halaman parkir bagi pengunjung



2.4.2 Pusat Kesehatan Mental Niigata City, Jepang

Pusat kesehatan mental Niigata City yang terdapat di Jepang ini memiliki pasien dengan berbagai latar belakang dan mengalami mental disorder berupa penyakit depresi serta emosional yang terganggu sehingga mengalami hambatan dalam perkembangan kepribadian.¹⁴

A. Aktivitas

Aktivitas dalam pusat kesehatan mental Niigata City di Jepang adalah :

1. Perawatan kejiwaan yaitu konsultasi dengan dokter psikiater. Perawatan kejiwaan termasuk di dalamnya adalah perawatan secara medis yaitu dengan menggunakan obat-obatan yang berfungsi untuk merangsang sistem kerja otak dan syaraf.
2. Terapi kerja yaitu terapi yang bertujuan untuk meningkatkan harga diri pasien dengan berlatih mandiri melakukan pekerjaan sehari-hari yang menghasilkan keuntungan bagi mereka. Pihak rumah sakit berkerja sama dengan satu industri untuk mempekerjakan para pasien menjadi individu yang produktif. Terapi kerja dilakukan dalam bentuk *sheltered workshop*.
3. Terapi vokasional yaitu terapi melakukan latihan dalam kehidupan sehari-hari dan dibimbing oleh seorang mentor dalam bidangnya (ahli vokasional).

Keahlian itu adalah :

- a. Keahlian dalam mengatur tingkat emosional (*anger management*)
- b. Keahlian dalam menggunakan alat transportasi
- c. Kebersihan pribadi
- d. Keahlian akan perawatan/ pekerjaan rumah tangga

¹⁴ Berdasarkan wawancara dengan dr.Kresman, SpKj dan website www.niigatacity.com

- e. Pengaturan waktu
 - f. Anggaran belanja
 - g. Banking
 - h. Mengakses pelayanan publik
 - i. Berbelanja
 - j. Hubungan persahabatan dengan orang lain melalui jalinan komunikasi yang baik
4. Terapi sosial yaitu terapi untuk melatih kemampuan berkomunikasi dan tampil di depan umum serta berbicara dengan baik melalui diskusi kelompok. Terapi ini di bawah bimbingan seorang ahli terapi sosial atau psikolog.

B. Fasilitas

Pada pusat kesehatan mental Niigata di Jepang terdapat fasilitas yang terdiri dari :

1. Rumah Sakit Jiwa sebagai center (pusat) kegiatan pengamatan atau pengawasan terhadap kesembuhan para pasiennya. Adapun fasilitas yang tersedia di dalam rumah sakit jiwa Niigata, yaitu :
 - a. Kamar rawat / inap pasien
 - b. Ruang terapi fisik berupa ruang senam (gymnastic)
 - c. Ruang terapi sosial, berupa ruang konsultasi berkelompok
 - d. Ruang konsultasi dengan ahli terapi atau psikiater
 - e. Ruang konsultasi dengan psikolog
 - f. Ruang obat
 - g. Laboratorium radiologi dan sinar -x

2. Asrama sebagai center / pusat menjalankan kegiatan kehidupan sehari-hari secara normal, yang terdiri atas fasilitas bagi pasien berupa :

- a. Kamar tidur rehabilitan
- b. Lapangan olah raga
- c. Tempat bermain musik
- d. Ruang senam / gymnastic
- e. Ruang pengawasan oleh pengelola
- f. Ruang konsultasi

3. Sheltered workshop sebagai pusat kegiatan berkreasi yang disesuaikan dengan tingkat kemahiran sebagian besar para pasiennya berada di bawah pengawasan Rumah Sakit Jiwa. Semua hasilnya tidak dijual di bawah label kemanusiaan, dan akan diperdagangkan seperti halnya barang-barang yang dijual oleh mereka yang normal.