



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN SOSIOLOGI  
PROGRAM PASCASARJANA SOSIOLOGI**

**STIGMATISASI DAN KONTROL SOSIAL TERHADAP PENDERITA KEJIWAAN  
(STUDI KASUS DI RS Dr. MARZOEKI MAHDI BOGOR)**

**TESIS**

Oleh:

**RIFMA GHULAM DZALJAD  
6901410297**

I  
13932

**Diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai gelar  
Magister Sains (MSi)**

**Depok  
Juni, 2004**

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
Pembelian/Hadiah dari  
FISIP  
Diterima 19:05 JUN 2005

13547



Tesis ini adalah  
hasil karya saya sendiri, dan  
seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

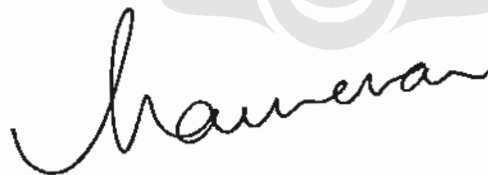
RIFMA GHULAM DZALJAD  
6901410297

**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN SOSIOLOGI  
PROGRAM PASCASARJANA SOSIOLOGI**

**TANDA PERSETUJUAN PEMBIMBING TESIS**

**Nama : RIFMA GHULAM DZALJAD**  
**NPM : 6901410297**  
**Judul : Stigmatisasi dan Kontrol Sosial Terhadap Penderita Kejiwaan  
(Studi Kasus di RS Dr. Marzoecki Mahdi Bogor)**

**Dosen Pembimbing,**



**(Dr. Hanneman Samuel)**

**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN SOSIOLOGI  
PROGRAM PASCASARJANA SOSIOLOGI**

**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**

**Nama : RIFMA GHULAM DZALJAD**  
**NPM : 6901410297**  
**Judul : Stigmatisasi dan Kontrol Sosial Terhadap Penderita Kejiwaan  
(Studi Kasus di RS Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor)**

Tesis ini telah dipertahankan dihadapan sidang Penguji Tesis Program Pascasarjana Sosiologi pada tanggal 28 Juni 2004 dan telah dinyatakan : **LULUS**

Tim Penguji :

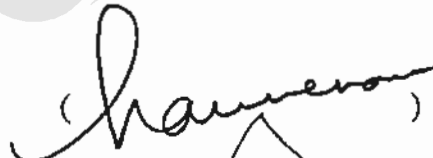
Ketua Sidang:  
**Dr. Robert M.Z. Lawang**

(  )

Sekretaris Sidang:  
**Drs. Dody Prayogo, MPSt**

(  )

Pembimbing:  
**Dr. Hanneman Samuel**

(  )

Penguji Ahli:  
**Prof. Dr. Paulus Wirutomo**

(  )

**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
DEPARTEMEN SOSIOLOGI  
PROGRAM PASCASARJANA SOSIOLOGI**

**RIFMA GHULAM DZALJAD  
NPM: 6901410297**

**Stigmatisasi dan Kontrol Sosial Terhadap Penderita Kejiwaan  
(Studi Kasus Di RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor)**

**Abstrak**

157 halaman, Bibliografi: 54 buku, 1 Tesis, 2 artikel Jurnal, 5 artikel Surat Kabar, 2 artikel Majalah, 3 berita Internet, serta 7 laporan dan arsip.

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh ketertarikan pada penderita gangguan jiwa yang secara sosial terisolasi dan tidak dapat menjalankan peran sosialnya di masyarakat. Asumsi yang dipakai dalam penelitian ini melihat gangguan jiwa bukan sebagai problem psikologis dan medis individu. Kegilaan atau gangguan jiwa merupakan akibat situasi yang dilukiskan Michel Foucault (1988) sebagai ketegangan antara disiplin kuasa *governmentality* masyarakat terhadap individu penderita gangguan jiwa (*the dangerous individual*). Kondisi yang dilegalkan lewat pendirian Rumah Sakit Jiwa (*total institutions*) menurut Goffman (1961). Penelitian ini menekankan pada tiga masalah pokok, yaitu: Pertama, bagaimana aktifitas keseharian di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor. Kedua, bagaimana masyarakat memaknai pasien Rumah Sakit Jiwa. Dan ketiga, bagaimana masyarakat memandang institusi Rumah Sakit Jiwa dan berlakunya kontrol sosial di dalam masyarakat.

Studi ini menggunakan metode kualitatif dengan studi kasus pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor. Informasi diperoleh dari 16 informan. Mereka terdiri dari 2 orang dokter, 2 orang kepala seksi keperawatan dan rehabilitasi RS, 2 orang perawat dan kepala ruangan, 4 orang pasien, 2 pegawai RS; seorang pihak keluarga pasien, seorang warga desa, seorang tokoh masyarakat, dan seorang pejabat di lingkungan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan. Observasi dan wawancara mendalam dilakukan intensif sebagai langkah dalam pengumpulan data.

Studi ini didasarkan pada tesis, bahwa perawatan kedokteran jiwa telah melahirkan adanya label sakit dan status pasien di masyarakat. Akibatnya terjadi proses stigmatisasi dan kontrol sosial terhadap pasien gangguan jiwa di masyarakat. Stigmatisasi bukan hanya terjadi pada pasien, melainkan juga lewat stereotip terhadap

Rumah Sakit Jiwa. Lebih dari itu, kontrol tidak hanya terjadi terbatas di Rumah Sakit Jiwa, tetapi telah tersebar luas di masyarakat.

Hasil studi di lapangan menunjukkan, bahwa Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor telah lama menjalankan praktek perawatan kesehatan jiwa kedokteran Barat. Arsitektur Rumah Sakit tetap merepresentasikan bangunan lama yang didesain bersifat tertutup dan berjarak antara satu bangsal dengan bangsal lain, serta dipagar besi sekelilingnya untuk bangsal khusus. Akibatnya Rumah Sakit Jiwa memiliki reputasi buruk di masyarakat. Stereotip sebagai tempat pembuangan, pengumpul, dan kurungan bagi pasien gangguan jiwa melekat padanya. Sementara itu kondisi pasien jiwa rata-rata acak-acakan, lusuh dan kurang terurus baik. Pasien cenderung menutup diri, dan relatif hanya berinteraksi dalam aktifitas terapi semata. Pasien kebanyakan diidentifikasi memiliki gangguan jiwa akut, kronis, membahayakan lingkungan, dan membutuhkan perawatan intensif jangka panjang kedokteran jiwa. Akibatnya label sakit dan status pasien berpengaruh kuat dalam stigmatisasi di masyarakat.

Di Rumah Sakit Jiwa Bogor, para pasien menjalani aktifitas keseharian dari makan, minum dan injeksi obat, mandi, tidur, dan aktifitas terapi dijalankan secara teratur, terjadwal, dan berada dalam pengawasan perawat selama 24 jam. Relasi dokter dengan pasien menunjukkan relasi yang dominatif, menindas, dan menjadikan pasien sebagai obyek pengobatan. Pasien menjadi individu yang lemah, tidak berdaya, dan menjadi tanggungan individu lain. Praktek perawatan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa memperlihatkan, bahwa para pasien yang telah masuk akan sukar keluar kembali ke masyarakat. Mereka akan menjadi pasien tetap, yang keluar-masuk Rumah Sakit untuk jangka waktu yang lama. Data menunjukkan, bahwa hampir separuh dari jumlah pasien di beberapa bangsal merupakan pasien lama. Mereka kebanyakan menderita *Schizoprenia Paranoid* dan *Psikotik Reaktif Singkat* yang sulit, dan belum bisa disembuhkan.

Kondisi ini memperlihatkan, bahwa kontrol sosial terhadap pasien tidak lagi terbatas di Rumah Sakit Jiwa. Pengawasan dalam skala yang lebih luas telah tersebar ke seluruh sektor masyarakat. Praktek penanganan pasien tidak lagi terbatas dilakukan aparat kesehatan, melainkan telah dilakukan oleh semua komunitas dan institusi pemerintah yang ada di masyarakat, mulai dari pihak keluarga, RT, RW, Kepolisian, Dinas Sosial, Dinas Ketertiban, maupun institusi sosial yang lain. Praktek kontrol sosial ini tidak hanya menghasilkan reproduksi kegilaan dalam dunia medis kedokteran, melainkan telah melahirkan kuasa *governmentality* bersemayam di dalam kesadaran bersama masyarakat. Suatu kesadaran yang membentuk *societal regulation* di masyarakat, yaitu suatu kontrol sosial yang termanifestasi ke dalam diri masyarakat sebagai tubuh yang patuh, sehat, berguna, dan produktif.

## Kata Pengantar

Puji syukur tiada tara atasMu, akhirnya tesis ini selesai. Kidung keagungan dan kebesaran hanya punyaMu. Engkau menjadi spirit yang memungkinkan ada kesempatan, kemampuan, dan kesuksesan merampungkan tugas akhir ini. Semoga hal ini menjadi awal bagi babak kehidupan yang lebih baik dan tercerahkan. Demikian juga, kemuliaan dan keselamatan bagi penutup para rasul, pembawa berkah dan sang penunjuk zaman.

Tesis ini berjudul "*Stigmatisasi dan Kontrol Sosial Terhadap penderita Kejiwaan*" (*Studi Kasus di RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor*). Tesis ini berbicara tentang aktifitas keseharian yang terjadi di Rumah Sakit Jiwa, kehidupan para pasien, relasi dokter-pasien, stigmatisasi dan stereotip masyarakat terhadap pasien maupun RSJ, serta berlakunya kontrol sosial di dalamnya. Banyak hal yang ingin diungkap dengan berbagai bahasan di atas, tetapi kata akhir yang ingin diungkap adalah tersebarnya kuasa masyarakat dalam mengatur, mengawasi dan mengontrol secara penuh terhadap kehidupan para penderita gangguan jiwa. Aspek sosiologis tentang kekuasaan di dalam konteks ini penting untuk melengkapi pemahaman sosiologis tentang masyarakat, serta untuk melengkapi pemahaman medis dan psikologis yang lebih baik.

Dalam penulisan tesis ini banyak pihak yang secara langsung maupun tidak langsung membantu terselesaikannya tugas akhir ini.

Kepada Dr. Iwan Gardono Sujatmiko, selaku Ketua Jurusan Sosiologi yang cukup intens memberi pemahaman sosiologi politik, sesuatu yang penting bagi pembacaan problem sosial, penulis ucapkan terima kasih.

Kepada Dr. Robert MZ Lawang, selaku Ketua Program Studi Sosiologi Program Pascasarjana FISIP UI, sekaligus ketua sidang tesis, penulis ucapkan terima kasih. Penulis merasa terbantu dengan pandangan dan pinjaman buku beliau, sebab hal ini ikut mempertajam kualitas dan kedalaman tesis ini.

Kepada Drs. Dody Prayogo, MPSt, sebagai Sekretaris Program Studi Sosiologi Program Pascasarjana FISIP UI, sekaligus sekretaris sidang tesis penulis, terima kasih atas kritiknya tentang relasi kuasa Foucault.

Kepada Dr. Hanneman Samuel, pembimbing yang tidak sekedar mengarahkan, melainkan lebih banyak memberi ruang kebebasan berpikir bagi penulis. Beliau seorang moderat, tidak elitis, serta egaliter bagi siapa saja. Beliau dosen sekaligus kawan diskusi yang baik bagi segala hal, baik tentang studi, NGO's, politik maupun yang lain.

Kepada Prof. Dr. Paulus Wirutomo yang bersedia menjadi penguji ahli untuk tesis penulis di sela-sela kesibukan beliau yang luar biasa padat. Terima kasih penulis ucapkan atas masukan beliau tentang *sociological contribution* dan *contribution to sociology*. Hal tersebut memberi kearifan yang dalam bagi makna penulisan tesis ini.

Juga untuk mas Santoso, mbak Widi dan mas Yanto di Sekretariat Program Studi Sosiologi Program Pascasarjana FISIP UI, terima kasih atas kemudahan dan bantuan teknis administrasi selama masa studi.

Kepada Direktur Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, Dr. Amir Husein (AIm) dan Dr. Junaidi. Kepada Ibu Hj. Asmalely (Kasi Rehabilitasi), Bapak Akemat, M.Kes (Kasi Keperawatan), Pak Sardjono (Karu ICU Kresna), Ibu Wardiati (Karu Dewi Amba), Pak Endang, Pak Arif (Rekam Medik), serta mbak Duni, Lina, Eni dan Indra, terima kasih atas kesediaannya meluangkan waktu, memberi data, serta informasi bagi penelitian ini.



Kepada Kang Moeslim Abdurrahman terima kasih atas pinjaman buku dan diskusinya, terima kasih Mas Jefri Geofani ARC atas dana penelitiannya, dan terima kasih juga pada Pak Dayat atas bea siswanya.

Kepada keluarga di Kesambi, Aba dan Umi tercinta, salam takzim ananda. *Thanks* buat mas Jik-mbak Ain, mas Dus-mbak Irma, Yuyus, Five, Nice, Uuf dan Baha. Terima kasih juga buat mbah Bu, bulek Alin, kak Lis, kak Din, mbak Hanik, mbak Mamik, mbak Zah, dan keluarga besarnya.

Kepada keluarga Temanggung, Bapak Muhamdi dan Ibu Rodliyah, mas Yawan, mas Nur, mbak Nduk, mas Topan-mbak Tris, dik Rani, keluarga besar Parakan, dan mas Riris-Marisa sekeluarga.

Untuk kawan-kawan JIMM Jakarta (kak Piet, Fuad, Koka, Imam, David, Zaenal, Tomo, Ai' dan mas Said). Teman-teman Depok (Akrom, Kiki, Ori, pak Hikmat, Kholis, Dul, dan pak Sukses). Konco-konco legoso-gank (mbahe Agus, mas Tom, Rizal, Qomar, Bukhari, Manan, Ijum-Ozi, Luna dan Nyonya). Kawan-kawan IMM Ciputat dan keluarga Kertamukti, *thanks* semua untuk perkawanan, ketawa dan kedekatannya selama ini.

Bagi Barida, pesona kehidupan, bunga Tuhan, bidadari yang selalu menyegarkan. Spirit kedua yang membangkitkan diri untuk berusaha dan tidak pernah menyerah. Dia menjadi kekuatan mengarungi hidup sekaligus kelembutan cinta kasih.

Terakhir, terima kasih bagi yang tak tersebut di sini. Semoga penulisan tesis ini menjadi amal saleh dan tambahan pengetahuan bagi penulis dan juga pihak lain.

**Depok, 14 Juli 2004**

**Rifma Ghulam Dzaljad**



## DAFTAR ISI TESIS

Halaman Persembahan.....	
Halaman Pernyataan Orisinalitas.....	
Lembar Tanda Persetujuan Pembimbing.....	
Lembar Pengesahan Tesis .....	
Abstrak.....	
Daftar Isi Tesis.....	
Daftar Tabel.....	
<b>BAB I. Pendahuluan.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Ruang Lingkup Penelitian.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Signifikansi Penelitian.....	7
E. Literatur Review.....	8
F. Kerangka Konseptual.....	16
G. Rumusan Pertanyaan Penelitian.....	34
H. Definisi Operasional.....	35
I. Metode Penelitian.....	38
I.1. Pendekatan Penelitian.....	38
I.2. Sasaran Dan Lokasi Penelitian.....	38
I.3. Teknik Pengumpulan Data.....	39
I.4. Teknik Analisa Data.....	41
J. Keterbatasan Penelitian.....	42
K. Sistematika Penulisan.....	42
<b>BAB II. Deskripsi Lokasi Penelitian.....</b>	<b>44</b>
A. Kondisi Fisik Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor.....	44
B. Kondisi Pasien Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor.....	48
C. RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor Sebagai Lokasi Penelitian.....	53
D. Ringkasan.....	56
<b>BAB III. Aktifitas Keseharian RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor.....</b>	<b>60</b>
A. Model Perawatan dan Kebijakan Kesehatan RSJ.....	60
B. Relasi Dokter dan Pasien.....	71
C. Pasien Sebagai Obyek Perawatan Kesehatan Jiwa.....	82
D. Ringkasan.....	91

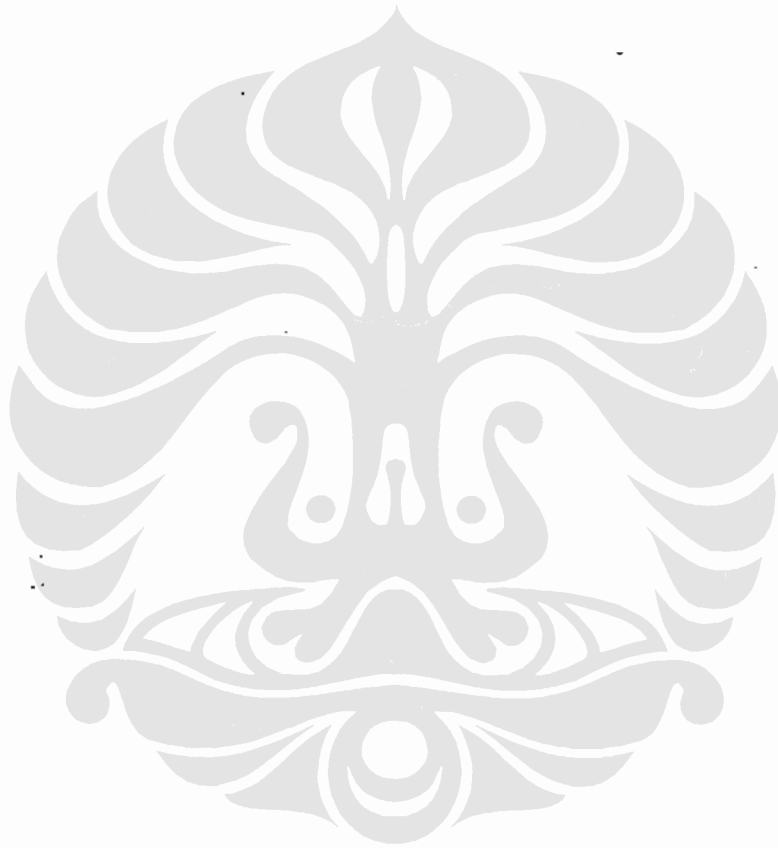
<b>BAB IV. Pandangan Masyarakat Terhadap Pasien RSJ.....</b>	<b>93</b>
A. Perubahan Identitas Diri Individu Penderita Kejiwaan.....	93
B. Gagalnya Sosialisasi di Masyarakat.....	102
C. Identitas Baru dan Proses Stigmatisasi.....	108
D. Ringkasan.....	119
<b>BAB V. Pandangan Masyarakat Terhadap RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor...</b>	<b>120</b>
A. Stereotip RS Dr. Marzoeki Mahdi di Masyarakat.....	120
B. Mekanisme Kontrol Sosial di Masyarakat.....	128
C. Ringkasan.....	146
<b>BAB VI. Kesimpulan.....</b>	<b>148</b>
<b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>152</b>

**Lampiran-Lampiran:**

- Lampiran I : Tabel Statistik dan Catatan Rekam Medik Pasien
- Lampiran II : Daftar Informan dan Waktu Wawancara
- Lampiran III : Profil Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor
- Lampiran IV : Peta dan Foto Lokasi Penelitian
- Lampiran V : Surat-Surat
- Lampiran VI : Pedoman Pertanyaan, Transkrip Wawancara, dan Catatan Lapangan

## DAFTAR TABEL

Tabel 1: Ruang Lingkup Penelitian.....	6
Tabel 2: Tabel 10 Besar Penyakit Rawat jalan Tahun 2003.....	50
Tabel 3: Tabel 10 Besar Penyakit rawat Inap Tahun 2003.....	50



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG MASALAH

Penyakit kejiwaan atau biasa disebut gangguan jiwa dikesankan oleh masyarakat awam hanya sebagai masalah pribadi individu yang terganggu jiwanya. Gangguan jiwa seseorang seakan-akan tidak terkait dengan sistem sosial masyarakat. Padahal gangguan jiwa seseorang sebetulnya lebih banyak merupakan efek ketegangan akibat beban perubahan sosial yang terjadi di masyarakat, yaitu keadaan lingkungan dan situasi kehidupan sosial yang tidak memadai dan tidak mendukung pola kehidupan yang baik.

Pola asuh dalam keluarga yang tidak baik, mobilitas sosial yang terganggu, tekanan sosial ekonomi, beban kompleks keluarga, sindrom akibat tersisih dalam persaingan bisnis dan politik, problem pergaulan dengan masyarakat, serta sebab fisik-biologis dan keturunan (genetik) merupakan faktor-faktor yang menyebabkan seorang individu mengalami gangguan jiwa. Sebab sebagaimana didefinisikan oleh Departemen Kesehatan RI (2003:10); bahwa gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya.

Gangguan jiwa sebagai perilaku menyimpang menurut A.K. Cohen seperti dikutip Saporinah Sadli (1976: 10) merupakan; *Pertama*, tingkah laku yang menyimpang dari aturan-aturan normatif, atau dari pengharapan-pengharapan

masyarakat. *Kedua*, tingkah laku yang secara statistik abnormal. *Ketiga*, tingkah laku yang patologis. *Keempat*, tingkah laku yang secara sosial dinilai tidak baik dan berhubungan dengan peranan menyimpang (*deviant role*). Penyimpangan menurut Diana Kendall (2000: 162) dilihat berdasarkan atas aturan yang ada, kesatuan kelompok, serta efek perubahan sosial yang ditimbulkannya.

Gangguan jiwa sebagai sebuah penyakit, menurut George M. Foster dan Barbara G. Anderson (1986: 23) merupakan semacam pengakuan secara sosial bahwa seseorang itu tidak bisa menjalankan peran normalnya secara wajar dan harus dilakukan sesuatu terhadap situasi tersebut. Karena itu gangguan jiwa disebut sebagai penyimpangan dan pelanggaran terhadap norma, yaitu sebagai suatu pelanggaran terhadap harapan yang melembaga secara luas dan ada pengakuan resmi dari masyarakat, demikian kata Jack E. Bynum dan William E. Thomson (1993: 16).

Gangguan jiwa sebagai perilaku menyimpang tampak dari perilaku individu yang menyimpang, cara bicaranya, dan tindakan yang dianggap tidak sesuai dengan pengharapan masyarakat. Perilaku menyimpang menurut Saparinah Sadli (1976: 12) tampak pada tiga hal, yaitu: pelakunya (*actor*), tindakan-tindakannya (*the act*), serta aspek dan fungsi kontrolnya (*social control*).

Dalam perspektif *deviant behavior*, problem sosial atau perilaku menyimpang merupakan refleksi pelanggaran terhadap pengharapan dan norma sosial. Kondisi ini terjadi disebabkan sosialisasi di masyarakat tidak berjalan dengan baik (Rubington dan Weinberg, 1989: 136). Robert K. Merton (1938) dalam "*Social Structure and Anomie*" mengatakan bahwa perilaku menyimpang merupakan respon terhadap

situasi sosial yang abnormal. Sedang Edwin H. Sutherland (1939) dengan *differential association theory* melihat bahwa perilaku menyimpang individu tergantung pada interaksi sosialnya di dalam kelompok besarnya.

Sementara kalangan *labeling theory* melihat bahwa gangguan jiwa dikonstruksi secara sosial di luar individu. Ia merupakan reaksi sosial terhadap pelanggaran atas aturan dan pengharapan sosial. Perilaku ini dikenali berdasarkan label yang melekat padanya, serta menurut pendisiplinan kontrol sosial masyarakat (Ibid, 188). Edwin Lemert (1951) dalam "*Social Pathology*" mengatakan bahwa penyimpangan didefinisikan menurut reaksi sosial terhadap tingkat dan karakter penyimpangan yang melekat pada peran penyimpang (*deviant*). Penyimpangan ini dibedakan menjadi dua, yaitu: penyimpangan primer (*primary deviance*) dan penyimpangan sekunder (*secondary deviance*). Sementara Howard S. Becker (1963) dalam "*Outsiders*" menganggap bahwa kelompok sosial menciptakan penyimpangan dengan membuat aturan pelanggaran bagi siapa yang melakukan penyimpangan, dengan menerapkan aturan tersebut pada orang-orang tertentu dan memberi mereka label orang luar (*outsiders*). Sebab baginya, penyimpangan bukanlah suatu kualitas menyangkut tindakan orang yang melakukan, melainkan lebih merupakan konsekuensi penerapan aturan atas yang lain dan sanksi bagi pelanggar.

Tetapi terlepas dari dua pandangan di atas, penelitian ini menekankan pandangan terhadap penderita gangguan jiwa lebih terfokus pada konsepsi stigmatisasi Goffman (1963). Di mana stigma sebagai sifat yang mendeskreditkan seseorang dan melekatkan beban hidup yang menodai dan memotong kesempatan

hidupnya yang akan diteliti. Hal ini terkait erat dengan relasi kuasa yang terjadi dalam interaksi pasien atau penderita gangguan jiwa, baik di Rumah Sakit Jiwa maupun di masyarakat. Konteks stigmatisasi dan kontrol sosial yang tidak terbatas pada praktek medis dan kebijakan kesehatan jiwa publik, melainkan juga menyangkut persepsi dan pengalaman keseharian masyarakat secara umum.

Stigmatisasi sebagai produksi pengetahuan di masyarakat dapat menyatukan individu dan kelompok-kelompok kecil di masyarakat, serta menyingkirkan individu dan kelompok kecil yang berbeda dan asing di mata norma masyarakat. Pengetahuan berfungsi tidak hanya menyatukan tetapi juga memisahkan. Ia merupakan dimensi dari kehidupan umat manusia yang melibatkan *agreement* < *disagreement*, *debate* < *negotiate*, kata Tim Dant (1991: 1) dalam bukunya "*Knowledge, Ideology and Discourse*". Lebih dari itu, masalah kecacatan merupakan hasil kreasi orang-orang normal, serta sikap sebuah dunia yang mencacatkan, yang menolak untuk menerima dan berbaur apa adanya, kata Peter Coleridge (1997: 282).

Kenyataan ini dilihat Althusser (1971) sebagai representasi ideologis yang terdapat pada produksi pengetahuan tersebut. Baginya ideologi merepresentasikan hubungan imajiner individu-individu pada kondisi eksistensinya yang real, dan kedua, ideologi memiliki eksistensi material (Tim Dant, 1991: 83). Karenanya kemudian terbentuk gagasan dan imajinasi yang sama dalam masyarakat, bahwa mereka gila, dan diperlukan kontrol sosial untuk mengawasinya.

Asumsi awal adalah gangguan jiwa sebelumnya dipersepsi dan diberi label masyarakat sebagai perilaku menyimpang dan melanggar norma sosial. Mereka



dianggap memiliki ketidakmampuan sosial, tidak dapat menjalankan aktifitas sebagaimana layaknya, dan memiliki perbedaan yang signifikan dari kebanyakan individu normal lainnya. Individunya distigma sebagai *deviant* (orang yang menyimpang), *insane* atau *demented* (sakit jiwa/hilang pikiran).

Kemudian setelah itu, mereka dikurung, diisolasi, dan dikontrol secara terus menerus (*panopticon system*) dalam kuasa sosial Rumah Sakit Jiwa. Mereka diidentifikasi dengan stigma baru yang menurunkan derajat kemanusiaannya, menghilangkan hak dan martabatnya, ditolak kewargaannya, disalahkan, dianggap aib, memberi rasa malu dan merugikan, selalu berada dalam pengawasan penuh, serta diasingkan dari masyarakat. Mereka menjadi individu dengan stigma sakit jiwa untuk jangka waktu yang lama di masyarakat.

Dalam kerangka sosiologis, pembahasan menyangkut penderita gangguan jiwa lebih terfokus pada aspek stigmatisasi yang diberikan masyarakat terhadap penderitanya (*social labeling*) dan pengawasan sosial (*social control*) yang melembagakan para penderita itu dalam suatu pengawasan penuh *total institutions* atau Rumah Sakit Jiwa. Kerangka sosiologis ini penting guna memperoleh pemahaman sosiologis yang bermanfaat untuk melengkapi pemahaman medis-psikologis dan melengkapi pemahaman sosiologis tentang masyarakat.

Karena itu, penelitian ini melihat kegilaan atau penyakit jiwa bukan sebagai problem psikologis dan medis individu. Kegilaan atau penyakit jiwa merupakan akibat situasi yang dilukiskan Michel Foucault (1988) sebagai ketegangan antara disiplin kuasa *governmentality* masyarakat terhadap individu penderita gangguan jiwa

(*the dangerous individual*). Di mana terdapat suatu rezim *governmentality* yang menghubungkan subyek diri individu (*self subjection*) dengan regulasi sosial yang berlaku di masyarakat (Turner, 1997: xv). Suatu regulasi yang menciptakan adanya eksklusivitas, isolasi dan kontrol sosial terhadap penderita gangguan jiwa di masyarakat.

## B. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Kontrol sosial masyarakat terwujud dalam sistem pengawasan, isolasi dan penanganan yang terus-menerus di Rumah Sakit Jiwa. Sementara di masyarakat, kontrol sosial terbentuk lewat proses stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa, serta stereotip masyarakat atas institusi Rumah Sakit Jiwa. Kesemua hal ini terjadi dalam aktifitas keseharian yang terjadi, baik di RSJ maupun di dalam masyarakat.

Penelitian ini ingin mengetahui pandangan masyarakat atas gangguan jiwa dan memahami terjadinya stigmatisasi dan kontrol sosial di dalam masyarakat. Berikut matriks rumusan ruang lingkup permasalahan penelitian.

**Tabel 1: Ruang Lingkup Penelitian**

	Aspek	Ruang Lingkup
Stigmatisasi dan kontrol sosial terhadap penderita kejiwaan	Pasien gangguan jiwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perubahan identitas diri individu penderita gangguan jiwa</li> <li>▪ Gagalnya sosialisasi di masyarakat</li> <li>▪ Identitas baru pasien</li> <li>▪ Stigmatisasi terhadap pasien gangguan jiwa</li> <li>▪ Relasi dokter dan pasien</li> <li>▪ Pasien sebagai obyek perawatan kesehatan</li> </ul>

	Rumah Sakit Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktifitas keseharian RSJ</li> <li>▪ Stereotip negatif RSJ</li> <li>▪ Model perawatan dan kebijakan kesehatan RSJ</li> <li>▪ Mekanisme kontrol sosial</li> </ul>
--	------------------	--

### C. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan sebagai berikut: *Pertama*, untuk mengkaji pemikiran Michel Foucault tentang kegilaan dan hubungan relasi kuasa yang terdapat di dalamnya. *Kedua*, untuk mengkaji pemikiran Erving Goffman tentang *total institutions* di dalam aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa. *Ketiga*, untuk mendapatkan suatu temuan kritis-komparatif pemikiran Foucault dan Goffman tentang kegilaan dan Rumah Sakit Jiwa, terkait dengan proses stigmatisasi dan mekanisme kontrol sosial yang terjadi di Rumah Sakit Jiwa dan di dalam masyarakat.

### D. SIGNIFIKANSI PENELITIAN

Signifikansi penelitian ini penting mengingat penelitian ini belum banyak dilakukan sebelumnya di Indonesia. Penelitian ini penting secara akademis sebagai telaah konseptual atas relevansi teoritis Michel Foucault dan Erving Goffman dalam melihat masyarakat secara sosiologis. Di samping untuk melengkapi pemahaman medis-psikologis terhadap penderita gangguan jiwa.

Sedang dari segi praktis, data dan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi masyarakat, tenaga medis, pekerja sosial, serta menjadi bahan pertimbangan

pemerintah dalam memperbaiki cara pandang dan perlakuan terhadap penderita kejiwaan, maupun atas institusi Rumah Sakit Jiwa.

## **E. LITERATUR REVIEW**

Stigma merupakan pelabelan, cap atau penandaan sosial yang negatif terhadap individu dan berasal dari individu-individu lain dalam masyarakat. Konsep ini sudah ada lebih dari dua abad yang lalu. Di Yunani, stigma diartikan sebagai penandaan tubuh yang diciptakan untuk memperlihatkan sesuatu yang aneh, ganjil dan buruk terkait dengan status moral bagi pemakainya. Stigma merupakan tanda, cap atau label yang sengaja dilekatkan pada budak, pelaku kriminal, pengkhianat, orang cacat, orang yang menyimpang, maupun mereka yang dijauhi masyarakat.

Sementara pada masa Kristiani, stigma disandarkan pada dua arti, yaitu penandaan tubuh atas kulit yang melepuh (sejenis kusta dan lepra). Dan kedua, sindiran medis sebagai bentuk sindiran agama atas kelainan fisik yang dialami. Dalam perkembangannya kemudian, stigma dipakai secara lebih luas lagi bukan hanya menurut perasaan literal, melainkan lebih dari sesuatu yang menodai diri dan meninggalkan bukti atau cacat badani (Goffman, 1963: 1-2).

Konsep stigma secara literal dikaitkan dengan kondisi mereka yang melakukan petarakan (Sheldon & Caldweel 1994), mereka yang dansa secara aneh (Lewis 1998), penderita lepra (Opala & Boillot 1996), penyakit kanker (Fife & Wright 2000) dan sakit mental (Angermeyer & Matschinger 1994; Corrigan & Penn 1999; Phelan et. al. 2000). Juga dipakai untuk menjelaskan beberapa tingkah laku

aneh para pengemis dan pengangguran (Walsgrove 1987), stigma kemakmuran atau kondisi miskin (Page 1984), serta situasi sulit lain yang dihadapi mereka yang memakai kursi roda (Cahill & Eggleston 1995), mereka yang memiliki orang tua tiri (Coleman et al. 1996), mereka yang banyak berhutang (Davis 1998), dan para orang tua lesbian (Causey & Duran-Aydintug 1997).

Stigma oleh Goffman dimaknai sebagai sifat apa saja yang sangat jelas dan diandaikan mempunyai pengaruh yang besar terhadap kepribadian individu, sehingga individu tersebut tidak mampu bertindak menurut cara yang biasa. Sifat yang berpengaruh mendiskreditkan seseorang dan melekatkan beban hidup yang menodai dan memotong kesempatan hidupnya (Goffman, 1963: 3-5). Stigma dianggap sebagai kekurangan, kelemahan, sesuatu yang menghalangi dan merugikan, sifat yang mendiskreditkan, membuatnya berbeda dari yang lain, serba kekurangan, merasa tidak mampu, serta dianggap aib yang memalukan.

Edwin M. Lemert dalam "*primary and secondary deviation*" membedakan antara tindakan menyimpang dengan peran menyimpang. Baginya penyimpangan tidaklah penting sampai mereka terbukti secara subyektif dan menjelma ke dalam peran aktif, serta menjadi ukuran sosial yang menegaskan status tersebut. Karenanya, stigmatisasi masyarakat terhadap seorang individu lebih sering menunjukkan pelabelan model *secondary deviation* (Rubington dan Wienberg, 1987: 197-199).

Proses stigmatisasi melekatkan tanda yang memberikan label sakit, ciri-ciri negatif, dan penyebaran informasi --tidak benar-- yang bersifat publik (Smelser (ed.), 1967: 42). Penyifatan ini bukan sekedar diberikan pada mereka yang cacat secara

fisik, melainkan juga terhadap mereka yang memiliki reputasi negatif dan mencemarkan nama baik, seperti bekas narapidana atau bekas pasien gangguan mental atau sakit jiwa. Goffman (1963: 4) membedakan paling tidak terdapat tiga tipe stigma berdasarkan sebutannya, yaitu:

1. Stigma menurut kondisi fisik/tubuh yang cacat.
2. Stigma berdasarkan karakter individu yang terganggu, cacat, lemah, tercemar dan membahayakan.
3. Stigma kesukuan yang dipicu perbedaan ras, kebangsaan dan agama atau yang disebut Lemert (1967) sebagai *tribal exclusion* (Ibid: 44).

Kondisi stigma yang demikian buruk, mengakibatkan mereka yang dikenakan sifat tersebut tidak memperoleh bantuan kesejahteraan (*the recipient of welfare*), dirugikan reputasinya, serta direndahkan martabat kemanusiaannya. Mereka diidentifikasi memiliki karakteristik yang berlawanan dengan norma sosial masyarakat di mana dia berada. Para terstigma mendapat hambatan dalam akses pelayanan sosial, kehilangan hak dan status sosialnya, dihinakan, dicela, ditolak dan dipisahkan keberadaannya dalam masyarakat (Spiker, 1984: 3). Mereka benar-benar kehilangan hak-hak sosialnya dalam hal perumahan, pelayanan sosial individu, keamanan, kesehatan maupun dalam bidang pendidikan.

Dalam sejarah masyarakat, perlakuan atas penderita gangguan kejiwaan sebagai bentuk kontrol sosial masyarakat telah ada sejak lama. Sejak zaman purbakala, kegilaan sudah dikenal dan ditempuh alternatif pengobatannya. Kegilaan dipahami sebagai bercokolnya kekuatan supernatural, *demons* (iblis/setan) ataupun "*evil spirits*" (kekuatan jahat) yang mengakibatkan si penderita mengalami gangguan kejiwaan, berhalusinasi, berpikir, dan berperilaku aneh. Mereka dirawat di dalam kuil

tua yang dinamai "kuil saturn", dilubangi tengkoraknya, dan dipercaya mengidap *likantropi*, sejenis gangguan jiwa dengan penderita yang percaya bahwa ia adalah srigala, seperti yang terjadi pada raja Babilon Nebukhadnezzar.

Di Yunani, Kegilaan oleh para moralis Yunani dianggap sebagai hukuman nafsu. Hippocrates melihat bahwa gejala-gejala melankolia dan ayas sebagai disfungsi otak organik, dan bukan penyakit keramat yang disebabkan gangguan setan atau roh jahat. Demikian juga Homer pengarang epos "The Iliad" dan "The Odyssey" yang percaya bahwa perilaku abnormal itu sebagai hukuman Tuhan atas kedurhakaan manusia terhadap-Nya.

Sejak jatuhnya kebudayaan Yunani-Romawi, para penderita gangguan jiwa mulai dikurung, diikat, dipukuli dan dibiarkan kelaparan, ada yang dimasukkan ke dalam sebuah tong lalu digulingkan dari atas bukit ke bawah, ada yang dicemplungkan ke dalam sungai secara mendadak dari atas jembatan, ada juga yang ditempatkan di dalam *crib* (semacam tempat tidur bayi), ataupun memakai *tranquikaizer* (alat seperti kursi listrik).

Masyarakat Barat mengapresiasi kegilaan, awalnya sebagai pengganti keanehan dan horor lepra, yaitu pasca kosongnya rumah sakit lepra di abad XV dan sejak hilangnya lepra di tahun 1635 (Foucault, 1988: 4). Lepra menyisakan para gelandangan di tempat rendah beserta tata cara yang dikenakan padanya, bukan untuk diberangus, melainkan untuk dijaga di sebuah "tempat suci" yang jauh. Walaupun rumah sakit-rumah sakit lepra tersebut telah kosong selama bertahun-tahun, nilai-nilai dan imaji-imaji yang dilekatkan kepada ciri-ciri lepra, yakni makna

pengucilannya akan terus ada hingga sekarang. Makna pengucilan ini tetap bertahan dalam manifestasi komunitas gereja yang berlanjut pada penahanan orang-orang gila di abad Pertengahan dan *Renaissance* di kebanyakan kota-kota di Eropa.

Pengucilan tersebut diikuti tindakan pengusiran orang-orang gila dengan menaikkan mereka ke atas kapal kebodohan (*Ship of Fool/Stultifera Navis*) yang melintasi perairan Rhineland dan Flemish. Pengusiran orang-orang gila tidak sekedar mencegah mereka kembali ke gerbang kota dan berbaur lagi dengan masyarakat kota, melainkan telah menjadi ritual pengasingan yang mempercayai bahwa bahtera air memiliki mistifikasi penyucian atas kegilaan (Ibid, 8-12).

Sementara itu memasuki abad Klasik, kegilaan dibungkus dalam pengurungan umum. Orang-orang gila ditempatkan berbaur dengan orang-orang miskin, para pengangguran dan para tahanan. Setelah itu, mulai awal abad XVII dimulailah pengurungan di Eropa, yaitu tahun 1656 di Perancis dan tahun 1575 di Inggris. Didirikanlah rumah perawatan penderita gangguan kejiwaan yang dinamakan *Hopital Generale, Bicetre*, rumah amal (*almshouse*), rumah kontrak, ataupun suaka duniawi (*secular asylum*) di mana-mana. Pada abad XVIII tersebut *Hopital Generale* telah tersebar di seluruh Eropa.

Keberadaan *Hopital Generale* sebagai rumah perawatan bukan sekedar bangunan medis, melainkan lebih mirip struktur semi-pengadilan, sebuah entitas administratif, yang bersama dengan kekuasaan-kekuasaan yang telah dibangun, dan berada di luar pengadilan, keputusan, penghakiman dan hukuman. Ia merupakan sebuah instansi aturan dari tatanan monarkhial dan borjuis yang dijalankan di



Perancis pada saat itu. Instansi yang secara entitas berarti tempat hukuman itu memiliki kedaulatan bersifat kuasi absolut, yang dilengkapi tiang gantungan, besi hukuman, penjara dan benteng-benteng di dalam *Hopital Generale* dan tempat-tempat yang difungsikan dengan tepat sebanyak yang mereka perlukan, tidak ada perbandingan aturan-aturan yang dibangun dengan istilah rumah sakit ataupun medis. Mereka memiliki semua kekuasaan atas otoritas, arah, administrasi, perdagangan, polisi, pengadilan, pengoreksian dan penghukuman atas semua orang miskin dan gila, baik dengan ataupun tanpa *Hopital Generale*.

Model pengurungan yang berlangsung selama hampir seratus lima puluh tahun itu ditunjang dengan alam abad Klasik yang mempertontonkan kegilaan. Pada tahun 1815 misalnya, orang-orang gila di Rumah Sakit Betlehem dipamerkan dengan biaya karcis satu peni setiap hari minggu, dan selama setahun tercatat ada 96.000 orang yang datang menyaksikan tontonan orang tersebut. Orang-orang gila tersebut menjadi tontonan yang dihadapkan pada perpaduan antara kegilaan yang kasar dan bersifat hewani dengan batas-batas hukuman yang sempit dan tidak manusiawi. Dalam *Report on the Care of the Insane Desportes* maupun dalam *Report on the Condition of the Indigent Insane*-nya Samuel Tuke, digambarkan bagaimana orang-orang gila dibiarkan terikat rantai, berada di dalam ruang gelap yang penuh sesak, disel yang basah beralas jerami, penuh kotoran mereka, bercampur dengan tikus dan berada di kandang babi, serta diperlakukan tanpa rasa sakit. Sebab kegilaan dan orang-orang gila dipercaya bukanlah orang sakit. Kegilaan memberi kekebalan, dan kebinatangan pada dirinyalah yang melindungi mereka dari apapun yang mungkin

rapuh, genting dan penyakitan di dalam diri manusia. Abad Klasik benar-benar membungkus kegilaan di dalam pengalaman total irrasionalitas. Bagi Klasisme, kegilaan dalam bentuknya yang paling tinggi adalah manusia dalam relasinya yang spontan dengan kebinatangan, tanpa arah dan tanpa jalan keluar (Ibid: 70-74).

Namun di luar masa-masa krisis di abad Klasik, pengurungan memiliki makna berbeda. Fungsi represifnya dikombinasikan dengan sebuah pemanfaatan baru, yaitu sebagai keperluan tenaga kerja murah untuk pabrik dan penyerapan kembali atas kemalasan dan perlindungan sosial melawan hasutan dan kerusuhan sosial, serta penghapusan kemiskinan dan gelandangan dari publik kota. Kita juga jangan lupa, bahwa rumah-rumah pengurungan pertama tersebut muncul di kota-kota industri, baik di Inggris (seperti; kota Worcester, Norwich dan Bristol), Lyons dan Paris di Perancis, maupun Hamburg di Jerman. Lebih buruk dari itu, untuk mengontrol biaya produksi tinggi, maka banyak *Bicetre* dan *Hospital Generale* yang dirubah fungsinya menjadi pabrik-pabrik industri.

Fenomena pengurungan yang ditangkap pada abad Klasik ini menciptakan sebuah penciptaan institusional yang ganjil. Jika pada abad Pertengahan pengurungan berhubungan dengan pemenjaraan, maka sebuah penanganan yang ekonomis dan pencegahan sosial memiliki nilai kebaruan dalam sejarah kegilaan. Abad Klasik menandai kegilaan berdasarkan cakrawala sosial kemiskinan, ketidakmampuan bekerja, dan ketidakmampuan untuk berintegrasi dengan kelompok. Kegilaan menemukan momentum di abad Klasik dihubungkan dengan masalah-masalah yang ada di sebuah kota, baik secara ekonomi-politik maupun secara sosial dan etis.

Pada abad Pasca-Klasik perlakuan masyarakat atas orang gila terlihat sedikit lebih baik. Hal itu ditandai oleh tindakan Philippe Pinel pada tahun 1793, dan Samuel Tuke yang mulai melepaskan orang-orang gila yang dirantai dan menaruhkannya dalam suatu tempat penampungan sendiri. Tempat penampungan yang kemudian menjadi tempat isolasi dan perawatan khusus bagi mereka orang-orang gila. Lewat tempat khusus itulah Pinel menerapkan tiga prinsip penyembuhan, yaitu kesunyian, kesadaran melalui cermin, dan penilaian terus menerus. Ketiga prinsip tersebut dijalankan oleh dokter sebagai figur esensial di tempat tersebut, sekaligus sebagai orang yang punya otoritas penuh. Fenomena abad XVII dan IX, di mana pengurangan merupakan hak keluarga, kini sejak abad IX hak tersebut diambil alih oleh dokter. Sebab dalam ruang perawatan khusus itulah orang-orang gila tunduk sebagai pasien yang harus patuh pada dokternya.

Sejak saat itu, lembaga kedokteran seakan-akan berfungsi sebagai “tukang sihir” yang menjustifikasi negatif dan bersalah terhadap para penderita gangguan jiwa menurut moral positivistik yang berlaku umum saat itu. Ruang kehidupan para pasien jiwa kemudian berada di dalam isolasi Rumah Sakit Jiwa, dan hanya lewat status sembuh dokterlah pasien tersebut diperbolehkan kembali ke masyarakat.

Status klinis dokter lambat laun ternyata tidak ampuh, sebab ternyata para pasien yang dianggap sembuh klinis tersebut masih dianggap “sakit” dan tetap tidak dapat diterima oleh masyarakat. Karenanya model perawatan Rumah Sakit dan status otoritatif dokter terbukti tidak efektif menyembuhkan para pasien tersebut. Kegagalan ini bukannya melahirkan adanya perubahan sistem perawatan kesehatan psikiatri dan

kedokteran dalam Rumah Sakit Jiwa, melainkan sistem perawatannya masih mengukuhkan model institusi tertutup (*closed institution*) tersebut tetap bersemayam di masyarakat sebagai sebuah konsepsi *carceral society*. Suatu konsepsi dan kehendak yang bertahan lebih disebabkan disiplin dan dominannya kontrol sosial kuasa-bio (*bio-power*) rezim kesehatan di dalam masyarakat.

## F. KERANGKA KONSEPTUAL

### L. Konsep Tentang Kegilaan

Masyarakat Barat sejak awal abad XV sampai pertengahan abad XVII menganggap kegilaan sebagai wilayah di antara kegilaan dan kependiran. Kata *madness* dalam bahasa Inggris misalnya masih mempunyai pasangan kata *folly*, sedang kata *folie* dalam bahasa Perancis mencakup makna keduanya. Pada era itu kegilaan dan kependiran merupakan kata yang cair dan dapat dipertukarkan satu sama lain. Keduanya memiliki hubungan yang tidak bisa dipastikan kapan atau mengapa yang satu suatu ketika terasa lebih pas daripada yang lain (Suyono, 2002: 178).

Kegilaan pada waktu itu masih sering dimaknai sebagai sesuatu yang komik, parodik, ilusionik, bahkan kebijaksanaan. Abad Tengah menempatkan kegilaan sebagai kebodohan yang berada dalam hirarki sifat buruk (Foucault, 1988: 24). Kegilaan diimajinasikan sebagai sesuatu yang apokaliptik di luar kekuatan manusia. Pada masa *Renaissance* ini kepekaan atas kegilaan dikaitkan dengan transendensi-transendensi imajiner (Ibid: 58). Gambaran kegilaan seperti itu dapat dijumpai secara jelas pada karya-karya Shakespeare, Cervantes maupun Erasmus. Figur Lear dan

badut dalam *King Lear* karya Shakespeare misalnya memberikan pengertian bagaimana kegilaan di masa itu dipahami sebagai campuran kepandian sekaligus kebijakan, atau sebagai sindiran dan parodi untuk mengkritisi situasi masyarakat dalam *Praise of Folly*-nya Erasmus.

Pada abad Klasik, kegilaan diterima sebagai pengutukan atas kemalasan, kemiskinan dan dalam sebuah imanensi sosial yang dijamin komunitas pekerja. Jika dilacak dari asal usulnya, orang gila telah lama memiliki tempat di sisi orang-orang miskin, entah pantas ditolong atau tidak, dan kemalasan, entah diinginkan atau tidak. Karenanya kegilaan ditaklukkan dalam persekutuan gereja dan kaum borjuis, sebab mereka dianggap telah menyeberangi batas-batas tatanan borjuis. Lebih dari itu, bukan semata-mata karena kondisi ekonomilah kegilaan dan orang gila dikutuk dan dikurung; melainkan perspektif moral-lah yang lebih menggerakkan hal tersebut. Gereja beranggapan, bahwa kegilaan adalah titik kemanusiaan paling rendah yang padanya Allah tinggal dalam inkarnasi-Nya, untuk menunjukkan titik purna kejatuhan manusia. Maklumat tahun 1657 berisi perintah-perintah moral dan perawatan-perawatan aneh. Maklumat tersebut, berbunyi: "Kebebasan pengemis telah memunculkan ekses, karena sebuah toleransi yang tidak beruntung atas semua rangkaian kejahatan membuat kutukan Allah turun kepada negara, apabila mereka tidak dihukum" (Ibid: 57-59).

Pandangan akan kejatuhan manusia, adanya kutukan Allah, kemalasan, serta ketidakmampuan secara ekonomi dan sosial menandai titik ekstrim atas kegilaan. Kegilaan dalam masyarakat tidak dihubungkan dengan pengobatan ataupun wilayah

pengoreksian, melainkan kebinatangan dan kutukan itu harus ditaklukkan lewat disiplin dan brutalisasi. Kuasa ini sangat berhubungan dengan persepsi kegilaan yang dikaitkan dengan dua hal, yaitu nafsu (*passion*) dan ketidakwarasan (*delirium*).

Oleh abad Klasik kegilaan dikonsepsikan atas empat hal, yaitu: *Pertama*, kegilaan dipahami dalam dua bentuk, yakni sebagai gejala simptomatik (melankolis) yang terlihat, dan kegilaan yang tidak termanifestasikan pada dirinya, tetapi jelas dimata orang lain. *Kedua*, kegilaan dalam arti implisit yang terlihat dari perubahan pikiran dan tingkah laku di luar kebiasaan. *Ketiga*, pemahaman di luar diskursus, yaitu kegilaan yang bersifat *delirium* (keluar dari rasio yang benar). Dan *keempat*, kegilaan lebih dilihat dari artikulasi bahasa yang tidak jelas (Ibid: 98-100).

Pemahaman umum terhadap kegilaan dicirikan oleh adanya penyesalan mendalam, keyakinan akan sesuatu, halusinasi dan percakapan, singkatnya keyakinan dan imaji-imaji yang kompleks sebagai sebuah ketidakwarasan (*delirium*). *Encyclopedie* menyebut ketidakwarasan itu sebagai menyimpang dari rasio. Kegilaan tak lebih daripada kekacauan imajinasi yang berasal dari sebuah impresi ketakutan tertentu yang berkaitan dengan kemacetan atau tekanan dari bagian saraf pusat tertentu, kata Sauvages. Sedangkan Chrichton memahaminya ke dalam tiga jenis, yaitu: *deliria* (mengigau karena demam), halusinasi (mengubah representasi yang keliru), serta *dementia* (tidak ada akses atas kebenaran atau taraf kegilaan sebenarnya). Sementara jika bersandar pada konsep-konsep psikiatri abad XVII dan XVIII, maka aspek-aspek kegilaan lebih dilihat dalam hal *mania* dan *melankolia*-nya, atau menurut aspek *histeria* dan *hipokondria*.

Michel Foucault dalam sebuah teks kuliah tanggal 29 September 1970 di Kyoto Jepang berdasarkan tilikannya dalam *Madness and Civilization* membaca ada tiga kriteria utama yang dipakai dalam menentukan kegilaan, yaitu: *Pertama*, kegilaan menunjukkan bahwa orang itu tidak memiliki kecakapan untuk bekerja. *Kedua*, ekspresi kegilaan ditunjukkan oleh adanya penyimpangan seksual –mengikuti ide Freud tentang gangguan libido– seperti terjadi di abad IX yang dilihat sebagai gangguan kegilaan akibat tidak mampu beradaptasi dengan keluarga borjuis Eropa. *Ketiga*, status kegilaan dapat diperhatikan dari bahasanya yang aneh dan berbeda dari bahasa kebanyakan orang normal (Rabinow [ed.], 2002: 107-109).

Tetapi terlepas dari konsepsi kegilaan di atas, sesungguhnya belakangan kegilaan menjadi suatu konsepsi kelainan, penyimpangan dan diisolasi, ketika orang-orang gila mulai disebut Philippe Pinel sebagai orang sakit (Ibid: 108). Sejak itulah orang-orang gila menjadi obyek baru, baik bagi penelitian kesehatan, psikiatri, sistem perawatan kedokteran, maupun bagi justifikasi ketidakwarasan (abnormalitas) dalam terminologi masyarakat. Kegilaan sebagai ketidakwarasan diartikan sebagai bentuk penyimpangan dan keanehan perilaku yang keluar dari standar nilai dan pengharapan masyarakat. Makanya, sejak abad IX hingga sekarang kegilaan sebagai sebuah *anomie* dimaknai sebagai patologi sosial, yaitu segala tingkah laku yang bertentangan dengan norma kebaikan, stabilitas lokal, pola kesederhanaan, moral, hak milik, solidaritas kekeluargaan, hidup rukun bertetangga, disiplin, kebaikan dan hukum formal (Kartono, 1999: 1).

## II. Konsep Tentang Penderita Kejiwaan

Kamus Besar Bahasa Indonesia (1988: 277), mendefinisikan kata gila sebagai; 1. sakit ingatan, sakit jiwa (sarafnya terganggu atau pikirannya tidak normal), 2. tidak biasa, tidak sebagaimana mestinya atau berbuat yang bukan-bukan, 3. terlalu, kurang ajar, 4. terlanda perasaan sangat suka, 5. tidak masuk akal. Sedangkan kata kegilaan diartikan sebagai: 1. sifat, keadaan atau perihal gila, 2. kegema'an, keasyikan atau kesukaan yang berlebihan, 3. sesuatu yang melampaui batas, 4. kebodohan atau kesalahan (dengan sengaja), 5. ketidakberesan, kericuhan dan kekacauan.

Oxford *Advanced Learner's Dictionary* (Cowie [ed.], 1989: 646) mengartikan *madness* (kegilaan) sebagai *state of being insane, insane behaviour and extreme foolishness*. Sementara David Jary dan Julia Jary (1995: 379) dalam *Collins Dictionary of Sociology* memaknai gangguan mental sebagai *mental derangement* (*insanity*), yakni gangguan mental/kejiwaan yang mengganggu fungsi sosial seseorang akibat perilaku yang aneh dan tak terkira yang ditimbulkannya. Sedang James Geiwitz (1980: 484) dalam *Psychology Looking at Our Selves* membuat permisalan mengapa seseorang disebut gila, yaitu: *why is that person behaviour oddly? Because he is mentally ill. How do you know he is mentally ill? Because he is behaving oddly.*

Penderita kejiwaan sebetulnya merupakan penghalusan bahasa dari istilah lain orang gila, orang yang sakit pikiran atau kelainan mental, orang yang terganggu jiwanya, orang yang tidak waras, ataupun orang yang diasingkan. Dalam wacana psikiatri, gangguan jiwa diistilahkan dengan banyak nama, yaitu: *personality disorder, mental illness, mental disease, deviant behaviour*, ataupun *legal insanity*.



Konsepsi gangguan jiwa yang hampir sama, menurut Gallagher (1987) menjadikan istilah *mental disorder* seringkali dipertukarkan dengan *mental illness*, demikian sebaliknya (Kornblum dan Julian, 1991: 62).

Coleman mendasarkan kriteria gangguan kejiwaan menurut lima hal, yaitu: *Pertama*, penyimpangan dari norma-norma statistik. *Kedua*, penyimpangan dari norma-norma sosial. *Ketiga*, gejala salah suai (*maladjustment*). *Keempat*, tekanan batin. *Kelima*, ketidakmatangan (Supratiknya, 1995: 11-14). Suatu kriteria yang tidak jauh dari pemaknaan penyakit kejiwaan sebagai sebuah abnormalitas, yaitu penyimpangan dari yang normal. Sesuai patokan psikologi dalam menentukan apakah individu tersebut normal atau abnormal menurut patokan statistik, penyesuaian pribadi, integrasi kepribadian, kematangan pribadi, serta patokan kesejahteraan dan kemajuan masyarakat (Maramis, 1995: 94-96).

Secara sederhana gangguan kejiwaan dapat dibagi dalam dua kategori, yaitu sindrom otak organik (*organic brain syndromes*) dan gangguan fungsional pada otak (*functional disorders in the brain*), atau sebagai disfungsi organik menurut Hippocrates dan sebab sosial-psikologis menurut Plato. Pedoman Penggolongan Diagnosa Gangguan Jiwa yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI (Ibid: 150-155) mengkategorisasikan gangguan jiwa secara umum sebagai berikut:

#### I. Psikosa

- a. Psikosa berhubungan dengan sindroma otak organik (misalnya: dementia senilis, presenilis, psikosa alkoholik, psikosa berhubungan dengan infeksi intrakranial, psikosa berhubungan dengan kondisi serebral lain, dll.)
- b. Psikosa fungsional (misalnya: skizofrenia, psikosa afektif, paranoid, dll.)

2. Neurosa, gangguan kepribadian dan gangguan jiwa non psikosa lain
3. Retardasi mental
4. Keadaan tanpa gangguan psikiatrik yang nyata dan kondisi non spesifik (misalnya: kegagalan penyesuaian sosial, kondisi menurut *cultural bound*, dll.)

Sementara berdasarkan kategori *mental disorder* yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* (APA) dalam *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* tahun 1987 disebutkan sebagai berikut:

1. *Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence (e.g., hyperactivity, anorexia nervosa, stuttering)*
2. *Organic mental disorders (e.g., senility, substance-induced damage)*
3. *Psychoactive substance use disorders (e.g., abuse of alcohol, barbiturates, opioids, etc.)*
4. *Schizophrenia*
5. *Delutional (paranoid) disorders*
6. *Other psychotic disorders not elsewhere classified*
7. *Mood disorders (depression, mania)*
8. *Anxiety disorders (e.g., phobias, anxieties, compulsive behaviour)*
9. *Somatoform disorders (psychogenic pain, hypochondriasis)*
10. *Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type)*
11. *Sexual disorders (e.g., fetishism, exhibitionism, sexual dysfunction, etc.)*
12. *Factionis disorders*
13. *Impulse control disorders not elsewhere classified (e.g., pathological gambling, kleptomania, pyromania, etc.)*
14. *Adjustment disorders*
15. *Psychological factors affecting physical condition*
16. *Other conditions not attributable to a mental disorders that are a focus of attention or treatment (e.g., academic problem, marital problem, phase of life or other circumstantial, etc.)*
17. *Personality disorders (e.g., narcissistic, antisocial, etc.)* (Little, 1989: 102)

Secara umum *mental disorder* adalah bentuk gangguan dan kekacauan fungsi mental (kesehatan mental), disebabkan oleh kegagalan mereaksinya mekanisme adaptasi dari fungsi-fungsi kejiwaan/mental terhadap stimuli eksternal, sehingga muncul gangguan fungsi atau gangguan struktur pada satu bagian, satu organ, atau

sistem kejiwaan. Gangguan mental itu merupakan totalitas kesatuan daripada ekspresi mental yang patologis terhadap stimuli sosial, dan dikombinasi dengan faktor-faktor penyebab lainnya (Kartono, 1999: 229). Durkheim (1951) sendiri menilai terjadinya *anomie* yang diikuti tindakan bunuh diri merupakan perwujudan gangguan jiwa individu, akibat individu tersebut kehilangan orientasi hidupnya. Kondisi tersebut disebabkan lemahnya norma sosial yang ada di masyarakat (Smelser, 1981: 79).

Dalam perkembangannya gangguan jiwa disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: *Pertama*, faktor perkembangan badaniah yang salah, seperti: faktor keturunan, faktor konstitusi (biologis), dan cacat kongenital (sejak lahir). *Kedua*, faktor perkembangan psikologis yang salah, seperti: deprivasi dini, pola keluarga yang patogenik, dan krisis identitas terutama masa remaja. *Ketiga*, Faktor perkembangan sosiologis yang salah. Faktor ketiga ini biasanya terjadi sebagai *cultural shock*, atau memakai istilah Alvin Toffler disebut *future shock*, yaitu akibat perubahan sosial yang cepat dan tidak diimbangi dengan adaptasi yang baik, seperti perubahan yang kompleks di negara-negara industri, di mana kesementaraan (*transience*), kebaruan (*novelty*) dan keanekaragaman (*diversity*) begitu cepat, tidak berimbang, dan kompleks. Perubahan sosial tersebut menyebabkan sosialisasi tidak berjalan baik, solidaritas dan integrasi sosial terpecahnya, serta munculnya *anomie* berupa gejala penyakit jiwa pada individu dan lahirnya isolasi serta pengawasan sosial (*social control*) di dalam masyarakat.

Penderita gangguan jiwa karenanya merupakan individu yang mengalami kondisi atau keadaan diri seperti kriteria di atas. Individu tersebut mengalami

gangguan kesadaran, gangguan proses berpikir, gangguan persepsi, maupun gangguan dalam orientasi diri. Individu tersebut dicirikan memiliki bahasa komunikasi yang aneh, menunjukkan perilaku agresif, mengamuk dan emosional, berpenampilan aneh, mengalami gangguan pola hidup, tidak dapat berinteraksi dengan masyarakat, distigma gila dan kehilangan status sosialnya, serta biasanya diisolasi oleh keluarga, maupun berada dalam perawatan kedokteran jiwa.

### III. Konsep Tentang Stigma

Stigma menurut definisi Direktorat Kesehatan Jiwa RI (1985: 18) dalam *“Pedoman Rehabilitasi pasien Mental RSJ di Indonesia”* diartikan sebagai suatu faktor yang merintangai kemajuan. Faktor tersebut berhubungan erat dengan konsepsi diri dan orang lain atas status bentukan yang dilekatkan padanya, dan itu menjadi stimuli utama dalam tingkah laku sehari-hari. Pemaknaan ini terkait erat dengan definisi rehabilitasi yang dimaknai sebagai rangkaian dan koordinasi usaha-usaha yang bersifat medis, sosial, pendidikan dan vokasional untuk melatih dan atau mendidik (mendidik kembali) seseorang untuk mencapai kemampuan fungsionalnya setinggi dan sebaik mungkin.

Stigma yang muncul di masyarakat terkait dengan ketidakmampuan sosial yang disandarkan pada penerimanya. Stigma seperti ini diidentifikasi oleh Fine dan Asch (1988) ke dalam lima asumsi, yaitu:

1. Ketidakmampuan itu dilokalisir semata-mata dalam hal biologis.
2. Problem ketidakmampuan seharusnya lebih dilihat dalam konteks ketidakmampuan melakukan perusakan.
3. Ketidakmampuan seseorang dianggap sebagai “korban”.

4. Pokok ketidakmampuan seseorang terletak pada hal konsep diri, definisi diri, interaksi sosial dan referensi group.
5. Ketidakmampuan yang dimiliki disinonimkan dengan kebutuhan pertolongan dan *support* sosial (Link dan Phelan, 2001:365-366).

Berdasarkan relasi yang terdapat didalamnya, maka stigma cenderung berhubungan dalam beberapa hal, yaitu: adanya pembedaan dan label individu yang berbeda, adanya dominasi kultural atau stereotip negatif, perbedaan label kedudukan sosial atau kategori kita dan mereka, hilangnya status sosial dan adanya diskriminasi, serta stigmatisasi yang sepenuhnya terkait dengan kesatuan menyangkut penerimaan/akses sosial, ekonomi dan politik sebagai akibat identifikasi dan kategori berbeda, stereotip yang dibangun, dan pengabsahan pencelaan, pelarangan, pengurangan dan diskriminasi oleh masyarakat (Link dan Phelan, 2001: 367).

Michel Foucault (1977: 7-10) melihat bahwa dalam masyarakat kita pun terdapat perubahan yang signifikan mengenai hukuman dan pendisiplinan. Hukuman yang semula dimaknai dan dilaksanakan sebagai tindakan untuk menghukum, dipenuhi siksaan yang sedemikian kejam terhadap tubuh yang bersalah, serta dipertontonkan secara ramai dihadapan publik. Sekarang, hukuman telah berubah menjadi sekedar untuk mengontrol, mengawasi dan berfungsi untuk menormalkan – kehendak untuk mengoreksi– agar terhukum tidak mengulangi perbuatannya kembali (Hardiyanta, 1997: 23-25). Makanya muncul perubahan strategi menghukum dalam masyarakat modern yang lebih mengarah pada bentuk pendisiplinan, kontrol dan kepatuhan, serta kepastian bahwa kejahatan telah dihukum. Dengan memenjarakan atau mengurungnya, maka penghukuman dan siksaan atas tubuh terhukum terhindari

dan yang terpenting adalah subjek yuridis yang dikenai hukum telah dilaksanakan. Lebih dari itu, hukuman lebih menyentuh kedalaman jiwa, serta terdapat aspek positif dan berguna yang lahir dari mekanisme pengontrolan tersebut.

Di sisi lain, mengapa stigma tidak hilang seiring berakhirnya proses pengurangan dan perawatan?. Saparinah Sadli (1976: 13) melihat bahwa proses stigmatisasi yang menetapkan individu sebagai tidak bisa diterima (*unacceptable*) atau sebagai seseorang yang berkelakuan salah (*misbehaviour*) menjadi aspek penting yang menghalangi hilangnya stigma. Proses stigmatisasi mengatribusikan cap atau label tertentu dan ciri-ciri negatif, sekaligus melukiskan suatu proses pelekatan ciri-ciri terhadap individu yang bila ditinjau dari segi moral bersifat inferior, dan tidak dapat diobati Rumah Sakit Jiwa. Sebab kategori perilaku yang menyimpang sebagai awal lahirnya stigma bersandar pada aturan-aturan normatif, statistik abnormal dan patologis atau menurut pengharapan nilai yang ada dalam masyarakat. Makanya, masalah stigmatisasi tidak hilang begitu pengurangan dan perawatan itu selesai, melainkan ia sangat tergantung pada status bentukan atau label yang melekat pada individu tersebut, atau ketika munculnya konsepsi baru yang dimiliki masyarakat terkait dengan status baru individu tersebut.

Mekanisme penyembuhan atau rehabilitasi yang selama ini ditempuh Rumah Sakit Jiwa lebih mengandalkan model pengobatan medis dan melupakan pentingnya mekanisme interaksi terbuka dalam masyarakat. Karenanya Rumah Sakit Jiwa pada kenyataannya, hanya hadir sebagai media politik kesehatan yang secara sistematis memproduksi atau melakukan reproduksi kegilaan terus terjadi di masyarakat. Politik

kehatan tersebut menguatkan proses stigmatisasi dan berlakunya kontrol sosial di masyarakat, terlebih pada kondisi masyarakat kita yang masih melekat karakter *carceral society*-nya.

#### **IV. Hubungan Kegilaan, Stigmatisasi, dan Kontrol Sosial**

Kontrol sosial merupakan seperangkat teknik dan strategi untuk mengatur dan mengarahkan perilaku individu dalam masyarakat (Schaefer dan Lamm, 1989: 96-97). Sementara itu Diana Kendall (2000: 160) mengartikan kontrol sosial sebagai praktik sistematis yang dibangun oleh kelompok sosial untuk mendorong adanya konformitas dan mengecilkan penyimpangan. Arah dari kontrol sosial sendiri adalah terciptanya respek dan penerimaan norma dasar yang ada, serta adanya kecenderungan individu untuk melakukan hal yang sama dalam tatalaku kehidupan masyarakat. Kontrol sosial lahir sebagai standar normalisasi yang muncul akibat proses sosialisasi yang tidak efektif di masyarakat. Di sisi lain, sosialisasi merupakan proses dimana individu sebagai bagian partikular dari masyarakat belajar mengenai perilaku, nilai dan tindakan yang sesuai dengan kebudayaan masyarakat tersebut.

Kontrol sosial biasanya terjadi di semua level, mulai di keluarga, sekolah, *peer groups* maupun dalam birokrasi organisasi, baik organisasi formal-informal, kelompok-kelompok tradisional, maupun lembaga-lembaga sosial tertentu. Kontrol sosial menjadi efektif berlaku dalam masyarakat karena berhubungan erat dengan struktur pemerintahan, kehidupan agama, maupun tata laku sosial yang berlangsung pada suatu saat tertentu (Saparinah Sadli, 1976: 12).

Sifat kontrol sosial yang berlaku dalam masyarakat bervariasi dari teknik-teknik sanksi informal yang lunak seperti mencemoohkan, memberikan bimbingan, memperingatkan, sampai sanksi formal dengan otoritas agen hukum negara berupa tindakan keras, seperti hukuman, penjara ataupun hukuman mati dimana perlu. Stanley Milgram membedakan adanya dua level kontrol sosial, yaitu: *Pertama*, adanya konformitas diri dengan kelompok sosialnya. *Kedua*, tertanamnya ketaatan dan kepatuhan yang tunduk pada otoritas tertinggi dalam struktur hirarki sosial (Schefer dan Lamm, 1989: 97). Sedangkan konsekuensi utama dari kontrol sosial adalah munculnya stigma dan isolasi diri individu dari masyarakat.

Hubungan antara kegilaan atau penyakit kejiwaan, proses stigmatisasi, dan mekanisme kontrol sosial di masyarakat terjadi sebagai sebuah rangkaian sosial yang terkesan bersifat alamiah. Gangguan jiwa sebagai problem sosial haruslah dipandang berdasarkan konstruksi sosial yang membentuknya. Para sosiolog menurut Schur (1983), tidak menjustifikasi perilaku gangguan tersebut sebagai baik atau buruk, melainkan lebih berusaha membatasi kenapa perilaku itu disebut menyimpang dan mengganggu, siapa saja yang didefinisikan demikian, serta bagaimana masyarakat menyikapi para penyimpang tersebut. Karena kegilaan atau gangguan jiwa mulanya hadir di mata masyarakat sebagai keanehan, horor menjijikkan, dan label negatif lainnya. Kemudian masyarakat menstigmanya sebagai sebuah penyimpangan penyakit sosial, ataupun sebagai sesuatu yang membahayakan, sehingga diperlukan adanya tindakan pengurangan, isolasi, dan kontrol sosial masyarakat.



Kevin O. Browne (2001: 255-256) melihat bahwa istilah kontrol dalam latar belakang klinis kedokteran mengandung tekstur metonomia yang sangat kaya berkaitan dengan hasrat memerintah, ketidaknyamanan dengan penampakan emosi, relasi kekuasaan hirarkis, dan teknologi dari metode perawatan yang tersedia. Kontrol dalam latar klinis tidak hanya tampak dalam bahasa dan status yang berperan, melainkan juga pada *landscape* ketika pertemuan terjadi, ruang wawancara yang steril namun berkesan suram, aroma khas rumah sakit (aroma penyakit) yang tajam menusuk hidung, hilir mudik para staf dan dokter, bentuk-bentuk dan permukaan dari perabotan di sana. Istilah kontrol juga digunakan dalam pertemuan klinis antara dokter dan pasien, digunakan di antara para perawat, juga oleh pihak keluarga dalam berurusan dengan penyakit tersebut, atau oleh pasien ketika berkunjung berobat. Kontrol menjadi semacam simbol, perlambang dari retorika perawatan, dan sebuah alat tiruan dari perangkat yang mereproduksi retorika kebijakan sosial.

Sementara itu, Michel Foucault menengarai bahwa peradaban Barat telah lama menjalankan berbagai bentuk kontrol sosial. Bentuk kontrol tertua dan sehari-hari dapat dilihat dalam bentuk larangan-larangan (*prohibition*) yang terdapat hampir di semua peradaban dunia. Kontrol sosial dan eksklusi ini terutama tertanam dalam tata kehidupan masyarakat semenjak era pasca abad Pertengahan. Dalam konteks *Madness and Civilization*, maka kontrol dan eksklusi pertama kali memakai prinsip pembagian dan penolakan (*a division and a rejection*) yang melawankan normalitas dengan kegilaan, menggunakan prinsip oposisi biner antara kebenaran dan kesalahan (*the division between true and false*), atau antara rasio dan irrasio. Kondisi

belakangan yang disinyalir meneguhkan dominasi rezim diskursif, yaitu kehendak rezim kebenaran baru di tengah masyarakat Barat (*the will to truth*).

Lewat *The Birth of Clinic* dan *Madness and Civilization*, Foucault menyadari bahwa stigmatisasi abnormal banyak digunakan kekuasaan pada orang-orang yang melawan norma-norma mereka. Foucault berkeyakinan bahwa pada setiap masyarakat terdapat sistem pengetahuan dominan atau sistem kepercayaan utama yang menjadikan sekelompok masyarakat itu mengontrol dan memisahkan sebagian masyarakat yang lain. Suatu kecurigaan pada masyarakat Barat yang ditemukan Foucault berdasarkan arsip-arsip abad Pertengahan dan masa monarkial, yang identitasnya dibentuk dengan cara membedakan dirinya secara separatis dengan komunitas lain yang dianggap tidak patut menjadi anggota normal masyarakat.

Oposisi biner antara normal dan tidak normal merupakan perspektif lain yang dimunculkan berdasarkan korespondensi kita (*same*) dan mereka (*other*), atau antara yang teratur dan tertata normal (*order*) dengan mereka yang asing, kacau dan aneh (*disorder*). Adanya prinsip oposisi biner antara rasio dengan irrasio, kebenaran dengan kesalahan (*the division between true and false*), serta adanya pemisahan dan pembedaan dalam masyarakat Barat dengan masyarakat yang lain, sesungguhnya tampak pada kontrol sosial yang diproduksi dan disebarakan lewat institusi-institusi Rumah Sakit Jiwa ataupun penjara. Prinsip ini dilestarikan dalam *carceral society* dalam bentuk pendisiplinan dan kepatuhan untuk menerima dan menjalankan relasi yang serba teratur dan steril menurut kacamata kebenaran pemegang kuasa.

Kontrol sosial yang berkembang dalam masyarakat Barat merupakan implikasi dari ketakutan besar yang melanda Eropa di tahun 1780. Di mana epidemi penyakit “kegilaan” tersebar di seluruh kota, dan *Hopital Generale* dituduh penyebabnya. Di samping itu, kepanikan akan adanya penangkapan sebagai bentuk persoalan ekonomi dan pembersihan Eropa dari setiap unsur sosial yang dipandang tidak berguna, dan logika penyediaan *cheap man power* bagi kebutuhan tenaga kerja murah untuk pabrik-pabrik industri.

Mereka yang berkeliaran tak menentu dipandang dapat dimanfaatkan untuk dididik, dikoreksi, serta diubah mental dan moralitasnya untuk menjadi pekerja-pekerja murah yang dapat melayani industri. Foucault (1988: 51-52) menemukan berdasarkan arsip-arsip yang ada, bahwa di Jermani setiap rumah penangkapan memiliki spesifikasi kerja masing-masing. Di Bremen, Brunswick, Munich, Breslau dan Berlin misalnya pendirian *Zuchthausern* dipakai untuk pemintalan, tempat penenunan di Hanover, tempat pembelahan kayu di Hamburg dan Bremen, Nuremberg untuk pembuatan kaca optik, serta pengilingan tepung di kota Mainz.

Keberadaan kontrol sosial merupakan kebutuhan lain dari politik kesehatan abad XVIII. Era di mana kesehatan publik menjadi salah satu mode serta status sosial, moral, dan ekonomi baru yang dibutuhkan oleh masyarakat borjuis kapitalisme awal abad XVIII. Era yang menuntut adanya pendirian *Hopital Generale* untuk mengontrol dan mengisolasi ancaman wabah penyakit, serta infeksi yang ditimbulkan para penyandang penyakit sosial dan jiwa tersebut. Michel Foucault dalam artikelnya “*The Politics of Health in The Eighteenth Century*” menulis bahwa, terjadi fenomena di

akhir abad XVIII, di mana masyarakat borjuis kota melakukan kontrol besar-besaran dengan melakukan tindakan penangkapan atas orang-orang miskin dan gila, pendirian *Hopital Generale*, kegiatan medis dan program kerja industri yang diatur secara kesatuan oleh negara, kontrol kesehatan, serta status etis tersendiri untuk menciptakan masyarakat yang steril, sehat dan berguna (Faubion [ed.], 2002: 92-95).

Lahirnya kontrol besar-besaran masyarakat Eropa pada waktu itu memungkinkan terjadinya revolusi paradigmatik yang mengubah relasi baru pasien tidak lagi sebagai pasien, melainkan lebih dipahami sebagai suatu *a pathological fact*, suatu struktur persepsi dokter yang lebih mementingkan penyakit pasien daripada orangnya. Suatu pemahaman politik kesehatan yang bersandar pada simptom anatomi menurut tiga kemungkinan bentuk stasi analisis, yaitu *stasi diagnostik*, *anamnestik* dan *prognostik*. Stasi-stasi ini berhubungan dengan kondisi kelampauan, kekinian dan masa kemudian organ, serta terkait dengan kategorisasi menurut asas kombinasi (tingkatan perkembangan penyakit), asas analogi (jalinan segi fungsi dan disfungsi) dan asas konvergensi (indeks katalogisasi penyakit) (Suyono, 2002: 282-287).

Kondisi pengawasan dan kontrol besar-besaran terhadap lokasi-lokasi *urban space* yang dianggap menjadi pusat perkembangbiakan (*breeding ground*) kuman-kuman penyakit seperti pelabuhan, kapal-kapal, tambang-tambang, pabrik-pabrik, rumah-rumah pelacuran ataupun *Hopital Generale*. Di mana gelandangan, pengemis kudisan dan mereka yang cacat dicampur-baur menjadi satu, dilakukan secara majemuk oleh berbagai institusi dan komunitas di Eropa yang terlepas dari negara.

Model kontrol besar-besaran tersebut memiliki kesamaan berupa pola pengawasan pasien baru serta munculnya narasi klinis baru dalam tubuh masyarakat. Kontrol tersebut mengkonstruksikan adanya hubungan dominatif dokter-pasien menurut dua hal, yaitu: ciri teknis pelaksanaan kontrol yang hirarkis dan ciri pola-pola pengelolaan arsitektural, atau penataan ruang di tiap-tiap institusi di mana kontrol itu dioperasikan. Kondisi yang membawa Rumah Sakit kemudian bukan semata sebagai ruang perawatan, melainkan ruang-ruang Rumah Sakit harus mampu menjadi instrumen pengontrol pasien sendiri. Rumah Sakit tak lagi berperan sebagai balai pengobatan, namun lebih berperan sebagai sebuah laboratorium sosial dengan prioritas *research oriented*, dan tempat tinggal pasien-pasien yang dikategori miskin, marjinal, dan mereka yang apresiasi kesehatannya rendah (Ibid: 300-304).

Rumah Sakit hadir sebagai institusi tempat pentransformasian individu bermatrik klinis. Sebab dalam Rumah Sakit pengobatan mengarah pada terapi individu secara klinis disertai kontrol ketat dan detail dalam peraturan-peraturan yang harus selalu dipatuhi penghuninya. Model terapi dan transformasi individu dalam Rumah Sakit bersandar pada mekanisme disiplin. Disiplin individu dilakukan melalui empat metode, yaitu selular (pembagian ruang), organis (pengaturan aktivitas), genetis (pengakumulasian waktu), dan terkombinasi (penyusunan kekuatan). Dan melalui empat teknik, yaitu memberi jadwal, mengatur gerakan, mengajukan latihan dan menyusun taktik kombinasi (Hardiyanta, 1997: 90). Suatu sistem dan mekanisme yang dilakukan untuk normalisasi kehidupan masyarakat. Disiplin dioperasikan kuasa kesehatan untuk mengontrol terjadinya *anomie* dan menetralsir ekspresi-ekspresi

lahiriah yang dianggap berbahaya. Disiplin sebagai bentuk kontrol masyarakat untuk mengapresiasi kehidupan individu sebagai target stigmatisasi, pengoreksian, penyembuhan, dan pentransformasian individu berdasarkan kemauan kekuasaan.

Kontrol dan pengawasan rumah sakit memiliki kesamaan dengan kontrol dan pengawasan dalam penjara. Kontrol sosial tersebut bersifat tertutup (*isolation*) dari masyarakat agar tidak menularkan kesan dan aspek patologis, memperkuat status diri individu yang dihukum dan distigma, serta dilakukan dengan model pengawasan dan kontrol yang bersifat terus-menerus, menyeluruh dan tak terjamah oleh individu bersangkutan. Dalam praktek kontrol atau pengawasan Rumah Sakit Jiwa maupun penjara terhadap individu, maka kontrol anatomis terhadap individu tersebut berdasarkan prosedur sebagai berikut, yaitu: adanya distribusi ruang (penataan ruang), pengaturan waktu yang ketat (*time-table*), administrasi kumulatif atau kategorisasi individu, pengawasan hirarkis, dan normalisasi pendisiplinan klinis secara berbeda. Kesemua model pendisiplinan yang dikembangkan dalam praktek pengawasan dan kontrol Rumah Sakit Jiwa tersebut, bertujuan melahirkan suatu komunitas kota yang bersih dan bebas dari segala bentuk patologi.

## **G. RUMUSAN PERTANYAAN PENELITIAN**

Berdasarkan kerangka pemikiran di atas, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa Bogor dalam kaitannya dengan proses stigmatisasi terhadap pasien?

- a. Bagaimana model perawatan dan kebijakan kesehatan RSJ?
  - b. Bagaimana relasi dokter dan pasien?
  - c. Bagaimana posisi pasien gangguan jiwa?
2. Bagaimana pandangan masyarakat terhadap pasien dan Rumah Sakit Jiwa Bogor dalam kaitannya dengan berlakunya kontrol sosial masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa?
- a. Bagaimana perubahan identitas dan proses stigmatisasi terhadap individu pasien terjadi?
  - b. Bagaimana stereotip masyarakat terhadap Rumah Sakit Jiwa?
  - c. Bagaimana mekanisme kontrol sosial berlaku di masyarakat?

## **II. DEFINISI OPERASIONAL**

Untuk memudahkan penelitian, maka di bawah ini dirumuskanlah definisi operasional berdasarkan kerangka konseptual yang telah dijelaskan di atas, agar dapat menjadi acuan dan untuk memudahkan kerja penelitian.

### **1. Kontrol Sosial**

Kontrol sosial dipahami sebagai seperangkat teknik, strategi, mekanisme, maupun sistem yang diterapkan dalam konteks perawatan atas penderita kejiwaan, baik melalui proses stigmatisasi, pelabelan individu yang menderita sakit jiwa maupun melalui mekanisme perawatan dan pengobatan yang dilakukan institusi kesehatan (dalam hal ini Rumah Sakit Jiwa). Juga berlaku pada bentuk pengawasan,

kontrol dan pendisiplinan yang dilakukan aparat kesehatan dan masyarakat, serta hal tersebut dilembagakan sebagai kebijakan dan prosedur kesehatan publik.

## 2. Stigma dan Stigmatisasi

Stigma dimaknai sebagai pelabelan, cap atau penandaan sosial dan moral yang negatif terhadap individu yang berasal dari individu-individu lain dalam masyarakat. Sifat atau label apa saja yang mempunyai pengaruh besar terhadap kepribadian individu, sehingga individu tersebut tidak mampu bertindak menurut cara yang biasa, seperti sifat atau label sakit, ciri-ciri negatif, dan penyebaran informasi (tidak benar) yang bersifat publik. Label itu berpengaruh mendiskreditkan seseorang dan melekatkan beban hidup yang menodai dan memotong kesempatan hidupnya.

Stigmatisasi merupakan proses pengatribusian ciri-ciri dan sifat-sifat yang negatif secara moral, inferior secara psikologis, dan isolatif secara sosial. Di mana penyifatan tersebut menetapkan individu sebagai tidak dapat diterima (*unacceptable*), sebagai individu yang berkelakuan salah (*misbehaviour*), dan individu yang memiliki ketidakmampuan sosial di mata hukum maupun masyarakat. Proses di mana terstigma mendapat hambatan dalam akses pelayanan sosial, kehilangan hak dan status sosialnya, dihinakan, ditolak dan dipisahkan keberadaannya dalam masyarakat.

## 3. Kegilaan dan Gangguan Kejiwaan

Kegilaan didefinisikan awalnya sebagai perpaduan antara fantasi imajer yang aneh, penuh kependiran, mengandung ketidakwarasan, tetapi juga menyimpan kebijaksanaan. Ia kadang-kadang masih dianggap sebagai sesuatu yang apokaliptik, kekuatan aneh di luar kekuatan manusia. Kegilaan diposisikan sebagai irrasionalitas



(*unreason*) yang berlawanan dengan rasio sehat manusia. Keadaan yang mempunyai perilaku menyimpang dan memiliki komunikasi bahasa yang aneh. Kegilaan dikutuk sebagai bentuk kemalasan, ketidakmampuan bekerja, dan disejajarkan dengan kemiskinan, marginalitas, serta apresiasi kesehatan yang rendah.

Sementara gangguan kejiwaan diartikan sedari awal sebagai bentuk gangguan mental/kejiwaan yang berhubungan dengan kerusakan dan kelainan otak organik, atau disfungsi otak organik. Sehingga menyebabkan kegagalan mereaksinya mekanisme adaptasi dari fungsi-fungsi mental terhadap stimuli eksternal, melahirkan ketegangan dan kerusakan sistem kejiwaan (agresif, amuk, berbicara aneh, tidak memiliki kesadaran, tidak mampu berpikir sehat, dan tidak memiliki orientasi hidup yang benar), menimbulkan perilaku menyimpang, tidak dapat berinteraksi, serta diisolasi oleh masyarakat. Gangguan mental terjadi akibat faktor perkembangan badaniah yang salah, perkembangan psikologis yang tidak baik, dan perkembangan sosiologis yang menyebabkan terganggunya fungsi sosial individu. Kedua istilah ini dalam penelitian ini dapat dipergunakan secara bersama-sama dan saling melengkapi satu sama lain.

#### **4. Penderita Kejiwaan**

Penderita kejiwaan adalah individu yang mengalami gangguan jiwa berdasarkan kriteria kedokteran dan psikiatri, mengalami gangguan kesadaran, gangguan proses berpikir, gangguan persepsi, maupun gangguan dalam orientasi diri. Individu tersebut secara sosial dicirikan memiliki bahasa komunikasi yang aneh, menunjukkan perilaku agresif, mengamuk dan emosional, berpenampilan aneh,

mengalami gangguan pola hidup, tidak mampu berinteraksi dengan masyarakat, distigma gila dan kehilangan status sosialnya, biasanya diisolasi di dalam keluarga, serta menjadi pasien dan berada dalam perawatan Rumah Sakit Jiwa.

## **I. METODE PENELITIAN**

### **I.1. Pendekatan Penelitian**

Penelitian ini memakai pendekatan kualitatif, sesuai dengan masalah penelitian yang ingin diteliti di atas. Denzin dan Lincoln (1994: 4) dalam *Handbook of Qualitative Research*, menyatakan bahwa kata “kualitatif” memberi implikasi penekanan pada pelbagai proses dan makna yang tidak bisa diuji atau dihitug secara *rigorus* dalam pengertian kuantitas, intensitas, atau frekuensi. Sebab penelitian kualitatif menekankan sifat-sifat dan kondisi realitas yang dikonstruksi secara sosial, dengan keeratan hubungan antara peneliti dengan apa yang sedang dipelajarinya, serta situasi dan kondisi yang menentukan model penelitian tersebut dilaksanakan.

Penelitian ini memilih dua pendekatan, yaitu 1) pendekatan wilayah, dalam arti relasi sosial dokter, pasien dan masyarakat sebagai bagian dari kerangka kontrol sosial terhadap pasien. 2) pendekatan kasus, yaitu dengan mempelajari kasus-kasus konkrit yang ditemui di lapangan, terkait dengan proses stigmatisasi dan berlakunya kontrol sosial terhadap pasien.

### **I.2. Sasaran dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini mengambil sasaran penelitian penderita kejiwaan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor Jawa Barat berdasarkan *purposive*

*sampling* yang terdapat pada data pasien kejiwaan di Rumah Sakit Jiwa tersebut. Penetapan informan berdasarkan rujukan dokter dan perawat, serta pertimbangan peneliti sendiri selama di lapangan.

Lokasi penelitian ini sengaja mengambil tempat di Rumah Sakit Jiwa Bogor yang sekarang berubah nama menjadi RS Dr. Marzoeki Mahdi dengan beberapa pertimbangan, yaitu: *Pertama*, RS Dr. Marzoeki Mahdi merupakan RSJ pertama yang dibangun pada masa kolonial Belanda dan RSJ tertua di Indonesia. *Kedua*, RS Marzoeki Mahdi merupakan RSJ dengan kompleksitas kasus paling banyak, sebab dekat dengan kota metropolitan Jakarta. *Ketiga*, RS Marzoeki Mahdi secara geografis letaknya tidak terlalu jauh dari kediaman peneliti, sehingga memudahkan penelitian ini dapat dilaksanakan.

### **1.3. Teknik Pengumpulan Data**

Penelitian ini menggunakan metode observasi dengan teknik *non-participant observation* yang dilakukan di lingkungan RSJ Bogor. Observasi dilakukan dengan mengamati secara seksama kondisi fisik maupun keadaan sosial yang ada di dalam Rumah Sakit Jiwa. Peneliti mengamati bangunan arsitektural Rumah Sakit Jiwa, bangsal pasien, ruangan dokter dan perawat, maupun ruangan kantor administrasi Rumah Sakit Jiwa. Juga dilakukan pengamatan terhadap kondisi interaksi sosial sehari-hari antara dokter-perawat-pasien-pihak keluarga pasien yang berlangsung di Rumah Sakit Jiwa sejak pagi hingga sore hari. Kesemua hasil pengamatan tersebut dicatat dalam catatan harian yang dihimpun dalam catatan lapangan peneliti.

*Kedua*, digunakan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan

beberapa informan di lingkungan RSJ, yaitu wawancara dengan informan 4 orang pasien, seorang dokter, dua orang perawat, dua orang kepala seksi keperawatan dan rehabilitasi, seorang staf Rumah Sakit, serta seorang dari pihak keluarga pasien (sekali pun ini berbeda dari informan pihak keluarga yang direncanakan sebelumnya). Di samping juga ada beberapa wawancara sekilas dengan direktur Rumah Sakit, salah seorang staf Rumah Sakit, serta tiga pelajar yang sedang penelitian di sana. Hasil wawancara sekilas ini, sedikit lepas, singkat, dan tidak terstruktur dengan baik, sehingga dimuat secara ringkas dalam catatan lapangan saja. Wawancara juga dilakukan terhadap informan masyarakat, yaitu seorang petugas kelurahan dan tokoh masyarakat, salah seorang warga Kelurahan Cilendek, serta kepala bagian di Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI. Wawancara dilakukan dengan teknik *unstructured face to face interview*, dengan instrumen panduan wawancara (*interview guide*) yang secara khusus disusun untuk keperluan tersebut, didukung catatan lapangan (*field notes*) yang teliti, serta dilengkapi penggunaan *tape recorder* berdasarkan kondisi dan situasi konkret yang terjadi di lapangan.

*Ketiga*, pengumpulan data juga didapat dari beberapa dokumen Rumah Sakit Jiwa, dokumen Departemen Kesehatan RI, terutama terbitan Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, laporan akuntabilitas Rumah Sakit Jiwa Bogor, data-data pasien baik dari kepala ruangan bangsal, data akuntabilitas rekam medis, maupun data dari bagian pendataan pasien Rumah Sakit Jiwa Bogor, serta dokumen penting lain tentang gangguan jiwa yang terdapat di surat kabar, majalah, jurnal, maupun internet.

Kesemua bentuk pengambilan data seperti disebutkan di atas merupakan teknik validasi data yang diterapkan dalam penelitian ini.

#### **I.4. Teknik Analisa Data**

Analisa data dalam penelitian kualitatif adalah sebuah proses yang tidak mudah, membutuhkan kesabaran dan waktu cukup lama tetapi sangat menarik, terutama karena datanya sedikit rumit dan tidak dapat dikonversikan menjadi unit-unit pengukuran standar seperti dalam penelitian kuantitatif.

Teknik analisa data dalam studi ini dilakukan dengan beberapa tahap. Tahap pertama adalah dengan mengumpulkan dan menghimpun data yang diperoleh, baik data yang berbentuk primer dari catatan lapangan dan hasil wawancara mendalam, maupun data berbentuk sekunder dari dokumen penting yang diperoleh. Tahap kedua adalah dengan memeriksa kebenaran data tersebut. Tahap ketiga menyeleksi data-data yang ada dengan membuat kategorisasi atau mengelompokkannya sesuai dengan topik yang akan dikaji. Penyeleksian berarti melakukan penandaan, baik dengan melingkari maupun menyusunnya sesuai dengan aspek yang akan dikaji. Penyeleksian data juga merupakan teknik validasi data agar mendapatkan data-data yang tepat untuk dijadikan sumber data sesuai dengan kedalaman dan konsistensi data tersebut berdasarkan alur penelitian yang telah dibuat. Data-data yang telah dikategorisasi dan dianggap paling valid di antara data-data yang ada, maka selanjutnya disusun secara sistematis dan diinterpretasikan. Proses interpretasi dan analisa dilakukan dengan (1) memaparkan data terlebih dahulu lalu dianalisa dengan teori atau tesis yang sudah diungkap di bagian kerangka pemikiran, atau dengan (2)

mengungkap teori atau tesis untuk diuji dengan data temuan lapangan yang ada.

## **J. KETERBATASAN PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan dalam beberapa keterbatasan yang dialami peneliti, yaitu: Pertama, singkatnya waktu penelitian, akibat *deadline* masa studi yang singkat menjadi beban tersendiri bagi peneliti. Sehingga kadang-kadang konsentrasi penelitian sedikit terganggu. Kedua, problem penyakit kejiwaan sering lebih dilihat sebagai bidang psikologi dan kedokteran oleh informan, sehingga seringkali terjadi kesalahpahaman dari segi konsepsi sosiologis dengan peneliti. Ketiga, penelitian tentang gangguan jiwa tidak mudah dilakukan, karena merupakan suatu kegiatan yang menyentuh masalah-masalah peka, tabu, sensitif, serta sering tidak dikehendaki oleh informan penelitian yang bersangkutan.

## **K. SISTEMATIKA PENULISAN**

Pada penelitian kali ini, sistematika penulisan disusun sebagai berikut:

Bab I berisi **Pendahuluan** tentang latar belakang masalah, ruang lingkup permasalahan, tujuan penelitian, signifikansi penelitian, literatur review, kerangka konseptual, rumusan pertanyaan penelitian, definisi operasional, metode penelitian: (pendekatan penelitian, sasaran dan lokasi penelitian, teknik pengumpulan data, teknik analisa data), keterbatasan penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab II berisi **Deskripsi Lokasi Penelitian** tentang kondisi fisik Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, kondisi pasien Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor sebagai lokasi penelitian.

Bab III berisi **Aktifitas Keseharian RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor** tentang model perawatan dan kebijakan kesehatan RSJ, relasi dokter dan pasien di RSJ, pasien sebagai obyek perawatan kesehatan jiwa.

Bab IV berisi tentang **Pandangan Masyarakat Terhadap Pasien RSJ** tentang perubahan identitas diri individu penderita kejiwaan, gagalnya sosialisasi di masyarakat, identitas baru dan proses stigmatisasi.

Bab V berisi **Pandangan Masyarakat Terhadap RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor** tentang stereotip RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor di masyarakat, mekanisme kontrol sosial di masyarakat.

Bab VI berisi **Kesimpulan** yang terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi. Sedangkan pada lembar berikutnya memuat daftar pustaka dan lampiran-lampiran.

## BAB II

### DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN

Bab ini menggambarkan tentang kondisi fisik Rumah Sakit Jiwa, kondisi pasien, serta Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor sebagai lokasi penelitian. Hal ini penting agar dapat diperoleh suatu gambaran nyata, yang sehari-hari terjadi dan tampak dalam aktifitas Rumah Sakit Jiwa Bogor tersebut. Suatu deskripsi yang diperlukan sebagai uraian kritis dan menjadi pijakan selanjutnya dalam penelitian ini.

#### A. KONDISI FISIK RUMAH SAKIT DR. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Rumah Sakit Jiwa Bogor yang kemudian diganti namanya menjadi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, memiliki arsitektur bangunan yang usianya cukup tua. Rumah Sakit Jiwa ini memiliki luas lahan paling luas jika dibandingkan dengan Rumah Sakit Jiwa lain yang ada di Indonesia. Dalam perkembangannya, luas lahan Rumah Sakit Jiwa banyak berkurang akibat penerapan kebijakan pembangunan pemerintah daerah Bogor, sehingga semakin lama luas lahan Rumah Sakit Jiwa semakin kecil, bahkan terkesan semakin mempersempit tata ruangnya.

Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor yang dibangun pada tahun 1882 ini, kondisinya sudah banyak mengalami perubahan hingga sekarang. Arsitektur bangunan yang dulunya mengacu pada arsitektur bangunan Belanda sudah mulai ditinggalkan dan diganti dengan arsitektur bangunan modern sekarang. Arsitektur modern tersebut terutama dipakai untuk bangunan Rumah Sakit yang baru, yaitu terutama ruang perkantoran dan bangsal VIP yang baru. Sementara untuk bangunan lama tetap dipertahankan dengan pertimbangan kondisi bangunannya masih baik, kokoh, dan dana pembangunan yang disediakan oleh pemerintah minim sekali. Hanya



beberapa usaha renovasi dan penataan ulang yang dilakukan agar memungkinkan tercipta suasana yang lebih akrab dan sesuai dengan kondisi sekarang.

Letak bangunan Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor antara satu bangsal dengan bangsal yang lain, ataupun antara satu ruangan dengan ruangan yang lain relatif agak terpisah dan berjarak. Kondisi ini dibuat sedemikian rupa terutama dengan pertimbangan penciptaan suasana yang luas dan terbuka bagi pasien, serta menghindari kesan dan situasi yang sempit dan kompleks. Letak Rumah Sakit Jiwa sendiri dulunya jauh dari perkampungan penduduk, sebab letaknya berada terpencil dipinggiran kota Bogor. Pemilihan letak lahan yang demikian, dibuat mengingat bahwa Rumah Sakit Jiwa sengaja didesain dengan mengacu pada situasi hening dan sunyi bagi proses rehabilitasi jiwa pasien. Maka dibangunlah Rumah Sakit Jiwa ini di atas lahan yang luas dan berada di pinggir kota, jauh dari keramaian dan terhindar dari kompleksitas perkotaan.

Struktur bangunan Rumah Sakit Jiwa bila diklasifikasi perbangsal, maka akan didapati suatu tata ruang bangunan yang didesain bersifat tertutup antara satu bangsal dengan bangsal yang lain. Bangsal-bangsal tersebut rata-rata disekat dengan pagar besi sekelilingnya, dan hanya ada satu pintu masuk-keluar yang selalu dijaga petugas Rumah Sakit Jiwa. Bangsal-bangsal dibuat terpisah berdasarkan jenis kelamin pasien, tetapi pada beberapa bangsal, seperti bangsal Sadewa, ruang ICU Kresna, bangsal Gatotkaca, dan Bangsal Saraswati, dibuat campur dan hanya dipisahkan kamar tidur dan kamar mandinya saja. Sementara ruang bermain/ruang santai-istirahat, serta halaman dibuat cair bagi pasien laki-laki dan perempuan. Pada setiap ruangan bangsal

biasanya terdapat rata-rata 3-4 orang perawat dan dibantu 2-3 orang petugas per bangsalnya, kecuali untuk bangsal besar dan kompleks seperti ruang ICU Kresna.

Bangunan bangsal pasien ditata dengan tata ruang yang terkesan sederhana dan praktis. Sebab pengaturan ruangan dibuat menurut kebutuhan bangsal dan diatur untuk memudahkan aspek pengawasan perawat terhadap kegiatan pasien selama 24 jam. Setiap ruangan bangsal terdiri atas beberapa bagian ruangan, yaitu ruang tidur, ruang makan, ruang perawat/dokter, kamar mandi, ruang isolasi, dan teras halaman. Karena tata ruangan yang berbentuk bangsal, maka sebelah kiri bangsal tidur dan kamar mandi pasien laki-laki hanya dipisahkan bangunan ruang perawat/dokter di posisi tengah ruangan. Sedang sebelah kanannya merupakan bangsal tidur dan kamar mandi pasien perempuan (lihat lampiran bangsal Yudistira ataupun bangsal Sadewa). Sementara untuk ruangan bangsal tenang pasien berjenis kelamin sama (bangsal laki-laki atau bangsal perempuan saja), maka fungsi pembagian ruangan hanya untuk mengelompokkan pasien menurut perbedaan kategori gangguan sakitnya, atau terkadang dibuat lebih berdasarkan pada kategori tipe kelas ruangnya.

Untuk ruang ICU Kresna yang merupakan ruang *unit intensive care* pertama kali bagi perawatan pasien yang masih gaduh gelisah, maka tata ruangnya dibuat sedikit berbeda, yaitu dilengkapi dengan ruang isolasi di dalamnya. Demikian halnya, untuk ruang isolasi seperti bangsal Saraswati maupun Gatotkaca, maka ruangan dibuat dengan fungsi sebagai ruang isolasi bagi pasien-pasien (lihat lampiran denah ruang Kresna, Saraswati, dan Gatotkaca). Kesemua ruang khusus ini dilengkapi pagar

di sekelilingnya, selalu terkunci, ditunggu seorang petugas jaga, dan tidak sembarang orang diperkenankan memasukinya.

Bangsai-bangsai di Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor kondisi bangunannya sudah dimakan usia dan mutu perawatan bangunannya rendah, sehingga bangunan bangsal tampak kusam, catnya mulai pudar, terlihat kurang terawat, dan seringkali tidak sesuai dengan kualitas tipe kelas yang sebenarnya. Bangsal-bangsai yang merupakan peninggalan Belanda tersebut, dibuat dengan model arsitektur ruang kamar yang tinggi, dilengkapi pintu dan jendela kayu yang besar, berjeruji besi, serta kurang pencahayaannya.

Kondisi ini relatif sudah lebih baik, sebab dulunya rata-rata ruang bangsal dibuat tanpa pencahayaan, kurang ventilasinya, serta semua aktifitas pasien mulai tidur, makan, mandi, dan buang hajat dilakukan di ruangan tersebut. Gambaran fisik bangunan Rumah Sakit Jiwa waktu dulu, seperti dilukiskan Pak Akemat, Kasi Keperawatan RS Dr. Marzoeki Mahdi adalah sebagai berikut:

Dulu memang bangunannya seperti penjara dengan teralis-teralis besar, tapi sekarang kan sudah banyak berubah. Dulu bangunan isolasi itu dibikin sedemikian rupa, sehingga pasien tinggal berak kencing di situ. Jadi gambarannya ya ruang kecil tinggi terus kemudian di belakang ada semacam lubangnyanya seperti lubang tikus (BA, 11 Maret 2004)

Pada bangunan ruang administrasi, ruangan kantor sub bidang, maupun ruang pergudangan, kondisi atapnya sudah banyak yang bocor dan rangka bangunannya sudah mulai rapuh. Karena itulah beberapa ruang serba guna maupun ruang administrasi Rumah Sakit Jiwa ini beberapa waktu lalu direnovasi total. Usaha perbaikan ini dilakukan guna menjaga kelancaran kerja para staf Rumah Sakit Jiwa,

serta menghindari kerusakan bangunan yang lebih fatal. Di samping tentunya untuk menjaga kesan Rumah Sakit Jiwa agar terlihat rapi, bersih, dan terawat.

Tetapi paling tidak, kondisi kurang terawat pada Rumah Sakit Jiwa ini, mungkin dipengaruhi halaman luar bangsal yang luas, dipenuhi ilalang dan rumput-rumput liar, serta pepohonan besar yang rimbun dan besar-besar. Kondisi fisik yang cenderung menampilkan kesan Rumah Sakit Jiwa yang kusam, seram, dan tak terawat dengan baik. Lebih dari itu, penataan ruangan Rumah Sakit Jiwa yang tak tertata rapi dan tambal sulam, menjadi tampilan arsitektural yang terkesan agak semrawut.

#### **B. KONDISI PASIEN RUMAH SAKIT Dr. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Pasien Rumah Sakit umum kondisinya tentu berbeda jauh dengan pasien Rumah Sakit Jiwa. Demikian halnya kondisi pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor. Para pasien yang sudah tenang biasanya dibiarkan berkeliaran bebas di luar areal ruangan bangsal. Sekalipun begitu, tampak sekali penampilan mereka cenderung berbeda dari individu kebanyakan. Penampilan para pasien jiwa rata-rata acak-acakan, pakaiannya lusuh, serta secara fisik tampak tak terurus dengan baik. Mereka memiliki citra diri sebagai individu yang tampil semaunya dan tidak bisa merawat diri dengan baik.

Dalam pergaulannya para pasien cenderung menutup diri, tidak terjadi interaksi timbal balik yang baik dengan para pasien lain. Para pasien ini relatif hanya berinteraksi dalam aktifitas terapi kelompok dengan sesamanya, dan itupun terbatas kualitas intensitasnya. Meskipun bagi beberapa pasien tenang yang sadar, kadangkala

sesama mereka dapat berinteraksi dengan baik, disebabkan adanya kesamaan masalah, keluhan, dan pengalaman hidup yang dialami.

Individu yang pernah masuk berobat dan menjalani perawatan Rumah Sakit Jiwa, mereka kemungkinan besar akan sulit keluar dari sistem perawatan Rumah Sakit Jiwa tersebut. Sebab rata-rata pasien yang sudah masuk ke Rumah Sakit Jiwa, maka kebanyakan mereka teridentifikasi sebagai individu yang memiliki gangguan jiwa akut, kronis, membahayakan lingkungannya, dan harus dilakukan perawatan intensif atasnya. Para pasien yang dibawa ke Rumah Sakit Jiwa ini, seperti diakui dokter dan para perawat Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi kebanyakan merupakan pasien jiwa akut yang sudah tidak tertangani lagi di lingkungan keluarganya.

Di samping itu, keberadaan para pasien yang bertahan cukup lama di Rumah Sakit Jiwa, biasanya dipengaruhi oleh jenis gangguan jiwa yang dideritanya. Mereka kebanyakan mengidap diagnosa gangguan schizoprenia paranoid. Kondisi gangguan jiwa yang menyebabkan para pasien menjalani perawatan jangka panjang di Rumah Sakit Jiwa. Sebab gangguan jiwa akut yang mereka alami, seperti schizoprenia paranoid belum dapat diobati hingga sekarang.

Data koding diagnosa bagian rekam medik Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor tahun 2003 menunjukkan, bahwa diagnosa penyakit terbesar untuk rawat jalan adalah schizoprenia paranoid sebesar 24,22%, psikosis reaktif singkat sebesar 6,69%, dan pemeriksaan kesehatan sebesar 5,32%. Lihat tabel di bawah ini:

**Tabel 2: Tabel 10 Besar Penyakit Rawat Jalan Tahun 2003**

No	Diagnosa Penyakit	Presentasi
1	Schizoprenia Paranoid	24,22%
2	Psikosis Reaktif Singkat	6,69%
3	Pemeriksaan Kesehatan	5,22%
4	Schizoprenia	4,56%
5	Schizoprenia Tak Tergolongkan	4,10%
6	Epilepsi	3,93%
7	Schizoprenia Form	3,35%
8	Depresi Psikotik	2,98%
9	Schizoprenia Hebefrenik	2,75%
10	Ichialgia	2,36%

Demikian halnya diagnosa penyakit untuk rawat inap menunjukkan hal yang sama, yaitu schizoprenia paranoid sebesar 58,37%, psikotik reaktif singkat sebesar 8,50%, dan gangguan mental akibat penyalahgunaan zat sebesar 7,73%. Lihat tabel berikut :

**Tabel 3: Tabel 10 Besar Penyakit Rawat Inap Tahun 2003**

No	Diagnosa Penyakit	Presentasi
1	Schizoprenia Paranoid	58,37%
2	Psikosis Reaktif Singkat	8,50%
3	Gg. Mental akibat Penyalahgunaan Zat	7,73%
4	Schizoprenia Hebefrenik	4,40%
5	Schizoprenia	2,41%
6	Gangguan Skizoafektif	2,30%
7	Schizoprenia Tak Tergolongkan	2,10%
8	Schizoprenia Form	2,05%
9	Epilepsi	1,13%
10	Schizoprenia Simplex	1,08%

Data di atas menunjukkan fakta, bahwa para pasien jiwa kebanyakan merupakan pasien yang keluar masuk rawat inap atau harus selalu berobat jalan di

Rumah Sakit Jiwa. Mereka rata-rata mengalami perawatan jangka panjang sudah cukup lama di Rumah Sakit Jiwa. Para pasien itu rata-rata telah puluhan tahun berada dalam perawatan Rumah Sakit Jiwa ini, sekalipun dengan tingkat perawatan tinggal di Rumah Sakit tidak 100%, melainkan beberapa bulan inap kemudian keluar, tetapi beberapa bulan kemudian kembali lagi ke Rumah Sakit, demikian seterusnya.

Data yang peneliti dapatkan di bangsal Dewi Amba misalnya, menunjukkan bahwa dari 15 orang pasien yang rawat inap, terdapat 9 orang pasien yang merupakan pasien lama dan sudah bertahun-tahun tinggal di Rumah Sakit tersebut. Menurut keterangan Ibu Iwad maupun perawat lain di bangsal Dewi Amba, bahwa beberapa pasien tersebut berada di sana sejak tahun 1969 dan tahun 1970-an (Catatan Lapangan, 14 Mei 2004).

Para pasien ini bila mengacu pada buku rekam medis pasien, maka rata-rata mereka ditangani secara bergantian oleh beberapa dokter berbeda. Ada pasien yang ditangani oleh sepuluh orang dokter berbeda, bahkan lebih. Hal ini disebabkan lamanya perawatan mereka selama di Rumah Sakit Jiwa tersebut. Kadang seorang dokter harus menangani pasien tersebut sampai lima kali pertemuan dalam rentang waktu yang berbeda, bahkan kadangkala sampai dokter bersangkutan sudah tidak bertugas, ataupun meninggal dunia lebih dulu. Daftar rekam diri pasien yang memuat tentang hal tersebut dapat dilihat di lampiran.

Data laporan pasien bulanan maupun statistik rekam medik Rumah Sakit Jiwa selama tahun 2003 memperlihatkan, bahwa hampir separuh dari jumlah pasien yang berobat jalan ataupun rawat inap merupakan pasien lama. Data statistik rawat inap

Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi tahun 2003 menunjukkan, bahwa dari 1.955 kasus pasien yang rawat inap, terdapat 748 kasus pasien lama dan 1.207 kasus pasien baru.

Kondisi yang sama juga terjadi pada pasien akut dan tidak memiliki keluarga, maka mereka akan tinggal seumur hidup di Rumah Sakit Jiwa. Sehingga tidak mengherankan, jika angka kematian kasar pasien (*gross death rate*) Rumah Sakit Jiwa ini pada tahun 2003 mencapai 2,10%, atau terdapat angka kematian sebesar 41 orang pasien. Angka kematian ini, terutama terjadi pada pasien lansia yang memang telah cukup lama tinggal di Rumah Sakit (Rekam Medik, 2004: 7).

Sementara bagi pasien yang masih memiliki keluarga, apabila kondisi pasien tersebut sudah baik, maka pihak keluarga akan membawanya pulang. Demikian halnya apabila kondisi pasien sudah baik, tetapi keluarga tidak tahu atau tidak mau mengambilnya, maka pihak Rumah Sakit akan melakukan kunjungan rumah (*home visit*) ke pihak keluarga pasien. Setelah itu, barulah pihak Rumah Sakit Jiwa akan mengirim pasien tersebut pulang kembali ke rumah keluarganya.

Kondisi pasien jiwa yang lemah semakin tampak dalam aktifitas relasi mereka dengan dokter maupun perawat. Para pasien tampak tidak berdaya, cenderung diacuhkan, dan sepenuhnya tidak berhak atas diri mereka sendiri. Para pasien harus patuh pada perintah dokter maupun perawat, dan harus berlaku baik, sekalipun sebenarnya mereka tidak merasa sakit dan dapat hidup normal. Karenanya para pasien bergantung sepenuhnya pada kemauan dokter dan kebaikan pihak keluarga.



### C. RS Dr. MARZOEKI MAHDI BOGOR SEBAGAI LOKASI PENELITIAN

Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor mempunyai catatan sejarah yang sangat panjang, sebab Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit Jiwa pertama dan tertua di Indonesia. Keberadaan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) di Indonesia didirikan berdasarkan keputusan kerajaan (*Koninklijk Besluit*) tertanggal 30 Desember 1865-No. 100, dan menurut keputusan Gubernur Jenderal (*Gouverneur Generaal*) tertanggal 14 Mei 1867. Di mana sejak saat itu dimulai pembangunan RSJ pertama di Indonesia. Dan sebagai pembukaan diresmikan RSJ bogor pada tanggal 1 Juli 1882 sebagai RSJ pertama, dan selanjutnya dibangun RSJ-RSJ lainnya.

RSJ Bogor dipilih oleh Dr Bauer dan Dr J.W Hofmann (dua orang dokter yang dipercaya pemerintah Belanda untuk membangun RSJ di Indonesia) dengan pertimbangan letaknya dekat dengan pusat pemerintahan di Jakarta, dekat dengan jalan pos, mampu dan cocok untuk merawat 400 pasien jiwa, serta hawanya yang sejuk dan lahan yang masih luas. Di samping atas pertimbangan, bahwa Bogor merupakan satu-satunya kota yang melaporkan adanya *exacerbasi (tussenpozende krankzinnigheid)*, yaitu kondisi berbahaya untuk keamanan sekitar, akibat meningkatnya angka kasus psikiatrik di sana (Depkes RI., 1976: 26).

RSJ Bogor didirikan di atas lahan seluas 117 Hektar dengan batas-batas alamiah yang terbentuk oleh kali Cisadane dan Cikeumeuh. Tetapi dalam perkembangannya sekarang, luas lahan Rumah Sakit ini hanya 1.092.184,58 M2 dengan luas bangunan 42.217,12 M2. Sementara keadaan lingkungan RSJ Bogor

sekarang adalah batas Utara Perumahan Bumi Menteng Asri, batas Barat kali Cisadane, batas Timur Kompleks Balitro, dan batas Selatan Jalan Manunggal.

Keputusan mendirikan RSJ Bogor adalah berdasarkan: *Pertama*, Sensus tahun 1862 yang walaupun tidak dapat dipercayai sepenuhnya, tetapi memberi suatu kesimpulan, bahwa masih cukup banyak pasien yang menderita penyakit jiwa berkeliaran di masyarakat bebas. *Kedua*, Kebutuhan akan tempat khusus yang lebih efisien (hemat) untuk merawat pasien gangguan jiwa yang selama ini ditampung di penampungan, serta di RS umum dan RS tentara dengan cara perawatan yang bersifat isolatif semata. *Ketiga*, Adanya pendapat bahwa, penyakit jiwa dapat disembuhkan, jika diberikan perhatian dan perawatan yang layak (Depkes RI., 1982:9).

Berdasarkan "*Het Reglement op het Krankzinnigen Wezen*" (Stbl 1897 No. 54 dengan segala perubahan dan tambahan-tambahannya), maka RSJ Bogor hanya melayani pasien yang ada indikasi gangguan jiwa berat dari Kejaksaan, Kepolisian, Pamong Praja, atau instansi pemerintah lainnya. Tetapi tidak melayani pasien secara langsung dari masyarakat umum. Menurut Dr. Amir Hussein Anwar SpKJ (Mantan Direktur RSJ Bogor), bahwa dulunya RSJ Bogor merupakan tempat pembuangan para warga Indonesia yang mengalami gangguan jiwa akibat tekanan dan paksaan dalam kerja paksa. Di samping sebagai tempat penampungan bagi mereka-mereka yang gelandangan dan dianggap mengganggu lingkungan sosial (Catatan Lapangan, 4 September 2002). Karenanya tidak mengherankan, bila bangunan Rumah Sakit masih dilengkapi jeruji besi yang kuat dan cara perawatan yang bersifat *custodial* waktu itu,

yaitu sebagai tempat penampungan dan isolasi semata, tanpa mengutamakan penyaluran dan pembinaan sumber daya eks-pasien di masyarakat.

Rumah Sakit Jiwa Bogor berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.135/MenKes/SK/IV/1978 merupakan Rumah Sakit tipe A untuk kelas Rumah Sakit Jiwa, dan berada dalam status kepemilikan Departemen Kesehatan RI. RSJ Bogor telah mengalami 13 kali pergantian kepemimpinan sejak masa kemerdekaan, yaitu sejak kepemimpinan Dr. Marzoeki Mahdi tahun 1945-1946, hingga kepemimpinan Dr. Junaidi tahun 2002-sekarang.

Ketika Dr. Amir Hussein Anwar SpKJ menjadi pimpinan Rumah Sakit Jiwa Bogor, maka beliau melakukan upaya perubahan nama Rumah Sakit Jiwa menjadi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi, yaitu sejak tahun 2001. RS Dr. Marzoeki Mahdi ini didukung tenaga medis dan non-medis sebanyak 656 orang pegawai. Rumah Sakit ini mempunyai kapasitas tempat tidur tersedia sebanyak 650 buah, dan sebanyak 641 tempat tidur yang dibiayai pemerintah. Di samping memiliki fasilitas unit gawat darurat (UGD), rawat inap, dan rehabilitasi mental. Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi sekarang juga dilengkapi dengan unit layanan baru, yaitu berupa rawat inap residen NAPZA, poliklinik umum, poliklinik psikiatri, poliklinik anak dan remaja, poliklinik psikologi, poliklinik gigi, dan rehabilitasi medik.

Rumah Sakit Jiwa sebelum tahun 1966 berfungsi sebagai tempat penampungan pasien dengan gangguan jiwa berat dan membahayakan lingkungan sekitar dirinya, sehingga mereka perlu diobati dan dikurung. Kenyataan ini terkait dengan undang-undang kesehatan jiwa zaman Belanda yang menganggap Rumah

Sakit Jiwa sebagai "*gestich*" (tempat kurungan). Rumah Sakit Jiwa seakan-akan memberikan citra sebagai stasiun akhir (*end station*) bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa, yaitu terutama pasien psikotik (gangguan jiwa berat). Citra tersebut juga diakibatkan tindakan masyarakat kita yang hingga akhir tahun 1980-an, masih sering melakukan pemasungan terhadap mereka yang mengalami gangguan jiwa.

Tetapi dalam perkembangannya, melalui penyuluhan serta penerapan kebijakan pemerintah terkait dengan perawatan kesehatan jiwa. Maka RSJ kini menjadi tempat untuk mengobati, membimbing, merawat dan mengajar pasien dengan gangguan jiwa. Pelayanan tidak hanya ditujukan pada pasien psikotik, melainkan juga untuk pasien gangguan jiwa ringan yang hanya berobat jalan.

Karena itulah RS Dr. Marzoeki Mahdi dalam aktifitas pengobatannya berpegang pada fungsi RS untuk menyelenggarakan dan melaksanakan pelayanan, pencegahan, pemulihan dan rehabilitasi di bidang kesehatan jiwa sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. RS Dr. Marzoeki Mahdi mempunyai misi mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang profesional, menciptakan produk unggulan dalam bidang kesehatan jiwa, melaksanakan pelayanan dengan prinsip kemanusiaan, dan mencapai kesejahteraan bersama bagi semua yang berkepentingan. Sementara itu tujuan RS ini adalah tercapainya jasa pelayanan kesehatan jiwa dengan kualitas prima, terciptanya produk unggulan dalam bidang kesehatan jiwa, tersedia SDM bidang kesehatan jiwa yang profesional, dan tercapainya peningkatan *cost recovery* Rumah Sakit.

Perkembangan menarik yang dilakukan RS Marzoeki Mahdi adalah cara perawatan yang jauh lebih modern dengan obat-obatan psikotropika dan ditunjang psikoterapi dan konsultasi psikologi walaupun masih dalam skala terbatas. Perawatan Rumah Sakit Jiwa diberikan dengan tenggang waktu yang terbatas. Keluarga diharuskan untuk mengambil pasien pulang kembali jika sudah tidak memerlukan perawatan lagi. Masa perawatan pasien sekarang sudah bisa diperpendek hingga 90 hari saja. Setelah itu pasien hanya butuh berobat jalan menurut kebutuhan konsultasi dan persediaan obat yang dimiliki pasien bersangkutan.

Sementara itu, cara-cara pengasingan (isolasi) masih dilakukan, mengingat bahwa model perawatan dengan fasilitas ruang isolasi masih cukup dominan di RSJ ini. Tetapi tindakan vikisasi (pengikatan) dan terapi kejang listrik (ECT) hanya dilakukan seperlunya, sesuai kondisi pasien yang amuk ataupun akut sekali sakitnya. Pasien RS Dr. Marzoeki Mahdi sekarang relatif lebih bebas berkeliraran. Mereka para pasien yang sudah tenang bisa berjalan-jalan di luar halaman bangsal, tetapi dengan selalu dijaga dan diawasi petugas jaga di pintu keluar Rumah Sakit. Pasien Rumah Sakit sekarang sudah tidak lagi memakai seragam khusus, seperti terjadi sebelum tahun 1980-an. Sekalipun begitu, dari cara berpakaian dan penampilan kebanyakan pasien yang asal dan cenderung eksentrik, memungkinkan petugas ataupun pengunjung Rumah Sakit dapat membedakannya dengan baik.

Di sisi lain, perubahan status Rumah Sakit Jiwa dari klinik sosial murni menjadi unit sosial ekonomi sesuai peraturan Departemen Kesehatan, menyebabkan kualitas rehabilitasi pasien agak menurun. Akibatnya kadang terjadi benturan antara

jasa pelayanan kesehatan yang manusiawi secara sosial dengan kebutuhan ekonomi Rumah Sakit Jiwa. Masalah yang muncul, seperti penyediaan fasilitas ruangan bangsal pasien yang kadang tidak sesuai dengan kualitas tipe kelasnya. Rumah Sakit sekarang semakin selektif melakukan kebijakan droping pasien ke pihak keluarga. Langkah ini juga diikuti optimalisasi penggunaan kamar tidur di bangsal pasien hingga tiga kali serahun. Tindakan yang dapat dilakukan, disebabkan waktu rawat inap pasien yang dapat lebih diperpendek dari sebelumnya.

Tetapi status RS Dr. Marzoeki Mahdi sebagai Rumah Sakit Jiwa Pusat milik pemerintah, membuat keterbatasan-keterbatasan semacam di atas masih mungkin ditutupi. Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi paling tidak masih mampu memberikan perawatan dan rehabilitasi gangguan jiwa secara memadai dengan dukungan dana JPSPK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) terhadap pasien tidak mampu. Pasien tidak mampu jumlahnya lebih dari separuh jumlah pasien gangguan jiwa yang berobat di situ. Di samping itu, tercapai pula peningkatan target pendapatan Rumah Sakit tersebut hingga lebih 10 milyar di tahun 2003. Padahal dalam situasi seperti saat ini, masih banyak Rumah Sakit Jiwa yang pendapatannya di bawah 1 milyar/tahun.

#### **D. RINGKASAN**

1. Kondisi fisik Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor merepresentasikan arsitektur bangunan lama yang terkesan besar, tinggi, kusam, kurang pencahayaan, dan sunyi. Bangunan Rumah Sakit didesain bersifat tertutup dan berjarak antara satu bangsal dengan bangsal lain, serta dipagar besi

sekelilingnya untuk bangsal khusus. Secara fisik Rumah Sakit Jiwa dibuat dengan teknik arsitektur yang memudahkan para perawat dan dokter mengatur, merawat, dan mengawasi pasien secara kontinu selama 24 jam.

2. Kondisi pasien jiwa rata-rata acak-acakan, lusuh dan kurang terurus baik. Para pasien cenderung menutup diri, dan relatif hanya berinteraksi dalam aktifitas terapi semata. Pasien RSJ kebanyakan diidentifikasi memiliki gangguan jiwa akut, kronis, membahayakan lingkungan, dan membutuhkan perawatan intensif kedokteran jiwa. Mereka rata-rata merupakan pasien yang bolak-balik berada di RSJ untuk menjalani perawatan jangka panjang yang lama waktunya, bahkan mungkin seumur hidupnya.
3. Rumah Sakit Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor memiliki sejarah panjang kedokteran jiwa Barat. Rumah Sakit ini dibuat karena adanya *exacerbasi* (kondisi bahaya) akibat meningkatnya kasus psikiatrik di sana. Tempat ini dulunya tertutup bagi masyarakat umum, memakai sistem *custodial* dan menjadikan Rumah Sakit Jiwa berperan sebagai *gestich* (tempat kurungan) bagi penderita gangguan jiwa. Tetapi sekarang perawatan pasien jiwa jauh lebih baik, sebab memakai obat psikotropika, ditunjang psikoterapi dan konsultasi psikologi secara terbatas, serta fasilitas kesehatan umum.

## BAB III

### AKTIFITAS KESEHARIAN RS Dr. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Dalam aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa, para pasien gangguan jiwa tampak telah menjadi obyek perawatan kesehatan jiwa. Pasien gangguan jiwa berada diposisi yang lemah dan menjadi obyek yang harus disembuhkan. Kenyataan ini dapat ditelusuri dengan mengupas apa yang terdapat pada model perawatan dan kebijakan kesehatan yang diterapkan, serta bentuk relasi dokter-pasien yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa tersebut.

#### A. MODEL PERAWATAN DAN KEBIJAKAN KESEHATAN RSJ

Masyarakat menyebut gangguan jiwa biasanya dengan sebutan orang gila, PA ataupun orang yang sakit jiwanya. Ibu Ida salah seorang warga di kelurahan Cilendek, menuturkan bahwa:

...sebagai orang yang sakit, sakit jiwanya. Sebab kalau orang gila itu kan sudah divonis, tapi kalau sakit jiwa kan masih mungkin bisa diobatin (II, 20 Maret 2004)

Gangguan jiwa secara umum menurut Bu Iwad (kepala ruang bangsal Dewi Amba) diartikan bahwa mereka dilihat oleh masyarakat sebagai seseorang yang:

...sosialnya terganggu, motoriknya terganggu, emosinya terganggu, termasuk pola pikirnya, kognitifnya. Biasanya begitu mereka tidak sesuai dengan norma-norma masyarakat.... (IW, 10 Maret 2004)

Bagi Bapak Soedjono (Kepala ruangan Kresna, Bangsal ICU), gangguan jiwa yang biasa terdapat di Rumah Sakit ini adalah:

Gangguan jiwa itu dapat dibagi dua, yaitu: psikotik dan yang neurotik. Faktor-faktor yang banyak dengan psikotik adalah dengan diagnosis medis *schizophrenia* yang paling banyak ditemui di sini adalah ya *schizophrenia paranoid*. Terus yang depresi juga banyak, yang psikotik akut banyak. Kalau yang neurotik itu mental retardasi, maksudnya yang IQ-nya rendah, terus kemudian epilepsi. Nah di luar daripada itu, ada kombinasi juga. Ada yang



gangguan jiwa disebabkan oleh organ atau fisiknya mengalami kerusakan, disebut organik, yaitu sakit jiwa yang disebabkan organ otaknya atau yang lainnya rusak atau sakit. Di luar pasien gangguan jiwa, di sini juga dikirim yang man: pasien dari kepolisian untuk meminta *visum et repertum*, apabila ada anggota masyarakat yang melakukan tindak pidana di luar, ditahan oleh polisi. Di dalam tahanan polisi dia menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa.... (PS, 9 Maret 2004)

Sementara gangguan jiwa menurut Bu As, Kasi IV bidang rehabilitasi Rumah

Sakit Dr. Marzoecki Mahdi adalah:

gangguan jiwa yang saya ketahui adalah seseorang atau individu yang mengalami gangguan perilaku, yang dia itu tidak bisa mengendalikan perilaku yang bisa membahayakan orang lain maupun dirinya sendiri, termasuk juga dia tidak bisa memperhatikan kebutuhan dasar akan dirinya (IA, 19 Maret 2004)

Sedangkan menurut dokter dan psikiater Rumah Sakit Jiwa Dr. Rahmat (DR, 16 Maret 2004), bahwa gangguan jiwa itu penyebabnya dikarenakan gangguan organik atau biologis atau bisa juga tanpa gangguan organik yang jelas. Dan bisa juga yang non-organik, yaitu yang terjadi karena proses psikososial. Mereka dapat dikategorikan berdasarkan kondisi realitasnya terganggu dan mereka yang realitasnya tidak terganggu. Kesemua penderita atau pasien ini semestinya berada dalam perawatan Rumah Sakit Jiwa. Tetapi dalam kenyataannya, mereka yang dimasukkan ke Rumah Sakit Jiwa hanya yang realitasnya terganggu, psikosis atau amuk, dan melakukan kekerasan di lingkungannya.

Bagi para pasien sendiri, gangguan jiwa tidak mereka pahami sebagai sakit, melainkan hanya kondisi stres yang membutuhkan istirahat saja, seperti penuturan pasien LN (17 Maret 2004). Ada juga pasien yang justru tidak merasa sakit. Mereka merasa sehat dan tidak mengalami gangguan apapun. Bagi mereka kemauan kuat

keluargalah yang menjadikan mereka tinggal dan menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa ini, seperti diutarakan pasien IB (17 Maret 2004). Sekalipun secara umum beberapa pasien, seperti pasien DD dan EN merasakan adanya bayangan atau halusinasi, kondisi stres dan tidak stabil beberapa waktu sebelumnya.

Gangguan jiwa bagi para pasien tidak dipahami sebagai sakit jiwa dalam terminologi masyarakat normal maupun menurut definisi kedokteran. Tetapi gangguan jiwa mereka lebih dapat dipahami melalui kebungkaman perilaku dan ucapannya, atau suatu arkeologi kebungkaman (*archeology of the silence*) menurut Foucault (1988:xi). Hal tersebut misalnya tampak pada ekspresi kosong yang mereka perlihatkan, perilaku eksentrik yang tidak biasa, serta seperti tulisan mereka di dinding tembok kamar mandi Rumah Sakit. Coretan tersebut berbunyi:

...saya pehatikan dinding tembok kamar mandi penuh coretan, bunyinya demikian: *haram. kiamat dan semua "gelo" (ngak jelas tulisannya) di neraka selamanya sejak dulu kala kata tuhan perang hancur. Dan tulisan satunya berbunyi; kehidupan halal. Semua yang sehat di dunia surga kata tuhan selamanya sejak dulu kala netral hidup* (Catatan Lapangan, 5 Maret 2004).

Di Rumah Sakit Jiwa, aktifitas keseharian rutin dijalankan sebagai bagian dari proses perawatan dan pengobatan pasien gangguan jiwa. Aktifitas keseharian ini dilakukan secara terencana mulai dari pagi hingga malam. Model perawatan ini dilakukan oleh petugas medis dan non-medis Rumah Sakit Jiwa. Mereka terbentuk sebagai sebuah *team-work* yang bertugas dengan pembagian kerja masing-masing sesuai bidangnya. Mereka terdiri atas dokter, psikiater, perawat, psikolog, *social workers*, terapis, dan tenaga penunjang yang lain. Cara kerja *team-work* seperti di atas, dijelaskan oleh Bapak Soedjono di bawah ini:

Cara kerja di ruangan ini,... jadi kami punya *team-work* di sini. *Team-work* yang terdiri dari psikiater, psikolog, perawat jiwa atau perawat umum, terus... *social workers*, terapis dan tenaga penunjang lainnya. Masing-masing profesi mempunyai kerjanya sesuai kaplingnya masing-masing (PS, 9 Maret 2004).

Petugas Rumah Sakit melakukan kerja perawatan di dalam *team-work* yang dipimpin dokter psikiater sebagai ketua *leader team* -nya. Mekanisme kerja masing-masing bidang itu dijelaskan Bapak Soedjono sebagai berikut:

...kalau psikiater yang orientasinya di pemberian terapi. Kalau perawat itu mengobservasi pasien. Setelah diobservasi, dikaji masalahnya apa, baru dilakukan asuhan keperawatan. Kita kaji, kita dapat data, kita simpulkan, baru kita rencanakan apa yang kita lakukan terhadap dia. Sudah kita lakukan baru kita evaluasi hasil kerja kita apa. Nah itu berproses waktunya dari 5 hingga 10 hari, berdampingan dengan pemberian terapi oleh dokternya. Biasanya orang-orang gaduh, gelisah psikiatri itu baru tenang antara 5 sampai 10 hari. Kemudian, tenang bukan berarti sembuh ya. Tenang baru dipindahkan ke ruangan *intermediate* ada di ruangan Gatot Koco ya. Sekarang masih campur aduk, soalnya pasiennya banyak tempatnya kurang. Perawat itu orientasinya di asuhan keperawatan. Terus *social workers* itu mengkaji latar belakang sosial ekonomi dan kemasyarakatan dia. Psikolog itu dibutuhkan pada saat ketika melihat minat, bakat, kemampuan, terus mau diarahkan dia kemana. Lah ini kerjaan psikolog. Terapis itu saat ini masih dirangkap oleh perawat. Untuk memberikan terapi aktifitas kelompok, terapi kerja, terapi musik ya.. itu di bawah payung terapi modalitas. Itu masih dibawa perawat, yang mana harusnya dilakukan oleh terapis (PS, 9 Maret 2004).

Perawatan terhadap penderita gangguan jiwa dilakukan dengan terapi yang bermacam-macam. Ada psikoterapi, di mana terapi ini dapat dilakukan secara individu maupun kelompok, seperti dalam wujud psikodinamika dalam terapi aktifitas kelompok. Terapi somatik, yaitu suatu terapi yang lebih ditujukan pada kondisi fisik tetapi diharapkan terdapat perubahan perilaku karenanya. Kemudian terapi psikofarmaterapi, yaitu terapi dengan pemakaian obat-obatan psikotropika. Terapi ini merupakan model perawatan yang paling banyak dilakukan Rumah Sakit,

sebab mudah dan praktis. Apalagi tingkat pengembangan obat-obatan psikotropika yang semakin maju dan dianggap mampu mengobati gangguan jiwa pasien. Ada juga *electro convulsy therapy* (ECT) atau terapi kejang listrik, yaitu distrum aliran listrik dengan alat ECT. Di samping itu, ada terapi lain, yaitu *occupational therapy* dan *focational therapy*, sekalipun ritmenya sangat kecil, bahkan bisa dibilang tidak ada lagi sekarang. Terapi kerja sebetulnya merupakan model perawatan yang dirancang dulunya oleh dokter F.H. Bauer, perintis Rumah Sakit Bogor ini. Terapi kerja ini penting untuk mengefektifkan waktu dan kemampuan mereka, serta memungkinkan bagi pasien untuk leluasa bergerak dan berkarya (Depkes RI., 1976: 30).

Dalam prakteknya, perawatan di Rumah Sakit Jiwa Bogor sampai pertengahan tahun 1990-an masih mengadakan terapi kerja pertanian di kebun Rumah Sakit, serta kegiatan pertukangan dan menjahit. Rumah Sakit juga mengadakan rekreasi setiap akhir minggu, atau setiap hari besar dengan mengadakan pertunjukkan film, wayang dan lain-lain. Selain itu, pasien diberi kesempatan untuk jalan-jalan atau menonton sepak bola dan pacuan kuda di luar Rumah Sakit. Di samping juga diadakan perayaan dan lomba seperti 17 Agustusan. Tetapi kebiasaan tersebut dihentikan Rumah Sakit, karena desakan keluarga pasien yang merasa anggota keluarganya hanya sekedar menjadi obyek tontonan dan dipermalukan, demikian ungkap Bapak Yusuf, tokoh kelurahan Cilendek (BY, 20 Maret 2004).

Sekalipun begitu, ada peningkatan yang lebih baik dalam perawatan gangguan jiwa, yaitu masa perawatan dapat diperpendek, sekitar 2 minggu. Sebab menurut penelitian Budiana Tria, rata-rata perawatan masih membutuhkan waktu 42 hari, kata

Bapak Soedjono (PS, 9 Maret 2004). Perawatan pasien juga sangat tergantung pihak keluarga. Kadang baru seminggu keluarga sudah mengajak pulang pasien, padahal pasien baru tenang di ruang ICU. Tetapi kadang-kadang juga pasien dibiarkan begitu saja oleh keluarga, dengan membiarkan dia menjadi penghuni tetap Rumah Sakit untuk jangka waktu yang sangat lama. Hal ini seperti dialami Pak Patmo, yang menurut penuturan Dokter Rahmat adalah:

Ada namanya Pak Patmo, itu pasien sejak tahun 1941. Dia itu waktu Pak Amir di sini, dia sudah ada. Ketika Pak Amir pensiun dia masih di sini, bahkan ketika Pak Amir meninggalpun, dia masih di sini. Sekarang kayak dia itu mau kemana? Keluarga sudah tidak ada. Padahal sudah dirawat selama 60-an tahun lebih. Yang ada di otak kepalanya ya daerah ini masih seperti tahun 40-an. Banyak pasien-pasien yang sebetulnya sudah berobat jalan. Tapi karena tidak ada keluarga. Keluarga ada, tapi bukan orang tua. Itu hambatan kita (DR, 16 Maret 2004)

Kenyataan ini diperkuat Bu As maupun Bu Iwad. Mereka melihat perawatan pasien seringkali tidak maksimal dikarenakan pihak keluarga tidak siap dengan kondisi pasien, atau adanya kecenderungan menghindar dari tanggung jawab.

Menurut keterangan beliau berdua, bahwa:

Kita di sini kan bukan hanya masalah pasien, tetapi juga masalah keluarga. Jadi peran serta keluarga. Jadi kalau lebih efektif terhadap pasien, kalau dia sudah baik sosialnya yang kita ajarkan dan hal itu didukung keluarga. Maka hari rawat akan dapat dipersingkat. Semua sangat tergantung pihak keluarga. Sebab ada pasien yang baru dua minggu dirawat sudah kooperatif, tapi pihak keluarga tidak peduli, ketika pasien pulang, kemudian dia seminggu di rumah, dia bisa kambuh lagi. Jadi sangat terkait ya antara pasien itu sendiri dan keluarga. Tapi rata-rata pasien gangguan jiwa itu hari rawatnya jauh lebih lama dibanding pasien biasa (IA, 19 Maret 2004).

Hal ini bervariasi, tergantung individu pasien keluarganya. Ada yang keluarga itu sibuk, dia tidak mau membawa pulang. Padahal di sini sudah harus pulang. Takutnya mereka bawa aja ke yayasan atau kemana gitu. Maksudnya dia tidak merawat, tetapi ada perhatian dengan menitipkan dia kemana. Itu

juga ada. Tetapi juga ada yang memang keluarga itu sibuk. Otomatis perhatian ke pasien kurang, cara pemberian obat di rumah tidak teratur, ya akhirnya pasien kambuh lagi, balik lagi ((IW, 10 Maret 2004).

Dokter Rahmat menilai perawatan akan terasa efektif dan dapat diperpendek waktunya, bila dilakukan di ruangan intensif dengan terapi pengobatan yang adekuat, perawatan yang cukup baik, monitor dari perawat juga berjalan baik. Tetapi model perawatan tersebut tidak bagi pasien psikotik, seperti diturkannya:

Di Rumah Sakit ini di beberapa ruangan yang secara intensif sudah kita lakukan pengobatan terapi yang adekuat, pengawasan yang cukup baik, monitor dari si perawat yang juga berjalan baik, hari rawatnya bisa kita pendekkan. Misalnya dulu di atas 100 hari baru bisa pulang (pasien psikotik). Kemudian di Semarang mereka bikin terapi-terapi yang patokannya 90 harian. Dengan terapi yang adekuat, sekitar 2 minggu mereka sudah bisa kembali, 10 hari, 20 hari, 2 minggu mereka sudah bisa berobat jalan, atau kalau keluarga masih pingin di sini, minta dirawat inap dulu juga bisa. Dengan terapi yang adekuat memang lebih dapat dipercepat masa rawatnya. Walaupun untuk 1-2 kasus yang *hardcore* memang tidak bisa. Dengan terapi yang lama hari rawatnya tetep nggak bisa juga (DR, 16 Maret 2004)

Efektifitas perawatan tersebut berbeda dengan yang dikemukakan oleh Bapak Soedjono (Kepala Ruangan Kresna atau bangsal ICU). Di mana pasien cenderung lemas dan mengantuk, sehingga susah diberi aktifitas lain. Sementara beban kerja perawat sendiri sangat berat dan bertumpuk-tumpuk, sehingga asuhan keperawatan menjadi kurang optimal. Kondisi demikian beliau gambarkan seperti ini:

Karena pasien itu banyak dikasih pengobatan secara intensif, yang mana obat-obatan anti-psikotik, anti-depresan, anti-halusinasi, anti-parkinson itu membuat pasien lemas, mengantuk. Kebanyakan kalau pagi tidur. Habis diinjeksi ya memang obatnya membuat cepet mengantuk. Otomatis tidur. Kita tidak bisa banyak harus membangunkannya, memberikan aktifitas itu susah...Ini adalah perawatan *intensive care* yang sangat sangat spektakuler (sambil tertawa...). Idealnya satu perawat menangani 3 pasien. Ini ada 22 perawat, kalau kita bagi shift itu rata-rata, pagi 7, terus siang 5, malam 4. jadi jumlahnya 7 perawat itu belum termasuk Kepala Ruangan, Katim...Katim-nya

saja ada 3. Berarti perawat satu tim cuma ada 3. Tiga orang menangani 17 pasien itu merupakan hal-hal yang sangat sangat sulit. Belum ditambah dengan beban kerja yang lain. Seperti menangani pasien baru, menyiapkan pasien pindah, kolaborasi dengan *team-work* yang lain; seperti dokter untuk menentukan terapi, terus pemberian peran kolaborasi pemberian obat oral dan injeksi... lah itu waktu tersita di sana. Sehingga waktu pendokumentasian aset keperawatan di sini kurang optimal. ...semua ada resikonya. Umpamanya perawat, dia juga Katim, dia juga sebagai penguji, dia juga sebagai anggota tim penerima apa. Begitu besarnya tugas-tugasnya, otomatis yang terganggu. Dampaknya terhadap pasien berarti asuhan keperawatan kita kurang optimal, gitu! (PS, 9 Maret 2004)

Pengakuan Pak Soedjono ini dikuatkan oleh Pak Akemat (Kasi II Keperawatan). Menurutnya hampir semua pasien akhirnya kembali lagi ke Rumah Sakit setelah dinyatakan sembuh. Kecenderungan yang muncul kemudian adalah perawatan yang bersifat bolak-balik, yaitu dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang ke rumah, tetapi tidak berapa lama, pasien akan kambuh lagi.

Hampir semuanya rata-rata balik lagi, tetapi tidak sekaligus. Bisa sehari, dua hari, sebulan, dua bulan, setahun atau beberapa tahun kemudian dia balik lagi. Seperti Duni (pasien yang barusan saya wawancara). Apalagi pasien schizoprenia, sudah ada penelitian bahwa pasien ini dalam jangka waktu paling lama 5 tahun, dia pasti akan kambuh lagi (BA, 11 Maret 2004)

Dengan kondisi seperti ini, pihak Rumah Sakit Jiwa kemudian lebih menekankan, bahwa efektifitas perawatan dianggap berhasil apabila waktu perawatannya dapat diperpendek, atau masa rawat inapnya dapat lebih dipersingkat.

Sebab efektifitas perawatan menurut Pak Akemat adalah:

Tingkat efektifitas itu kan sebetulnya dapat diukur dari *length of stay*, masih sekitar 90 hari, ya 3 bulan lebih rata-rata pasien dirawat di sini. Sebetulnya untuk jumlah itu bagusya memang di bawah 3 bulan... eh bagusya di bawah 100 hari. Itu sudah cukup bagus lah (BA, 11 Maret 2004)

Sementara bila perawatan tersebut berada di ruang intensif, maka dalam waktu dua minggu perawatan, pasien sudah dapat diizinkan pulang, kata dokter Rahmat di atas. Di samping itu, menurut dokter Rahmat perbedaan lain menyangkut efektifitas perawatan adalah perubahan perilaku yang secara klinis berbeda. Di mana pasien sudah tenang, tidak berbicara sendiri dan ngamuk lagi.

Tapi kalau kita melihat, bahwa dia sebelumnya sangat mengganggu kemudian tidak mengganggu. Bedanya mungkin, dia hanya tidak dapat di kembalikan ke masyarakat. Lah ini harus dibedakan. ....Jadi kita harus bedakan, secara klinis dia sudah berbeda. Waktu ngaco-ngaco, ngamuk-ngamuk dengan sekarang yang sudah dia kondisinya sama dengan yang lain-lain. Tapi *image* dalam masyarakat masih sama, yaitu sesuatu yang dipandang mengganggu, membahayakan, menakutkan. Dan apa yang terjadi di masyarakat itulah yang dijadikan patokan, seolah-olah masih tetap sama. Padahal individunya sudah berbeda. Padahal dari sudut klinis, medis hal tersebut sudah tidak ada pada individu tersebut. Karenanya harus dibedakan pandangan masyarakat dengan sejarah klinis ya (DR, 16 Maret 2004)

Situasi dan pola perawatan yang demikian sangat dipengaruhi kebijakan kesehatan yang diterapkan, baik oleh pihak Departemen Kesehatan maupun pihak Rumah Sakit sendiri. Departemen Kesehatan RI dalam UU No. 23 tahun 1992 mendefinisikan kesehatan sebagai: "keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Definisi ini ditunjang dengan empat faktor derajat kesehatan, yaitu lingkungan, perilaku, keturunan dan pelayanan kesehatan. Suatu definisi dan ukuran derajat kesehatan yang lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif hanya untuk mereka yang sehat. Sementara kuratif dan rehabilitatif sepenuhnya diserahkan pada Rumah Sakit Jiwa sebagai *focal point*-nya (Depkes RI., 2003: 2).



Padahal di lapangan, Rumah Sakit Jiwa sangat bergantung pada Dana Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dari pemerintah, yang berarti secara struktural semua kebijakan kesehatan Rumah Sakit Jiwa pun merujuk pada kebijakan kesehatan Departemen Kesehatan. Akibatnya adalah pihak Rumah Sakit lebih mengoptimalkan pengelolaan Rumah Sakit sesuai target pendapatan, daripada memperhatikan mutu dan kualitas perawatan terhadap pasien. Kondisi ini diperkuat psikiater Irmansyah seperti ditulis di majalah *Tempo* edisi 7 Desember 2003, yaitu:

Apalagi dengan penerapan kebijakan desentralisasi yang tidak menguntungkan sistem pelayanan kesehatan jiwa. Berdasarkan kebijakan tersebut, pemerintah lokal dan Rumah Sakit Jiwa setempat dipaksa membiayai kegiatan operasional tanpa persiapan dan perencanaan yang matang. Akhirnya, demi mempertahankan kegiatan operasional Rumah Sakit, sebagian pengelolanya mengurangi kapasitas perawatan jiwa serta menyulap fungsi Rumah Sakit Jiwa menjadi Rumah Sakit pelayanan umum.

...kurang berpihaknya kebijakan pemerintah terhadap pelayanan kesehatan jiwa juga tercermin dari anggaran yang diperuntukkan, yaitu 1% dari total anggaran kesehatan (*Tempo*, Edisi 7 Desember 2003).

Kenyataan tersebut menunjukkan, bagaimana mungkin mewujudkan upaya promotif dan preventif, jika kesempatan hidup, tingkat kemakmuran dan akses kesehatan yang diterima pasien berbeda, demikian pula keluarganya. Di sisi lain tidak ada panti rehabilitasi yang sanggup menampung, apalagi melakukan pembinaan selepas dari Rumah Sakit Jiwa. Sementara perawatan di Rumah Sakit Jiwa bebannya begitu menumpuk, dan sangat tergantung subsidi pemerintah. Akibatnya perawatan terhadap pasien tidak maksimal. Padahal semestinya semua hal tersebut bersifat lintas sektoral dan berhubungan satu sama lain. Dokter Rahmat mengatakan, bahwa:

...panti rehabilitasi, panti sosial seingat saya yang berada di Indonesia di bawah Dinas Sosial ada dua, yaitu satu Palamarta, kapasitas di bawah seratus.

Dan satu lagi di Jawa Timur atau di Makasar saya kurang tahu. Anda bayangkan seluruh Indonesia cuma ada dua. Padahal penderita psikotik berapa juta. Kalau dianggap 1% saja, kan sudah 2 juta. Kemudian yang perlu dirawat berapa, katakanlah 10% dari 2 juta, berapa? 200 ribu, itu gimana muternya dirawat di situ. Padahal idealnya fasilitas RSJ dengan panti kan kurang lebih bisa nampung. Yang jadi masalah sebagian besar pasien gangguan jiwa itu numpuk di RSJ, mandek keluarnya (DR, 16 Maret 2004).

Fakta lain yang menguatkan hal tersebut adalah walaupun ada panti rehabilitasi, jumlahnya sangat terbatas, dengan tingkat birokrasi yang sulit, sebab berbeda instansi, serta tidak ditunjang dengan prosedur pelayanan JPS sebagaimana yang diterima RS Marzoeki Mahdi. Akhirnya dengan kondisi demikian, maka pihak keluarga relatif lebih memilih tetap di Rumah Sakit Jiwa saja, papar Bu As:

Tidak bisa... Panti rehabilitasi itu kan bukan punya Depkes RI, tapi punya Dinas Sosial. Kita punya yang di Jawa Barat, di Palamarta. Dia itu tidak mau menerima pasien yang tidak punya keluarga dan yang gratis, tidak mau dia. Dalam arti gratis, itu kan sebetulnya tidak gratis. Masalahnya mereka tidak mau mengklaim atau prosedur yang JPS itu. Jadi di Panti Sosial itu, masalahnya keluarga dan kedua biaya. Sementara keluarga kan tidak mau repot, mereka menghindari biaya dan dengan JPS mereka merasa aman di sini. Sementara kalau di Panti kan mungkin.... saya tidak tahu, mungkin tidak bisa berlaku, mungkin tidak suka prosedurnya, mungkin itu yang membuat mereka malas. Kedua, kemudian Panti-Panti Sosial kita terbatas. Panti-Panti kita untuk pasien gangguan jiwa itu sangat terbatas. Jadi berbagai macam dalih, akhirnya keluarga ya memasukkan ke sini. Kalau memang kita tolak, ya tidak dirawat, biasanya ya dilepas, berkeliaran, akhirnya ya ditangkap dimasukin ke sini. Itu jalan akhirnya (IA, 19 Maret 2004).

*Kedua*, dengan asumsi umum dari definisi dan derajat kesehatan yang dipakai, maka sangat tidak mungkin hal tersebut dapat diwujudkan pihak Rumah Sakit Jiwa. Sebab mereka lebih mengukur efektifitas pelayanan Rumah Sakit berdasarkan tingkat hunian dan lama waktu perawatan pasien. Sementara aktifitas terapi kelompok dan terapi kerja cenderung tidak optimal, bahkan tidak dilaksanakan.

*Ketiga*, keterlibatan masyarakat dan penerimaan keluarga yang masih terbatas, diakibatkan rendahnya tingkat sosialisasi, serta mutu perawatan yang secara publik dianggap belum mampu menyembuhkan, menyebabkan sulitnya menciptakan integrasi sosial yang baik antara Rumah Sakit dan masyarakat. Sebab pasien mental tidak menyebabkan rasa kasihan pada masyarakat. Namun menimbulkan rasa takut atau hina, hingga tidak dapat diharapkan akan mendapat banyak perhatian dari keluarga maupun masyarakat (Depkes RI., 1976: 22).

## **B. RELASI DOKTER DAN PASIEN**

Aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa sebagai institusi sosial tertutup, atau *total institutions* istilah Goffman, merupakan konsekuensi yang tidak dapat dipisahkan dari kerangka perubahan sosial yang terdapat di dalam masyarakat. Menurut Durkheim (1938), penyimpangan di dalam masyarakat sudah lama dikenali sebagai pertanda akan adanya perubahan sosial, termasuk penyimpangan dalam hal gangguan jiwa (Little, 1989: 353).

Karenanya masyarakat melakukan perubahan dalam sistem-sosial dengan menciptakan adanya institusi sosial baru, yang khusus diperuntukkan bagi mereka yang dianggap menyimpang dan mengalami gangguan jiwa. Hal tersebut dibuat agar sistem besar masyarakat tetap terlindung dan terjaga dari kesalahan maupun kerusakan yang lebih fatal, akibat penyimpangan tersebut. Di samping agar tercipta kemungkinan untuk melakukan upaya penyembuhan dan rehabilitasi atas si sakit.

Rumah Sakit Jiwa sebagai institusi total memungkinkan terciptanya tata aturan baru, serta pola hubungan baru yang dibuat sedemikian rupa. Di mana segalanya diatur atas nama otoritas dan kepentingan umum masyarakat. Tata aturan yang membentuk sistem sosial baru yang terpola, berada di luar sistem besar masyarakat, dan berlaku mekanisme disiplin yang ketat di dalamnya. Menurut Goffman (1961), *total institutions* adalah:

“Suatu tempat tinggal dan bekerja yang di dalamnya sejumlah individu dalam situasi sama, terputus dari masyarakat yang lebih luas untuk suatu jangka waktu tertentu, bersama-sama menjalani hidup yang terkungkung dan diatur secara formal” (Goffman, 1961: xiii) dalam Kornblum dan Julian (1991: 78).

Dalam tata aturan baru dan terpisah tersebut, menurut Goffman terdapat beberapa ciri, yaitu: segala sesuatu dilakukan bersama-sama, dengan orang yang sama, di bawah jadwal yang ketat, kekuasaan yang kaku atau serba formal, terdapat kesenjangan yang luas antara penguasa atau orang yang berwenang dan yang dikuasai atau yang berkedudukan rendah, serta mobilitas sosial antara dua kelompok tersebut sangat terbatas (Poloma, 2000: 239).

Dalam aktifitas keseharian di Rumah Sakit Jiwa, pasien mengisi hari-harinya dengan jadwal dan aturan perawatan yang telah ditetapkan pihak Rumah Sakit.

Dalam kesehariannya aktifitas pasien dapat dideskripsikan seperti ini, yaitu:

Kalau pasien itu seperti rutinitas ya, dia bangun pagi jam 4 atau jam 5, dalam arti pasien yang pola pikirnya cukup baik. Kemudian bersamaan dengan itu, petugas sudah membuka pintu kamar, tapi pintu luar belum. Sebab dikhawatirkan pasien itu lari. Jadi jam 4 itu sebelum subuh mereka itu masih mondar-mandir di ruangan. Pasien yang sudah bisa mandi, dia mandi. Pasien yang tidak bisa mandi perlu bantuan, petugas setelah subuh membantu memandikan. Setelah selesai kira-kira jam 6 baru pintunya dibuka. Pasien bisa beraktifitas di luar ruang kamar tidurnya, tetapi masih dalam satu ruang

kamar tidurnya, bisa di halaman, bisa di teras. Dan untuk pasien yang sudah mulai produktif, dia mulai membantu membersihkan ruangan, seperti tempat tidur, menyapu, kalau mengepel belum, itu bersama petugas, terus mengantar barang-barang ke dapur untuk persiapan makan pagi..... (IA, 19 Maret 2004).

Kenyataannya beberapa pasien menjalani aktifitas kesehariannya lebih banyak santai dan sepenuhnya istirahat. Para pasien kebanyakan berdiam di kamarnya atau jalan-jalan di teras bangsal kamar. Lebih dari itu, pasien beraktifitas hanya lewat terapi kelompok. Hal ini seperti pengakuan salah seorang pasien. Menurut DD kegiatan yang biasa atau rutin dilakukan adalah:

Ya disuruh ikutan TAK (terapi aktifitas kelompok) sama teman-teman, ya duduk-duduk lah, tidur, istirahat (DD, 10 Maret 2004).

Aktifitas pasien jika siang hari adalah melakukan terapi aktifitas kelompok dengan variasi topik yang diberikan. Terapi aktifitas ini hanya dilakukan di ruang intensif, di mana pasien sudah tenang dan tidak gelisah lagi. Sementara di ruang ICU terapi aktifitas tidak dilaksanakan, sebab kondisinya tidak memungkinkan.

Terapi aktifitas kelompok bagi pasien lebih banyak menekankan diskusi dan penjelasan pengalaman pasien tentang gangguan jiwanya, serta kadang-kadang diselingi permainan. Pengelompokan disesuaikan dengan masalah gangguan jiwanya. Ada yang tentang sosialisasi bagi mereka yang punya gejala menarik diri dari masyarakat. Kemudian ada juga terapi kelompok untuk gejala halusinasi dan yang lainnya. Terapi aktifitas kelompok tersebut rata-rata dilakukan pasien secara berkelompok sesuai kasus masalahnya, dipandu dua orang perawat, serta diadakan selama satu jam setiap minggunya. Ibu As menjelaskannya sebagai berikut:

Jadi itu kembali lagi ke kebutuhan ruangan. Program ini sebaiknya tiap hari dilakukan. Karena dengan media aktifitas kelompok ini, ada kontak antara pasien dengan perawat. Walaupun secara bergantian. Frekuensi ini eh... karena keterbatasan tenaga dilakukan 2 hari sekali dengan topik yang berbeda, dengan partisipator yang berbeda. Kita kumpulkan pasien dengan masalah perawatan yang sama. Seperti masalah menarik diri, kita kumpulkan pasien sejenis antara 10-15 orang. Dengan masalah yang sama, topik yang sama, tentunya kita dapat mengevaluasi antara pasien yang satu dengan yang lainnya. Nah kemudian, hari berikutnya kita akan melakukan aktifitas kelompok dengan materi yang berbeda. Dan itu semuanya harus ada kreatifitas dari perawatnya untuk bervariasi, sehingga pasien tidak jenuh dan kedua, tujuan terapi pun akan tercapai. Nah biasanya kegiatan itu kita lakukan tidak terlalu lama satu jam maksimal, dengan pembagian waktu meliputi; persiapan berapa menit, kemudian kontrak, dan proses, terus evaluasi secara keseluruhan setelah melaksanakan kegiatan tersebut. Nah itu menjadi catatan evaluasi perawat dalam dokumentasinya, sejauhmana kemajuan pasien dengan masalah yang dihadapinya (IA, 19 Maret 2004)

Dalam prakteknya, tidak semua pasien tenang diikutkan dalam terapi aktifitas kelompok ini, semisal pasien LN yang sebangsal dengan pasien DD. Pasien ini kondisinya tenang dan memiliki permasalahan hampir sama dengan DD, tetapi ternyata tidak diikutkan dalam terapi aktifitas kelompok. LN menuturkan begini:

Belum, belum disuruh aktifitas kelompok. Paling cuma tiap Rabo diajak pengajian (LN, 17 Maret 2004).

Sedang di bangsal laki-laki, pasien yang diikutkan dalam terapi aktifitas kelompok melihatnya seperti permainan anak-anak. Sehingga tidak cocok bagi upaya perbaikan ketenangan yang dia inginkan di Rumah Sakit tersebut. Sebab menurutnya tidak ada pembagian level pendidikan yang jelas. Kata pasien IB berikut ini:

...yang begituan itu kan anak saya yang SD juga bisa. Itu cocoknya buat anak-anak. Gini-gini saya juga pernah kuliah di perguruan tinggi. Jadi tahu lah. Harusnya tidak di campur begitu, jangan disama-ratakan begitu dong. Kan ada yang ngerti, ada juga yang tidak. Harus ada klasifikasi berdasarkan edukasinya. Kalau dibikin campur ya tidak cocok edukasinya (IB, 17 Maret 2004)

Dalam kenyataannya, seringkali topik dan variasi terapi aktifitas kelompok yang diberikan sama saja dari hari ke hari. Sebab kebanyakan masalah yang dikaji hanya bagaimana si pasien tersebut dapat berinteraksi dengan baik. Padahal kasus yang dihadapi masing-masing pasien berbeda. Bahkan seringkali terapi aktifitas kelompok tersebut tidak dilaksanakan seperti diungkap Dedy, salah seorang petugas di sebuah bangsal (Catatan Lapangan, 9 Maret 2004). Lebih dari itu, seringkali perawat tidak menguasai bahan yang hendak disampaikan dalam aktifitas kelompok tersebut. Hal ini tampak terlihat dari penuturan Ibu Iwad berikut:

Sosialisasi itu misalnya untuk sesi pertama pasien mau menyebutkan namanya dulu, rumahnya dimana, alamatnya? Gitu aja. Dia mau ngomong itu aja dulu. Yang kedua, biasanya dia sudah mulai memperkenalkan diri dan menanyakan nama teman sebelahnya, nama Ibu siapa, nama teman sekelasnya. Ketiga, dia bisa mengungkapkan pribadi, misalnya teman sebelahnya yang sifatnya pribadi. Bisa juga menyebutkan besok kita terapi aktifitas kelompok? Topiknya apa? Ya itu, secara bertahap. Selanjutnya saya lupa, tidak hafal, nanti kita lihat dibuku...(IW; 10 Maret 2004)

Sementara itu aktifitas keseharian petugas dalam hal ini perawat adalah

...perawat atau petugas pagi datang, ya dilakukan operan. Walaupun kualitas operan itu bermacam-macam ya. Kadang cukup hanya lewat buku laporan pasien secara umum, tapi kadang harus dengan laporan yang diperinci. Terus perawat yang dinas pagi, menyiapkan makan pagi pasien dan setelah itu, bersama pasien yang sudah mandiri membersihkan selesai makan. Kemudian mengikuti program yang sudah dibuat di ruangan, seperti melakukan terapi aktifitas, kalau memang sudah ada jadwalnya, atau pasien sudah langsung diambil oleh perawat praktikan untuk melakukan intervensi, baik individu atau kelompok. ...kemudian tugasnya membuat melaksanakan program untuk hari itu, misalnya rapat, atau mengajukan pengaduan ke pelayanan, atau dia membawa pasien konsul ke bidang terkait, misalnya poli klinik, ke psikolog atau ke dokter-dokter yang ada di ruangan. Dan juga itu diselengi dengan keluarga pasien yang berkunjung. Dalam hal ini petugas atau perawat mengintervensi keluarga terkait dengan pasien yang dirawat dengan masalahnya. ...demikian juga asuhan yang diberikan oleh yang sore. Hanya saja yang sore ini tidak terlalu banyak kegiatan, baik pasien maupun petugas.

Perawat mendokumentasikan apa yang telah dilakukan selama sepanjang sore, sambil menunggu operan dengan yang malam. Untuk malam petugasnya jauh lebih ringan, sebab hanya mengobservasi dan memonitor pasien. Dan selebihnya membuat catatan asuhan keperawatan (IA, 19 Maret 2004).

Sedangkan aktifitas dokter sangat tergantung pada berapa hari dia memberikan obat, serta kejadian luar biasa yang menimpa pasien. Kata Bu As:

Kalau dokter datangnya tidak setiap hari, tapi tergantung berapa hari dia memberikan obat. Dokter tentunya seminggu sekali dia akan datang, kecuali ada kejadian luar biasa atau hal-hal yang perlu dilaporkan segera. Itu bisa dokternya yang dipanggil atau perawatnya menghubungi dokter, nanti perawat ke poli klinik atau dokter jaga. Seperti itu... Kemudian kalau ada kejadian, sore atau malam. Itu kita hubungi dokter jaga, karena di luar jam kerja, itu kan tanggung jawab dokter jaga ya, dokter ruangnya sudah tidak ada di tempat. Apakah pasiennya dibawa ke UGD, atau nanti dokternya datang ke ruangan, tergantung dari kondisi pasien (IA, 19 Maret 2004).

Hubungan dokter dengan pasien selama ini sangat bervariasi, dalam arti menurut Bu As, tergantung kebutuhan obat pasien dan dokternya.

Kebanyakan mereka kan kalau mereka membuat resep satu hari 30-40 resep, tentunya tidak memungkinkan. Jadi mereka punya teknik dibagi, misalnya minggu ini berapa pasien yang diobservasi. Terus kemudian minggu berikutnya, tidak sekaligus, tapi bertahap. Kemudian pasien yang luar biasa, perilakunya perlu perhatian, perlu observasi dokter, biasanya pasiennya agak diwawancarai. Kalau pasien yang akut, mungkin ya ... biasanya diobservasi tiap hari dan diwawancarai dokter. Tetapi kalau ruangan-ruangan tenang biasanya ya melalui laporan perawat. Kecuali kalau hal-hal tertentu tadi ya dilaporkan ke dokter dan dokter wawancara (IA, 19 Maret 2004).

Tetapi pada dasarnya menurut dokter Rahmat, aktifitas terapi yang dilakukan oleh dokter, dan hubungan dokter dengan pasien dapat dijelaskan sebagai berikut:

Yang dilakukan dokter di Rumah Sakit, ya dokter memberikan terapi obat-obatan. Kalau kondisinya udah bisa berkomunikasi dengan lebih baik, baru diberikan psikoterapi. Pada awalnya biasanya terapi obat-obatan. Perawat biasanya membantu memberikan obat-obatan. Demikian juga pada saat merawat tubuhnya, perawatan dini, sambil juga berkomunikasi dengan mereka untuk merangsang aktifitas. Itu yang diberikan petugas kita, sifatnya



menunjang. Sedangkan kegiatan pasien biasanya pada awal-awal masih gelisah, masih akut, kita atasi. Ketika keadaan gelisah sudah lebih tenang, daya realitasnya sudah mulai membaik, gangguan sudah mulai menghilang. Mungkin nanti sudah kita beri apa namanya... terapi-terapi yang menekankan komunikasi (DR, 16 Maret 2004).

Bagi dokter Rahmat, interaksi di Rumah Sakit ini sudah lebih bagus. Ada interaksi dokter dengan memberikan obat-obatan ataupun untuk perawatan yang lainnya. Perawat yang terus memonitor perkembangan pasien. Psikolog terlibat mengevaluasi psikologinya, termasuk turut memberi masukan terapi depresif. Sementara *social workers* bertugas menilai ekses-ekses sosial yang dialami pasien. Sekalipun memang kadang-kadang masih terdapat penyalahgunaan (*obvious*), baik pada perawat maupun dokternya.

Peran dokter dalam perawatan pasien sangat menentukan. Sebab dokter sebagai *leader team* atau ketua tim kelompok terapi. Di Rumah Sakit Jiwa dokterlah yang memegang otoritas kekuasaan perawatan, termasuk di dalamnya otoritas menyatakan pasien tersebut sakit ataupun sembuh secara klinis. Sehingga tidak mengherankan bila Hippocrates menyebut dokter sebagai *demigod* atau setengah dewa. Suatu sebutan yang menempatkan dokter dalam kedudukan istimewa karena tidak mungkin salah (Bahar Azwar, 2002: 17).

Di Indonesia sendiri, pengobatan medis kedokteran merupakan bagian budaya kolonial. Sejak awal pengobatan kedokteran dipresentasikan yang paling baik, paling benar, dan yang modern (Katrין Bandel, Kompas 10 Januari 2003). Hal ini tampak pada ilustrasi yang dibuat Dr. Bahar Azwar. SpB.Onk (2002: 84), bahwa dokter

adalah *demigod*. Mereka berjas putih dan rapi. Mereka sopan dan santun. Mereka selalu menolong orang dan tidak pernah mencelakakan.

Sementara relasi dokter dan pasien di Rumah Sakit banyak mengutip analisa dua orang dokter, yaitu Szasz dan Hollender (1956). Di mana dalam hubungan tersebut terdapat tiga tipe interaksi dokter dan pasien, yaitu: aktif-pasif, bimbingan-kerjasama, dan saling membantu. Ketiga tipe interaksi dokter dan pasien ini terjadi tergantung pada keadaan penyakit pasien dan pengobatan yang dianggap tepat oleh dokter (Fauzi Muzaham [ed.], 1995: 148-151). Relasi dokter-pasien ini dijelaskan oleh Fauzi Muzaham sebagai berikut, yaitu:

*Pertama*, hubungan aktif-pasif, berarti dokter bertindak secara aktif dan pasien secara pasif. Situasi hubungan seperti ini terjadi pada keadaan darurat, seperti luka parah akibat kecelakaan. Pasien di sini benar-benar dalam keadaan tidak berdaya waktu dokter menanganinya. *Kedua*, hubungan bimbingan-kerjasama menyangkut hubungan dokter-pasien pada keadaan yang kurang gawat dibandingkan kasus di atas. Hubungan ini tampak pada waktu penanganan penyakit akut, terutama pada kasus penyakit menular. Meskipun pasien sakit, namun ia masih sadar tentang keadaannya, masih sanggup menerima instruksi dan melakukan penilaian, serta pendapat mereka harus dipertimbangkan. *Ketiga*, hubungan saling membantu (*mutual participation*). Model hubungan ini dianggap penting waktu menangani penderita penyakit kronis. Di mana pengobatan dilaksanakan sendiri oleh pasien. Sedangkan instruksi dokter hanya diperlukan sewaktu-waktu, seperti kasus penderita diabetes (Fauzi Muzaham [ed.], 1995: 148-151).

Sementara itu bila memakai empat model relasi dokter-pasien yang dibuat Parsons (1951), maka relasi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Hubungan paternalistik (*paternalistic relationship*); merupakan relasi yang memposisikan dokter lebih tinggi. Dokter berada dalam posisi dominan dan dapat bertindak semaunya. Sementara pasien berada diposisi yang rendah dan tidak dapat berbuat apa-apa. Hubungan ini seperti hubungan orang tua yang dipercayai oleh anaknya.

2. Hubungan mutualistik (*mutuality relationship*); suatu hubungan yang sama-sama mengambil peran masing-masing, dan keduanya dapat bekerja sama secara setara untuk saling melengkapi satu sama lain.
3. Hubungan Konsumeristik (*consumerist relationship*); hubungan di mana pasien mengambil peran aktif, sedang dokter mengambil peran pasif dan meminta pendapat dan persetujuan pasien tersebut.
4. Hubungan kelalaian (*default relationship*); suatu hubungan di mana pasien berperan pasif, tetapi dokter juga bersikap mengurangi peran kontrolnya atas pasien tersebut (Parsons dalam Myfanwy Morgan, 1991: 52).

Relasi dokter-pasien model Parsons di atas, sangat dipengaruhi oleh empat karakteristik yang dibuatnya tentang peran orang sakit (*the sick role*), yaitu: *Pertama*, orang sakit merupakan orang yang tidak bertanggung jawab terhadap kondisinya. Sebab hal tersebut bukan kesengajaan, melainkan sesuatu yang harus dijalani. *Kedua*, orang sakit memperoleh perkecualian dari kewajiban dan peran normal mereka. *Ketiga*, orang sakit memperoleh status sakit secara temporer. *Keempat*, mereka mencari pertolongan dan bekerja sama secara penuh dengan pihak kedokteran guna kesembuhannya (Ibid: 50).

Tetapi dalam kasus pasien gangguan jiwa. Model relasi paternalistik-lah yang lebih mendekati. Dalam kasus gangguan jiwa, pasien tidak sebatas pasif, melainkan telah menjadi obyek pengobatan dokter. Pasien hanya patuh dan menerima saja apa yang dilakukan dokter, sekalipun mereka merasa dirinya tidak sakit apa-apa. Di sisi lain, dokter seringkali tidak menghiraukan, bahkan menafikan kehadiran pasien. Dokter lebih percaya pada laporan perawat ataupun keluhan pihak keluarga pasien. Sebab dokter dalam kasus gangguan jiwa, lebih menekankan aspek penyakitnya ketimbang mengobati sakit pasien secara keseluruhan.

Menurut Katrin Bandel (Kompas, 10 Januari 2003) sendiri, dibandingkan dengan dokter di Barat, dokter di Indonesia pada umumnya bisa dikatakan sangat pendiam. Kalau pasien tidak bertanya, dokter jarang memberikan keterangan tentang diagnosisnya. Dokter biasanya memberikan informasi kepada pasien hanya berupa keterangan seperlunya tentang pengobatan, dosis obat, dan sebagainya.

Dokter Rahmat menjelaskan, bahwa di samping keluhan dari pihak keluarga, semestinya dokter juga melakukan pemeriksaan sendiri terhadap pasien. Dalam prakteknya di RSJ Bogor, dokter jarang memeriksa si pasien. Dokter cukup hanya dengan melihat resep obat pasien sebelumnya. Meskipun dalam beberapa hal, tindakan seperti itu tergantung individu dokternya. Dokter Rahmat mengatakan:

Ada 2 hal ketentuan formal, Pertama, ada diagnostik dan ada kriteria diagnostik yang menentukan seseorang menderita gangguan jiwa. Tetapi dalam praktek di lapangan, apalagi dokter yang sudah berpengalaman yang sudah terbiasa kan tidak melihat buku lagi. Kedua, kadang-kadang dia juga mengambil apa namanya.... seharusnya memang harus dia cek. Tetapi kadang-kadang dengan pemberian terapi yang lalu. Oh dia sudah ada bayangan kira-kira gangguannya seperti ini. Menurut saya yang idealnya, sesuai dengan prosedur ya periksa, tapi dengan pengalaman dia, dia sudah dapat menentukan seperti ini. Yang saya tahu setelah itu ya dikonfirmasi walaupun itu telepon. Dan itu bukan di psikiatrik saja. Semua dokter pun begitu... Saya melihatnya tergantung dokternya sih. Ada dokter-dokter yang dia di situ sisihkan waktunya. Ada beberapa dokter yang kadang-kadang dengan jarak jauh pun, tidak.... ya individual-lah (DR, 16 Maret 2004).

Di samping itu, dokter pun jarang sekali berkomunikasi secara baik dengan pasien. Dokter seringkali tidak menghiraukan pasien. Mereka cenderung mengiyakan saja setiap percakapan pasien, memandang remeh individu pasien, serta tidak berusaha memberikan suatu penalaran yang lebih baik. Hal ini misalnya tampak pada percakapan dokter-pasien jiwa berikut ini:

...ada seorang pasien laki-laki memanggil dokter Rahmat. Pasien itu bilang: dok, saya besok boleh pulang kan? Dua kali kalimat ini diulang pasien. Sebab dokter tampak tidak menghiraukannya. Kemudian dokter Rahmat bilang: emang mau naik apa? Keluarga sudah tahu belum?. Kata pasien: naik kapal ke Karimun, entar saudara jemput di sana. Dokter menjawab: iyalah, terserah. Tapi di sini saja dulu, nanti tunggu keluarga datang ya. Kemudian pasien tersebut berlalu, dan dokter Rahmat berkata ke saya; gimana mau pulang? Bisa-bisa hilang di laut nanti. Hal-hal begitu banyak pak, tapi kita hanya berani kalau keluarga datang menjemput. Kalau tidak ya mereka tidak kita izinkan, berbahaya (Catatan Lapangan, 16 Maret 2004).

Dokter dalam relasi dengan pasien gangguan jiwa rata-rata merasa tidak punya waktu dan melakukan perawatan secara terbatas. Akibatnya mereka lebih banyak menyscrahkan perawatan pasien pada perawat. Kondisi ini hampir menyerupai data penelitian Ann Cartwright (1975) yang menunjukkan bahwa:

“Semua data menunjukkan bahwa dokter kurang menaruh simpati dan kurang memahami hubungannya dengan pasien kelas pekerja, sedangkan pasien kelas menengah dianggap dokter sebagai orang yang setaraf dengannya, dan lebih dipercayai keterangannya tentang persoalan yang dikemukakan. Hal itu berarti bahwa pasien kelas pekerja lebih sulit menyampaikan persoalannya pada dokter, sedikit saja persoalan mereka yang tersalurkan pada dokter....”(Fauzi Muzaham ed., 1995: 152).

Karena itulah, relasi dokter dengan pasien gangguan jiwa cenderung bersifat dominatif dan menindas. Kondisi ini disebabkan otoritas yang begitu besar seorang dokter. Otoritas yang begitu besar tersebut melahirkan kesenjangan yang luar biasa dalam dunia kesehatan. Di sisi lain, peran sakit yang disandang pasien seperti dikemukakan Parsons (1951) di atas semakin melemahkan status mereka. Apalagi pada posisi relasi dokter dengan pasien gangguan jiwa.

Pada hubungan dokter dengan pasien gangguan jiwa, hubungan yang terjadi tidak sebatas relasi dokter-pasien semata, melainkan trilogi hubungan yang berlaku

antara dokter-keluarga-pasien. Dalam hubungan trilogi ini, pasien menjadi korban *betrayal funnel* (corong pengkhianatan), kata Goffman (1961) dalam Deddy Mulyana (2002: 179). Pasien gangguan jiwa dalam relasi ini benar-benar tidak berdaya dengan status sakitnya yang nyata bertahan lama, baik di mata dokter maupun di hadapan keluarga. Mereka menjadi korban persekongkolan hubungan trilogi tersebut. Para pasien tersebut akhirnya lebih merupakan obyek perawatan kesehatan, ketimbang sebagai individu yang direhabilitasi.

### C. PASIEN SEBAGAI OBYEK PERAWATAN KESEHATAN JIWA

Dalam laporan tulisannya, majalah *Time* edisi 10 November 2003 menulis dengan judul "*Lose of Lives, Mental Health Crisis in Asia*". Tulisan tersebut melaporkan kondisi penderita gangguan jiwa di beberapa negara Asia, termasuk laporan penderita gangguan jiwa di Indonesia yang kondisinya sangat memprihatinkan. Laporan tersebut ditulis kembali oleh psikiater Irmansyah di kolom majalah *Tempo* edisi 7 Desember 2003, seperti dikutip di bawah ini:

Seorang penderita gangguan jiwa, tanpa busana, meringkuk dengan rantai besi di dalam sebuah fasilitas perawatan kesehatan jiwa di Jakarta. Potret ini terpampang pada sampul depan mingguan *Time* edisi 10 November 2003. Di halaman dalam, foto-foto yang dimuat pada dua halaman penuh berbicara lebih jelas tentang suramnya pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia. Tiga orang penderita dengan status gizi buruk tergeletak di lantai WC yang basah, satu diantaranya tanpa busana. Sebuah foto lain memperlihatkan penderita yang sedang menjalani hukuman, terikat di tempat tidur sederhana tanpa kasur....( *Tempo*, Edisi 7 Desember 2003).

Laporan *Time* di atas, diakui oleh dokter Rahmat, di mana salah satu pasien tersebut merupakan pasien Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi. Demikian katanya:

...baca majalah *Time* edisi 10 November 2003, itukan potret panti-panti sosial yang ada. Sekalipun di situ ada satu gambar pasien kita (DR, 16 Maret 2004).

Pasien adalah individu yang berada di Rumah Sakit dan dia memerlukan perawatan dan pengobatan dari seorang dokter. Semestinya pasien tetap dianggap sejajar dengan dokter, dan bukan ditempatkan sebagai obyek pengobatan. Sebab kedatangan pasien di Rumah Sakit dan berhadapan dengan dokter, bukanlah hadir sebagai obyek, melainkan ia hanya ingin disembuhkan dari sakitnya. Jadi semestinya pasien tersebut tetap menjadi subyek yang berkedudukan setara dengan dokter. Sebab tanpa kerjasama yang baik antara pasien dan dokter, maka sakit pasien tidak akan berhasil diobati dan dokter pun gagal menjalankan tugasnya.

Tetapi dalam prakteknya, akibat otoritas yang begitu besar. Maka seringkali dokter lupa kendali dan memposisikan pasien sebagai obyek pengobatan, dan bukan memposisikan sakit si pasien sebagai obyeknya. Kondisi ini dibenarkan dokter Rahmat, menurutnya bahwa:

...sebagian besar dokter itu melihatnya sebagai obyek bukan subyek. Intersubyektivitasnya tidak terbentuk. Sehingga timbul bias-bias seperti itu. Sebetulnya empati memang terhadap pasien-pasien itu harus dibedakan, lain empatinya. Tapi kadang-kadang, itu tadi. Tapi memang karena dokternya terjebak dalam hubungan yang subyek-obyek. Sehingga dia memperlakukan sebagai obyek saja, itu yang saya lihat (DR, 16 Maret 2004).

Padahal dalam dunia pengobatan, semestinya hubungan dokter dan pasien bersifat intersubyektivitas, yaitu dokter harus mampu menempatkan sakit pasien sebagai obyek, dan bukan sebaliknya pasienlah obyek pengobatan dokter tersebut. Hubungan intersubyektivitas memposisikan adanya kesetaraan dokter-pasien, sebab

keduanya saling membutuhkan dan bisa saling membantu, seperti dikatakan dokter

Rahmat berikut, yaitu:

Harusnya intersubektivitas. Jadi yang kita obati itu gangguannya, sakitnya yang kita atasi. Tapi yang sering terjadi dalam dunia kedokteran secara keseluruhan, jadi bukan si sakitnya ini. Jadi si pasiennya ini sebagai obyek. Dan ini yang sering terjadi. Tidak semua dokter bisa melaksanakan hubungan intersubektivitas tersebut. Lebih banyak melihat sebagai obyek yang harus diterapi. Sehingga itu salah satu perilaku dokter yang sering terjadi. Pasien belum datang, sudah tahu apa sakitnya. Tidak ada tatap muka, tidak ada kontak dan segala macam. Jadi buka hanya bidang psikiatrik saja. Tetapi inilah penyakit dalam dunia kedokteran. Bahwa hubungan intersubektivitasnya sudah mulai terganggu. Lebih banyak menganggap sebagai subyek-obyek. Itu yang sering kita ingatkan supaya jangan dilakukan hal-hal yang seperti tersebut. Tetapi hal-hal itu tidak dapat dihindari. Hampir semua bidang dunia kedokteran, hubungan intersubektivitas ini tidak terjadi (DR, 16 Maret 2004).

Tetapi anehnya, praktek penanganan pasien gangguan jiwa yang keliru dan tidak bersifat intersubektivitas tersebut dibiarkan saja. Sebaliknya kita akan disalahkan, bila mengatakan hal-hal yang cenderung menyalahkan dokter, menuduh ada praktek komersialisasi obat-obatan terhadap pasien, atau menganggap pasien sebagai sapi perahan Rumah Sakit Jiwa. Hal ini seperti dikatakan Bu As berikut:

Kalau di RSJ saya rasa itu anggapan yang keliru. Walaupun sekian persen ada wujud komersil, dalam arti promosi obat-obatan, tetapi itu tidak murni. Tapi paling tidak adalah oknum-oknum itu. Tapi kami di sini berusaha bahwa pasien tidak dijadikan obyek.... (IA, 19 maret 2004)

Sementara itu Erving Goffman mensinyalir, bahwa individu pasien menjadi orang yang divonis dan dibebani pilihan sulit menyangkut peran sosialnya. Suatu peran yang sesungguhnya tidak dia inginkan, melainkan merupakan konsekuensi logis yang dia dapatkan begitu dia masuk dalam sistem Rumah Sakit Jiwa. Sistem



yang disebut Goffman sebagai institusi total. Para pasien tersebut diilustrasikan Goffman (1961) dalam bukunya "*Asylums*" sebagai berikut:

...keadaan penderita setelah ditempatkan di dalam sebuah Rumah Sakit Jiwa akan disosialisasikan ke dalam peranan yang baru; Rumah Sakit merupakan suatu institusi yang melemahkan seseorang, di mana pasien kemudian menerima (menjalankan) peranan "orang gila" dan mengembangkan sikap dan keterampilan yang sesuai dengan suatu kehidupan institusional yang di bawah pengawasan. Selanjutnya individu menderita stigma (cacat)" sebagai orang sakit gila (jiwa), hal mana memperkokoh citra diri mereka dari orang-orang yang normal. Akhirnya mereka menjadi terasing dari masyarakat (Goffman dalam Howard S. Becker, 1963: 15).

Kenyataan demikian dianggap oleh Pak Akemat sebagai akibat pekatnya stigmatisasi yang ada di masyarakat. Sehingga kehadiran seorang individu ke sebuah Rumah Sakit Jiwa akan dimaknai dengan vonis gila. Menurutnya:

Kalau datang ke RSJ sama dengan divonis gila, dan itu tidak menyenangkan penyakit gila, beda dengan penyakit yang lain....(BA, 11 maret 2004).

Dalam prakteknya di dalam Rumah Sakit Jiwa, para pasien akan menjalani kehidupan tertutup secara bersama-sama dengan pasien-pasien yang lain. Mereka berada di dalam bangsal Rumah Sakit yang sekelilingnya dipagar, dengan pintu masuk dan keluar Rumah Sakit didirikan pos jaga yang siang-malam ditunggu beberapa orang satpam. Para pasien di dalam ruangan Rumah Sakit selalu diawasi dan dimonitor selama 24 jam penuh oleh para perawat. Seminggu atau dua minggu sekali mereka harus konsultasi dengan dokter ataupun psikolog. Mereka harus makan, minum dan injeksi obat, tidur, ataupun menjalankan aktifitas keseharian seluruhnya menurut jadwal dan aturan yang ditetapkan oleh dokter dan pihak Rumah Sakit.

Akibatnya pasien menjadi individu penghuni yang wajib tunduk dan pasrah dengan aturan Rumah Sakit yang ada. Posisi yang menjadikan pasien tidak berkuasa sedikitpun terhadap aktifitas maupun dirinya sendiri. Secara sepenuhnya pasien gangguan jiwa menjadi individu terlemah dan tak berdaya dihadapan dokter, perawat, maupun pihak keluarga. Kondisi mereka dengan status gizi yang buruk dalam beberapa kasus harus bertelanjang tanpa busana, terikat di tempat tidur sederhana tanpa kasur, meringkuk dengan rantai besi, tergeletak di lantai WC yang basah, serta lebih banyak menelan pil penenang untuk “kesembuhannya”.

Lebih dari itu, penerimaan dan pelayanan orang lain, petugas maupun institusi Rumah Sakit tergantung bukan pada perilakunya, melainkan lebih pada kategori pasien dan label sakitnya, kata Horton dan Hunt (1987: 201). Kenyataan inipun menimpa pasien gangguan jiwa. Di mana mereka secara terus-menerus dilemahkan posisinya sebagai pasien, baik lewat status diri mereka yang semakin kuat sebagai pasien sakit jiwa, lewat pemberian obat-obatan yang terus-menerus, lewat aktifitas terapi yang monoton, maupun melalui label dan diagnosis sakitnya. Mereka sekarang kehilangan hak dan kewajiban atas dirinya sendiri. Mereka kini adalah tanggungan keluarga yang dilimpahkan pengawasan sepenuhnya kepada dokter dan RSJ.

Padahal menurut laporan *The World Health Report* tahun 2001 terdapat lebih dari 40% dari pasien yang didiagnosis secara tidak tepat, sehingga menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan. Dan terdapat data dari Puskesmas, bahwa 80% kasus gangguan jiwa tidak terdeteksi oleh dokter Puskesmas (Depkes RI., 2003: 12-17).

*Kedua*, perilaku mereka tidak berarti di mata dokter, sebab dokter lebih mempercayai perawat yang mengawasi mereka selama 24 jam, serta keterangan keluhan dari pihak keluarga yang dianggap lebih baik, sebab mereka sehat dan normal. Kondisi ini tampak dari keterangan dokter Rahmat berikut ini:

...pasien-pasien ini yang sudah dirawat di sini yang psikosis, itukan daya realitasnya terganggu. Sangat sulit yang bisa menyampaikan keluhannya. Kadang-kadang dia tidak merasakan menderita. Justru lebih banyak keluhan berasal dari pihak keluarga, lingkungan dalam hal ini. Kalau pasien fisik di Rumah Sakit umum, dia merasakan dia ungkapkan. Pasien-pasien yang menderita gangguan jiwa berat, justru banyak yang tidak merasa sakit. Malah menyangkal sakit. Jadi dia tidak ada keluhan. Justru lingkungan, keluarga yang mengatakan soal keluhan. Jadi keluhan seringkali berasal dari keluarga. Kedua, kenapa tidak sering ke dokter. Karena memang dokter tidak 24 jam bertugas di sana. Sementara perawat 24 jam. Jadi peluang ketemu akan lebih banyak sebagai perawat. Itu juga tim-work kita. Jadi selama 24 jam secara formal ada yang mendampingi kita memonitor mereka. Jadi perawat lebih banyak kontakannya dengan mereka. Sehingga kemungkinan lebih banyak mengungkapkan keluhannya pada perawat. Tapi sebetulnya yang banyak mengungkapkan, yang pada saat awal-awal penerimaan, yaitu keluarga (DR, 16 Maret 2004)

Dokter rata-rata melihat sekilas ke fisik pasien, dan selebihnya menanyakan keluhan dan sakit pasien terhadap pihak keluarga. Demikian penuturan Ibu IR tentang hal tersebut, bahwa:

Dokter sih paling lihat fisiknya saja. Sehat, ya tidak apa-apa. Kalau sakitnya sih tanya sama keluarga, sama saya. Kenapa dia, ngaco atau apa? Pokoknya kita yang bilang, kalau dia itu begini-begini dok (IR, 19 Maret 2004)

*Ketiga*, posisi pasien sangat lemah, sebab kehadiran mereka bukan atas otoritas diri sendiri, melainkan otoritas keluarga lah yang mengantarkan pasien masuk Rumah Sakit Jiwa, dan otoritas dokter untuk merawatnya. Sehingga sekuat apapun pasien gangguan jiwa menyangkal, melawan, dan berkeras tidak merasa sakit, tetap

saja dia akan divonis sakit dan mengalami gangguan jiwa. Hal ini seperti dikatakan oleh Pak Akemat, bahwa:

Biasanya pasien yang datang dibawa oleh keluarganya, oleh aparat pemerintahan, baik RT/RW/Kelurahan, ataupun petugas hukum, dinas sosial maupun Kepolisian (BA, 11 Maret 2004).

Di samping itu, bila ada pasien yang merasa baik dan tidak merasa sakit apa-apa, tetapi nekad pulang tanpa ada persetujuan dokter ataupun pihak keluarga. Maka pasien tersebut akan dicari dan dipaksa kembali lagi ke Rumah Sakit. Kejadian ini juga dialami pasien LN, seperti yang dituturkan berikut:

Iya, aku udah baikan. Kemarin aku nekat pulang, tapi langsung dijemput lagi sama perawat (LN, 17 Maret 2004).

Padahal dalam beberapa kasus rata-rata pasien sudah menginginkan untuk sesegera mungkin pulang dan kembali ke rumah. Tetapi tanpa izin dari pihak keluarga, maka keinginan tersebut sia-sia belaka. Sementara seringkali pihak keluarga sudah tidak peduli. Mereka sengaja menjauhkan individu pasien tersebut dari kehidupan keluarganya, dan ingin tetap mempertahankan mereka selama mungkin tinggal di Rumah Sakit. Pasien LN (17 Maret 2004) mengatakan, bahwa: kata Bapak aku disuruh istirahat dulu di sini. Sementara menurut EN (17 Maret 2004) seperti dibilang kakak perempuannya: udah Eni di sini aja, enakan, banyak temannya. Padahal nyatanya pasien IB (17 Maret 2004) mengaku, bahwa: tidak tahu, saya tidak apa-apa kok. Tidak ada keluhan apa-apa.

Beberapa pasien yang saya wawancarai di atas, rata-rata dapat berinteraksi secara baik, komunikasi merekapun bagus, tetapi mereka merasa lemah dan tidak

berdaya ketika dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit. Para pasien ini, seperti IB, LN, DD, maupun EN, mereka rata-rata merasa sehat dan tampak tidak menunjukkan tanda-tanda sakit, selain EN yang tampak lemas dan tak bertenaga, mungkin akibat pengaruh obat penenang yang diberikan setiap hari kepada mereka. Situasi ini juga tampak pada komentar Pak Akemat, bila:

...nampaknya sekarang dokter lebih memilih dengan psikofarmaterapi karena memang lebih singkat dan lebih gampang. Pasien datang, kasih resep, kemudian dia minum obat kemudian bisa istirahat, tidur (BA, 11 Maret 2004).

Di sisi lain, pekatnya persepsi dan pandangan masyarakat barangkali terkait erat dengan kecenderungan birokrasi kedokteran yang ada. Ketentuan-ketentuan yang dibuat seringkali diatas-namakan perlindungan terhadap dokter dan Rumah Sakit. Padahal bisa jadi hal tersebut merupakan mekanisme dari *medical resistance* ataupun *informed consent* ---istilah hukum yang dipakai dalam relasi dokter dan pasien--- yang sengaja dibuat untuk mengamankan dan melindungi kepentingan dokter dan Rumah Sakit tersebut. Dokter Rahmat menguraikannya seperti ini:

Saya melihatnya ini kecenderungan birokrasi. Bukan hanya birokrasi saja. Dalam dunia kedokteran secara umum ya. Karena kemajuan teknologi, kemajuan segala macam. Sehingga hal-hal yang formal-formal itu yang lebih banyak dilakukan terutama dari sudut formalita. Kedua, dari sisi biaya. Dulu kan banyak keluhan-keluhan pasien gelisah segala macam, harus kena biaya masuk dan segala macam. Ini bukan hanya di RS ini, melainkan terjadi di semua bidang kedokteran secara umum. Ini salah satu tantangan dunia kedokteran. Hanya beberapa peraturan pemerintah yang dibuat. Pasien gawat darurat harus diperiksa terlebih dahulu. Tapi di lapangan ya tergantung. Tidak semua Rumah Sakit bisa melakukan hal tersebut. Dan kembali lagi ke kita petugas lapangan. Tidak semua bisa melakukan itu. Apalagi yang terbiasa dengan birokrasi. Harus ini dulu, itu-nya dulu, ngurus di sana.... Adanya tuntutan hukum itu yang dalam dunia kedokteran disebut *medical resistance*. Sehingga timbul resistensi yang lebih kuat dari dunia medis untuk membela diri. Satu dari tuntutan hukum. Kedua dari segi biaya. Coba RS swasta?

Pasien kabur. Lah itu yang terjadi. Jadi pola ini bukan hanya di RSJ, tapi sudah terjadi di dunia kedokteran secara menyeluruh, istilahnya *medical resistance* ini. Karena dalam merangka melindungi ini, kedua dari sudut dokter juga sebagian tidak murni untuk menolong. Ada juga yang masih uangnya aja. Dasarnya RS swasta dan macem-macem...(DR, 16 Maret 2004).

*Medical resistance* dan *informed consent* dalam dunia medis kedokteran menjadi alibi kuat untuk melindungi kinerja dokter dari tuntutan hukum pasien akibat kesalahan mereka sendiri, dan sekaligus untuk lebih memperkuat otoritas kedokterannya. Padahal dalam prakteknya, dokter belajar dari resiko yang ditanggung pasien. Karena dalam prakteknya menurut Ivan Illich (1995: 22) dalam bukunya "*Limits to Medicine Medical Nemesis: Expropriation to Health*", bahwa:

"Para dokter belajar dari resiko yang di tanggung oleh pasien. Rasa sakit dan kelemahan yang disebabkan oleh dokter merupakan suatu bagian praktek pengobatan. Kurangnya profesionalisme, kesembronoan, dan secara absolut tidak punya kesanggupan adalah bentuk-bentuk malpraktek yang sudah berlangsung lama. Mereka membuat penelitian dan membunuh dengan kekuasaan tanpa ada hukuman, faktanya adalah dokter adalah satu-satunya yang boleh membunuh. Lebih jauh lagi, mereka membuat pasien bertanggung jawab. Mereka menyalahkan orang yang sudah tidak berdaya".

Bila pasien sakit fisik, maka dia masih mungkin dapat melakukan perlawanan secara fisik maupun hukum terhadap dokter. Tetapi bagi pasien gangguan jiwa, yang secara individual berada dalam posisi terjepit di antara hubungan segi tiga relasi dokter-keluarga-pasien. Maka ia hanya menjadi individu yang dikorbankan atas nama perawatan, pengobatan, dan mekanisme mereka yang lebih punya pengetahuan dan kuasa. Pasien gangguan jiwa hanya akan menjadi individu yang diistilahkan Goffman (1961) sebagai *betrayal funnel* di antara hubungan tersebut.

Pasien gangguan jiwa benar-benar menjadi obyek perawatan dan pengobatan. Mereka benar-benar diposisikan sebagai individu yang lemah dan tak berdaya. Mereka berada di Rumah Sakit Jiwa sebagai obyek yang harus disembuhkan. Meski penyembuhan itu sendiri lebih sering tidak bermakna dan tidak dapat diterima hasilnya oleh masyarakat secara luas.

Pasien menjadi obyek perawatan kesehatan yang dikorbankan untuk menandai adanya demarkasi garis sosial antara mereka yang sehat dan memiliki kuasa di masyarakat. Pasien menjadi kelinci percobaan bagi otoritas kedokteran yang nyata-nyata tidak mampu merehabilitasi mereka secara lebih baik. Sebab faktanya meskipun mereka telah dinyatakan sembuh klinis dokter, hampir semuanya akhirnya kembali lagi ke Rumah Sakit Jiwa. Sebaliknya dokter dan institusi total Rumah Sakit Jiwa semakin memperkuat vonis sakit dan label bahwa ia menderita gangguan jiwa. Label yang turun temurun dikutuk para dokter maupun pendeta, kata Illich (1995: 5).

Di sisi lain, para pasien relatif dianggap tidak memiliki mobilitas sosial yang baik. Sebab mereka tidak dapat melakukan apapun di Rumah Sakit Jiwa, selain istirahat dan tidur. Karenanya mengikuti Michel Foucault (1988), maka mereka yang menderita gangguan jiwa akan dianggap tidak memiliki rasio, lemah, miskin, tidak berguna, dan akan disingkirkan dari kehidupan keluarga dan masyarakat.

#### **D. RINGKASAN**

1. Perawatan kesehatan jiwa berada dalam otoritas penuh Rumah Sakit Jiwa sebagai *focal point*-nya. Kebijakan kesehatan Rumah Sakit Jiwa dalam

prakteknya lebih banyak menerima pasien psikotik. Akibatnya para pasien tersebut sukar, bahkan tidak dapat disembuhkan. Sementara citra tersebut terlanjur melekat kuat dan memberi vonis gila terhadap siapapun yang pernah berobat ke sana. Karenanya perawatan kesehatan jiwa lebih menampakkan aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa dan kurang berpengaruh terhadap kesembuhan pasien.

2. Relasi dokter dengan pasien gangguan jiwa lebih menunjukkan relasi yang dominatif dan menindas. Sebab dokter sering tidak menghiraukan pasien, bahkan cenderung menafikan kehadiran pasien. Dokter lebih percaya pada laporan perawat dan keluhan keluarga pasien. Karenanya dalam relasi ini, pasien benar-benar tidak berdaya, status sakitnya bertahan lama, dan mereka menjadi korban persekongkolan dokter dan keluarga.
3. Otoritas dokter yang demikian besar dan relasi dokter-pasien yang tidak bersifat intersubyektivitas, menjadikan pasien harus tunduk dan patuh pada kemauan dokter. Pasien berada pada posisi lemah, bahkan tidak memiliki otoritas atas diri mereka sendiri. Karenanya perawatan kedokteran jiwa hanya menjadikan pasien obyek pengobatan ketimbang upaya rehabilitasi.



## BAB IV

### PANDANGAN MASYARAKAT TERHADAP PASIEN RSJ

Masyarakat memaknai pasien Rumah Sakit Jiwa sebagai individu yang tidak mampu menjalankan perannya. Kondisi yang terjadi akibat identitas diri baru mereka. Identitas diri sebagai pasien yang terinstruksi, dan diri yang distigmatisasi karena kegagalannya bersosialisasi. Bab empat ini berusaha mengungkap kondisi sebenarnya pasien di mata masyarakat.

#### A. PERUBAHAN IDENTITAS DIRI INDIVIDU PENDERITA KEJIWAAN

Identitas diri individu sangat bergantung pada interaksi sosial yang individu jalani di dalam masyarakat. Karena identitas diri individu terbentuk melalui persentuhannya dengan individu-individu yang lain. Charles H. Cooley memaknai konsep diri (*self concept*) seseorang berkembang melalui interaksinya dengan orang lain, yang disebutnya sebagai *looking glass self*. Seseorang berperilaku dan bersikap berdasarkan tanggapan yang dia terima dari individu lain di dalam masyarakat. Cooley berpendapat, bahwa *looking glass self* terbentuk melalui tiga tahap. *Pertama*, seseorang mempunyai persepsi mengenai pandangan orang lain terhadapnya. *Kedua*, seseorang mempunyai persepsi mengenai penilaian orang lain terhadap penampilannya. *Ketiga*, seseorang mempunyai perasaan terhadap apa yang dirasakannya sebagai penilaian orang lain terhadapnya (Horton dan Hunt, 1984: 106).

Pemikiran Cooley didukung George Herbert Mead, di mana dia mengajukan teori tentang *generalized others*. Menurut Mead, setiap anggota masyarakat harus mempelajari peran-peran atau proses pengambilan peran (*role taking*) yang ada dalam masyarakat. Proses ini berlangsung dalam tiga tahap, yaitu: masa persiapan (*pre*

*stage*), tahap bermain (*game stage*), dan tahap permainan (*generalized others*). Jika seseorang telah mencapai tahap *generalized others*, maka menurut Mead orang tersebut telah mempunyai suatu diri (Ibid, 110-111).

Tetapi di Rumah Sakit Jiwa, di mana individu di dalamnya menjadi pasien gangguan jiwa. Maka individu pasien cenderung sulit memenuhi kriteria tahapan yang dibuat Cooley maupun Mead. Sebab individu pasien di Rumah Sakit Jiwa lebih mencerminkan diri yang terinstruksi. Diri yang melakukan aktifitas atas dasar aturan dan kebiasaan yang ditata sedemikian rupa oleh pihak Rumah Sakit. Lebih dari itu, individu tersebut telah menjadi individu yang lain dan berbeda dari sebelumnya. Sekalipun hal tersebut tidak mereka sadari dan terjadi desosialisasi di dalamnya.

Pasien dan individu merupakan dua identitas diri yang berbeda. Individu adalah identitas umum yang dimiliki seseorang sebagai diri pada umumnya. Sementara pasien merupakan identitas diri individu yang dilekatkan padanya, disebabkan statusnya sebagai penghuni Rumah Sakit. Bila pada diri individu, maka identitasnya murni dan terdapat kemampuan dan posisi setara dengan individu yang lain dalam relasinya. Tetapi tidak pada diri pasien, di mana diri yang bersangkutan tersebut berada dalam hubungan relasi yang berbeda dan posisinya berada di bawah tanggungan otoritas kuasa individu lain.

Di Rumah Sakit Jiwa, individu menjadi diri yang tunduk pada persetujuan izin keluarga dalam berobat, pengantar persetujuan dari pihak RT atau RW, Kepolisian maupun Dinas Sosial bila tidak ada keluarga. Kemudian menurut pada persetujuan kesembuhan dari dokter, serta harus patuh dan mengikuti apapun yang diinginkan

perawat maupun dokter terhadapnya. Individu pasien benar-benar tidak memiliki apapun atas dirinya. Karena itu, bukan hanya dokter yang boleh mengintervensi, perawat pun punya kewenangan 24 jam dalam pengawasannya untuk mengintervensi pasien. Kenyataan seperti ini diakui Bu As berikut:

....perawat itu memiliki kompetensi untuk mengintervensi masalah keperawatan yang dimiliki pasien (IA, 19 Maret 2004).

Lebih lanjut, sebagaimana digambarkan oleh Goffman (1961), maka hal yang pertama-tama melanda pasien ketika menginjakkan kaki di Rumah Sakit Jiwa ialah usaha memisahkan kediriannya (*self*) yang lama. Bagi Goffman, masuk ke Rumah Sakit merupakan perpindahan dari tahap pra-pasien ke tahap menjadi pasien, suatu perubahan yang sangat dramatis. Di mana di situ sejumlah hak, kemerdekaan, dan kepuasan yang dia miliki dilucuti segala-galanya oleh dokter (Poloma, 2000: 140).

Bagi masyarakat, pasien gangguan jiwa memiliki identitas diri yang berbeda dari sebelumnya. Pasien gangguan jiwa dilihat oleh salah seorang warga PE sebagai:

Ya... nasib mereka memang dikasih penyakit seperti itu. Jijik sekali sih ngak, tergantung keadaan pasien. Jangankan pasien jiwa, kita saja kalo lihat orang berak aja sudah jijik. Tapi yang bersih juga banyak. Kan memang mereka tidak bisa merawat diri, tapi ya kita bantulah. Mungkin orang-orang melihatnya begitu, jijik dan ya rata-rata menjauhi. Bagi saya sih ya yang sewajarnya saja. Memang nasibnya begitu (PE, 16 Maret 2004).

Pasien gangguan jiwa dilihat berdasarkan kondisi baru di mana dia berada. Kondisi baru tersebut menampilkan pandangan serta perlakuan yang berbeda dari orang lain. Sehingga wajar bila Goffman (1961) mengatakan, bahwa diri bukanlah sesuatu yang dimiliki individu, melainkan sesuatu yang dipinjamkan orang lain

kepadanya. Semisal bagaimana seorang warga di Kelurahan Cilendek yang berdekatan dengan Rumah Sakit Jiwa, bernama Ibu Ida melihat mereka sebagai:

Saya melihatnya sebagai orang yang sakit, sakit jiwanya. Kalau orang gila itu kan sudah divonis, tapi kalau sakit jiwa kan masih mungkin bisa diobatin (II, 20 Maret 2004).

Pandangan terhadap diri individu yang mengalami gangguan jiwa, entah dianggap gila, disebut sakit ataupun sakit jiwanya terlahir menurut interaksi yang telah berlangsung lama di masyarakat. Pandangan terhadap diri individu yang demikian menurut Ibu Ida terjadi karena:

Ya gimana, udah dari sononya sih. Namanya orang gila ya gila. Pake dijelasin ataupun tidak masyarakat udah bisa ngebedain. Apalagi yang dia itu pernah ngamuk atau suka ngaco ngomongnya (II, 20 Maret 2004).

Tetapi paling tidak ada penuturan Pak Yusuf, tokoh masyarakat Cilendek sekaligus petugas kelurahan yang mengetahui latar sejarah dan perkembangan masyarakat Cilendek dalam interaksinya dengan Rumah Sakit Jiwa Bogor. Menurut Pak Yusuf, masyarakat Cilendek menyebut orang-orang sakit jiwa sebagai:

Oh... kalau warga di sini umumnya menyebutnya sebagai pasien. Sebab dulunya sebelum tahun 80-an, mereka itu banyak yang keluyuran, berkeliaran di kampung-kampung, di situlah warga banyak menyebut wah...ada pasien. Padahal maksudnya mereka orang yang sakit jiwa (BY, 20 Maret 2004).

Penyebutan sebagai pasien, menggantikan sebutan orang gila, sakit jiwa, ataupun PA. Penyebutan tersebut lahir dari persentuhan masyarakat dengan institusi Rumah Sakit Jiwa. Penyebutan pasien menandai status diri individu penderita gangguan jiwa, yang hingga tahun 1980-an masih menggunakan seragam pasien. Tetapi meski seragam pasien telah dilepas, identitas diri penderita tetap saja disebut

pasien oleh masyarakat sekitar Rumah Sakit Jiwa hingga sekarang. Perubahan penyebutan nama tersebut tidak menghilangkan makna identitas diri yang dimiliki para pasien. Sebab penyebutan tersebut lebih bermakna penghalusan dan kebiasaan yang sudah biasa dilakukan oleh para dokter, perawat, maupun staf Rumah Sakit.

Dalam keseharian di Rumah Sakit Jiwa, setiap orang baru yang belum tahu dan terbiasa dengan situasi dan kondisi Rumah Sakit. Maka ia akan disarankan untuk tidak menggunakan kata-kata orang gila, sakit jiwa, sakit anda apa?, ataupun penyebutan kasar lain yang sering terjadi di masyarakat. Para dokter, perawat, maupun staf Rumah Sakit lebih menyukai kita memakai sebutan orang yang terganggu jiwanya, stres, apa keluhan anda?, serta kata-kata lain yang lebih halus maknanya dan tidak berkonotasi negatif terhadap mereka.

Sementara di Rumah Sakit Jiwa, dengan status baru yang melekat padanya. Maka pasien akan disebut sebagai obyek perawatan kesehatan yang harus ditangani. Pasien tetap disebut sebagai orang yang sakit, terganggu jiwanya, serta harus selalu diawasi oleh perawat selama 24 jam. Para pasien ini harus mendapatkan pengobatan secara kontinu, baik oral maupun injeksi. Mereka harus dilatih dan diatur dengan kriteria kedokteran untuk upaya penyembuhannya.

Bila dulu identitas mereka diperkuat dengan seragam pasien Rumah Sakit, hingga akhir tahun 80-an (BY, 20 Maret 2004). Maka sekarang hal tersebut dilepaskan, tidak dipakai lagi seragam khusus pasien. Status nama Rumah Sakit Jiwa diganti dengan RS. Dr. Marzoeki Mahdi. Pergantian nama ini agar terkesan lebih umum dan cair di masyarakat. Di samping itu, mulai dibuka pelayanan umum

kesehatan lainnya. Langkah-langkah ini dilakukan pihak Rumah Sakit untuk alasan menghilangkan stigma dan kesan buruk terhadap diri pasien. Di samping pastinya guna lebih meningkatkan tingkat hunian Rumah Sakit, untuk meningkatkan aspek pelayanan kesehatan yang lebih luas dan lebih kompatibel mengikuti globalisasi dan persaingan bebas (BA, 11 Maret 2004), serta menurut ukuran efektifitas kerja Rumah Sakit Dr. Marzoeqi Mahdi sebagai unit sosial ekonomi (DR, 16 Maret 2004).

Sekalipun terdapat perubahan penghalusan aturan yang diterapkan Rumah Sakit Jiwa. Identitas individu dengan gangguan jiwa semakin kuat melekat ketika yang bersangkutan masuk Rumah Sakit Jiwa. Sebab justifikasi diri individu menjadi semakin jelas, bahwa yang bersangkutan adalah sakit, justru ketika yang bersangkutan sebagai seorang pasien Rumah Sakit tersebut. Kenyataan ini dibenarkan oleh Kepala Seksi II Keperawatan, bahwa:

Kalau datang ke RSJ sama dengan divonis gila, dan itu tidak menyenangkan penyakit gila, beda dengan penyakit yang lain (BA, 11 Maret 2004).

Individu biasa yang kemudian mengalami perubahan diri sebagai seorang pasien. Maka menurut Goffman (1961), diri individu tersebut secara sistematis akan mengalami perubahan identitas, yaitu:

1. Destruksi diri terhadap dunia luar sebelumnya. Di mana diri individu secara serius akan kehilangan hak miliknya, berupa pekerjaan, pendidikan, interaksi dengan sesama, serta hal-hal lain yang dulu dia miliki.
2. Konstruksi identitas berbeda ke dalam identitas dirinya. Akibat tercerabutnya identitas diri sebelumnya, maka individu sekarang akan menjalani suatu konstruksi identitas berbeda di Rumah Sakit Jiwa. Di mana kini dia menjadi pasien, berhadapan dengan dokter dan perawat, diatur segala aktifitas dan kebutuhannya dengan jadwal yang ketat, serta menerima pelayanan sehari-hari yang relatif lebih buruk.

3. Pembatasan ataupun pengurangan status kedewasaan dalam penentuan diri atas otonomi dan kebebasan. Di sini individu harus tunduk dan patuh pada semua aturan yang ada, sebab individu tersebut tidak lagi memiliki kuasa dan hak apapun atas dirinya. Diri pasien merupakan diri yang diatur dan berada dalam tanggungan orang lain.
4. Individu mengalami destruksi terhadap keamanan dirinya. Dia tidak lagi punya privasi, sebab di Rumah Sakit intervensi perawat maupun dokter biasa dan legal menyentuh bahkan memaksa fisik dirinya.
5. Reduksi menyangkut kemampuan atau wewenang dan kemandirian. Di mana dengan semauanya diri individu diperlakukan atas nama wewenang dokter dan kesembuhan medis kedokteran.
6. Individu diperlemah harga dirinya. Perlakuan yang dianggap legal dan sering semena-mena memperlakukan pasien, menjadikan mereka kehilangan diri yang sebenarnya. Mereka berlaku menurut apa yang diinginkan perawat dan dokter Rumah Sakit Jiwa. Akibatnya mereka kehilangan harkat dirinya sebagai individu yang mampu dan independen.
7. Identifikasi berdasarkan ideologi kelembagaan. Di mana diri sebagai penghuni Rumah Sakit akan diidentifikasi sebagai bagian karakter institusi atau lembaga di mana dia berada. Karakter tertutup, bersifat *total institutions*, serta sebagai tempat pembuangan, maka akan melekatkan identifikasi diri sebagai diri yang tertutup dan terbuang (Goffman (1961) dalam Kears dan Gordon, 1992: 221-222)

Bila dulu, ketika penderita gangguan jiwa masih berada di Rumah. Maka perlakuan yang dialami masih sebatas isolasi alami atau dibatasi gerak-geriknya, serta dijauhi anggota masyarakat yang lain. Mereka diperlakukan dengan sedikit berbeda oleh anggota keluarganya. Tetapi mereka tetap memiliki hak yang sama seperti anggota masyarakat yang lain. Kenyataan tidak boleh kemana-mana diceritakan pasien LN. Menurutnya: "...kalau pergi ke rumah temen aja, nginep gitu, mesti dicariin. Ngak boleh kemana-mana" (LN, 17 Maret 2004). Kemudian adanya semacam isolasi keluarga dialami pasien EN. EN ingat betul bagaimana perlakuan kakak perempuannya. EN menceritakan bahwa kakak perempuannya pernah bilang: "...udah Eni di sini aja (maksudnya di RSJ), enakan banyak temannya". Demikian

juga kurangnya perhatian keluarga terhadap mereka dituturkan pasien DD berikut:

“ngak ada orang di rumah, udah besar-besar, udah pada kerja...”(DD, 10 Maret 2004).

Mereka yang terganggu jiwanya terkadang juga mengalami perlakuan kasar di rumah. Mereka suka diolok-olok, dimarahi, ataupun diperlakukan secara pilih kasih dalam hubungan keluarga. Pengalaman seperti ini dituturkan pasien LN, yaitu:

Biasa. Tapi mereka biasanya suka mengolok-olok, aku suka dibiarkan sendiri. Aku suka dimarahin. Kayaknya sih mereka itu mentingin dirinya sendiri. Kalau aku masak, kakak juga masak, dan ngak ada yang mau makan masakanku. Sebel aku. Padahal aku masak kan juga buat untuk semua. Mungkin ngak enak kali... Aku suka dibilangin sama kakak ipar perempuanku: tahu dirilah, jangan nonton TV mulu. Sana ambil air. Padahal adiknya yang cowok aja ngak pernah nimba, masak aku anak cewek disuruh nimba, terlalu keraslah kayaknya. Terus tiap malam aku ngak boleh kemana-mana, tiap jam 6 sore aku dikurung di kamar. Nonton aja ngak boleh (LN, 17 Maret 2004)

Kondisi mereka relatif berbeda dibandingkan bila individu tersebut masuk Rumah Sakit Jiwa. Sebab dengan menjadi pasien, maka gugur semua hak dan kewajibannya secara sosial, baik secara pribadi maupun sebagai anggota masyarakat. Individu tersebut menjadi diri yang kehilangan hak pendidikannya, hak politiknya, ataupun gugurnya kewajiban dia secara sosial dalam masyarakat. Dengan begitu, individu dengan status pasien menjadi seorang diri individu yang berbeda dan berada dalam tanggungan orang lain.

Identitas diri individu yang berubah, diikuti hilangnya hak individu dan kewajiban sosialnya di atas, semakin memperkuat perlakuan dan tanggapan masyarakat untuk mengisolimya di kemudian hari. Sekalipun yang bersangkutan telah dinyatakan sembuh klinis atau sembuh sosial oleh dokter. Mereka akan tetap



menjadi individu yang dianggap sakit, tetap gila dan terganggu jiwanya di mata masyarakat. Apalagi bagi individu yang memiliki masa lalu buruk di masyarakat, yaitu mereka yang dulunya pernah melakukan tindakan amuk kekerasan. Kondisi ini dibenarkan oleh dokter Rahmat, bahwa:

Kita harus bedakan, secara klinis dia sudah berbeda. Waktu ngaco-ngaco, ngamuk-ngamuk dengan sekarang yang sudah dia kondisinya sama dengan yang lain-lain. Tapi *image* dalam masyarakat masih sama, yaitu sesuatu yang dipandang mengganggu, membahayakan, menakutkan. Dan apa yang terjadi di masyarakat itulah yang dijadikan patokan...(DR, 16 Maret 2004).

Tetapi perawatan kesehatan nyatanya tidak mampu merubah pandangan umum yang ada di masyarakat. Justru sebaliknya, perawatan kesehatan di Rumah Sakit Jiwa berpotensi besar mengukuhkan identitas baru bagi individu bersangkutan sebagai individu yang mengidap sakit jiwa dan berbahaya terhadap lingkungannya. Bentuk perawatan yang tertutup, diagnosis yang otoritatif, kesenjangan interaksi antara dokter-pasien, serta tetap bertahannya *discourse* kedokteran akan oposisi biner sehat-tidak sehat, normal-abnormal lah yang mengukuhkan hal tersebut.

Dalam prakteknya, entah mereka disebut orang gila, sakit jiwa, pasien ataupun sebutan yang lain. Dan sekalipun di sisi lain mereka mendapatkan perawatan kesehatan yang paling baik sekalipun dari Rumah Sakit Jiwa. Mereka tetap saja akan mendapati suatu perlakuan yang diskriminatif dari lingkungan di mana dia berada, baik di Rumah Sakit maupun sekembalinya mereka di masyarakat. Sebab identitas mereka berubah seiring diagnosis dokter, yaitu identitas diri sebagai individu yang berbahaya (*the dangerous individual*), sebut Foucault (1994: 176). Identitas diri tersebut akan bertahan lama dalam pandangan kedokteran maupun masyarakat.

## **B. GAGALNYA SOSIALISASI DI MASYARAKAT**

Pengalaman sosial sangat penting bagi kehidupan sosial individu. Sebab individu tahu banyak tentang masyarakat dan kehidupannya senantiasa bersandar pada interaksi dan pengalaman sosial yang ia jalani di dalam masyarakat. Proses interaksi tersebut kita kenal sebagai sosialisasi. Proses di mana individu dapat menginternalisasikan norma dan nilai dalam masyarakat pada dirinya. Sebab tanpa kontak sosial, maka individu tidak akan memiliki identitas diri, yaitu suatu totalitas kepercayaan, nilai dan perasaan tentang diri yang sesungguhnya.

Sosialisasi merupakan proses panjang kehidupan dalam interaksi sosial yang menjadikan seorang individu memperoleh identitas diri atas kondisi fisik, mental maupun kemampuan sosial yang dibutuhkan guna mempertahankan diri di dalam masyarakat (Dia ia Kendall, 2000: 72). Sosialisasi sebagai proses interaksi sosial memungkinkan individu membangun potensi dirinya dan belajar tentang bagaimana berpikir, bersikap dan berperilaku yang sesuai dengan nilai dan konteks sosialnya. Sebab ia merupakan proses dengan mana seseorang menghayati norma-norma sosial kelompok di mana ia hidup, sehingga timbullah diri yang unik, kata Horton dan Chester L. Hunt (1987: 100).

Dalam proses interaksi sosial, individu kata Berger (1978: 116); belajar dalam suatu proses melalui mana dia akan menjadi anggota yang berpartisipasi dalam masyarakat. Dalam proses interaksi sosial tersebut, individu akan bermain peran sesuai konsepsi dirinya dengan mempertimbangkan respon masyarakat atas dirinya. Menurut Lipka (1994), konsep diri paling tidak dapat dilihat dari empat komponen,

ialah kondisi fisik (*the physical self*), diri yang aktif (*the active self*), sosial diri (*the social self*), serta psikologi diri (*the psychological self*) (Kendall, 2000: 77).

George Herbert Mead (1972) dan Charles Horton Cooley (1922) melihat bahwa konsep diri sebagai suatu proses berasal dari interaksi sosial individu dengan orang lain. Hal ini dikuatkan oleh Goffman yang mengatakan, diri bukanlah sesuatu yang dimiliki individu, melainkan yang dipinjamkan orang lain kepadanya. Ia bersifat temporer, sebab hal itu tergantung permainan peran yang dijalani. Makanya dalam perkembangannya, muncullah istilah konseptual yang terkait dengan konsepsi diri dan hubungannya dengan masyarakat, seperti; konsep pengambilan peran (*role taking*) dan *generalized other* dari Mead, konsep *the looking glass self* dari Cooley, maupun konsep *social interaction* dari Blumer.

Proses sosialisasi dalam masyarakat terjadi melalui agen-agen sosialisasi. Agen sosialisasi mengajari individu tentang bagaimana mengambil bagian dan berperan dalam partisipasi sosial. Fuller dan Jacobs (1973) mengidentifikasi empat agen sosialisasi utama, yaitu keluarga, kelompok bermain (*peer groups*), media massa, dan sistem pendidikan (sekolah). Sementara itu Diana Kendall (2000: 84) menambahkan agen sosialisasi dengan memasukkan kelompok atau institusi sosial, seperti gereja, organisasi sosial, ataupun perkumpulan sosial yang ada di dalam masyarakat. Kesemua agen-agen ini berpengaruh dalam membentuk perkembangan diri individu sejak masa kanak-kanak maupun sepanjang kehidupan mereka.

Proses sosialisasi individu dalam suatu masyarakat tidak semuanya berjalan dengan baik sesuai harapan bersama. Seringkali timbul masalah dan dilema yang

menyebabkan beberapa individu terlantar, tersisih, dikucilkan, terisolir, dan tidak dapat berperan baik sebagaimana adanya. Individu yang terlantar dan tersisih tersebut akan menjadi individu yang cenderung menutup diri dari interaksi sosial, dan sebagai akibatnya masyarakat membuat semacam pembatasan, isolasi, serta penyingkiran dari interaksi sistem sosial yang ada.

Dalam beberapa kasus yang dialami pasien Rumah Sakit Jiwa Bogor. Para pasien DD, LN, EN, dan IB mengakui adanya ketegangan antara sosialitas dan kemauan dirinya. Karenanya mereka tertekan dan mengalami gangguan jiwa. Pasien DD mengaku tertutup dan tidak mau bergaul dengan teman kuliah, teman kerja, maupun tetangga rumah. Makanya dia mengalami goncangan jiwa dan dihindangi halusinasi akibat ditinggal mati kedua orang tuanya, orang yang selama ini dekat dengannya. LN mengakui problem cinta bertepuk sebelah tangan telah melukai hatinya. Dia mengaku patah hati, malu, dan akhirnya stres berat karena lelaki yang mau menikahi meninggalkannya. Sedang EN mengalami depresi berat akibat cita-citanya masuk UMPTN tidak tercapai. Dia pribadi introvert yang merasa minder, malu, patah arang, dan memilih mengurung diri di rumah. Sementara IB mengalami kondisi ketegangan emosi, akibat tuntutan orang tua yang memaksakan pekerjaan padanya, padahal dia memiliki hobi kerja berbeda.

Kenyataan yang dialami oleh para pasien ini, dibenarkan oleh salah seorang keluarga pasien. Menurut pengamatan Ibu IR mengenai anaknya, bahwa:

Kayaknya sih stres lama ngak kerja, mana belum punya suami lagi. Padahal adik-adiknya sudah berkeluarga semua. Dia inikan anak saya yang pertama. Dulu sih dia mengeluh stres mikirin adik-adiknya. Soalnya dia kan anak

pertama. Bapak kan cuma tukang ojek. Terus habis di PHK dan tidak dapat kerja-kerja, dia suka mengurung diri dan suka sakit-sakitan. Terus ya begini ini. Dulunya sih saya pikir kena guna-guna, tapi setelah saya bawa ke dokter, katanya sih kena gangguan syaraf, depresi katanya (IR, 19 Maret 2004).

Proses sosialisasi yang tidak berjalan baik, ditandai adanya kesenjangan interaksi sosial antara individu dengan individu-individu lain. Akibatnya terjadi penyimpangan sosial individu tersebut terhadap kecenderungan umum, maupun terhadap tata aturan nilai dan norma yang berlaku di masyarakat. Sekalipun menurut Becker (1963), penyimpangan bukanlah kualitas dari tindakan yang dilakukan individu, melainkan konsekuensi dari adanya peraturan dan penerapan sanksi yang dilakukan orang lain terhadap pelaku tindakan tersebut. Baginya, perilaku menyimpang merupakan perilaku yang diberi label oleh orang lain. Sedangkan di pihak lain menurut Coser (1962) dan Saragin (1977), bahwa perilaku menyimpang merupakan salah satu cara untuk menyesuaikan kebudayaan dengan perubahan sosial. Sebab tidak ada satu pun masyarakat yang bertahan dalam kondisi statis untuk jangka waktu yang panjang.

Tetapi dalam pandangan teori sosialisasi, bahwa ada norma inti dan nilai-nilai tertentu yang disepakati oleh segenap anggota masyarakat. Dan hal ini sebagai model analisis sosial yang lain. Karena teori ini memahami perilaku sosial yang menyimpang maupun yang patuh terutama dikendalikan oleh norma dan nilai-nilai yang dihayati. Dan proses penyimpangan itu sendiri terjadi akibat adanya gangguan pada proses penghayatan dan pengalaman nilai-nilai tersebut dalam perilaku seseorang (Horton dan Hunt, 1987: 196).

Sementara itu, terkait dengan munculnya perilaku menyimpang dari gagalnya sosialisasi ataupun gagalnya pengambilan peran di masyarakat oleh individu, Goffman (1959) dalam bukunya *"The Presentation of Self in Everyday Life"* mengungkap adanya *impression management* (pengelolaan kesan), yaitu teknik-teknik yang digunakan aktor untuk memupuk kesan-kesan tertentu dalam situasi tertentu untuk mencapai tujuan tertentu. Pengelolaan kesan untuk representasi diri kadang-kadang menjadikan aktor (individu) menghadapi kesenjangan antara citra diri yang ia inginkan dari orang lain, dan identitas yang sebenarnya. Padahal akibat stigma yang dia miliki. Maka individu itu akan dianggap berbeda dan menyimpang.

Mereka yang mengalami gangguan jiwa rata-rata awalnya memiliki problem ketertutupan diri. Di mana hubungan sosial individu dengan individu-individu yang lain tidak berjalan baik. Ketika timbul masalah, dan dia tidak mampu menanggung sendiri beban masalah tersebut. Maka dia mengalami ketegangan diri, dan akibat fatalnya dia akan mengalami gangguan jiwa. Bila hal ini yang terjadi, maka perilaku sosialnya semakin tidak terkendali. Masyarakat kemudian menilainya menyimpang, dan memilih untuk menjauhinya.

Salah seorang warga berinisial II di Kelurahan Cilendek mengungkapkan, bahwa terjadinya stigmatisasi dan penarikan diri masyarakat terhadap mereka yang mengalami gangguan jiwa, disebabkan oleh dua hal, menurutnya:

....yang pertama orang yang sakit itu yang menutup diri dari masyarakat. Dan kedua masyarakat sudah memvonis he...itu ma orang itu sudah gila, hati-hati...(II, 20 Maret 2004)

Karenanya terdapat kesulitan memulihkan mereka yang sudah sembuh di masyarakat. Apalagi bagi mereka yang sebelumnya memiliki perilaku tidak baik dan pernah melakukan amuk kekerasan di masyarakat. Masyarakat cenderung akan menganggap sama, yaitu mereka tetap berbahaya dan menolaknya, sekalipun mereka dinyatakan sudah sehat. Hal ini dibenarkan oleh dokter Rahmat, Bu Iwad, maupun Ibu II. Menurut Ibu II, bahwa:

Susah ya. Dulu sih ada penyuluhan di Puskesmas pada warga, tapi sebentar. Tapi tidak tahu hasilnya. Dan masyarakat tampaknya tidak begitu peduli. Susah udah biasa terjadi, memang itu keadaannya. Lagian Bapak lihat sendiri, itu tu walaupun si A itu sudah keluar dari RS, tetep aja masyarakat ogah, ngapain dekat-deket. Kan masih banyak temen yang bener. Masak mau gaul ama yang begituan. Sama juga mana mau kite-kite ini gaul ama bandar, kan ngak. Jadi ya kita ini milih-milih mana yang kita suka. Yang begitu itu ma biarin aja (II, 20 Maret 2004)

Kalangan *labelling theory* melihat bahwa, kadang-kadang manusia adalah korban tak berdaya dari interpretasi atau label yang diberikan orang lain sedemikian rupa, sehingga identitas sosial mereka dapat dipaksakan kepada mereka, bahkan sekalipun bertentangan dengan kemauan mereka. Penelitian Rosenhan (1973) mendapati kesimpulan, bahwa setiap upaya dari pihak pasien yang menunjukkan perilaku orang normal akan ditolak, sebaliknya sang pasien akan dipuji bila ia pasrah dan sepenuhnya pasif. Para penganut teori ini mengemukakan, bahwa banyak orang yang sakit mental atau mengalami gangguan jiwa sebenarnya hanya bertindak sedikit aneh, hingga pada saat orang-orang mencapnya sakit jiwa. Sejak itu, orang mulai memperlakukannya dengan cara yang berbeda.

Pak Yusuf, salah seorang tokoh warga Cilendek melihat, bahwa akibat perubahan identitas diri individu pasca perawatan di Rumah Sakit Jiwa. Maka semakin menyulitkan individu tersebut bersosialisasi. Sosialisasi dengan pihak keluarga maupun masyarakat tidak dapat berjalan baik, akibat kekhawatiran terhadap stigma yang masih melekat padanya. Sebab seperti dikatakan Pak Yusuf berikut:

Lah justru itu Pak, kalau yang seperti itu masyarakat ada kekhawatiran, takut-takut kalau sewaktu-waktu dia kambuh lagi. Tapi karena pasien-pasien itu jauh, ada yang dari Jakarta, Bandung, bahkan ada dulu yang dari luar Jawa. ....tapi yang namanya orang mantan, kalau sewaktu-waktu kambuh, muncul lagi itu takutnya. Makanya sekalipun barangkali mereka itu sembuh dan dapat bermasyarakat, kita tidak berani kerasin dan lebih banyak mengalah, khawatir kalau-kalau dikerasin malah kambuh lagi (BY, 20 Maret 2004)

Karena itulah ketika Goffman menyorot *social establishment* dalam masyarakat sebagai institusi total dalam konteks gangguan jiwa. Dia melihat bukan hanya akibat kegagalan individu dalam memainkan peran sosialnya, melainkan lebih disebabkan ditekan oleh adanya *betrayal tunnel* (corong pengkhianatan) (Deddy Mulyana, 2002: 179). Baginya Rumah Sakit mengganggu semua kegiatan yang memungkinkan para penghuninya menganggap dirinya normal, bahkan sebelum individu tersebut menjadi pasien. Sebab *betrayal tunnel* ini menempatkan individu sebagai orang ganjil dan aneh di antara hubungan segi tiga dokter, keluarga, dan pasien. Demikian halnya ketika mereka kembali ke masyarakat.

### C. IDENTITAS BARU DAN PROSES STIGMATISASI

Perubahan identitas diri individu pasien lahir sebagai akibat adanya diskursus berlawanan yang terdapat di masyarakat. Diskursus oposisi biner antara normal dan



abnormal maupun sehat dan sakit dimampukan otoritas dokter melalui diagnosis sakit, dan melalui laku perawatan kesehatan Rumah Sakit Jiwa yang bersifat kontinu dan memiliki kontrol sosial yang kuat.

Mapannya diskursus kedokteran serta mekanisme pengobatan terhadap pasien gangguan jiwa, menyebabkan lahirnya otoritas dan institusi berbeda di masyarakat. Otoritas dokter yang ampuh secara moral di satu sisi, dan kukuhnya Rumah Sakit Jiwa sebagai institusi penyembuhan dan rehabilitasi di sisi lain. Akibat selanjutnya, munculnya pandangan dan pemahaman berbeda di masyarakat. Pemahaman berbeda yang semakin memicu terjadinya stigmatisasi di masyarakat. Karena pada saat bersamaan identitas baru individu dengan label sakit dan status pasiennya, memberi pembenaran tindakan tersebut.

Identitas baru sebagaimana digambarkan di atas, memperlihatkan kondisi individu yang didiagnosis sakit. Diagnosis sakit tersebut efektif dan menjadi label yang otoritatif, ketika terjadi kebuntuan masyarakat dalam menangani gangguan jiwa. Di mana diakui oleh para perawat maupun dokter, bahwa setelah gagal berobat kemana-mana, baik ke dukun, orang pintar, ulama, maupun tokoh-tokoh spiritual yang lain, maka pihak keluarga baru akan membawa individu yang sakit ke Rumah Sakit Jiwa. Demikian pula bila kondisi individu sakit tersebut amuk, brutal, dan tidak teratasi di rumah. Hal ini diutarakan Pak Akemat maupun Pak Soedjono berikut:

Dulu kan, bahkan sampai sekarangpun kalau orang sakit jiwa tujuan pertamanya pasti bukan ke Rumah Sakit Jiwa, tapi ke dukun, paranormal, ulama, tokoh-tokoh agama, atau tokoh-tokoh spiritual. Jadi setelah pernah gagal dimana-mana baru biasanya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Yang pada

akhirnya mereka baru akan menerima kenyataan bahwa ini adalah sakit jiwa (BA, 11 Maret 2004).

...kadang-kadang pasien itu sudah sakit bertahun-tahun. Sudah kronis baru dibawa ke sini. Kenapa? Karena pada awalnya pasien yang mengalami gangguan jiwa, banyak pihak keluarga yang tidak mengerti, kalau itu gangguan jiwa dan harus dibawa ke psikiater. Bahkan mereka cenderung menganggap hal tersebut masih kesurupan dan dibawa ke dukun atau orang-orang pintar...(PS, 9 Maret 2004).

Hal senada juga diungkapkan oleh Bu As, menurutnya:

...yang dirawat di RSJ, terutama adalah pasien gangguan jiwa yang mengalami *schizoprenia*, atau psikotik, yang dia itu sudah dalam taraf maladaptif, jadi yang sudah perlu bantuan. Sementara mereka yang di luar masih dalam taraf antara adaptif dan maladaptif, jadi ditengah-tengahnya. Jadi dia sudah mengalami gangguan jiwa, tapi masih bisa mengendalikan diri...(IA, 19 Maret 2004).

Sementara realitas individu yang psikotik dan amuk di masyarakat, sehingga dimasukkan ke Rumah Sakit Jiwa juga dibenarkan dokter Rahmat, menurutnya:

Mereka yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa biasanya karena daya realitasnya terganggu. Karena timbul hambatan dalam merawat diri, hubungan dengan orang atau mencederai diri dan segala macam. Itu alasan membutuhkan perawatan rata-rata. ...keluarga biasanya membawa berobat ke sini ketika kondisi dia sudah parah, sudah tidak teratasi di rumah (DR, 16 Maret 2004).

Pihak keluarga membawa anggotanya yang sakit ke Rumah Sakit Jiwa pemerintah, biasanya jika kondisinya sudah kronis. Keluarga pasien mengambil langkah tersebut. Sebab keluarga pasien kebanyakan berasal dari status sosial ekonomi tidak punya atau miskin. Ketika kondisi anggotanya yang sakit sudah kronis dan tidak teratasi di rumah, maka tidak ada pilihan lain selain membawanya ke Rumah Sakit Jiwa. Dan setelah di Rumah Sakit, maka kebanyakan pasien akan dibiarkan begitu saja oleh keluarganya. Dokter Rahmat mengatakan, bahwa:

Kalau dia kronis, keluarga sudah tidak ada. Itu tanggung jawab siapa? Mereka dibuang. Kalau sudah tidak ada yang menanggung secara jangka panjang. Sehingga itu menjadi tanggung jawab pemerintah (DR, 16 Maret 2004).

Pasien amuk dan psikotik akhirnya menjadi kebanyakan penghuni Rumah Sakit Jiwa. Rumah Sakit Jiwa kemudian identik sebagai tempat atau sumber perilaku amuk, psikotik, dan label gangguan jiwa yang lain. Menurut penuturan Pak Yusuf, tokoh masyarakat Cilendek, bahwa:

Ada kekhawatiran kalau dibawa ke sana, maka dia akan kena sakit jiwanya itu. Sebab ada kekhawatiran masyarakat kalau mereka dari RSJ itu ngamuk-ngamuk lagi, jadi ada rasa ketakutan (BY, 20 Maret 2004).

Masyarakat mendapati suatu kekhawatiran tentang bahaya kegilaan dan label yang melekat padanya. Label diagnosis sakit dari dokter menjadi kunci status ketakutan masyarakat. Sebab pada situasi lain, hal itulah yang menandai lahirnya proses stigmatisasi di masyarakat. Stigma lahir bersamaan dengan keputusan masyarakat kota pada awalnya untuk mengurung mereka. Keputusan yang diambil untuk menghindari penyebaran kuman kegilaan dan menjaga kebersihan kota dari gelandangan dan gembel gila yang kotor dan miskin.

Salah seorang warga bernama PE, melihat kecenderungan masyarakat untuk menstigma pasien dan Rumah Sakit Jiwa adalah disebabkan status mereka yang semakin kuat bila berobat ke Rumah Sakit Jiwa tersebut. Menurutnya:

Bagaimana mereka mau ke sini. Kalau bersentuhan saja dengan pasien jiwa tidak mau. Kalau ke sini kan sama artinya ketemu dengan orang-orang sakit jiwa. Kan kalau ke tempat Rumah Sakit Jiwa, berarti nanti bisa-bisa temennya orang gila, orang sakit jiwa. Makanya mereka menghindari, tidak mau ke sini. Kebanyakan ke dukun, orang pintar di kampung (PE, 16 Maret 2004).

Kesan negatif ini sangat mungkin terbangun di masyarakat bila melihat kasus yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzocki Mahdi. Keberadaan Rumah Sakit Jiwa ini pada awalnya digunakan secara tertutup sebagai tempat pembuangan para pekerja paksa yang stres. Rumah Sakit Jiwa diperuntukkan hanya bagi para tentara, Pamong Praja, Kepolisian, maupun dari instansi pemerintah lain yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini berdasarkan "*Het Reglement op het Krankzinnigen Wezen*" (Stbl 1897 No. 54 dengan segala perubahan dan tambahan-tambahannya).

Rumah Sakit Jiwa ini banyak menampung pasien jiwa yang dikirim pihak Kepolisian untuk *visum et repertum*, yaitu akibat tindak pidana yang mereka perbuat. Di samping, para gelandangan dan psikotik gepeng yang ditangkap Dinas Kertertiban maupun Dinas Sosial. Kenyataan sejarah ini menguatkan kesan dan pandangan negatif masyarakat terhadap Rumah Sakit Jiwa. Karenanya menurut dokter Rahmat, Rumah Sakit Jiwa di mata masyarakat dianggap sebagai tempat pengumpul, yaitu:

RSJ dianggap sebagai tempat pengumpul. Dulu pun sebagai tempat pembuangan atau penampungan orang-orang gila, atau orang-orang dari kelompok masyarakat yang dibuang ke sana. Itu yang masih melekat pada masyarakat ini (DR, 16 Maret 2004).

Sejarah lahirnya institusi khusus bagi penderita gangguan jiwa, ditandai sejak dimulainya pelabelan dengan diagnosis sakit oleh dokter. Hal ini dibuat pertama kali oleh Pinnel (1795). Di dalam institusi Rumah Sakit Jiwa ini dokter memiliki otoritas penuh untuk menyatakan seorang individu sakit. Dokter menjelma sebagai *leader team* yang bertanggung jawab atas keputusan sakit dan sembuhnya pasien. Kekuatan otoritas yang disadari sepenuhnya, baik oleh institusi Rumah Sakit maupun oleh

masyarakat. Sejak saat itu menurut Foucault, orang gila atau penderita gangguan jiwa menjadi obyek baru, baik bagi penelitian kesehatan, psikiatri, sistem perawatan kedokteran, maupun sebagai justifikasi ketidakwarasan dalam terminologi masyarakat (Rabinow [ed.], 2002: 108).

Fakta di atas dapat dilihat melalui kategorisasi label dalam bentuk kriteria PPGJ (Pedoman Penggolongan Gangguan Jiwa) yang dibuat Departemen Kesehatan, maupun kategori dalam *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* yang dibuat oleh Asosiasi Psikiatrik Amerika. Kriteria maupun kategorisasi ini menjadi pegangan dokter untuk menyatakan seseorang sakit, menyimpang dan membahayakan lingkungannya. Kriteria dan label sakit ini menjadi rujukan masyarakat untuk melakukan hal yang sama, bahwa mereka adalah horor, meresahkan, menjijikkan, membahayakan, dan patut diisolasi.

Akibatnya, masyarakat bersikap apatis dan menjauhi. Hal ini tampak pada ekspresi tindakan pihak keluarga yang sengaja berpindah Rumah tinggal. Pihak keluarga menelantarkan anggotanya yang sakit, membuangnya di jalanan, bahkan meminta pihak Rumah Sakit menyuntik mati pasien bersangkutan. Kejadian ini terdapat di Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi, seperti diceritakan oleh Pak Akemat maupun Pak Soedjono, menurut mereka:

Makanya ada yang sampai tega mereka memasukkan kemari, tetapi kemudian ngontrak-ngontrak di mana gitu. Jadi mereka kemudian pindah tanpa memberi tahu lingkungan sekitarnya pindahnya kemana. Ketika kita mau mengembalikan ke alamat yang awal yang aslinya itu, ternyata sudah tidak ada, mereka sudah pindah (BA, 11 Maret 2004).

Ada keluarga yang kadang-kadang minta buang saja dipinggir jalan, disuntik mati aja pak. Ini Rumah Sakit bukan tempat eksekusi. Tapi memang ada yang seperti itu (PS, 9 Maret 2004).

Lebih parah lagi, sekalipun pihak keluarga sudah diminta membawa pasien pulang oleh dokter. Tetapi ternyata mereka tidak mau, sebaliknya mereka malah memberi alamat palsu, kata Bu Iwad berikut:

Pihak keluarga sudah diminta bawa pulang. Mereka tidak mau, ada juga yang ngasih alamat palsu, KTP palsu...(IW, 10 Maret 2004).

Penolakan yang menjadikan keluarga ataupun pihak masyarakat memilih untuk mempertahankan status mereka selama mungkin di Rumah Sakit Jiwa, entah dengan tetap memenuhi tunjangan bulanan dan tanpa menengok sama sekali, maupun dengan menelantarkan dan menghilangkan jejak keluarga. Karenanya pasien akhirnya berada lama di Rumah Sakit Jiwa dengan status sebagai tanggungan pemerintah.

Kondisi demikian tampak pada sebagian besar pasien Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi. Di mana menurut Pak Soedjono, lumayan banyak pasien yang dibiarkan oleh keluarganya tinggal lama di Rumah Sakit. Mereka kebanyakan berasal dari keluarga tidak punya atau miskin. Pak Soedjono mengatakan berikut ini:

Dulu sih kebanyakan dari ekonomi ke bawah, masyarakat miskin lah. Sekarang sudah mulai ada pasien yang menengah ke atas...(PS, 9 Maret 2004)

Sedang dokter Rahmat mengemukakan bahwa terdapat 200 lebih pasien di Rumah Sakit ini merupakan tanggungan pemerintah. Mereka hampir setengah dari jumlah pasien yang banyaknya 400 lebih pasien. Para pasien tanggungan pemerintah ini dibiayai melalui program JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan). Dokter Rahmat menerangkan, bahwa:

...sampai saat ini dari 400 lebih pasien kita. Ada 200 lebih yang disubsidi oleh negara, ditanggung JPSBK. Separuh lebih yang dibiayain oleh pemerintah langsung. Angka-angkanya bisa dilihat nanti di sana (dokter menunjuk ruang administrasi). Saya hanya ingin menunjukkan bahwa sebagian besar mereka yang datang ke sini memang berasal dari sosial ekonomi rendah. Sehingga terpaksa di JPSBK. Masalahnya kalau dia kronis, keluarga sudah tidak ada. Itu tanggung jawab siapa? Mereka dibuang. Kalau sudah tidak ada yang menanggung secara jangka panjang. Sehingga itu menjadi tanggung jawab pemerintah (DR, 16 Maret 2004).

Keterangan dokter Rahmat dibenarkan oleh Bu As (IA, 19 Maret 2004), bahwa 60% pasien di RS Dr. Marzoeqi Mahdi ini memakai dana JPSBK atau menjadi tanggungan negara. Keterangan dokter Rahmat di atas juga dikuatkan penjelasan dokter Amir, mantan direktur Rumah Sakit, di mana menurutnya;

Mereka yang dirawat di sini adalah yang miskin dan tidak punya secara ekonomi. Ada sekitar 200 lebih pasien dari 400-an pasien yang ada di Rumah Sakit ini, yang mereka sudah dapat berinteraksi dengan baik, tetapi ditolak keluarganya dan pihak keluarga menyatakan tidak sanggup merawatnya, atau pasien tersebut sudah tidak mempunyai siapa-siapa lagi. Sehingga mereka tetap dibiarkan menghuni bangsal Rumah Sakit dengan dana tunjangan dari pemerintah (Catatan Lapangan, 4 September 2003).

Kondisi di atas diakui Pak Yusuf, menurutnya terdapat anggapan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit orang miskin. Sebab kebanyakan mereka yang mengalami gangguan jiwa adalah orang miskin, tidak punya pekerjaan, dan hidupnya memprihatinkan. Pak Yusuf mengatakan begini:

Ya memang katanya ada anggapan itu penyakit orang miskin. Ya mungkin faktor kemiskinan pula yang menyebabkan hal itu, seperti orang sebelah rumah, kasihan mereka, kan keluarganya tidak punya, kerja juga tidak, jadi ya dibiarkan saja (BY, 20 Maret 2004)

Kebanyakan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Bogor berasal dari keluarga miskin memiliki kemiripan dengan penelitian Faris dan Dunham (1939)

maupun Hollingshead dan Redlich (1958). Hasil penelitian mereka menunjukkan, bahwa kelas sosial yang rendah mempunyai prevalensi tertinggi yang mengalami gangguan jiwa, terutama *schizophrenia*, psikosis, dan *personality disorders*.

Fakta tersebut menyebabkan pasien di RS. Dr. Marzoeqi Mahdi banyak yang kondisinya memprihatinkan. Para pasien yang tidak memiliki keluarga, terutama yang berada di bangsal lansia tampak tidak mendapat perawatan kesehatan memadai. Sarana dan prasarana untuk kelas JPS sangat terbatas dan minim. Mereka relatif tidak punya pilihan hidup apapun, selain pasrah dan menjalani hari-harinya apa adanya. Sebab mereka merupakan beban sosial Rumah Sakit Jiwa.

Fakta ini berbeda dengan yang terdapat di kelas VIP, Kelas I, dan Kelas II. Para pasien rata-rata memperoleh pelayanan kesehatan dengan standar kualitas lebih baik, meski kualitasnya tidak sebanding dengan tipe kelasnya. Mereka masih memiliki kemungkinan pilihan hidup yang lebih baik. Sebab mereka masih memiliki keluarga dan mampu secara finansial.

Meski begitu, identitas diri sebagai pasien menjadikan mereka tidak leluasa dan bergantung sepenuhnya pada otoritas dokter dan kepedulian pihak keluarga. Kenyataan ini menegaskan, bahwa identitas diri yang berbeda menyebabkan perilaku individu bersangkutan berbeda, termasuk sikap dan perlakuan masyarakat pun berbeda. Masyarakat kemudian melakukan perlindungan diri dengan membuat proteksi dan pengawasan sosial. Proteksi bisa berbentuk sanksi moral (stigmatisasi) terhadap individu bersangkutan. Sementara pengawasan sosial termanifestasi dalam isolasi sistem perawatan Rumah Sakit Jiwa. Identitas individu yang berbeda tersebut



menjadi alat bagi berjalannya aparatus psikiatri kedokteran untuk melegalkan mekanisme kontrol berlaku di dalam masyarakat.

Perubahan identitas yang memicu proses stigmatisasi terhadap pasien gangguan jiwa dapat dilihat secara genealogis. Secara genealogis, fenomena politik kesehatan yang terjadi sejak abad XVIII menandai adanya kontrol besar-besaran masyarakat borjuis kota. Mereka melakukan penangkapan atas orang-orang miskin dan gila, mendirikan *asylum (hopital generale)*, menyusun kegiatan medis dan program kerja industri yang diatur secara kesatuan oleh negara, menjalankan kontrol kesehatan, serta membuat status etis sendiri untuk menciptakan masyarakat yang steril, sehat dan berguna, kata Foucault (Faubion [ed.], 2002: 92-95).

Genealogi Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi Bogor dapat ditelusuri berdasarkan awal kehadirannya. Di mana Rumah Sakit Jiwa merupakan tempat pengumpul para pekerja paksa yang stres, dan tempat pembuangan bagi tentara, Pamong Praja, Kepolisian, maupun individu dari institusi pemerintah kolonial yang menderita gangguan jiwa berat. Rumah Sakit Jiwa menjadi institusi tertutup bagi masyarakat. Demikian juga lokasinya jauh terpencil dari keramaian kota.

Fakta lainnya, Rumah Sakit Jiwa merupakan tempat berkumpulnya individu amuk dan melakukan kekerasan di masyarakat. Rumah Sakit juga sebagai tempat individu yang terganggu jiwanya, tetapi terlibat tindak pidana (*visum et repertum*) pihak Kepolisian, serta penampungan para gelandangan dan psikotik gepeng yang ditangkap pihak ketertiban kota dan Dinas Sosial.

Genealogi Rumah Sakit Jiwa tersebut, memberi suatu identitas diri individu sebagai individu sakit, kotor, miskin, dan tersisih secara sosial. Mereka menjadi bukti kuat timbulnya penegasian dan stigmatisasi di masyarakat. Penegasian bahwa Rumah Sakit Jiwa merupakan institusi tertutup yang hanya disediakan bagi pasien-pasien sakit jiwa, miskin, dan membahayakan.

Penegasian dan proses stigmatisasi tersebut terus berjalan melalui; *Pertama*, Prosedur yang terus diproduksi psikiatri kedokteran Rumah Sakit Jiwa. Dokter dan pihak Rumah Sakit Jiwa terus memproduksi aturan yang semakin ketat —lewat *medical resistance* dan *informed consent*— untuk lebih mengukuhkan otoritas dan melindungi praktek psikiatrinya. Rumah Sakit juga berkuasa melalui kewenangan penuh dari pihak keluarga Di samping dengan mengatur dan menaklukkan pasien lewat jadwal dan sistem perawatan kesehatan yang ketat dan terus-menerus.

*Kedua*, Hal tersebut diatur mekanisme kerjanya melalui tata interaksi yang terjadi antara Rumah Sakit Jiwa dengan masyarakat. Maka dibuatlah Unit Penyuluhan Kesehatan Jiwa Masyarakat (UP-KJM). Bidang ini bertugas melakukan penyuluhan dan sosialisasi ke pihak keluarga maupun masyarakat agar mereka memiliki pemahaman yang sama, baik dalam hal perawatan kesehatan jiwa maupun bagaimana perlakuan masyarakat terhadap mereka yang terganggu jiwanya.

*Ketiga*, Penegasian dan proses stigmatisasi dikukuhkan melalui relasi timbal balik lewat tata nilai dan aturan moral yang berlaku di masyarakat. Di mana dokter dan pihak Rumah Sakit memiliki etika kesehatan dan sistem kedokteran yang menjustifikasi prakteknya. Sementara masyarakat memiliki kaidah moral dan norma

sosial yang melindungi penegasian dan proses stigmatisasi tersebut tetap bertahan di masyarakat. Sirkulasi moral yang menempatkan relasi ini sebagai bagian dan proses alamiah di dalam interaksi yang terjadi di masyarakat.

#### **D. RINGKASAN**

1. Identitas diri individu sangat tergantung pada interaksi sosialnya. Karena pasien selalu terinstruksi dengan aktifitas dan aturan pihak Rumah Sakit Jiwa. Maka pasien menjadi identitas diri individu yang berbeda dan berada dalam tanggungan orang lain.
2. Proses sosialisasi individu di dalam masyarakat tidak semuanya berjalan baik sesuai harapan bersama. Seringkali terjadi ketegangan antara sosialitas dengan kemauan diri individu. Akibatnya apabila mereka tidak tahan dan lingkungan sosialnya tidak peduli, maka mereka akan tertekan secara psikologis dan terisolir dari pergaulan masyarakat.
3. Proses stigmatisasi terjadi telah lama di masyarakat. Sebab di masyarakat dikenal adanya opisisi biner antara sehat dan sakit maupun normal dan abnormal. Dalam perkembangannya proses stigmatisasi bertambah kuat seiring mapannya institusi kedokteran jiwa, serta karena melekatnya label sakit dan status pasien pada individu tersebut.

## BAB V

### PANDANGAN MASYARAKAT TERHADAP RS Dr. MARZOEKI MAHDI

Bab V ini mengenai pandangan masyarakat terhadap Rumah Sakit Jiwa, yaitu tentang stereotip Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat pembuangan dan kurungan bagi pasien gangguan jiwa yang akut, kronis dan tidak teratasi lagi di rumah. Stereotip ini berpengaruh luas terhadap beroperasinya mekanisme kontrol sosial di masyarakat. Suatu kontrol sosial yang tidak lagi terbatas di Rumah Sakit jiwa, melainkan telah tersebar di setiap sisi kehidupan masyarakat.

#### A. STEREOTIP RS Dr. MARZOEKI MAHDI DI MASYARAKAT

Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat penampungan pasien sakit dan terganggu jiwanya digambarkan memiliki reputasi yang buruk. Kesan yang hadir dalam pandangan masyarakat luas, bahwa Rumah Sakit Jiwa tidak lain merupakan penjara dan kurungan bagi individu yang terganggu jiwanya. Rumah Sakit Jiwa menjadi tempat pengumpul bagi mereka yang terganggu jiwanya, tetapi mereka tidak terobati, tidak teratasi di rumah, dan melakukan amuk kekerasan di masyarakat.

Stereotip Rumah Sakit Jiwa yang buruk dan negatif tersebut, muncul berdasarkan sejarah yang dimiliki. Sejarah sebagai tempat pengumpul dan pembuangan, baik bagi para pekerja paksa yang stres, maupun individu dari instansi pemerintah kolonial yang parah gangguan jiwanya. Di samping sebagai tempat pengumpul yang tertutup untuk umum. Hal lain yang memperburuk citra Rumah Sakit Jiwa adalah kenyataan, bahwa Rumah Sakit Jiwa hanya berfungsi sebagai rumah tahanan (*gestich*) bagi para pasien. Di mana mereka dikurung di dalamnya, diberi makan, dan dirawat dengan lemah lembut (Depkes RI., 1976: 21).

Rumah Sakit Jiwa awalnya didirikan sebagai tempat pengobatan untuk pasien gangguan jiwa, seperti yang dilakukan oleh Philippe Pinel tahun 1793 di Eropa. Sementara kebutuhan awal mendirikan Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, dan di Bogor untuk pertama kalinya, adalah didorong oleh ketiadaan sarana-prasarana pengobatan gangguan jiwa. Sebab selama itu pengobatan mereka dilakukan di Rumah Sakit Tentara dan Rumah Sakit Umum yang sarana-prasaramanya terbatas. *Kedua*, sebagai kebutuhan mendesak akibat meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa yang ada di Indonesia. Kondisi ini salah satunya berdasarkan data sensus tahun 1862 di Jawa dan Madura. *Ketiga*, kebutuhan sebagai tempat penampungan untuk mengatasi pemasungan terhadap penderita sakit jiwa yang dilakukan oleh keluarga atau masyarakat yang tidak mampu. Kebijakan ini, seperti tertuang dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia, No. PEM. 29/6/15 tertanggal 11 November 1977, tentang upaya pemerintah mengatasi pemasungan di masyarakat.

Kenyataan lain menunjukkan, bahwa stereotip dan pandangan negatif masyarakat dipengaruhi oleh arsitektur Rumah Sakit Jiwa. Arsitektur Rumah Sakit Jiwa menampilkan kesan suram, sebab bangunannya sudah dimakan usia, dindingnya kusam, bentuk pintu jendelanya tinggi dan besar, berjeruji, dan sekeliling ruangan ditutup dengan teralis besi seperti layaknya penjara. Gambaran Rumah Sakit Jiwa yang demikian, dapat kita lihat dari paparan Pak Akemat, berikut:

Dulu memang bangunannya seperti penjara dengan teralis-teralis besar, tapi sekarang kan sudah banyak berubah. Dulu bangunan isolasi itu dibikin sedemikian rupa, sehingga pasien tinggal berak kencing di situ. Jadi gambarannya ya ruang kecil tinggi terus kemudian di belakang ada semacam lubangnyanya seperti lubang tikus (BA, 11 Maret 2004)

Di samping itu, akibat lokasi Rumah Sakit Jiwa yang jauh dan terpencil dari masyarakat. Maka relatif keadaannya tertutup dan tidak seperti layaknya Rumah Sakit Umum. Para pasien lalu datang dengan penampilan amburadul, sehingga membuat masyarakat canggung dan takut masuk ke dalamnya. Perasaan takut akan terbentuk dan semakin kuat seiring tingkah pola pasien yang bermacam-macam. Kesan semacam ini, seperti penuturan tiga pelajar SMK, berikut:

“ya takut dong. Gimana nggak takut melihat mereka jalan-jalan bebas begitu”  
(ARM, 10 Maret 2004)

Tetapi menyangkut kenyataan di atas. Dokter Rahmat menyangkal bahwa arsitektur bangunan Rumah Sakit Jiwa berperan terhadap stereotip dan pandangan negatif masyarakat. Menurutnya, arsitektur yang dibuat pada zaman Belanda ini sudah baik, sebab telah memperhitungkan aspek-aspek penting bagi penyembuhan pasien. Karena itulah, Rumah Sakit Jiwa ini dibangun di atas lahan yang luas dan tenang suasananya. Di situ Pasien bebas leluasa, dapat bekerja di kebun, serta tidak bising dengan kompleksitas perkotaan. Sesuatu yang sesuai dengan fungsi Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat rehabilitasi. Dokter Rahmat mengatakan bahwa:

Kalau arsitekturnya Belanda dulu membuat di lahan yang sangat luas. Relatif sangat tenang. Bahkan lapangan golf (maksudnya areal yang berada di seberang jalan Rumah Sakit, yang dulu masih berupa kebun dan sungai kecil. Di mana banyak rumput-rumput untuk tikar dan tanaman sayuran di situ) itu dulunya merupakan alat terapi pasien, seperti rumput-rumput yang dapat dibikin tikar. Di sana itu kebun, sebagian pasien itu mengelola. ...jadi dulu pemerintah Belanda itu sudah merancang bangunan Rumah Sakit itu sebagai rehabilitasi. Sementara kebun dan halaman yang sangat luas sebagai swasembada kebutuhan pangan, sayur-sayuran, ikan, berasal dari kebun sendiri. Sehingga Rumah Sakit kita ini dulu ada 120 sekian hektar, tetapi karena perkembangan zaman habis...habis. Jadi perumahan, malah lapangan golf jadi sengketa sekarang. Jadi konsep Belanda dulu itu sudah bagus. Si

pasien itu luas, pandangannya leluasa dan tidak berisik. Makanya tata ruangnya berada di luar kota...(DR, 16 Maret 2004).

Bagi dokter Rahmat, munculnya stigma maupun stereotip negatif terhadap pasien dan Rumah Sakit Jiwa, lebih disebabkan bahwa tempat tersebut adalah tempat pasien gangguan jiwa. Bangunan Rumah Sakit tidak berpengaruh terhadap stereotip tersebut. Imej menyangkut pasien gangguan jiwa yang mempengaruhi hal tersebut. Faktanya kata dokter Rahmat, bahwa keluarga pasien tidak merasakan kesan tidak menyenangkan ketika masuk Rumah Sakit. Bagi pihak keluarga, yang terpenting adalah pelayanan terhadap pasien keluarganya baik. Dokter Rahmat menerangkan:

...kesan saya keluarga pasien tidak merasa sesuatu yang apa namanya....sesuatu yang tidak menyenangkan. Bagi mereka yang sudah masuk Rumah sakit ya, yang penting pelayanan terhadap si pasien keluarganya itu baik. ....kesan yang saya tangkap kalau mereka sudah membawa ke sini. Kesan itu ya sudah tidak ada lagi. Mungkin kalau itu sudah berpengaruh, kita kan pasti akan merubah tata muka ruang Rumah Sakit. Jadi seperti itu. Menurut saya bukan bangunan secara fisik, sebab banyak bangunan-bangunan tua di Bogor ngak masalah. Mungkin imajenya ini. Imej Rumah Sakit Jiwa. Sebab Rumah Sakit umum juga ada yang kusam, saya juga kurang tahu. Tapi inikan RSJ. Jadi kesan saya itu, imajenya (DR, 16 Maret 2004).

Keterangan dokter Rahmat di atas juga senada dengan penuturan Bu As. Bu As melihat tidak ada persoalan dengan arsitektur bangunan Rumah Sakit. Menurutnya, apa yang telah dibuat oleh pemerintah Belanda sesungguhnya sudah diperhitungkan untuk keamanan rehabilitasi pasien-pasien jiwa yang rata-rata hiperaktif. Sementara kalau muncul anggapan negatif di masyarakat, maka hal tersebut lebih disebabkan stigma dan imej Rumah Sakit Jiwa-nya. Menurut Bu As:

Kalau menurut saya sih menyenangkan bagi pasien-pasien gangguan jiwa, sebab jauh akan lebih aman bagi pasien, beda dengan bangunan-bangunan

yang pendek. Soalnya pasien-pasien jiwa itu kan hiperaktif, dia banyak aktifitas yang tak terarah, dan pasiennya banyak. Kalau bangunannya pendek, pasien banyak, kan kelihatan sempit. Sehingga ruang gerak terbatas. Memang orang zaman dulu itu telah mendesain sedemikian rupa dengan perilaku pasien gangguan jiwa. ...sebenarnya bukan karena bangunan itu tinggi, tapi bangunan pasien jiwa. Itu bangunan zaman Belanda, tetapi dibikin Rumah Sakit Jiwa. Saya rasa begitu. Di Bogor juga banyak bangunan-bangunan tua, menyeramkan peninggalan Belanda. Jadi menurut saya bukan bangunan itu, melainkan stigma, anggapan, imej masyarakat terhadap Rumah Sakit Jiwa sebetulnya yang menjadikan pandangan negatif seperti itu. Jadi kesan RSJ-nya saya rasa (IA, 19 Maret 2004).

Sekalipun begitu, stereotip negatif terhadap Rumah Sakit Jiwa tidak sepenuhnya akibat imej yang lama tertanam di masyarakat. Arsitektur ruangan Rumah Sakit sebetulnya juga berpengaruh terhadap kuat tidaknya pandangan dan stereotip negatif tersebut. Oleh karena itu, belakangan mengikuti perkembangan perawatan kesehatan maupun sebagai upaya sosialisasi dan mengurangi kesan buruk tersebut. Maka ditempuhlah upaya yang tidak sekedar perubahan nama Rumah Sakit Jiwa menjadi RS. Dr. Marzoeqi Mahdi. Tetapi juga dikembangkan pelayanan kesehatan umum lainnya. Di samping ditempuh upaya renovasi fisik bangunan Rumah Sakit yang tidak meneruskan arsitektur bangunan lama, melainkan dibuat bangunan dengan arsitektur modern. Upaya ini dijelaskan oleh Pak Akemat berikut:

Oleh karena itu, untuk menangkal hal itu. Makanya bangunan-bangunan baru yang kita buat ya tidak seperti itu. Dan seperti anda lihat di depan sudah mulai banyak perubahan bangunan-bangunan yang ada, bangunan-bangunan yang baru loh. Bukan rehabilitasi bangunan yang lama. Kita sudah buat sedemikian rupa, khususnya untuk yang umum (BA, 11 Maret 2004).

Tetapi upaya perbaikan dan peremajaan bangunan secara keseluruhan dengan arsitektur baru tidak dapat dilakukan. Sebab mengingat bangunan lama masih kuat dan bagus kondisinya. Sementara anggaran tahunan untuk pembangunan terbatas.



Karenanya bangunan dengan arsitektur modern dibuat sebagai bentuk pengembangan ruang pelayanan kesehatan yang baru, bukan peremajaan bangunan-bangunan lama.

Hal ini seperti dituturkan Pak Akemat di bawah ini:

Bangunan RS yang baru kan tidak dibangun seperti bangunan RS yang lama. Dan kalau harus membongkar semua bangunan yang lama di RS ini tentunya sangat susah, sebab anggaran tahunan untuk perawatan saja sangat minim sekali, biayanya tidak ada. ...bukan rehabilitasi bangunan lama. Kita sudah buat sedemikian rupa, khususnya untuk yang umum (BA, 11 Maret 2004).

Komentar yang sama diutarakan Pak Yusuf, yaitu salah seorang tokoh masyarakat Kelurahan Cilendek. Pak Yusuf sedikit banyak mengetahui perkembangan Rumah Sakit Jiwa, sebab dia sudah terbiasa berhubungan dengan Rumah Sakit dan orang tuanya merupakan pegawai Rumah Sakit Jiwa tersebut. Menurutnya, perubahan bangunan baru yang terbatas, di samping disebabkan masalah biaya pembangunan yang minim, juga karena pertimbangan sengaja dibiarkan sebagai ciri khas Rumah Sakit Jiwa. Pak Yusuf menceritakan pandangannya sebagai berikut:

Sekarang kan sudah banyak yang berubah, banyak tambahan bangunan-bangunan baru. Lagian bangunan itu kan masih kuat. Sayang mungkin, atau memang tidak ada biayanya. Terus mungkin memang itu merupakan ciri khas yang dimiliki RS, sehingga dibiarkan tetap begitu (BY, 20 Maret 2004).

Di samping fakta menyangkut imej pasien dan kesan arsitektur Rumah Sakit Jiwa. Stereotip Rumah Sakit ditunjang oleh adanya pengakuan masyarakat yang cenderung apriori terhadap Rumah Sakit Jiwa. Sebab siapapun yang masuk ke Rumah Sakit Jiwa, maka ia akan diidentifikasi sebagai orang yang sakit jiwanya, dan vonis gila akan melekat padanya. Salah seorang warga menuturkan, bahwa:

Kalau ke sini kan sama artinya ketemu dengan orang-orang sakit jiwa. Kan kalau ke tempat Rumah Sakit Jiwa, berarti nanti bisa-bisa temennya orang

gila, orang sakit jiwa. Makanya mereka menghindari, nggak mau ke sini (PE, 16 Maret 2004).

Hal yang sama juga diakui oleh Pak Akemat, Kasi II bidang Keperawatan Rumah Sakit Dr. Marzoeqi Mahdi. Baginya, memang asumsi yang berkembang luas di masyarakat tentang Rumah Sakit Jiwa tidak begitu menyenangkan, yaitu:

Kalau datang ke RSJ sama dengan divonis gila, dan itu tidak menyenangkan penyakit gila, beda dengan penyakit yang lain (BA, 11 Maret 2004).

Kondisi di atas, telah berlaku turun-temurun di masyarakat. Rumah Sakit Jiwa dalam kondisi apapun, entah terbuka dan sebaik apapun pelayanannya. Ia akan tetap dianggap sebagai tempat pengobatan orang sakit jiwa. Salah seorang warga kelurahan Cilendek, yang biasa dipanggil Bu Ida menjelaskan, bila:

Ya RSJ itu kan tempat pengobatan orang sakit jiwa. Kalau kesan saya ya nggak tahu, soalnya saya tidak pernah ke sana. ...ngapain ke sana. Ke RS itu kan berobat. Kalau nggak sakit ya nggak usah ke sana. Tapi ngeri juga sih, soalnya kalau lihat film *Dono*, kan pasien-pasien itu aneh-aneh, takut juga....(II, 20 Maret 2004)

Kenyataan itulah yang menjadikan masyarakat lebih suka memilih berobat ke ulama, kyai, tokoh-tokoh spiritual, dukun, maupun orang pintar yang ada di masyarakat. Mereka juga dianggap mampu mengobati. Lebih dari itu, orang-orang pintar ini tidak melekatkan suatu label stigmatisasi maupun stereotip negatif terhadap pasien bersangkutan, seperti yang terdapat pada dokter.

Masyarakat sejak awal rata-rata memiliki pandangan, bahwa lebih baik dibawa ke dukun atau orang pintar, ketimbang langsung dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Penisbatan gangguan jiwa sebagai gejala kesurupan atau diganggu makhluk halus akan lebih mudah dihilangkan status stigmanya, daripada harus diakui sebagai

sakit jiwa. Berbeda halnya, kalau kondisi pasien sudah kronis dan tidak dapat ditanggulangi lagi di rumah. Masyarakat tidak punya pilihan lain, selain membawanya ke Rumah Sakit Jiwa.

Stereotip negatif terhadap Rumah Sakit Jiwa tidak hanya berakibat negatif terhadap para pasien dan keluarganya. Stigma negatif tersebut juga menimpa para dokter, perawat, maupun staf pegawai Rumah Sakit, termasuk pihak keluarga mereka. Sekalipun kadar stigmatisasi yang ditujukan kepada para pegawai Rumah Sakit tersebut masih sebatas canda belaka. Kadar stigmatisasi tersebut terungkap, seperti pengalaman yang dialami Bu As ataupun Pak Akemat berikut:

...tapi di kalangan kesehatan sendiri, seperti ketika ada pertemuan, terus saya perkenalkan diri dari Rumah Sakit Jiwa, mereka pada ketawa. Saya tidak tahu apa yang ditertawakan. Apakah saya yang diketawakan ataukah Rumah Sakit Jiwanya. Saya melihat mereka tidak mau peduli, sehingga RSJ hanya menjadi bahan leluconnya saja (IA, 19 Maret 2004).

Secara verbal sih *no problem* yah. Yang tertangkap ke saya, tidak ada masalah, mau gimana terserah saya. Tetapi kadang-kadang ada sedikit kekhawatiran ...hati-hati loh nanti ketularan. ...kalau misalnya ketemu kenalan, saya perkenalkan diri kerja di Rumah Sakit Jiwa, mereka biasanya bercanda: oh belum sembuh toh dari Rumah Sakit Jiwa... itu yang biasanya ada. Tetapi kita tahu itu kan sekedar guyonan. Tetapi lebih dalam lagi sesungguhnya mereka masih menstigma terhadap Rumah Sakit Jiwa dan pasiennya (BA, 11 Maret 2004).

Stereotip negatif masyarakat tersebut, tidak hanya mengarah ke institusional Rumah Sakit Jiwa, melainkan berpengaruh luas terhadap para pasien, keluarga pasien, dokter, perawat, staf Rumah Sakit, maupun masyarakat sekitar Rumah Sakit Jiwa tersebut. Masyarakat memperoleh kesan, bahwa stereotip negatif tersebut semakin menggelembungkan efek negatif (*negative effect*) bagi segala hal yang

berbau dan terkait dengan Rumah Sakit Jiwa. Sebab Rumah Sakit Jiwa dan segala yang melekat di dalamnya menjadi stereotip yang terus bertahan di masyarakat.

Stigmatisasi dan stereotip masyarakat terhadap pasien, institusi, maupun semua yang bersentuhan dengan pasien dan institusi tersebut, merupakan konsekuensi berlakunya strategi kuasa dan regulasi sosial di masyarakat. Praktek dan strategi kuasa tampak dominan dalam teknik kerja *team work* Rumah Sakit Jiwa. Teknik kerja yang menimbulkan efek negatif berupa label sakit di masyarakat. Praktek dan mekanisme perawatan di Rumah Sakit Jiwa tersebut, bertujuan sebagai kontrol untuk melahirkan individu yang sehat, disiplin, berguna dan produktif. Sementara melalui regulasi sosial yang berlaku di masyarakat, maka tata aturan dan sistem operasi sosial tetap akan membatasi dan mengisolasi mereka. Regulasi sosial tersebut, berlaku guna menjamin kesehatan publik dan kesejahteraan tetap bersemayam di masyarakat.

## **B. MEKANISME KONTROL SOSIAL DI MASYARAKAT**

Stigma dan stereotip negatif masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa ataupun Rumah Sakit Jiwa terjadi bukan secara kebetulan. Proses tersebut merupakan mekanisme sistem sosial yang sudah lama terbentuk dan bertahan di masyarakat. Regulasi sosial melindungi dan mempertahankan tatanan sosial yang baik dan disukai masyarakat. Regulasi sosial tersebut juga meniadakan dan mengeksklusi tatanan sosial yang buruk dan berpengaruh negatif terhadap masyarakat.

Mekanisme sistem sosial lahir berdasarkan sistem relasi kuasa dan sistem pengetahuan yang terbentuk di masyarakat. Relasi kuasa antara kelompok borjuis

kota dan para pemuka agama. Sementara sistem pengetahuan dibangun berdasarkan aturan moral pemuka agama dan para dokter-psikiater. Jalinan antara relasi kuasa dan sistem pengetahuan yang dibangun di atas, melahirkan mekanisme politik kesehatan, pembersihan kota dari sesuatu yang mengotori, serta justifikasi moral di masyarakat. Jalinan tersebut melahirkan regulasi sosial yang bertahan lama hingga sekarang di masyarakat, yaitu suatu mekanisme kontrol sosial masyarakat.

Mekanisme kontrol sosial terbentuk lewat usaha pendirian Rumah Sakit Jiwa dan segala aturan kerja kesehatan di dalamnya. Jumlah penderita gangguan jiwa yang semakin meningkat, perkembangan medis kedokteran, pembenaran otoritas agama, serta dukungan masyarakat kota dan instansi pemerintah, menjadi dalil pembenaran bagi pemerintah kolonial saat itu. Pemerintah kolonial mempunyai alasan kuat untuk melakukan mekanisme kontrol guna mengatasi sakit para pekerja paksa maupun pegawai pemerintahan yang terganggu jiwanya. Mekanisme kontrol tersebut, juga dibuat untuk menetralkan keadaan masyarakat yang sakit, kumuh, dan tak terkendali.

Kontrol sosial berlaku di dalam masyarakat, diawali dengan pembangunan pusat kontrol, yaitu ruang eksklusi dan kurungan di Rumah Sakit Jiwa. Kemudian diatur mekanisme penyembuhan, aturan perawatan, maupun aturan lain bagi para penghuninya. Setelah itu, dibuatlah siapa yang bertanggung jawab di dalamnya. Dia diposisikan sebagai pimpinan yang memiliki otoritas penuh untuk menentukan segala sesuatunya. Otoritas penuh yang mampu membuat label sakit sebagai pegangan moral bagi masyarakat. Di mana masyarakat menjadikannya sebagai pegangan moral bagi upaya justifikasi stigmatisasi terhadap mereka yang terganggu jiwanya.

Kontrol sosial masyarakat terhadap mereka yang mengalami gangguan jiwa sebenarnya terjadi melalui pengetahuan yang terbentuk di masyarakat. Bagi masyarakat umum, gangguan jiwa apapun jenisnya akan disebut sebagai perilaku psikotik, amuk-kekerasan, ngaco dan ngomel bicaranya. Pengetahuan tentang gangguan jiwa yang demikian, bukan persepsi umum masyarakat semata. Kalangan kesehatan dan kedokteran pun memiliki persepsi umum gangguan jiwa yang sama.

Dokter Rahmat menjelaskan, bahwa:

Bukan hanya orang awam saja. Kalangan terdidikpun jangankan itu, di kalangan kesehatan pun begitu. Laporan gangguan jiwa di suatu Kabupaten ada 0,0%. Padahal menurut penelitian gangguan jiwa paling tidak ada 20 koma sekian persen WHO mengatakan demikian, menurut jumlah dari sekian populasi. Karena persepsi dunia kesehatan pun, entah dokter ataupun perawat melihatnya yang gila ya yang psikotik itu, yang realitasnya terganggu. Sementara gangguan jiwa yang lain dianggap bukan gangguan jiwa. Yang salah itu persepsinya, bahwa gangguan jiwa itu hanya sekelompok kecil saja. Padahal yang gangguan jiwa itu banyak...(DR, 16 Maret 2004).

Pengetahuan yang secara umum demikian, tidak terlepas dari adanya pembagian dikotomi antara normal-abnormal, sehat-sakit, dan rasio-non rasio di dunia kedokteran. Pengetahuan tersebut dimapankan lewat pedoman kategorisasi gangguan jiwa yang dibakukan, baik oleh lembaga kedokteran maupun asosiasi psikiatri. Pedoman kategorisasi yang disebarluaskan dan menjadi rujukan tunggal atas segala sesuatu yang masuk dalam kategori gangguan jiwa.

Pengetahuan tersebut kian terartikulasi lewat praktek perawatan, dan mekanisme perlakuan yang diterapkan di Rumah Sakit Jiwa. Di mana para pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Marzoeki Mahdi tidak ditempatkan berdasarkan jenis gangguan jiwanya, melainkan lebih berdasarkan jenis tipe kelas ruangnya. Tipe kelas

ruangan pasien sangat tergantung pada kemampuan finansial pasien dan keluarganya. Secara umum para pasien di Rumah Sakit ini dikelompokkan ke dalam bangsal-bangsal dan hanya dipisahkan berdasarkan jenis kelaminnya saja.

Bagi pasien yang gelisah dan baru masuk Rumah Sakit, maka mereka akan ditempatkan di bangsal Ruang Kresna, yaitu Ruang ICU (*Intensive Care Unit*). Sedang bagi pasien yang sudah agak tenang dan tidak gaduh gelisah lagi, maka mereka akan ditempatkan di bangsal-bangsal *intermediate* yang ada, seperti ruang Sadewa, Nakula, Srikandi, Arjuna, Dewi Amba, ataupun bangsal-bangsal lain, tergantung keinginan dan kemampuan pasien dan keluarganya.

Dalam praktik dan mekanisme perawatan yang terjadi di Rumah Sakit Jiwa, sebenarnya apa yang ditenggarai oleh Foucault benar, bahwa bukan sebatas praktek kurungan dan mapannya wacana kedokteran psikiatri, yang menjadikan kontrol di masyarakat kuat. Dalam konteks gangguan jiwa, maka yang lebih tampak sebenarnya adalah subyek dan kekuasaan (Gary Gutting, 1994: 4). Apa yang diperlihatkan Rumah Sakit Jiwa dengan pembagian bangsal berdasarkan tipe kelasnya, pelayanan pasien menurut kemampuan finansialnya, serta otoritas dokter yang begitu besar, menunjukkan kekuasaan Rumah Sakit Jiwa dan permainan subyek dokter di dalamnya.

Aktifitas keseharian yang dijalani di Rumah Sakit tersebut, mulai mandi, makan, minum dan injeksi obat, aktifitas terapi, pola tidur, ataupun kegiatan lain sehari-hari dilakukan sebagai rutinitas kontrol yang terpola dan terjadwal secara rapi. Aktifitas keseharian yang terpola dan bersiklus rutinitas tersebut, menjadi alat pengawasan dan kontrol yang efektif.

Sementara itu, relasi yang terbangun di Rumah Sakit Jiwa menegaskan posisi hirarkis yang berjarak antara dokter-perawat dengan pasien. Pasien ditempatkan sebagai individu yang mampu menerima intervensi apapun dari dokter maupun perawat. Mereka dibentuk sebagai individu yang harus diatur dan direhabilitasi agar memiliki citra sehat dan normal seperti individu kebanyakan. Mekanisme rehabilitasi tersebut didesain dengan tingkat kontrol yang tinggi, terpadu, dan kontinu.

Mekanisme kerja di dalam Rumah Sakit Jiwa dibentuk berdasarkan *team work* yang secara hirarkis dipimpin seorang dokter sebagai *leader*-nya. Dokter membawahi para perawat, psikolog, *social workers*, maupun tenaga penunjang lain. Mekanisme kerjanya diatur sedemikian rupa dengan tugas masing-masing sesuai bidangnya. Dokter bertugas sebagai *leader team work* yang bertugas menentukan diagnosis sakit pasien maupun persetujuan kesembuhannya. Dokter juga bertugas memberi resep obat serta terapi lainnya.

Sementara perawat bertugas melakukan asuhan keperawatan, memberikan terapi aktifitas kelompok, serta mengawasi dan memonitor pasien selama 24 jam. *Social workers* bertugas menilai ekses-ekses sosial yang dialami pasien. Sedang psikolog menelusuri minat, bakat dan kemampuan pasien, serta mengarahkannya. Adapun tenaga penunjang lain bertugas sesuai *job* kerja masing-masing, seperti tenaga administrasi, satpam, tenaga kebersihan, dan tenaga perlengkapan lainnya. Kesemua *job* dan tugas masing-masing berada dalam kesatuan *team work* yang berfungsi membentuk, mengatur, dan melakukan kontrol terhadap pasien secara terus menerus.



Mekanisme kerja Rumah Sakit yang demikian, memposisikan pasien sebagai individu terlemah, bahkan lebih lemah dari pada di dalam masyarakat. Di Rumah Sakit, menurut Merquior (1985), pasien sebagai alat kekuasaan, lebih dipahami sebagai hasil dominasi daripada sebagai sarana atau alat kebebasan individu (Haryatmoko, 2003: 221). Posisi lemah ini terjadi lewat mekanisme kontrol sosial yang diterapkan Rumah Sakit. Mekanisme kontrol sosial ini diterapkan sejak pasien masuk hingga keluar dari Rumah Sakit. Di mana pasien dapat masuk dan keluar dari Rumah Sakit hanya lewat persetujuan pihak lain, baik keluarga, RT, RW, Kepolisian, Dinas Sosial, Dinas Ketertiban, maupun Dinas Kesehatan dan pihak Rumah Sakit Jiwa sendiri. Karena itulah segala hal mengenai pasien tergantung sepenuhnya pada persetujuan pihak keluarga atau institusi yang membawanya.

Mekanisme kontrol sosial ini berlanjut ketika individu tersebut menjadi pasien, yaitu penghuni tetap Rumah Sakit. Dia akan memiliki status dan label berbeda dari sebelumnya. Pasien didiagnosis menderita gangguan jiwa. Dia disebut sakit dan harus menjalani perawatan di Rumah Sakit. Label dan status yang menjadikannya tidak memiliki kebebasan dan berada dalam tanggungan orang lain. Label dan status itu menjadikan pasien kehilangan hak sosialnya, juga menjadikan dia memperoleh stigma dan label negatif dari masyarakat. Label tersebut tetap bertahan sebagai kontrol terhadap diri mereka untuk waktu yang panjang, dan mungkin selamanya.

Kondisi individu yang sakit akan selalu terkontrol hidupnya, baik di dalam aktifitas rutin Rumah Sakit Jiwa maupun selepas dari Rumah Sakit. Sebab sekalipun sudah keluar dan berada di dalam keluarga dan masyarakat. Pasien harus tetap

menjalani kontrol medis, yaitu kontrol berobat jalan. Kontrol berobat jalan ini biasanya dilakukan 10 hari sekali atau sesuai persediaan obat yang dimiliki pasien. Pak Akemat menjelaskan, bahwa pasien setelah pulang, tetap harus menjalani perawatan dokter lewat kontrol berobat jalan, yaitu:

Setelah pulang biasanya kita kasih obat, berobat jalan. Biasanya setelah 10 hari mereka diharuskan kontrol. Cuma kadang-kadang ada yang sehari dua hari yang langsung kambuh. Hanya satu dua yang bisa bertahun-tahun ada di rumah (BA, 11 Maret 2004).

Kontrol berobat jalan menjadi rutinitas lanjutan yang harus dijalani pasien. Jadi sekalipun mereka sudah keluar dari Rumah Sakit, tetap saja mereka akan memiliki status diri sebagai pasien. Sebab mereka tetap harus berobat jalan secara terus-menerus hingga waktu yang tidak dapat dipastikan.

Akibatnya akan sangat tergantung pada kemampuan pasien. Bila dia tidak lagi meneruskan proses berobat jalan, maka kemungkinan besar dia akan lebih cepat masuk kembali ke Rumah Sakit. Karena tidak ada obat yang mengontrol emosi ketenangannya. Sebaliknya, bila dia tetap berobat jalanpun, belum tentu terjadi perubahan perilaku dan perubahan status diri ke arah diri yang sehat dan normal. Sebab dia terlanjur berada dalam sistem kontrol masyarakat yang mengidentifikasi dirinya sakit dan terganggu jiwanya.

Mekanisme perawatan Rumah Sakit Jiwa membentuk kesan mendalam atas persepsi pengetahuan keluarga dan masyarakat terhadap pasien. Persepsi pengetahuan yang melahirkan tata cara penanganan dan kontrol atasnya di masyarakat. Kenyataan tersebut lahir berdasarkan produksi pengetahuan kesehatan jiwa yang disosialisasikan

pihak dokter, maupun Unit Penyuluhan Kesehatan Jiwa Masyarakat (UP-KJM) Rumah Sakit Jiwa terhadap keluarga maupun masyarakat.

Kondisi ini disebabkan, karena penanganan perawatan di Rumah Sakit Jiwa juga harus didukung oleh peran serta keluarga dan masyarakat. Pihak Rumah Sakit selalu meyakinkan pihak keluarga, bahwa anggotanya yang sakit dapat disembuhkan. Kesembuhannya tergantung perlakuan keluarga terhadap pasien selama di rumah. Perlakuan keluarga yang tidak peduli terhadap pasien, sering ditanggapi negatif oleh pihak Rumah Sakit. Pasien yang sakit dan pihak keluarga semestinya saling berhubungan. Karena itulah masalah pasien merupakan masalah keluarga juga, yang harus ditangani oleh pihak Rumah Sakit Jiwa. Bu As mengatakan, bahwa:

Kita di sini kan bukan hanya masalah pasien, tetapi juga masalah keluarga. Jadi peran serta keluarga. Jadi kalau lebih efektif terhadap pasien, kalau dia sudah baik sosialnya yang kita ajarkan dan hal itu didukung keluarga. Maka hari rawat akan dapat dipersingkat. Semua sangat tergantung pihak keluarga...(IA, 19 Maret 2004).

Reaksi dan tanggapan negatif keluarga dipengaruhi mekanisme sosial yang berlaku di masyarakat. Masyarakat tetap memiliki identifikasi negatif seperti sebelumnya, sekalipun telah dilakukan sosialisasi dan penyuluhan oleh pihak Departemen Kesehatan maupun pihak Rumah Sakit Jiwa, baik melalui Puskesmas ataupun melalui aparat desa masing-masing. Masyarakat tetap menganggap mereka sebagai pasien yang berbahaya bagi lingkungan. Hal ini disebabkan adanya kekhawatiran terhadap mereka. Di samping, sebagai kontrol sosial yang secara alamiah berlaku di masyarakat.

Identifikasi masyarakat sebagai sebuah kontrol berlangsung secara luas. Hal tersebut tidak lagi dibatasi persepsinya hanya melalui persentuhan langsung dengan individu pasien, atau lewat pengawasan langsung di Rumah Sakit Jiwa. Kontrol tersebut berlangsung secara tidak langsung melalui perkembangan wacana yang berkembang di masyarakat. Media massa menjadi medium penting yang membentuk persepsi pengetahuan tersebut, melalui liputannya tentang pasien gangguan jiwa maupun keadaan Rumah Sakit Jiwa. Hal ini seperti dikemukakan Bu As berikut:

Saya melihat masyarakat umum, terutama media massa belum melihat secara keseluruhan proses kehidupan pasien yang ada di RSJ, atau pasien yang mengalami gangguan jiwa. Seperti di televisi, kita lihat pasien-pasien yang ditampilkan mengalami gangguan jiwa. Dia ditampilkan yang ketawa-ketawa sendiri, yang garuk-garuk, yang ngaco, dan sebagainya. Memang betul itu salah satu proses dia mengalami gangguan jiwa. Tetapi dalam proses kehidupannya itu kan masih bisa kita sentuh...(IA, 19 Maret 2004).

Identifikasi kontrol masyarakat, dipengaruhi juga oleh sifat tertutup Rumah Sakit terhadap kebenaran sejujurnya yang terdapat di dalamnya. Kondisi ini disebabkan tidak efektifnya pengobatan yang dijalani pasien di Rumah Sakit Jiwa. Sebab kebanyakan Rumah Sakit Jiwa lebih berfungsi sebagai kurungan ketimbang penyembuhan. Kenyataan lainnya, mereka tidak dapat disembuhkan menjadi pertimbangan penting untuk tetap mengeksklusi mereka di Rumah Sakit Jiwa maupun di dalam masyarakat.

Kenyataan bahwa mereka tidak dapat disembuhkan ataupun sembuh tetapi tidak seratus persen diakui oleh para dokter, perawat maupun petugas Rumah Sakit Jiwa. Pak Soedjono, Pak Akemat, ataupun Bu As mengungkap hal ini, yaitu:

...ekspresinya itu minimal sudah bersahabat, ya paling tidak, tidak membahayakan orang lain atau membahayakan diri sendiri. Terus dari perawatan dirinya udah bagus. Itu sudah kriteria pasien tersebut dinyatakan sembuh. Sembuh dalam arti, sembuh psikiatrik. Bukan sembuh kayak penyakit koreng itu ya. Sekarang penyakit koreng aja umpamanya, itu saja ada bekasnya. Apalagi penyakit jiwa, masih ada bekas-bekas gangguan jiwanya. ...yang jelas sampai saat ini *schizoprenia* belum dapat disembuhkan total. Jangankan di negeri kita, di negara majupun sama (PS, 9 Maret 2004).

...sehat jiwa klinis. Itu artinya pasiennya setelah dirawat, beberapa lama di RS tidak membahayakan dirinya dan orang lain, yang kedua paling tidak bisa menolong dirinya sendiri, itu saja. Kalau kemudian sembuh total seperti sebelum sakit itu hampir-hampir tidak mungkin. ...hampir semuanya rata-rata balik lagi, tetapi tidak sekaligus. Bisa sehari, dua hari, sebulan, dua bulan, setahun atau beberapa tahun kemudian dia balik lagi. Seperti Duni (pasien yang barusan saya wawancara). Apalagi pasien *schizoprenia*, sudah ada penelitian bahwa pasien ini dalam jangka waktu paling lama 5 tahun, dia pasti akan kambuh lagi (BA, 16 Maret 2004).

...secara medis orang yang dikatakan mengalami gangguan jiwa itu sehat jiwa itu sulit, sehat 100%, jadi dikatakan sembuh sosial. Terus pasien jiwa yang sudah kronis, dia sudah tidak bisa diapa-apain lagi kasarnya gitu (IA, 19 Maret 2004).

Fakta lain yang menjadikan persepsi masyarakat tetap kuat untuk melakukan mekanisme kontrol sosial adalah intensitas hubungan yang terbangun di masyarakat. Pada masyarakat desa, keeratan interaksi sosial menjaga citra diri masing-masing relatif tetap bertahan lama dan sulit untuk dihilangkan. Sementara pada masyarakat kota yang interaksinya renggang, maka cenderung pembentukan citra diri baru individu (bekas pasien) akan lebih mudah dilakukan. Sekalipun hal tersebut tetap sulit dilakukan, apalagi berhadapan dengan opini publik yang terlanjur memvonisnya.

Pada kasus individu sakit jiwa, masyarakat desa melihat bahwa citra diri individu tetap bertahan seperti dulu. Bila dia dulunya ngaco, pernah mengamuk dan mencederai orang lain di lingkungannya. Maka citra itu terus bertahan di masyarakat,

sekalipun yang bersangkutan sudah dinyatakan sembuh. Masyarakat akan menjauhinya dan memilih tetap mempertahankannya di Rumah Sakit Jiwa. Kondisi ini dibenarkan dokter Rahmat, katanya:

Dulu dia karena telat tidak makan obat, terus kambuh gangguan jiwanya. Dia bunuh pamannya, kebetulan pamannya Satpam RS ini. Terus setelah dia udah baikan, dinyatakan sembuh. Pihak orang-orang kampung, RT-nya sudah bikin pernyataan menolak... Tapi ya dari pada digebukin orang sekampung, ya saya minta diambil lagi dirawat di sini saja (DR, 16 Maret 2004).

Sedangkan pada masyarakat kota, kondisi di atas relatif tidak terlalu berpengaruh. Masyarakat kota cenderung masa bodoh dan tidak mau peduli. Tetapi kebiasaan mereka yang individualis dan lebih menekankan produktifitas, menjadikan pasien tetap tak terawat dan secepat itu pula kembali ke Rumah Sakit Jiwa. Sebab pasien sakit jiwa sekalipun sudah dinyatakan sembuh. Dia tetap memerlukan perawatan dan bantuan orang lain dalam kesehariannya.

Masyarakat kota dalam hal kontrol sosial terhadap mereka yang sakit jiwa lebih berpegang pada pengetahuan pendidikan, berita media massa, maupun kebijakan pemerintah tentang hal tersebut. Kontrol sosial masyarakat kota lebih terjaga, sebab mereka memperoleh pendidikan lebih baik, lebih mudah mendapatkan akses fasilitas Rumah Sakit Jiwa, serta lebih bisa bebas memilih teman yang terbaik.

Hal ini seperti diungkap Bu Ida berikut:

Susah ya. Dulu sih ada penyuluhan di Puskesmas pada warga, tapi sebentar. Tapi ngak tahu hasilnya. Dan masyarakat tampaknya ngak begitu peduli. Susah udah biasa terjadi, memang itu keadaannya. Lagian Bapak lihat sendiri, itu tu kalau pun si A itu sudah keluar dari RS, tetep aja masyarakat ogah, ngapain deket-deket. Kan masih banyak temen yang bener. Masak mau gaul ama yang begituan. Sama juga mana mau kite-kite ini gaul ama bandar, kan

ngak. Jadi ya kita ini milih-milih mana yang kita suka. Yang begitu itu ma biarin aja (II, 20 Maret 2004).

Berita dan opini yang secara tipikal masih memposisikan pasien sebagai psikotik, amuk, ngaco maupun membahayakan lingkungan. Kemudian kebijakan pemerintah yang diskriminatif terhadap pasien menjadi dasar kuat tetap kukuhnya kontrol sosial masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa.

Lebih dari itu, kontrol sosial menjadi alat kuasa yang tidak lagi dipraktekkan oleh segelintir orang yang berkuasa, dan langsung ditangani oleh negara. Kontrol sosial telah tersebar sebagaimana kuasa yang tersebar di mana-mana. Kontrol sosial dipraktekkan secara majemuk oleh berbagai komunitas dan institusi. Mereka satu sarna lain saling tak terkait, dan memiliki orientasi program masing-masing. Sekalipun begitu, betapapun majemuk dan berbeda orientasi programnya. Ia pada dasarnya menunjukkan sebuah ciri *isomorfitas* kesamaan, yaitu pola pengawasan terhadap pasien. Pola pengawasan yang tidak lagi terpusat di Rumah Sakit Jiwa, melainkan menyebar hampir di seluruh institusi dan komunitas masyarakat.

Rumah Sakit Jiwa hanya menjadi unit simpul yang dipercaya masih populer dan mampu menghadirkan simbol penguasaan atas diri pasien gangguan jiwa. Sementara kontrol sosial tidak lagi terbatas di sana, melainkan telah menjadi bagian dari aktifitas keseharian di dalam masyarakat. Kontrol sosial sebagai strategi kuasa bekerja melalui normalisasi dan regulasi aturan-aturan dan kebijakan-kebijakan yang ada di dalam masyarakat. Kontrol sosial ini dimapankan lewat perangkat norma sosial, sistem kesehatan publik, maupun melalui tendensi pengetahuan kedokteran.

Dengan demikian, maka politik kesehatan menyebar tidak lagi sebatas fenomena *medical space* (ruang medis), melainkan telah bergeser menjadi *social space* (ruang sosial). Fenomena politik kesehatan tersebut menurut Foucault (1994) disebut sebagai politik *nosografis*. Kesehatan tidak lagi terpusat hanya di bangsal-bangsal Rumah Sakit, melainkan telah masuk ke tubuh pengetahuan masyarakat. Politik kesehatan terhadap pasien gangguan jiwa, tidak terbatas pada pengawasan dokter, perawat, dan tenaga non-medis lainnya. Pola pengawasan juga diterapkan pihak keluarga, RT, RW, Kepolisian, Dinas Ketertiban, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, institusi keagamaan, ataupun institusi lain di dalam masyarakat.

Kontrol terhadap pasien, bukan lagi secara langsung diterapkan lewat seragam khusus pasien, melalui mekanisme ketat perawatan Rumah Sakit, ataupun tergantung pengawasan dokter dan perawat. Kontrol sosial terhadap pasien telah menjadi kesadaran pengetahuan yang didistribusikan melalui kebijakan sosial kuasa rezim kolektif menjadi kesadaran bersama masyarakat. Kontrol sosial secara lebih luas lebih diterapkan pada populasi masyarakat. Ukuran yang dipakai bukan sekedar gangguan jiwa dan individu sakit jiwa, melainkan kontrol ruang kota secara umum, pengetahuan medis administratif, serta otoritas kesehatan pada dokter dan Rumah Sakit (Colin Gordon [ed.], 2002: 217-219).

Kondisi yang sama berlaku pula pada kebijakan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Di mana upaya kuratif menyangkut penanganan gangguan jiwa dan individu sakit jiwa hanya menjadi *focal point* Rumah Sakit Jiwa. Sementara Departemen Kesehatan menangani upaya promotif dan preventif secara lebih luas di



masyarakat. Upaya tersebut terkait dengan kesehatan jiwa populasi masyarakat secara keseluruhan, termasuk peningkatan kualitas hidup di dalamnya, serta desentralisasi kesehatan yang lebih menyeluruh ke semua lapisan dan menjangkau perangkat institusi otoritatif kesehatan hingga ke tingkat desa.

Keberadaan kontrol sosial di masyarakat menjadi efektif di atas, dapat dianalisa berdasarkan tiga kontribusi utama ilmu sosial menurut Foucault (1994). *Pertama*, Analisa *power/knowledge*. Di sini kuasa sebagai strategi yang tersebar dan dijalankan melalui normalisasi dan regulasi menghasilkan sesuatu yang produktif. Otoritas yang dimiliki dokter, polisi, maupun hakim begitu efektif menjangkau masyarakat sebagai sebuah sistem kuasa yang mereproduksi pengetahuan, baik tentang hukum, psikologi, kedokteran, sosiologi, maupun yang lain. Produksi pengetahuan yang melahirkan kesadaran kuasa di masyarakat. Kuasa itu tidak berbentuk *repressive hypothesis* (hipotesa represif), melainkan berbentuk kuasa disiplin, yaitu teknologi disiplin yang bertujuan mereproduksi individu yang dapat diperlakukan sebagai tubuh yang patuh, sekaligus tubuh yang produktif. Teknologi ini dikenal sebagai *bio-technico power* (*bio-power*). Teknologi tubuh ini beroperasi melalui dua kutub, yaitu: *Pertama*, kontrol regulatif terhadap vitalitas hidup, sebagai keprihatinan atas manusia. Di mana disiplin menjadi kritik epistemologis atas kategori penyakit sebagai elemen kontrol moral atas individu dan masyarakat. *Kedua*, *bio-power* berpusat pada tubuh yang dipandang bukan sebagai sarana bagi reproduksi manusia, melainkan sebagai sarana untuk dimanipulasi lewat kuasa

disiplin tersebut. Kuasa disiplin ini berkembang dan menjadi sempurna dalam praktek perawatan dan atribut yang dihasilkan Rumah Sakit Jiwa.

*Kedua*, Pemahaman teori tubuh diri modern yang dikembangkan lewat teknologi disiplin (*disciplinary technologies*). Bagi Foucault, disiplin sebagai anatomi politis sekaligus tampilnya mekanisme kuasa yang baru. Tubuh tidak lagi dihancurkan atau dipertontonkan, melainkan dilatih, dijadikan terampil, tetapi tetap untuk ditaklukkan. Disiplin di satu pihak memperbesar kekuatan tubuh dalam terminologi ekonomi kegunaan, seperti terapi kerja yang dilakukan. Di pihak lain memperkecil kekuatannya dalam terminologi ketaatan politis, yaitu pasien sepenuhnya tunduk pada otoritas dokter dan aturan Rumah Sakit Jiwa. Teknologi disiplin menjadikan pengontrolan dan pengawasan terhadap pasien sebagai mekanisme penaklukkan tetap yang menghasilkan relasi patuh berguna.

Teknologi disiplin ini menurut Foucault (1977) diterapkan melalui empat metode, yaitu: 1). Selular (pembagian ruang), di mana individu ditempatkan secara terpisah menurut bangsal masing-masing sesuai jenis kelaminnya, atau menurut tipe kelasnya. 2). Organik (pengaturan aktivitas), di sini individu pasien diatur sedemikian rupa kegiatannya selama di Rumah Sakit Jiwa, dari mulai mandi, makan, minum dan injeksi obat, pola tidur, maupun aktifitas terapi lainnya. 3). Genetis (pengakumulasian waktu), di mana dibuatlah jadwal yang teratur, mulai dari pembentukan ritme yang teratur, penguasaan kesibukan atau aktifitas tertentu, maupun pengaturan suatu lingkaran pengulangan (rutinitas). Jadwal yang efektif mungkin membentuk tubuh yang produktif dan efisien. Mereka para pasien ini dilatih mengambil buku catatan

medis perawat, dilatih berbelanja, berkomunikasi, dan latihan produktif lainnya. 4). Terkombinasi ( penyusunan kekuatan), di sini dibuatlah penempatan secara berbeda dengan memperhitungkan efektifitas penempatan dan produktifitas tubuh individu pasien. Para pasien setelah melewati tahapan perawatan dan sudah mulai dapat dikontrol, maka ia akan dilepaskan kembali ke keluarga, agar dapat beraktifitas lagi di masyarakat dan tidak menjadi beban sosial Rumah Sakit. Tetapi secara sederhana untuk mencapai empat metode di atas, maka metode tersebut harus didukung dengan empat teknik, yaitu memberi jadwal, mengatur gerakan, mengajukan latihan, dan menyusun taktik kombinasi (Hardiyanta, 1997: 91).

Dalam prakteknya, teknologi pendisiplinan yang baik di atas, haruslah didukung dengan sarana-sarana berikut, yaitu: *Pertama*, Pengawasan hierarkis, ialah suatu pengawasan yang tak terpantau (*invisible*) si terpantau pasien. Pengawasan sistem *panopticon* ditempuh untuk menjadikan terbentuknya manifestasi pengawasan pada diri pasien. Kebebasan pasien lalu lalang di Rumah Sakit Jiwa, tetap dipahami sebagai kontrol diri pasien di Rumah Sakit tersebut. Mereka dikesankan bebas berkeliaran, tetapi sebetulnya mereka memiliki perasaan atau membatinkan diri selalu dipantau terus-menerus. *Kedua*, Normalisasi, ialah upaya yang berfungsi sebagai proses pelatihan sekaligus koreksi terhadap perilaku dan gangguan jiwa pasien. Para pasien dilatih dengan terapi aktifitas kelompok maupun aktifitas terapi lainnya. Aktifitas terapi ini dilakukan guna memberi pengertian tentang sakitnya dan agar terbentuk kesadaran diri yang sehat pada pribadi pasien. *Ketiga*, Pengujian. Hal ini ditempuh melalui rekam data medis pasien, visit dokter, maupun monitoring perawat

selama 24 jam. Pengujian merupakan sarana penting bagi penentuan tingkatan kontrol lanjutan bagi si pasien.

*Ketiga, Analisa governmentality.* Perubahan perawatan yang kejam dan menyakitkan terhadap pasien sakit jiwa, seperti tampak pada model perawatan *custodial* tempo dulu sudah ditinggalkan. Demikian juga tindakan pemasangan di masyarakat sudah tidak ada lagi. Perawatan kesehatan terhadap pasien gangguan jiwa sekarang tampak lebih manusiawi, yaitu menggunakan obat-obatan psikotropika dan terapi aktifitas kelompok. Sekalipun tindakan vikisasi dan pemakaian kursi listrik ECT kadang-kadang masih dilakukan. Tetapi secara umum, perawatan terhadap pasien di Rumah Sakit Jiwa Bogor bila mengikuti pandangan Foucault (1991), maka menunjukkan perubahan sasaran, yaitu dari tubuh ke jiwa pasien.

Model perawatan tidak lagi menyentuh fisik pasien secara kejam, tetapi relasi dokter-pasien yang berjarak dan status label sakit yang efektif di masyarakat, menjadikan posisi pasien lemah dan tak berdaya. Lebih dari itu, semanusiawi apapun institusi hukum, agama, maupun medis kedokteran, tetap saja ia merupakan institusi yang bersandar pada norma memaksa (*normative coercion*), kata Turner (1992). Institusi tersebut tidak memaksa dengan kekerasan fisik, melainkan memaksa dalam konteks “otoritas moral”-nya. Sebab institusi tersebut memberi penjelasan atas problem individu dan menyediakan solusi penanganannya (Turner, 1997: xiv).

Analisa atas *governmentality* ini bersandar pada tiga hal, yaitu: kedaulatan (*sovereignty*), disiplin (*discipline*), dan pemerintahan (*government*). Ketiganya terangkai sebagai suatu kesatuan. Rumah Sakit Jiwa dengan kedaulatannya

memungkinkan menerapkan disiplin yang ketat terhadap para pasien. Sedang melalui penerapan disiplin tersebut, maka dimungkinkan tercipta tata aturan dan tata pemerintahan terhadap pasien dan segala hal yang terkait dengan kesehatan jiwa.

Dengan bersandar pada ketiga pokok *governmentality* tersebut, maka dimungkinkan beroperasinya kuasa yang membentuk aparatus keamanan (*security*), terbaginya ruang (*territory*), dan tersentuhnya pembagian demografi populasi (*population*) masyarakat secara luas. Kuasa *governmentality* tersebut melahirkan aparatus kesehatan, seperti para dokter, perawat, maupun tenaga kesehatan non-medis lainnya. Kuasa *governmentality* pun menciptakan pembagian ruang dalam sistem masyarakat, maka dibuatlah Rumah Sakit Jiwa, Departemen Kesehatan, Panti Rehabilitasi, dan teritori publik lainnya. Di samping itu, kuasa *governmentality* menyebabkan terbaginya demografi kependudukan, yaitu klasifikasi kependudukan berdasarkan faktor kesehatan, sosial, ekonomi, maupun faktor yang lain.

Dengan demikian, maka kontrol sosial masyarakat secara sistematis dirangkai dalam suatu mekanisme pemerintahan dunia kesehatan yang ditata secara rapi dan terencana. Mekanisme pemerintahan kesehatan tersebut menghasilkan bentuk kontrol yang menjangkau ke segenap ruang wilayah, baik dalam institusi tertutup maupun institusi terbuka. Pemerintahan kesehatan yang memiliki kedaulatan untuk melakukan mekanisme disiplin terhadap individu dan masyarakat, serta memungkinkan terbentuknya tatanan pemerintahan mental yang secara sadar menjalankan mekanisme kontrol sosial tersebar dan beroperasi di masyarakat.

*Governmentality* tersebut digerakkan oleh aparatus keamanan, baik polisi, hakim, maupun dokter, yang secara otoritatif mengembangkan kompleksitas pengetahuan menjadi seperangkat kuasa disiplin yang melembaga dan tersebar di masyarakat. Aparatus *governmentality* akan menjadikan populasi masyarakat sebagai *self-subjection* yang secara terus menerus melakukan regulasi sosial melalui disiplin dan pengawasan yang berpusat pada tubuh diri masing-masing. Sehingga terbentuk suatu *societal regulation* yang menegaskan, bahwa kontrol sosial tersebut telah termanifestasi ke dalam diri masyarakat sebagai tubuh sosial yang patuh, sehat, berguna, dan produktif.

Sekalipun begitu, tidak serta merta semua relasi yang melingkupi interaksi sosial di atas dimaknai secara mutlak menurut relasi kuasa semata. Sebab dalam melihat relasi dokter-pasien maupun interaksi yang terbangun di Rumah Sakit Jiwa, harus juga diperhitungkan aspek legalitas lembaga, otoritas legal profesi, serta sisi lain menyangkut administrasi dan birokrasi kelembagaan yang mengatur aktifitas keseharian Rumah Sakit Jiwa maupun kebijakan kesehatan jiwa di dalamnya. Di samping harus juga diperhatikan intensitas dan kualitas hubungan (resosialisasi) yang lebih baik, antara lembaga kesehatan, panti rehabilitasi, dan masyarakat.

### C. RINGKASAN

1. Rumah Sakit Jiwa dalam pandangan masyarakat memiliki reputasi buruk sebagai tempat kurungan pasien gangguan jiwa. Imej stereotip ini terbentuk di masyarakat, akibat statusnya sebagai tempat pembuangan dan pengumpul

pasien gangguan jiwa. Stereotip ini berpengaruh secara luas terhadap segala hal yang bersentuhan dengan Rumah Sakit Jiwa. Stereotip ini bertahan lama lewat praktek dan strategi kuasa *team work* Rumah Sakit Jiwa dan melalui regulasi sosial yang ada di masyarakat.

2. Mekanisme kontrol sosial terbentuk lewat usaha pendirian Rumah Sakit Jiwa dan segala aturan kerja kesehatan di dalamnya. Jumlah penderita gangguan jiwa yang semakin meningkat, perkembangan medis kedokteran, pembenaran otoritas agama, serta dukungan masyarakat kota dan instansi pemerintah, menjadi dalil pembenaran bagi kontrol tersebut. Kontrol ini tidak terbatas di Rumah Sakit Jiwa, tetapi lewat kontrol berobat jalan, serta menyebar luas melalui status sakit yang bertahan di masyarakat.
3. Kontrol sosial efektif di masyarakat dapat dianalisa berdasarkan tiga kontribusi utama ilmu sosial menurut Foucault, yaitu: *Pertama*, memakai analisa *power/knowledge* yang dipraktekkan secara monopoli oleh dokter dan institusi kesehatan jiwa. *Kedua*, lewat pemahaman teknologi disiplin. Di mana tubuh pasien secara selular, organis, genetis, dan terkombinasi terkontrol terus-menerus oleh sistem *panopticon*. *Ketiga*, memakai analisa *governmentality*. Di samping terjadi perubahan sasaran perawatan Rumah Sakit Jiwa, yaitu dari tubuh ke jiwa pasien, juga terbentuk aparatus keamanan, terbaginya ruang, dan tersentuhnya pembagian demografi populasi masyarakat secara luas.

## BAB VI

### KESIMPULAN

Berdasarkan penjelasan dan paparan sebelumnya, maka dapat diambil beberapa kesimpulan tentang stigmatisasi dan kontrol sosial terhadap penderita kejiwaan, studi kasus di Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor, sebagai berikut:

1. Secara umum kondisi fisik Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor merepresentasikan arsitektur bangunan lama yang besar, tinggi, kusam, kurang pencahayaan, dan sunyi. Bangunannya didesain bersifat tertutup dan berjarak antara satu bangsal dengan bangsal lain, serta dipagar besi sekelilingnya untuk bangsal khusus. Secara fisik Rumah Sakit Jiwa dibuat dengan teknik arsitektur yang memudahkan para perawat dan dokter mengatur, merawat, dan mengawasi pasien secara kontinu selama 24 jam. Sementara itu kondisi pasien jiwa rata-rata acak-acakan, lusuh dan kurang terurus baik. Pasien RSJ cenderung menutup diri, dan relatif hanya berinteraksi dalam aktifitas terapi semata. Pasien kebanyakan diidentifikasi memiliki gangguan jiwa akut, kronis, membahayakan lingkungan, dan membutuhkan perawatan intensif jangka panjang kedokteran jiwa.
2. Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor memiliki sejarah panjang kedokteran jiwa model Barat. Rumah Sakit ini dibuat karena adanya *exacerbasi* (kondisi bahaya) akibat meningkatnya kasus psikiatrik di sana. Tempat ini dulunya tertutup bagi masyarakat umum, memakai sistem



*custodial* dan menjadikan Rumah Sakit Jiwa berperan sebagai *gestich* (tempat kurungan) bagi penderita gangguan jiwa. Tetapi sekarang perawatan pasien jiwa jauh lebih baik, sebab terbuka untuk masyarakat umum, memakai obat psikotropika, ditunjang psikoterapi dan konsultasi psikologi secara terbatas, serta dilengkapi fasilitas kesehatan umum.

3. Praktek perawatan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa memperlihatkan, bahwa para pasien yang telah masuk akan sukar keluar kembali ke masyarakat. Mereka akan menjadi pasien tetap, yang keluar-masuk Rumah Sakit untuk jangka waktu yang lama. Data menunjukkan, bahwa hampir separuh dari jumlah pasien di beberapa bangsal merupakan pasien lama, dan mereka telah puluhan tahun tinggal di Rumah Sakit tersebut. Hal ini terjadi disebabkan kebanyakan pasien menderita *Schizoprenia Paranoid* dan *Psikotik Reaktif Singkat* yang sulit, dan bahkan belum bisa disembuhkan.
4. Perawatan kesehatan jiwa berada dalam otoritas penuh Rumah Sakit Jiwa. Dalam aktifitas keseharian, relasi dokter dengan pasien gangguan jiwa lebih menunjukkan relasi yang dominatif dan menindas. Hubungan intersubjektifitas tidak berlaku dalam relasi tersebut. Dokter sering tidak menghiraukan pasien, bahkan cenderung menafikan kehadirannya. Dokter lebih percaya laporan perawat maupun keluhan sakit keluarga pasien. Karenanya dalam relasi ini, pasien benar-benar tidak berdaya, status sakitnya bertahan lama, dan mereka hanya menjadi obyek pengobatan belaka. Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor akibatnya memiliki reputasi buruk di mata

masyarakat. Di mana stereotip sebagai tempat pengumpul dan kurungan bagi pasien gangguan jiwa melekat padanya. Stereotip yang memungkinkan proses stigmatisasi dan status sakit pasien tetap bertahan di masyarakat.

5. Kondisi ini memperlihatkan, bahwa mekanisme kontrol sosial terbentuk lewat usaha pendirian Rumah Sakit Jiwa dan segala aturan kerja kesehatan di dalamnya. Kontrol sosial terbentuk dari mulai sejak perawatan pasien di Rumah Sakit, kontrol berobat jalan, dan menyebar ke masyarakat melalui status sakit pasien dan stereotip Rumah Sakit Jiwa. Kontrol sosial terhadap pasien tidak lagi terbatas di Rumah Sakit Jiwa. Praktek penanganan pasien tidak hanya dilakukan aparat kesehatan, melainkan juga dilakukan oleh semua komunitas dan institusi pemerintah yang ada di masyarakat, mulai dari pihak keluarga, RT, RW, Kepolisian, Dinas Sosial, Dinas Ketertiban, maupun institusi sosial yang lain. Praktek kontrol sosial ini tidak hanya menghasilkan reproduksi kegilaan dalam dunia medis kedokteran, melainkan telah melahirkan kuasa *governmentality* bersemayam di dalam kesadaran bersama masyarakat. Suatu kesadaran yang membentuk *societal regulation* di masyarakat, yaitu suatu kontrol sosial yang termanifestasi ke dalam diri masyarakat sebagai tubuh yang patuh, sehat, berguna, dan produktif.

Berdasarkan kesimpulan penelitian di atas, tentang kontrol sosial terhadap penderita gangguan jiwa. Maka dapat ditarik beberapa butir rekomendasi yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Perlunya penguatan kontrol sosial di masyarakat secara legal dan tidak otoritatif. Sehingga diharapkan otoritas dan legalitas kontrol tersebut tidak lagi tergantung pada institusi Rumah Sakit Jiwa, maupun otoritas dokter semata. Sebab nyatanya dokter sering semena-mena, dan perawat sering lalai dalam tugasnya. Sementara Pihak Rumah Sakit Jiwa relatif lebih melihat sisi ekonomi bisnis jasa kesehatan, ketimbang perawatan terhadap pasien.
2. Perlunya mekanisme kontrol yang tidak berdasar ukuran sehat, patuh dan produktif. Sebab faktanya pasien-pasien di Rumah Sakit Jiwa tetap kuat dengan status sakitnya, tidak patuh, serta tidak berguna. Untuk menghindari hal tersebut, maka sebaiknya dioptimalkan pendayagunaan panti sosial ataupun panti rehabilitasi. Sehingga diharapkan panti tersebut mampu melanjutkan pembentukan kontrol sosial pasien gangguan jiwa menjadi sesuatu yang lebih bernilai produktif.
3. Perlu kiranya hubungan intersubyektifitas dalam relasi dokter-pasien ditingkatkan. Dokter dapat memposisikan pasien secara lebih baik, dan Rumah Sakit Jiwa mengambil kebijakan perawatan kesehatan jiwa yang terbuka, tersosialisasi, serta mempunyai hubungan kerjasama yang lebih baik dengan panti rehabilitasi maupun masyarakat. Lebih dari itu, masyarakat pun dituntut melakukan resosialisasi yang terarah terhadap para pasien, sehingga diharapkan stigmatisasi relatif mencair dan interaksi sosial lebih terbuka.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku

- Azwar, Bahar, Buku Pintar Pasien Sang Dokter, Jakarta: Kesaint Blanc, 2002
- Bertens, K., Filsafat Barat Abad XX Jilid II Prancis, Jakarta: Gramedia, 1996
- Beoang, Konrard Kebung, Michel Foucault Parrhesia dan Persoalan Mengenai Etika, Jakarta: Obor, 1997
- Browne, Kevin O., Landscape of Desire and Violence: Storied Selves and Mental Affliction in Central Java Indonesia, Yogyakarta: Penerbit Jendela, 2001
- Cowie, A.P. (ed.), Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English, Oxford: Oxford University Press, 1989
- Cuff, E.C. (et.al.), Perspectives In Sociology, London and New York: Routledge, 1998
- Dant, Tim, Knowledge, Ideology and Discourse A Sociological Perspective, London: Routledge, 1991
- Denzin, Norman K., dan Yvonna S. Lincoln (ed.), Handbook of Qualitative Research, London: Sage Publications, 1994
- Depkes RI., Masalah Rehabilitasi Pasien Mental Di Indonesia, Jakarta: Departemen Kesehatan RI., 1976
- , Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Jiwa, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2003
- Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001-2005, Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, 2001
- During, Simon, Foucault and Literature, London and New York: Routledge, 1991
- Foucault, Michel, Madness and Civilization, New York: Vintage Books Random House, 1988
- , Governmentality, dalam James D. Faubion (ed.), Power Essential Works of Foucault 1954-1984, London: Penguin Books, 1994
- , Seks dan Kekuasaan. Sejarah Seksualitas, Jakarta: Gramedia, 2000

- Geiwitz, James, Psychology Looking at Ourselves, Boston: Little, Brown and Company, 1980
- Goffman, Erving, Stigma: Notes on the Management of Soiled Identity, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1963
- Gordon, Colin (ed.), Power/Knowledge Selected Interviews and Other Writings 1972-1977, Yogyakarta: Bentang Budaya, 2002
- Gutting, Gary (ed.), The Cambridge Companion to Foucault, Cambridge: Cambridge University Press, 1994
- Hardiyanta, Petrus Sunu, Michel Foucault Disiplin Tubuh Bengkel Individu Modern, Yogyakarta: LKiS, 1997
- Haryatmoko, Etika Politik dan Kekuasaan, Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 2003
- Horton, Paul B., dan Chester L. Hunt, Sosiologi, Jakarta: Penerbit Airlangga, 1987
- Illich, Ivan, Batas-Batas Pengobatan Perampasan Hak Untuk Sehat, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 1995
- Jacobalis, Samsi, Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah Transformasi Globalisasi dan Krisis Nasional, Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI, 2000
- Jary, David, dan Julia Jary, Collins Dictionary of Sociology, Glasgow: Harper Collins Published, 1995
- Johnson, Doyle Paul, Teori Sosiologi Klasik dan Modern, Jilid I, Jakarta: Gramedia, 1988
- Kartono, Kartini, Patologi Sosial, Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, 1999
- Kearl, Michael C., dan Chad Gordon, Social Psychology, Boston: Allyn and Bacon, 1992
- Kendall, Diana, Sociology in Our Times, Belmont: Wadworth/Thomson Learning, 2000
- Kerbala, Husein, Segi-Segi Etis dan Yuridis Informed Consent, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan, 1993

- Kornblum, William, dan Joseph Julian, Social Problems, New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1991
- Lee, David, dan Howard Newby, The Problem of Sociology, London: Hutchinson Publishing Group, 1983
- Lemert, Edwin M., Human Deviance, Social Problem and Social Control, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1967
- Little, Craig B., Deviance dan Control. Theory Research and Social Policy, Itasca, Illinois: FE. Peacock Publishers, Inc., 1989
- Maramis, W.F., Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Surabaya: Airlangga University Press, 1995
- Moleong, Lexy J., Metodologi Penelitian Kualitatif, Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2000
- Mulyana, Deddy, Metodologi Penelitian Kualitatif: Paradigma Baru Ilmu-Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya, Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2002
- Muzaham, Fauzi (ed.), Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan, Jakarta: UIP, 1995
- Nasir, Moh., Metode Penelitian, Jakarta: Penerbit Ghalia Indonesia, 1988
- Newman, W. Lawrence, Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches, Boston; Allyn and Bacon, 1997
- Perdue, William D., Sociological Theory: Explanation, Paradigm and Ideology, California: Mayfield Publishing Company, 1986
- Petersen, Alan, dan Robin Bunton (ed.), Foucault, Health and Medicine, London and New York: Routledge, 1997
- Poloma, Margaret M., Sosiologi Kontemporer, Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, 2000
- Rabinow, Paul (ed.), The Foucault Reader, London: Penguin Books, 1987
- , Aesthetics, Method and Epistemology: Essential Work of Foucault 1954-1984, Yogyakarta: Jalasutra, 2002

Rubington, Earl, dan Martin S. Weinberg, The Study of Social Problems Six Perspectives, Oxford: Oxford University Press, 1989

Scambler, Graham (ed.), Sociology as Applied to Medicine, London: Bailliere Tindall, 1991

Schaefer, Richard T., dan Robert P. Lamm, Sociology, New York: Mcgraw-Hill Book Company, 1989

Silverman, David, Doing Qualitative Research A Practical Handbook, London: SAGE Publications Ltd., 2000

Spicker, Paul, Stigma and Social Welfare, London: Croom Helm, 1984

Stones, Rob (ed.), Key Sociological Thinkers, London: Macmillan Press Ltd., 1998

Sunanto, Kamanto, Pengantar Sosiologi, Jakarta: FE.UI, 2000

Suyono, Seno Joko, Tubuh yang Rasis. Telaah Kritis Michel Foucault atas Dasar-Dasar Pembentukan Diri Kelas Menengah Eropa, Yogyakarta: Lanskap Zaman dan Pustaka Pelajar, 2000

Ward, David A. (et.al.), Social Deviance: Being Behaving and Branding, Boston: Allyn and Bacon, 1994

### TESIS

Sadli, Saparinah, Persepsi Sosial Mengenai Perilaku Menyimpang, Tesis UI, Jakarta, 1976

### ARTIKEL JURNAL

Link, Bruce G., dan Jo C. Phelan, "Conceptualizing Stigma", dalam The Sociological Review, 2001

Smith, Carole, "The Sovereign State v Foucault: Law and Disciplinary Power", dalam The Sociological Review, 2000

**ARTIKEL SURAT KABAR**

Katrin Bendel, "Dukun dan Dokter dalam Sastra Indonesia", Kompas 10 Januari 2003

*Kompas*, 28 Januari 2002, "Skizofrenia Bisa Mengenai Siapa Saja"

Nadesul, Handrawan, "Ada Apa Dengan Sakit", Kompas 22 Juni 2002

Setiawan, G Pandu, "Di Ujung Sejarah RSJ", Kompas 8 Juli 2002

*Suara Pembaruan*, Kamis, 4 April 2002, "80 Juta Penduduk Indonesia Alami Gangguan Kejiwaan"

**ARTIKEL MAJALAH**

Irmansyah, "Mahalnya Harga Ketidakpedulian", Majalah Tempo, Edisi 1-7 Desember 2003

-----, "Biarkan penderita Gangguan Jiwa Ikut Pemilu", Majalah Tempo, Edisi 8-14 Maret 2004

**INTERNET**

HYPERLINK, "Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda", 5-7 September 2001. <<http://www.stigmaconference.nih.gov>>.

INCLUDEPICTURE, "Stigma and Social Identity", <<http://www.extend.indiana.edu/courses/soc/socs320b>>.

INCLUDEPICTURE, "Pasien Jiwa Merasa Kena Santet" <<http://www.suaramerdeka.com/images/blackpix.gif>>.



## LAPORAN DAN ARSIP

Depkes RI., Profil Kesehatan 1995-2000, Jakarta: Pusat Data Departemen Kesehatan RI., 1997

-----, Profil Kesehatan 2001, Jakarta: Departemen Kesehatan RI., 2001

Departemen Dalam Negeri RI., Surat Edaran No. PEM. 29/6/15, Perihal Pemasungan Terhadap Penderita Sakit Jiwa, Jakarta 11 Nopember 1977 (*arsip*)

Laporan Akuntabilitas Kinerja RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Tahun Anggaran 2002

Laporan Akuntabilitas Rekam Medik RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, Tahun Anggaran 2003

Majalah Menyambut Seratus Tahun Rumah Sakit Jiwa Bogor, Sejarah Pendirian Rumah Sakit Jiwa Bogor, 1982 (*arsip*)

Profil Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor, 2001 (*arsip*)



# LAMPIRAN-LAMPIRAN

STATISTIK PASIEN RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT DR. RAJA GUMUKVAJAH LECOR  
TAHUN ANNA 2011-2013

Bulan	SALAH SATU PASIEN TERMASUK												SALAH SATU PASIEN KEGAWAR												JUMLAH PASIEN
	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL	JK	PR	IKL				
Januari	27	11	21	39	9	108	27	148	58	49	16	5	21	-	-	2	-	2	146	55	161	152			
Februari	21	14	15	42	16	91	46	183	81	51	17	3	19	-	1	2	1	3	169	57	168	141			
Maret	29	14	18	46	11	104	41	146	64	42	14	1	19	-	2	2	3	4	113	61	177	139			
April	29	13	17	43	11	117	54	171	51	38	18	1	21	-	1	2	3	3	115	41	158	149			
Mei	30	16	23	36	20	101	47	141	17	12	19	2	30	-	1	1	2	3	106	47	153	149			
Juni	28	16	27	38	21	105	42	148	21	48	19	1	20	-	-	4	3	6	114	51	165	140			
Juli	29	16	20	31	21	102	48	140	31	39	11	2	21	-	1	2	1	2	103	35	137	153			
Agustus	29	17	23	37	23	121	45	146	49	14	19	2	21	-	-	-	1	1	111	52	166	156			
September	27	16	20	41	14	108	52	160	87	15	11	1	23	-	2	1	1	2	111	57	168	151			
Oktober	21	17	25	31	17	105	51	164	83	18	1	1	24	-	1	1	2	3	109	58	161	150			
November	25	15	21	35	10	84	67	151	60	47	11	3	16	-	-	3	1	3	155	61	168	155			
Desember	24	15	20	38	11	102	52	140	41	16	1	9	21	8	2	10	3	1	107	68	175	129			
TOTAL	3261	1565	1951	603	235	635	1310	1945	1054	571	1079	298	297	12	8	20	22	19	1316	637	1971	1716			

Tanggal	Isi	Pern.
41	270	141
1955	1320	615
2065	1566	776

Jah. Awal .....  
 Pasi. M. Awal .....  
 Jah. Pasi. di awal .....

**Lampiran: Contoh Lembar Rekam Diri Pasien**

<b>Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor</b>	
Ringkasan:	No. Pasien : .....
Nama Keluarga:.....	Nama Pasien:.....X.....

No	Tanggal Masuk	Tanggal Keluar	Dokter	Keterangan
1	27-08-1989	29-11-1989	Dr. Susana	
2	20-01-1990	03-05-1990	Dr. Susana	
3	11-05-1990	16-10-1990	Dr. Susana	
4	25-12-1990	20-04-1991	Dr. Susana	
5	22-06-1991	29-10-1991	Dr. Susana	
6	28-02-1992	18-09-1992	Dr. Tigin	
7	26-12-1992	24-08-1993	Dr. Tigin	
8	25-07-1995	14-02-1996	Dr. Irwan	
9	10-05-1996	20-08-1996	Dr. Junaedi	
10	08-02-1997	16-04-1997	Dr. Junaedi	
11	23-08-1997	19-01-1998	Dr. Junaedi	
12	29-08-1998	03-12-1998	Dr. Junaedi	
13	08-02-1999	17-03-1999	Dr. Lenfuni	
14	13-01-2000	09-03-2000	Dr. Junaedi	
15	24-03-2000	05-06-2000	Dr. Puji	
16	04-12-2000	10-06-2001	Dr. Puji	
17	11-08-2001	12-12-2001	Dr. Surana Soraga	
18	19-02-2002	25-07-2002	Dr. Epi	
19	02-10-2002	28-07-2003	Dr. Aminuddin	
20	23-09-2003	30-01-2004	Dr. Suandi	
21	27-03-2004	.....	Dr. Suandi	

**Catatan:**

1. Data rekam medis pasien ini menunjukkan, bahwa pasien bersangkutan dalam perawatannya bersifat bolak-balik. Mereka telah puluhan tahun berada di Rumah Sakit Jiwa tersebut, dengan intensitas keluar-masuk.
2. Berdasarkan catatan para perawat, terdapat 9 orang dari 15 orang pasien di salah satu bangsal wanita, yang telah ada dan berobat di situ sejak tahun 1969. Apalagi para pasien yang tinggal di bangsal lansia. Mereka rata-rata tinggal lebih dari puluhan tahun, dan mungkin di sana hingga meninggal.

DAFTAR INFORMAN DAN WAKTU WAWANCARA

No	Nama	Pekerjaan	Waktu	Tempat
1	Amir	Dokter, Mantan Dir. RS	4 September 2002	Ruang Kerja Direktur
2	PS	Perawat, Karu ICU	9 Maret 2004	Ruang ICU Kresna
3	IW	Perawat, Karu Dewi Amba	10 Maret 2004 14 Mei 2004	Ruang Dewi Amba
4	BA	Perawat, Dosen Akper, Kasi Keperawatan	10 Maret 2004 11 Maret 2004	Kantor Administrasi
5	ARM	Pelajar	10 Maret 2004	Teras Kantor RS
6	PE	Pegawai RS	16 Maret 2004	Kantor Administrasi
7	DD	Pasien	10 Maret 2004	Ruang Dewi Amba
8	LN	Pasien	17 Maret 2004	Ruang Dewi Amba
9	EN	Pasien	17 Maret 2004	Ruang Dewi Amba
10	IB	Pasien	17 Maret 2004	Ruang Sadewa
11	DR	Dokter Psikiater	16 Maret 2004	Ruang Tamu RS
12	IA	Perawat, Kasi Rehabilitasi	10 Maret 2004 19 Maret 2004 14 Mei 2004	Kantor Administrasi
13	II	Warga Cilendek	20 Maret 2004	Kantor Kelurahan
14	BY	Tokoh Masyarakat, Petugas Kelurahan Cilendek	20 Maret 2004	Rumah Informan
15	IR	Keluarga Pasien	19 Maret 2004	Ruang Dewi Amba
16	BS	Kabag Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI	12 Maret 2004	Kantor Depkes Rasuna Said Kuningan
17	Dedy	Pegawai RS	9 Maret 2004	Halaman RS

# PROFIL

## RUMAH SAKIT JIWA PUSAT BOGOR

(Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor)



**Jl. Dr. Sumeru No. 114 Bogor  
0251- 324024. Fax 0251-324025**

## Sejarah Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor

Rumah Sakit Jiwa di Indonesia didirikan berdasarkan keputusan kerajaan (Koninkrijk besluit) tertanggal 20 Desember 1865 No.100. Berdasarkan keputusan Gubernur Jendral (Gouverneur General) tertanggal 14 Mei 1867, namun pembangunannya baru dimulai pada tahun 1867 dan peresmian dan pembukaan dilaksanakan tanggal 1 Juli 1882 yaitu Rumah Sakit Jiwa Bogor adalah yang pertama dan selanjutnya dibangun Rumah Sakit Jiwa lainnya.

Dasar hukumnya adalah "Het Reglement op het Krankzinnigen-Wezen" (Stbl 1897 No.54 dengan segala perubahan dan tambahan-tambahannya). Atas dasar peraturan tersebut bentuk pelayanan Rumah Sakit RumahSakit Jiwa tidak melayani pasien secara langsung (tertutup) dari masyarakat. Rumah Sakit Jiwa hanya menerima pasien dari Kejaksaan, Kepolisian, Pamong Praja (Instansi pemerintah lainnya) atas dasar ada indikasi gangguan jiwa berat, sehingga sampai sekarang masih melekat pengertian masyarakat bahwa Rumah Sakit Jiwa hanya melayani pasien yang "gila" saja (gangguan jiwa berat). Dalam rangka memenuhi harapan pengabdian dan meningkatkan ilmu serta layanan di bidang kesehatan jiwa, kabinet di Indonesia ("ex Nederlands Indie") mengirimkan surat dinas kepada Inspektur Urusan Asylum di negeri Belanda pada bulan September 1865, kemudian disusul dengan laporan menteri penjañahan kepada Ratu tanggal 29 Desember 1865, maka dikeluarkan Surat Keputusan Kerajaan No.100 tanggal 20 Desember 1865 yang hanya adalah menyetujui untuk mendirikan 2 rumah sakit jiwa di Indonesia.

Untuk pendirian rumah sakit jiwa pada pertengahan Oktober 1866 Dr F.H Bauer (seorang psikiater) yang memimpin satu rumah sakit jiwa di Belanda dan Dr W.M Smit (dokter Angkatan Laut Belanda yang mempunyai pengalaman cukup di Indonesia) di berangkatkan ke Indonesia dan tiba di Jakarta pada tanggal 1 Februari 1867 di Batavia. Sebelum di tugaskan ke Indonesia kedua dokter tersebut keliling ke Belgia, Jerman, Inggris, dan Perancis untuk mempelajari pembangunan, perencanaan, pengobatan dan organisasi rumah-rumah sakit jiwa di berbagai negara di samping negara sendiri. Selain tugas membangun rumah sakit jiwa masing-masing mendapat tugas khusus dokter Bouer mempelajari masalah kependudukan di Indonesia dan dokter Smit memperdalam penyakit jiwa di tinjau dari sudut praktis maupun teoritis.

Persyaratan lokasi untuk pendirian rumah sakit jiwa pada waktu itu adalah :

1. Letaknya dekat dengan pusat pemerintahan di Jakarta
2. Dekan dengan jalan pos
3. Dapat / mampu dan cocok untuk merawat 400 pasien jiwa.

Setelah mengadakan penyelidikan maka ditetapkan kota Bogor dan Malang sebagai tempat rumah sakit jiwa disamping dianggap dekat dengan pusat pemerintahan juga hawanya sejuk. Untuk memantapkan pilihan, Dewan dari Indonesia (Raad Van Indonesie) mengeluarkan surat dinas tanggal 4 Maret 1866, disusul dengan surat Keputusan Gubernur Jendral tanggal 14 Mei 1887. Lokasi yang dipilih adalah tanah Bloeboer yang disetujui oleh Direktur P & K (ex Onderwijs Vane credienst en Nijverheid), luasnya 117 ha batas-batas alamiah terbentuk oleh kali / anak kali Cisadane dan Cikeumeuh. Pembangunan dilakukan oleh kontraktor "DROSSAERS & Co" berkedudukan di Jakarta dengan biaya Fl.568.581,-

Setelah pembangunan selesai pada tanggal 1 Juli 1882 oleh Direktur P & K diresmikan penggunaannya dengan kapasitas 400 tempat tidur, pada taraf pertama hanya menampung pasien laki-laki. Pengoperasian rumah sakit jiwa pada waktu itu ditangani oleh tenaga 35 orang Eropa dan 95 pegawai Indonesia dan keturunan Cina. Diantara personil tersebut terdapat 3 dokter (2 dokter dari Eropa Dr Bauer dan Dr J.W Hoffmann dan 1 orang dokter Jawa yaitu Dr Sumeru).

Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Bogor sekarang ini dasarnya adalah SK Men.Kes NO 135/MenKes/SK/IV/1978, tanggal 28 April 1978.

- Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor
- Kelas Rumah Sakit : Tipe A (Rumah Sakit Jiwa).
- Status kepemilikan : Rumah Sakit Jiwa Pemerintah ( Depkes).
- Alamat : Jl. Dr Sumeru No.114 Bogor 16111
- Kecamatan : Bogor Barat
- Kotamadya : Bogor
- Propinsi : Jawa Barat
- Jumlah Tempat tidur : 641 tt
- Nomor telepon : 0251. 324024, 324025, 324026. Fax. 0251. 324025



- Telpun UGD : 0251. 357250

Pimpinan Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor dari tahun 1945 adalah sebagai berikut :

1. Dr. Marzoeki Mahdi : Tahun 1945 - 1946.
2. Dr. R.M. Notopratomo : Tahun 1946 - 1949
3. Dr. Marzoeki Mahdi : Tahun 1950
4. Dr. R.M. Notopratomo : Tahun 1950 - 1957
5. Dr. Moh. Jenoos : Tahun 1957 - 1960
6. Dr. Sutisno : Tahun 1960 - 1963
7. Dr. Dj. Jenie : Tahun 1963 - 1966
8. Dr. M. Zaidir : Tahun 1966 - 1971
9. Dr. Agus Setiawan : Tahun 1971 - 1976
10. Dr. Loka Tjahyana : Tahun 1976 - 1981
11. Dr. Hidayat : Tahun 1981 - 1989
12. Dr. Amir Hussein Anwar : Tahun 1989 - sekarang

Kedudukan lingkungan Rumah Sakit :

- Populasi : 595.977 orang
- Density rate : 2,18 %
- Batas Wilayah : 11274 ha
- Batas Utara : Perumahan Bumi Menteng Asri
- Batas Barat : Kali Cidareng
- Batas Timur : Komplek Dalitro
- Batas Selatan : Jalan Malaripati

Fasilitas Kesehatan :

- Puskesmas dengan dokter : 23 buah
- Puskesmas dengan tempat tidur : 8 buah
- Puskesmas Pembantu : 12 buah
- Balai Pengobatan : 40 buah
- Poli Yandu : 780 buah

# SEJARAH RUMAH SAKIT JIWA PUSAT BOGOR

- ❖ Didirikan berdasarkan Keputusan Kerajaan (KONINKLIJK BESLUFF) :  
30 Desember 1865 No. 100  
Berdasarkan Keputusan Gubernur Jendral (GOUVERNUR GENERAAL) :  
14 Mei 1867
- ❖ PERESMIAN : 1 Juli 1882 (RSJ yang pertama di Indonesia)
- ❖ Nama : KRANKZINNIGEN GEESTICH TE BUITTENZORG
- ❖ Dokter yang bertanggung jawab : Dr F.H. Baur (Psikiater dari Belanda) dan Dr W.M Smith (Dokter Angkatan Laut Belanda).
- ❖ Pelayanan hanya untuk pasien dari : Kerajaan, Kepolisian, Pamong Praja (dasar hukum "Het Reglement op het Krannizigen-Wezen 1897 No.54)
- ❖ Ketenagaan saat itu : 35 orang Eropa, 95 pegawai Indonesia keturunan Cina, 3 orang dokter (salah satunya dokter Jawa yaitu Dr Sumeru)
- ❖ Pimpinan RSJP Bogor Pertama : Dr Marzoeki Mahdi (th 1945 -- 1946)
- ❖ Pimpinan RSJP Bogor ke 12 : Dr Amir Hussein Anwar, SpKJ (th 1999 -- saat ini)

# RUMAH SAKIT MARZUKI MAHDI

Rumah Sakit Jiwa Pusat Bogor  
Jl. dr.Sumeru No.114 PO Box 80 Bogor 16111  
Telp.(0251). 324024, 324026 Fax.(0251) 324025.

• Luas area	:	1.092.184,58 m <sup>2</sup>
• Luas bangunan	:	45.217,12 m <sup>2</sup>
• Rawat inap, rawat jalan, UPF	:	14.527,55 m <sup>2</sup>
• Instalasi	:	1.890,43 m <sup>2</sup>
• Ruang Administrasi	:	1.960,45 m <sup>2</sup>
• Ruang lainnya	:	23.838,69 m <sup>2</sup>

# PROGRAM dan STRATEGI RSMH Bogor

• *VISI* : Model Kemandirian Rumah Sakit dalam bidang kesehatan jiwa dengan komitmen meningkatkan kualitas hidup melalui pelayanan prima, produk unggul dan manusiawi serta tercapainya kesejahteraan bersama.

• *MISI* : 1. Mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang profesional  
2. Menciptakan produk unggulan dalam bidang kesehatan jiwa.  
3. Melaksanakan pelayanan dengan prinsip kemanusiaan.  
4. Mencapai kesejahteraan bersama bagi semua yang berkepentingan.

• *MOTTO* : Sigap, Menarik, Antusias, Ramah, Tertib.

• Tujuan : 1. Tercapainya jasa layanan kesehatan jiwa dengan kualitas prima.  
2. Terciptanya produk unggulan dalam bidang kesehatan jiwa.  
3. Tersedia sumberdaya manusia bidang kesehatan jiwa yang profesional.  
4. Tercapainya peningkatan *Cost Recovery* Rumah Sakit.

# KETENAGAAN

• Jumlah pegawai per 31 Desember 2001 = 560 orang  
termasuk pegawai tidak tetap (honorar) = 47 orang.

• Jenis tenaga :

* Tenaga Medis	: 26 orang
* Tenaga Paramedis Perawatan	: 229 orang
* Tenaga Paramedis Non Perawatan	: 48 orang
* Tenaga Non Medis	: 257 orang

• Struktur Organisasi berdasarkan SK Menkes No. 135/Menkes/SK/78 tahun 1978.

Kapasitas tempat tidur tersedia : 650 tt  
Kapasitas tempat tidur dibiayai : 641 tt

a. Perincian tempat tidur menurut kelas perawatan :

\* Kelas I : 30 tempat tidur  
\* Kelas II : 100 tempat tidur  
\* Kelas III : 311 tempat tidur  
\* NAPZA (Kls I+) : 100 tempat tidur  
\* MPKP (Kls I+) : 40 tempat tidur  
\* ICU (Kls I+) : 60 tempat tidur

b. Perincian tempat tidur menurut ruang perawatan :

* Gatotkaca	: 35 tt	Drupadi	: 16 tt	* Srikandi	: 18 tt
* Nakula	: 40 tt	Subadra	: 40 tt	* Kresna /ICU	: 60 tt
* Bratasena I	: 40 tt	Abimanyu	: 16 tt	* Rama	: 80 tt
* Bratasena II	: 40 tt	Saraswati	: 38 tt	* Shinta	: 20 tt
* Dewi Amba	32 tt			* Delox	: 10 tt
* Arimbi	: 38 tt				
* Utari	: 40 tt				

c. Unit layanan baru yaitu : rawat inap residen NAPZA (Narkotik, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif), diresmikan pada bulan Juli 1999.

- \* Shinta : 20 tempat tidur
- \* Rama I, II, III, IV : 100 tempat tidur
- \* Detox : 10 tempat tidur

## KEGIATAN PRLAYANAN

- UGD
- Rawat Jalan :
  - a. Poliklinik Umum
  - b. Poliklinik Psikiatri
  - c. Poliklinik Anak dan Remaja
  - d. Poliklinik Psikologi (anak dan dewasa)
  - e. Poliklinik Gigi
  - f. Rehabilitasi Medik
- Rawat Inap
- Rehabilitasi Mental

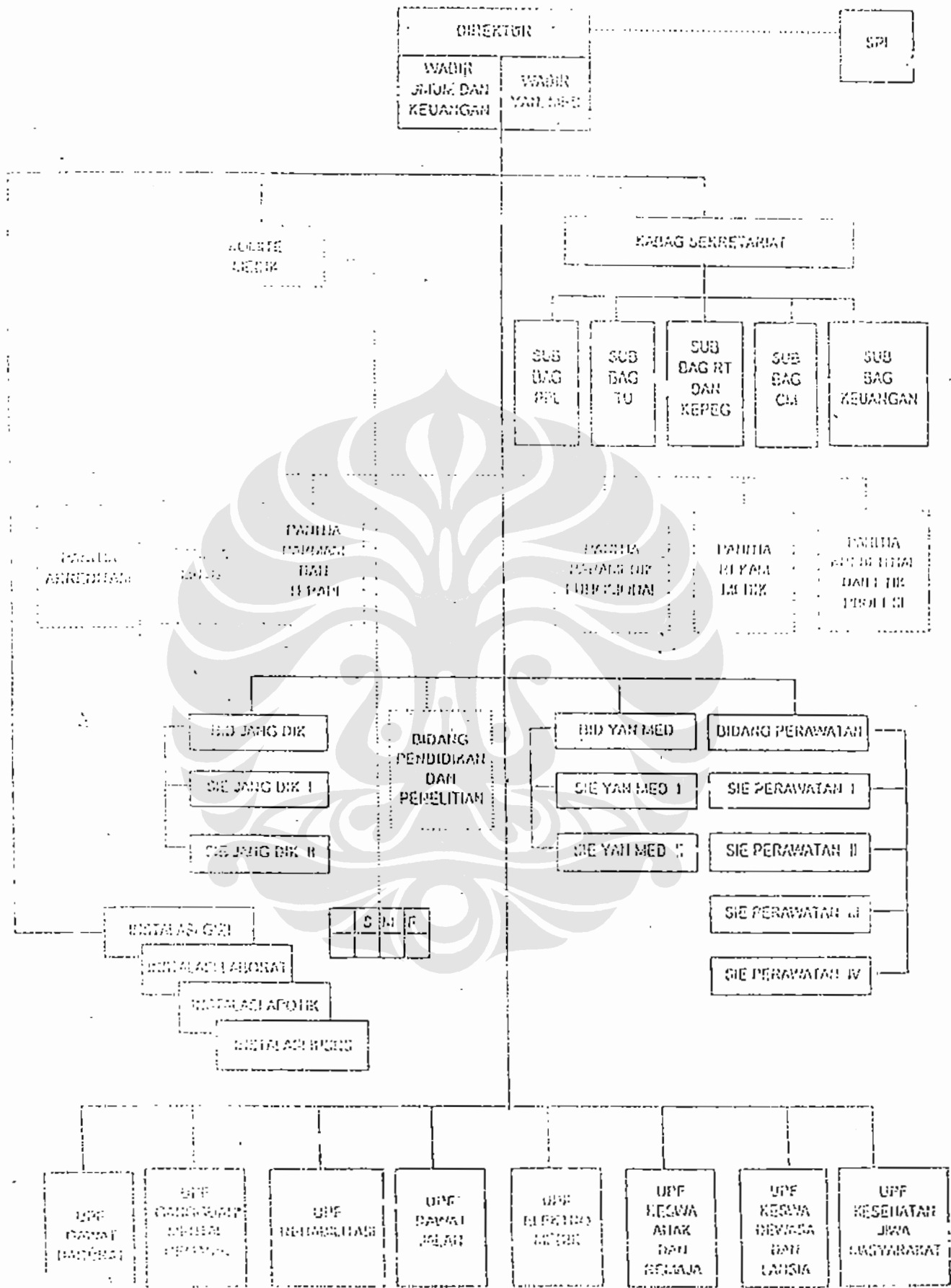


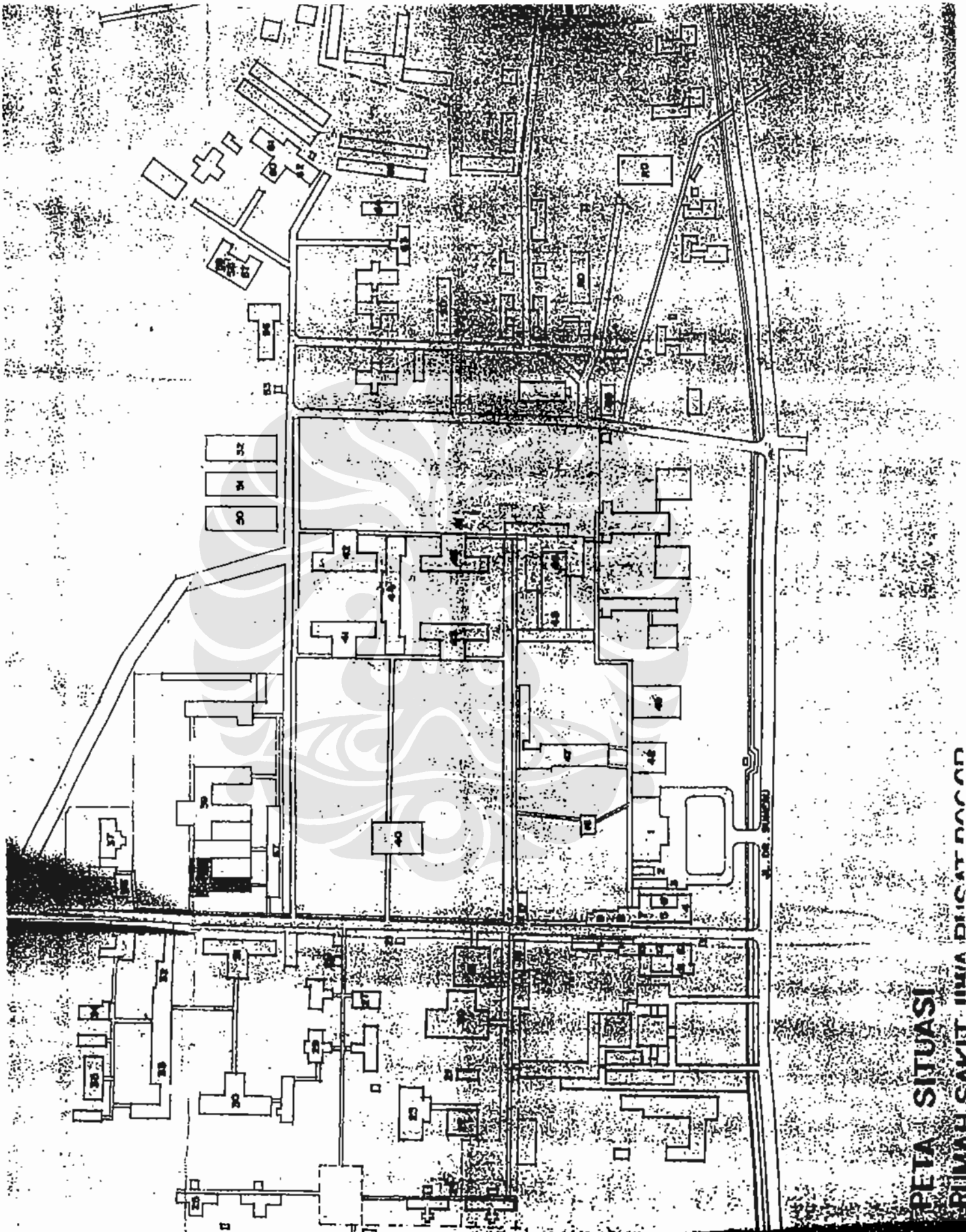
° Pelayanan Penunjang :

- a. Instalasi Apotik
- b. Instalasi Laboratorium
- c. Radiologi
- d. Elektromedik :
  - \* Transcranial Doppler (TCD)
  - \* Electroencefalo Gram (EEG)
  - \* Elektro Kardio Gram (EKG)
  - \* USG
  - \* Brain Mapping :
    - Visual → mata
    - Elektro Mioelogram → otot
    - Nerve Conduction Velocity → kecepatan hantar syaraf
    - P 300 → konsentrasi
    - BSEP → telinga

# Capaian Kinerja TA 2003

• Bed Occupancy Rate (BOR)	: 66,24%
• Bed Turn Over (BTO)	: 3,05 kali
• Length of Stay (ALOS)	: 93 hari
• Turn Over Interval (TOI)	: 40 hari
• Net Death Rate (NDR)	: 0,16%
• Gross Death Rate (GDR)	: 2,10%
• Jumlah pasien masuk	: 1.955 Pasien
• Jumlah pasien keluar	: 1.953 Pasien





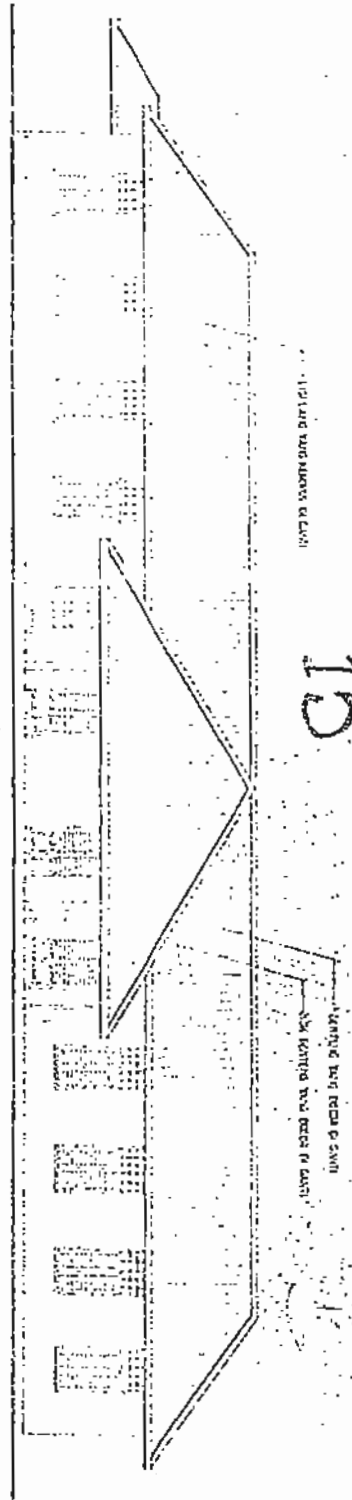
**PETA SITUASI**  
**RUMAH KAWIT JIMIA DEKAT PASAR**

RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MANDI BOGOR

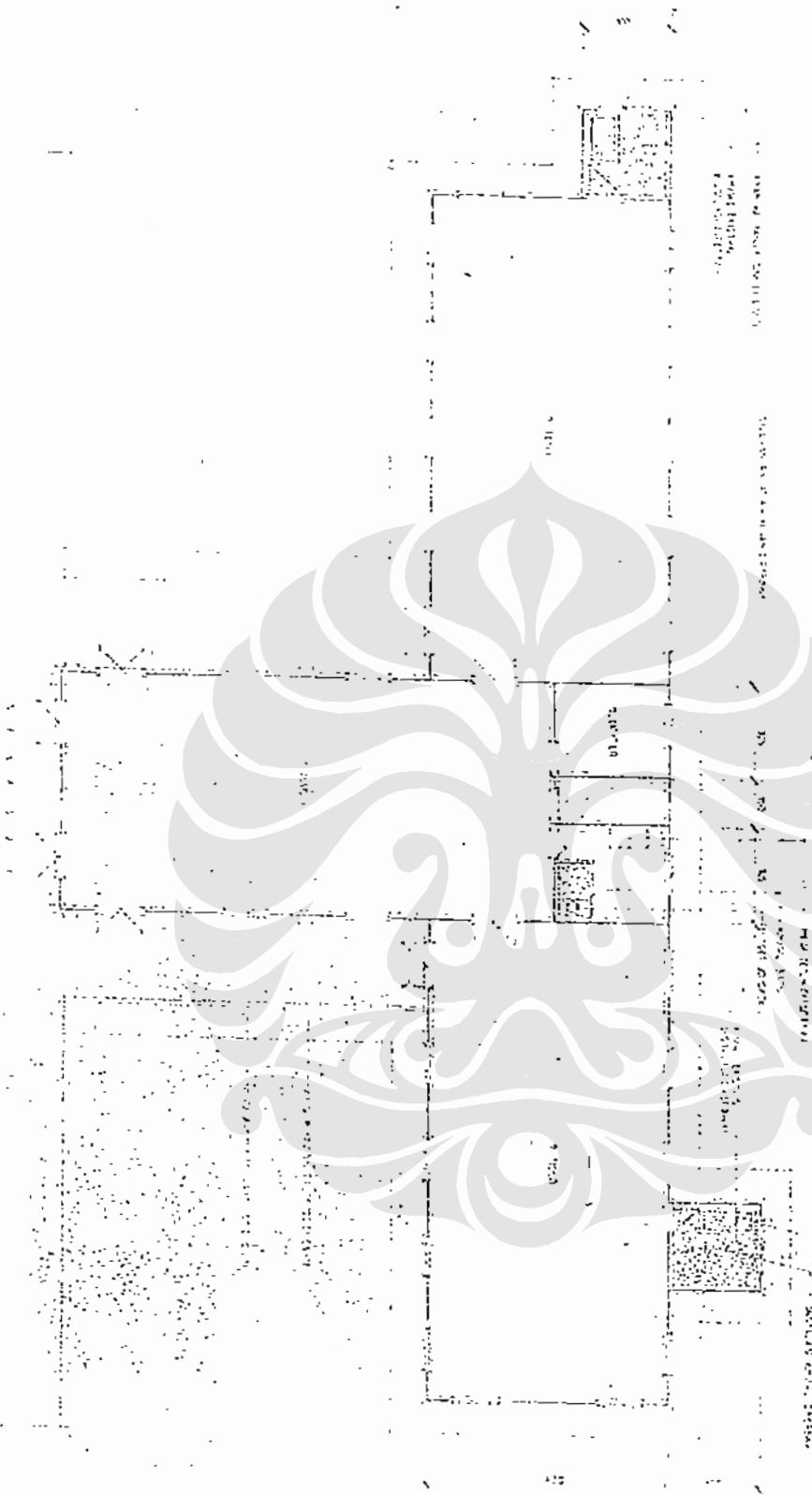
Nomor	Nama Gedung
1.	Portir sampai dengan KJM
2.	Apotik sampai dengan Pool Kendaraan
3.	Poliklinik
4.	Ruang Arjuna
5.	Bisma
6.	Kebidanan
7.	ECT sampai dengan Pool Kendaraan
8.	Laboratorium
9.	E E G
10.	Kresna
11.	Kantor Urusan Kepegawaian dan gudang Alkes
12.	Sekretariat/Pusat Pelayanan Administrasi
13.	Kantor Koprasi
14.	Ruang Shinta
15.	Ruang Yudistira
16.	Ruang Perkutut
17.	Gudang inventaris
18.	Ruang Sadewa
19.	Gedung Serbaguna
20.	Instalasi Pemeliharaan Sarana Lama
21.	Rama III dan IV Rama I dan II
22.	Murai/Rilepsi
23.	Napza / Detok
24.	Kamar Mayat
25.	Ruang Arimbi
26.	Ruang Drupadi
27.	Ruang Utari
28.	Ruang gatot Kaca
29.	Ruang Saraswati
30.	Ruang Subadra Ruang Isolir Subadra
31.	Ruang Dewi Amba
32.	Apotek Pegawai
33.	Kantor UPF Dewalusia
34.	Gudang Obat
35.	Ruang Bratasena I
36.	Ruang Bratasena II
37.	Ruang Melati
38.	Ruang Abimanyu

39.	Wisma Waluya I
40.	Wisma Waluya II
41.	Wisma Nuri
42.	Kape Rehabilitasi
43.	Kantor Rehabilitasi
44.	Rehab Anyaman/Pertukangan Kayu
45.	Rehabb Latiha Barako
46.	Ex Percetakan / Darma Wanita
47.	Rehabilitasi
48.	OT Rehabilitasi
49.	Asrama Putri dekat Mesjid
50.	Asrama Putri dekat Gizi
51.	Asrama Putra belakang Gizi
52.	Ruang kerja UPF Rehabilitasi
53.	Selazar
54.	Garasi Traktor
55.	Asrama Putra manunggal
56.	Mesjid Nurul Ikhlas
57.	Madrasah Nurul Ikhlas
58.	Instalasi Gizi
59.	Binatu
60.	Stoom Boiller
61.	Lapangan Parkir
	Lapangan Pool Kendaraan
62.	Musola Al Hidayah
63.	Instalasi Pengolahan Air Limbah
64.	Pos satpam Lama
65.	Goes House
66.	Srikandi I
	Srikandi III
67.	Runga OK
68.	Kantin Koprasi
69.	Pos Satpam Baru
70.	Instalasi Pemeliharaan Sarana baru
71.	Unit Gawat Darurat baru
72.	Ruang tunggu Tempat Pendaftaran Pasien
73.	Ruang Ex Korpri





TAMBAH DEPAK  
DUA

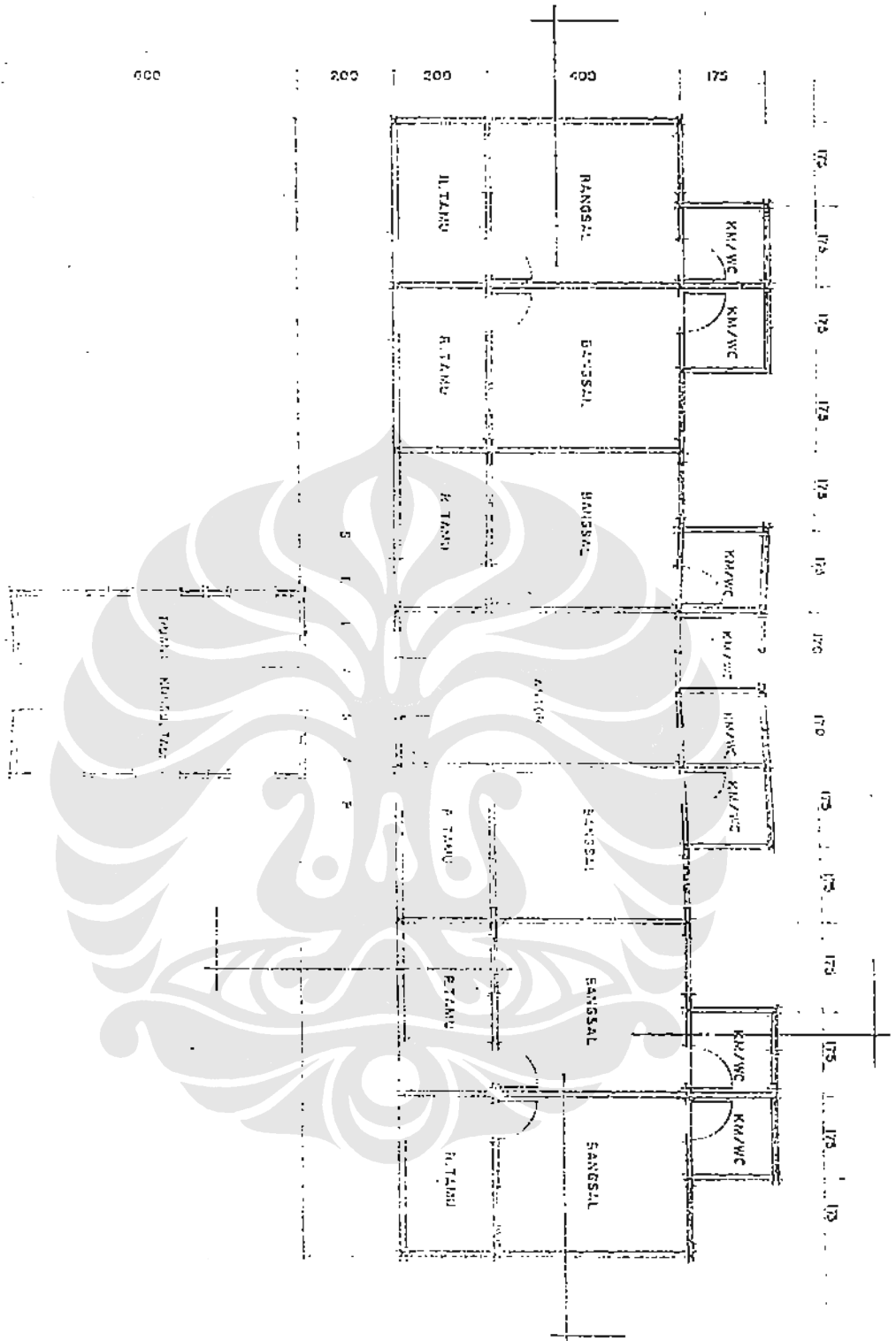






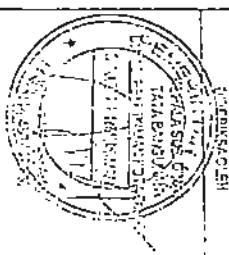


51



DENAH  
SPALAT I

200



DIKORUSKANI  
 NAMA: RIFMA GHULAM DZALJAD  
 NIM: 100717126

*[Signature]*  
 RIFMA GHULAM DZALJAD

KAPPAKASUS  
 RSMW

DIAUTOLEN

DINAS PENGANTARAN  
 NIM: 100717126

*[Signature]*  
 NAMA: RIFMA GHULAM DZALJAD

*[Signature]*  
 NAMA: RIFMA GHULAM DZALJAD

GEORUNG PERAWATAN  
 KRESNA



**Pintu Masuk Bangsal Wanita Rumah Sakit Jiwa**



**Bangunan Bangsal Pasien Tampak Sudah Dimakan Usia**



**Ruang Administrasi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor**



**Halaman Rumah Sakit Tampak Luas dan Ditumbuhi Pohon-Pohon Besar**

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**  
**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**PROGRAM STUDI SOSIOLOGI**

Kampus UI Depok 16424, Telp. (021) 788 49024, Fax. (021) 788 49023

---

Nomor : 040-S2/PT.02.19.FISIP/Q/04  
Hal : Ijin Penelitian  
Lamp. : -

Depok, 18 Maret 2004

Kepada yang terhormat,

Warga Cilendek  
di  
Bogor

Dengan hormat,

Ketua Program Studi Sosiologi Program Pascasarjana FISIP UI dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Rifma Ghulam Dzaljad  
NPM : 6901410297  
Jenjang : Magister  
Judul Penelitian : Kontrol Sosial Pada Penderita Kejiwaan (Studi Kasus di RSJ Bogor).  
Pembimbing : Dr. Hanneman Samuel

bermaksud melakukan penelitian, mencari data/informasi dari Bapak/Ibu. Untuk maksud tersebut kami mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memberikan izin untuk kelancaran penelitian tersebut.

Atas perhatian dan bantuan yang diberikan, kami mengucapkan terima kasih.

Program Studi Sosiolog  
Ketua,



Dr. Robert M.Z. Lawang  
NIP 130 605 091

## TIM KOORDINATOR PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Nomor : DL.02.03.27  
Lampiran : I (satu) lembar  
Perihal : Penugasan dan pemberitahuan pengambilan data.

Yth.

.....  
Pada RS Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor

Di

Tempat

Dalam rangka kegiatan Pengambilan data atas nama :

Nama : Rifma Ghulam Dzaljad  
NPM : 690141097  
Institusi : FISIF Universitas Indonesia  
Waktu : Selasa, 9 Maret 2004 s.d. selesai  
Tempat / Unit : Rawat Inap  
Pembimbing Lapangan : Akemat, SKp, MKes

Maka dengan ini kami mohon bantuan saudara dalam pelaksanaan kegiatan tersebut.

Demikian surat penugasan ini disampaikan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Bogor, 9 Maret 2004

Ketua,



Akemat, SKp, MKes

NIP. 140310866



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK  
RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Jalan Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16001 PO.Box. 178

Telp. (0251) 32402

Fax. (0251) 32402

**SURAT KETERANGAN**

NOMOR : DL.02.04.63.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Tim Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor, menerangkan bahwa :

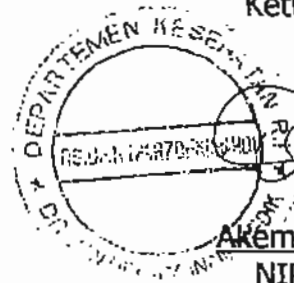
Nama : Rifma Ghulam Dzaljad  
NRP : 6901410297  
Institusi : Program Pascasarjana FISIP – UI  
Judul Penulisan : Stigma Dan Kontrol Sosial Penderita Kejiwaan

Telah melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor dari tanggal 27 Agustus 2003 sampai dengan selesai.

Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bogor, 14 Mei 2004

Ketua Tim Diklat,

  
Akemat, SKp., M.Kes.  
NIP. 140310866



## TRANSKRIP WAWANCARA

**Wawancara dengan Pak Soedjono  
(Perawat, Kepala Ruang Bangsal ICU Kresna)  
PS, 9 Maret 2004**

W: Nama Bapak siapa?

S: Soedjono

W: Usia Bapak berapa?

S: 56 tahun

W: Sudah berapa lama Bapak bekerja di sini?

S: Sudah kira-kira berapa yaa... 43-an tahun, sejak tahun 1962

W: Sejak sekolah keperawatan sudah kerja di sini Pak?

S: Iya, dulu waktu zaman saya kan masih susah untuk cari sekolah. Jadi waktu itu ada tawaran sekolah di sini, ya sudah saya terima saja. Lagian kan cari sekolah susah, nggak kayak sekarang. Enak, sekolah dibiayain, tinggal belajar saja. Kalau saya sudah sekolah, harus sekalian kerja. Namanya juga zaman susah...

W: Bapak tinggal di mana?

S: Saya dan keluarga tinggal di kompleks perumahan karyawan Rumah Sakit, di kompleks Bumi Menteng Asri. Letaknya di samping kanan Rumah Sakit ini.

W: Ok, Pak kita langsung ke masalah penelitian.

S: Baik, silakan saja

W: Menurut Bapak, apa yang dimaksud dengan gangguan kejiwaan?

S: Gangguan jiwa itu dapat dibagi dua, yaitu: psikotik dan yang neurotik. Faktor-faktor yang banyak dengan psikotik adalah dengan diagnosis medis Schizoprenia yang paling banyak ditemui di sini adalah ya Schizoprenia paranoid. Terus yang depresi juga banyak, yang psikotik akut banyak. Kalau yang neurotik itu mental retardasi, maksudnya yang IQ-nya rendah, terus kemudian epilepsi. Nah di luar daripada itu, ada kombinasi juga. Ada yang gangguan jiwa disebabkan oleh organ atau fisiknya mengalami kerusakan, disebut organik, yaitu sakit jiwa yang disebabkan oegan otaknya atau yang lainnya rusak atau sakit. Di luar pasien gangguan jiwa, di sini juga dikirim yang mana pasien dari kepolisian untuk meminta visum et repertum, apabila ada anggota masyarakat yang melakukan tindak pidana di luar, ditahan oleh polisi. Di dalam tahanan polisi dia menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa. Maka oleh polisi dikirim ke Rumah Sakit Jiwa untuk dimintakan visum et repertum demi kepentingan hukum penyidikan. Kalau dia dinyatakan sakit, otomatis akan dikeluarkan surat penghentian penyidikan. Kalau dia sehat, maka proses pengadilan di lanjut. Kasusnya bisa macam-macam, ada kasus pembunuhan, penganiayaan, pencurian, dan lain-lain. Kenanya pidana.

W: Bagaimana cara kerja di sini?

S: Cara kerja di ruangan ini,... jadi kami punya tim work di sini. Tim work yang terdiri dari psikiater, psikolog, perawat jiwa atau perawat umum, terus... social

workers, terapis dan tenaga penunjang lainnya. Masing-masing profesi mempunyai kerjanya sesuai kaplingnya masing-masing. Kalau psikiater yang orientasinya di pemberian terapi. Kalau perawat (kayak saya ini kan perawat, sambil beliau menunjuk ke arah dirinya sendiri) itu mengobservasi pasien. Setelah diobservasi, dikaji masalahnya apa, baru dilakukan asuhan keperawatan. Kita kaji, kita dapat data, kita simpulkan, baru kita rencanakan apa yang kita lakukan terhadap dia. Sudah kita lakukan baru kita evaluasi hasil kerja kita apa. Nah itu berproses waktunya dari 5 hingga 10 hari, berdampingan dengan pemberian terapi oleh dokternya. Biasanya orang-orang gaduh, gelisah psikiatri itu baru tenang antara 5 sampai 10 hari. Kemudian, tenang bukan berarti sembuh ya. Tenang baru dipindahkan ke ruangan intermediate ada di ruangan Gatot Koco ya. Sekarang masih campur aduk, soalnya pasiennya banyak tempatnya kurang. Perawat itu orientasinya di asuhan keperawatan. Terus social workers itu mengkaji latar belakang sosial ekonomi dan kemasyarakat dia. Psikolog itu dibutuhkan pada saat ketika melihat minat, bakat, kemampuan, terus mau diarahkan dia kemana. Lah ini kerjaan psikolog. Terapis itu saat ini masih dirangkap oleh perawat. Untuk memberikan terapi aktifitas kelompok, terapi kerja, terapi musik ya.. itu di bawah payung terapi modalitas. Itu masih dibawa perawat, yang mana harusnya dilakukan oleh terapis. Apalagi ya....

W: Berapa kapasitas Ruangan ini Pak?

S: Kapasitas ruangan ini ada 55, saat ini terisi 52 orang pasien. Ini adalah perawatan intensive care yang sangat sangat spektakuler (sambil tertawa...). Idealnya satu perawat menangani 3 pasien. Ini ada 22 perawat, kalau kita bagi shift itu rata-rata, pagi 7, terus siang 5, malam 4. jadi jumlahnya 7 perawat itu belum termasuk Kepala Ruangan, Katim...Katim-nya saja ada 3. Berarti perawat satu tim cuma ada 3. 3 orang menangani 17 pasien itu merupakan hal-hal yang sangat sangat sulit.

Belum ditambah dengan beban kerja yang lain. Seperti menangani pasien baru, menyiapkan pasien pindah, kolaborasi dengan tim work yang lain; seperti dokter untuk menentukan terapi, terus pemberian peran kolaborasi pemberian obat oral dan injeksi... lah itu waktu tersita di sana. Sehingga waktu pendokumentasian aset keperawatan di sini kurang optimal. Seideal dengan yang dikatakan sebagai ruang intensive care itu. Ok...

W: Bagaimana dengan aktifitas sehari-hari di ruangan ini Pak?

S: Aktifitas perawat; begitu datang langsung operan. Operan dilakukan antar tim, tim 1, tim 2, tim 3. Kepala Ruangan kumpul di situ kalau pagi jam 8, ketemu dengan yang dinas malam melakukan dengan yang dinas pasi tentang kondisi pasien yang ada, gimana dari 1 samapi 52 pasien. Kalau itu dilaksanakan 1 pasien 1 menit, itu sudah memakan waktu satu jam. Otomatis itu belum ideal lagi di situ, sebab harus maraton, mengejar waktu. Sementara kita harus menyiapkan mereka untuk mandi. Mereka harus dimotivasi, tetapi yang total care harus dimandikan. Untuk yang parsial care ya otomatis butuh bantuan minimal, dimotivasi paling dikit. Lah

untuk yang minimal care ya ngak di sini tempatnya, ya minimal di ruang tenang, di intermediate.

Terus kemudian, Prekomperen. Kemudian dipindahkan ke lapangan yang mengkaji pasien, merencanakan tindakan, terus kemudian supervisi oleh Katimnya. Katim ke perawat associate. Terus perawat disupervisi oleh Karu-Karunya. Habis itu baru Poskomperen. Di dalam Poskomperen kita membicarakan kasus-kasus yang aktual pada hari itu. Habis itu kita dokumentasikan ke dalam status. Kemudian kita bikin laporan masing-masing tim. 123 masing-masing bikin laporan. Sudah selesai, Katim-Katimnya membuat laporan. Kepala Ruangan mengumpulkan laporan mereka, menyimpulkan dan membuat laporan besar untuk dibawa ke Kasi atau bidang Keperawatan. Nah setelah laporan dibikin, baru kita siap-siap untuk operan dengan shift sore. Lah... operan dengan shift sore atau malam, rentetannya seperti itu.

W: Operan sore biasanya jam berapa?

S: Jam 2, itu katanya... (sambil menghela nafas). Tapi kadang-kadang baru jam 3 baru mulai. Karena macet di perjalanan, orang susah tepat datang jam 2, kendalanya banyak yaa... macet di jalan, yang hujan, yang inilah, banyaklah... Itu tadi dikerja keperawatan. Di rencana kerja sudah terprogram seperti itu. Tetapi belum tentu itu bisa mulus seperti itu, berjalan sesuai rencana atau ah....(lama mereka-reka kata yang pas) schedule kita. Belum tentu sesuai degan itu. Sebab ini ruangan akut. Pada saat kita melakukan operan, ternyata ada pasien PK. Mana yang harus didahulukan? Otomatis menangani pasien PK dulu, operan kita tunda dulu yaa.. Pada saat mengkaji pasien si PA, ada pasien baru. Mana yang harus dikerjakan? Menerima pasien baru tersebut, itu sementara dikesampingkan dulu. Pada saat kita mau supervisi, ada keluarga pasien mau ambil pulang. Mana yang harus dikerjakan? Itu dulu. ... Pada saat ada Kepala Ruangan mau supervisi ada rapat dengan direksi. Mana yang didahulukan? Pada saat Poskomperen, terjadi PK lagi dengan pasien. Itu semua sangat sangat mendominasi masalah di ruangan ini. Itu kadang-kadang rencana kerja kita sudah seperti itu standarnya. Tapi belum tentu dapat dilaksanakan sesuai schedule itu. Karena memang beban kerjanya sangat-sangat banyak. Itu kesulitannya...

W: Pernah terjadi kelebihan daya tampung?

S: Pernah, waktu di Grogol kebanjiran. Pasien ada 64 orang waktu itu. Kalau pasien rata-rata 56-55 itu pernah, tapi rata-rata pasien ya 40-45 lah.

W: Kalau ada perawat yang berhalangan gimana?

S: Ya kita utamakan yang lain. Ya sama-sama yang lain. Ya semuanya... jangan yang dobel-dobel seperti itu. Yang sendiripun efeknya juga ada. Semua ada resikonya. Seperti umpamanya perawat, dia juga Katim, dia juga sebagai penguji, dia juga sebagai anggota tim penerima apa. Begitu besarnya tugas-tugasnya, otomatis yang terganggu. Dampaknya terhadap pasien berarti asuhan keperawatan kita kurang optimal, gitu!

W: Setelah operan sore tugasnya apa?

- S: Ya kayak seperti tadi. Standarnya pagi, sore, malam hampir sama saja. Bedanya kalau malem lebih santai ya hanya memonitor mereka.
- W: Standar perawatan medis?
- S: Kalau standar asuhan keperawatan itu ada pengkajiannya dikaji dulu, masalahnya apa? Datanya kita simpulkan. Kemudian dianalisa, ya terus dicari prioritas masalahnya. Sudah gitu kita buat rencana tindakannya. Sudah itu ya lakukan tindakannya apa sesuai dengan rencana. Terus kita evaluasi hasilnya apa. Dari evaluasi kemudian kita tentukan rencana ke depan apa. Kontrak dengan pasien, baik mau mulai, baik mau buka, yang terpenting secara keseluruhan ada tahap orientasi dulu, fase kerja, fase terminasi. Setiap ketemu pasien harus begitu. Itu standarnya.
- W: Aktivitas pasien di sini apa saja?
- S: Aktivitas pasien kalau di ruang intensif. Karena pasien itu banyak dikasih pengobatan secara intensif, yang mana obat-obatan anti-psikotik, anti-depresan, anti-halusinasi, anti-parkinson itu membuat pasien lemes, ngantuk. Kebanyakan kalau pagi tidur. Habis diinjeksi yaa memang obatnya membuat cepet ngantuk. Otomatis tidur. Kita tidak bisa banyak harus membangunkannya, memberikan aktifitas itu susah. Karena ini ruang intensif. Cuman kita amatin efek samping pemberian obat itu bagaimana.
- W: Pengobatannya rata-rata injeksi ya?
- S: Tidak, oral juga ada. Dua-duanya berjalan bersama-sama. Oral juga, injeksi juga.
- W: Kegiatan lain dari pasien ada ngak?
- S: Oh... mereka mengikuti aktivitas kelompok bagi pasien-pasien yang sudah kooperatif, yang sudah komunikatif. Ya dapat terapi aktifitas kelompok. Kerjasama dengan mahasiswa praktek. Kalau ngandalkan dari tenaga ruang tok ngak cukup. Jadi di samping membimbing mahasiswa yang praktek di ruangan. Kita manfaatkan juga untuk kepentingan ruangan itu. Jadi oh... pencapaian target mahasiswa tercapai ya...terus pekerjaan di ruangan juga teratasi.
- W: Model aktifitas kelompok itu apa saja Pak?
- S: Ya macam-macam pemberian aktifitas kelompok. Macem judulnya, topiknya apa? Terapi aktifitas kelompok itu topiknya apa. Topik sosialisasi itu mengorientasikan mereka pada lingkungan, pada teman-temannya. Terus umpamanya terapi aktifitas kelompok perilaku kekerasan, terapi perawat, itu nanti dibikin organisasi lagi. Kalau mengatakan terapi aktifitas kelompok organisasinya itu disebut leader, co-leader, fasilitator, terus observer.
- Lama terapi aktifitas kelompok itu antara 30-40 menit, atau 45 menit. Jumlah pasiennya idealnya antara 8-12, tenaga perawatnya juga 8-10 perawat. Kalau kegiatan seperti perawat-perawat (menunjuk di halaman luar) yang berkumpul dengan pasien itu sedang mengkaji, mengali bakat yang dimiliki si klien tersebut.
- W: Tanggapan keluarga terhadap pasien menurut anda bagaimana?
- S: Kalau keluarga itu macam-macam reaksinya. Ada kadang-kadang pasien itu sudah sakit bertahun-tahun. Sudah kronis baru dibawa ke sini. Kenapa? Karena pada awalnya pasien yang mengalami gangguan jiwa, banyak pihak keluarga yang

tidak ngerti, kalau itu gangguan jiwa dan harus dibawa ke psikiater. Bahkan mereka cenderung nganggapnya hal tersebut masih kesurupan dan dibawa ke dukun atau orang-orang pintar. Lah itu terjadi biasanya pada fase-fase denyal (keluarga belum bisa menerima kenyataan). Bahwa pihak keluarganya sakit jiwa. Wah itu ma dibikin orang. Ah itu ma kesambet. Ah itu ma kemasukan roh halus. Itu semua sebenarnya sekedar pengalihan daripada ketidakterimaan pihak keluarga biasanya. Kalaupun ada betul memang kesurupan maa atau apa itu lain hal ya... tetapi seperti itulah yang terjadi rata-rata pada penderita sakit jiwa. Tetapi tidak menutup kepentingan bagi mereka yang sudah ngerti ya itu pasien. Itu keluarga begitu tahu ada gangguan cepet dibawa ke Rumah Sakit. La itu gampang diobatannya. Beda dengan yang sudah kronis.

W: Apakah tindakan keluarga yang seperti itu, bukannya lebih disebabkan takut atau malu diketahui tetangga yang lain?

S: Itu ma menurut saya pandangan dari masyarakat yang masih keliru. Masalahnya sampai saat ini masyarakat itu masih menganggap bahwa penyakit jiwa itu masih merupakan stigma yang ada di masyarakat. Beda dengan penyakit fisik dengan yang lain. Tapi kalau yang namanya sakit mau diapain...

W: Lama perawatan pasien?

S: Kalau di ruang ini antara 5-10 hari standarnya. Setelah itu dipindah ke ruang intermediate. Dari ruang intermediate dibawa ke ruang tenang. Setelah di ruang tenang diarahkan perilakunya. Kalau seumpamanya pasien itu sudah bisa minimal merawat dirinya sendiri. Ya terutama di aktifitas daily living (ADL)-nya. Terus ekspresinya itu minimal sudah bersahabat, ya paling tidak, tidak membahayakan orang lain atau membahayakan diri sendiri. Terus dari perawatan dirinya. Udah bagus. Itu sudah kriteria pasien tersebut dinyatakan sembuh. Sembuh dalam arti, sembuh psikiatrik. Bukan sembuh kayak penyakit koreng itu ya. Sekarang penyakit koreng aja umpamanya, itu saja ada bekasnya. Apalagi penyakit jiwa, masih ada bekas-bekas gangguan jiwanya.

W: Kira-kira setelah dinyatakan sembuh, pasien tersebut dapat diterima oleh pihak keluarganya?

S: Ya... bervariasi. Bagaimana situasi keluarga itu sendiri. Kembali kepada keluarga. Ada yang menerima, ada juga yang menolak. Ada keluarga yang kadang-kadang minta buang saja dipinggir jalan, disuntik mati aja Pak. Ini Rumah Sakit bukan tempat eksekusi. Tapi memang ada yang seperti itu.

W: Kenapa begitu?

S: Ya, karena anggapan seperti itu... (maksudnya masih adanya stigma di masyarakat).

W: Rata-rata pasien berasal dari kategori ekonomi apa?

S: Dulu sih kebanyakan dari ekonomi ke bawah, masyarakat miskin lah. Sekarang sudah mulai ada pasien yang menengah ke atas. Artinya pasien yang mampu bayar umpamanya 75 ribu perhari. Inikan tentunya dari keluarga menengah ke atas. Seperti ruang kelas I Srikandi 75 ribu perhari. Itupun rata-rata pasiennya, angka huniannya cukup tinggi di atas 60%. Bahkan bisa mencapai 100%. Ada

juga yang 50 ribu perhari, seperti ruang di belakang (bangsal Sadewa dan Dewi Amba). Itupun BOR (*Bed Occupancy Rate*)-nya tinggi, angka huniannya mencapai di atas 80%. Itu buktinya sekarang yang dirawat di Rumah Sakit ini sudah mulai beranjak naik. Sebab yang ekonomi tinggipun ikutan masuk. Tentu saja tinggal dibarengi dengan peningkatan mutu pelayanan.

W: Berapa lama pasien dirawat di Rumah Saki ini, yaitu sejak dia masuk hingga dapat izin pulang?

S: Kalau menurut penelitian Bu Budiana Tria kemarin. Rata-rata sekitar 42 hari. Tapi banyak juga yang belum seminggu di sini, tapi langsung dibawa pulang. Di intensive care pun pasien yang belum seminggu juga banyak yang sudah pulang.

W: Mengapa mereka pulang? Apakah sudah sembuh?

S: Tenang pasiennya, sudah bagus, terutama untuk pasien-pasien yang psikotik akut itu tidak memakan waktu lama. Terus kecintaan pihak keluarga kepada si pasien. Dan pihak keluarga itu berusaha bisa merawat dia di rumah. Itu angka kepulangan pasien di ruangan ini bisa mencapai angka 25% perbulannya. Rata-rata pasien masuk di sini itu rata-rata empat koma sekian perhari. Sebulan rata-rata 20 pasien yang masuk. Itu baik yang kasus baru maupun kasus yang rawat ulang.

W: Apakah yang sudah dinyatakan sembuh tetap kontrol terus di sini?

S: Ya, memang tempatnya di sana (menunjuk ke depan). Di ruangan Poli Rawat Jalan Psikiatri, ruangnya ada di depan Rumah Sakit ini.

W: Berapa lama mereka harus kontrol di rawat jalan tersebut?

S: Biasanya begitu obatnya habis, kontrol. Karena orang Schizoprenia, kata mereka yang ahli-ahli itu Schizoprenia belum dapat disembuhkan. Reda, bisa pendek bisa lama, tergantung sikap keluarga pada si pasien. Tergantung disiplin si pasien meminum obat. Terus tergantung situasi emosionalnya. Banyak faktor... Yang jelas sampai saat ini Schizoprenia belum dapat disembuhkan total. Jangankan di negeri kita, di negara yang majupun sama.

W: Kalau pasien yang dibiarkan oleh pihak keluarga, itu bagaimana?

S: Lumayan banyak. Artinya itu keluarganya pingin si pasien atau anaknya, keluarganya tinggal lama di Rumah sakit. Dengan harapan sembuh total. Dan itu suatu harapan yang sangat-sangat sulit dipenuhi oleh kita, pihak Rumah Sakit. Kalau sehari saja mereka jajan saja berapa? 10.000 ribu katakanlah, belum untuk makannya, belum untuk yang lain-lain. Kebutuhannya hidupnya berapa? Sedangkan kalau di sini bagi pengguna kartu JPSBK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan) tidak dipungut apa-apa, baik untuk makan obat, untuk tidur, gratis total. Kecuali untuk jajan dia, rokok dia itu urusan dia ya... Otomatis pihak keluarga membiarkannya di sini saja. Wong enak, tidak lagi ngurus apa-apa.

W: Kalau yang ditangkap-tangkap itu Pak di piggir jalan?

S: Ya itu kerja sama antara Dinas Sosial, Kepolisian, Dinas Kesehatan setempat dan pihak Rumah Sakit. Itu rata-rata mereka psikotik gelandangan. Mereka rata-rata di sini tidak bertahan lama. Sebab sudah terbiasa mengelandang. Mereka sudah menikmati nikmatnya mengelandang. Itu kesulitannya.

W: Berapa anggaran untuk biaya perawatan mereka di sini?

- S: Kalau untuk itu bukan... saya tidak dapat komentar tentang hal itu.
- W: Pasien di sini berasal dari mana saja?
- S: Yang Jelas dari Jabotabek. Dari Indramayu banyak, dari Cirebon banyak, dari Serang banyak. Jadi menampung dari Jawa Barat, DKI, dan Banten.
- W: Sosialisasi pihak Rumah Sakit agar dapat merubah persepsi negatif masyarakat?
- S: Itu adalah program kesehatan jiwa masyarakat (UPF KJM)
- W: Tanggapan dari pihak masyarakat terhadap Rumah Sakit Bagaimana?
- S: Ya itu ke sana, ke KJM...
- W: Bagaimana dengan pasien yang kabur?
- S: Itu ada surat perjanjian. Setiap serah terima pasien dari pihak keluarga. Jadi setiap pasien masuk, ada perjanjian dengan keluarga. Hak dan kewajibannya apa? Resiko dirawat di sini apa? Itu diberitahukan ke keluarga.
- W: Bapak melihat secara umum penyakit jiwa itu seperti apa?
- S: Ya buat saya sih penyakit jiwa ya.... biasa-biasa saja. Melihatnya dari sisi mana dulu. Dari sisi medis, bisa karena pola asuh orang tua yang salah. Bisa saja faktor genetik, bisa juga dari faktor lingkungan yang buruk, ditambah lagi dari faktor individu itu sendiri dalam pembentukan kepribadian yang salah.
- W: Mereka sakit itu disebabkan karena rusak mental organiknya atau sebab sosialnya?
- S: Kalau menurut penelitian yang lalu, ngak tahu siapa ya itu... 20% dari faktor genetik, 80% dari pola asuh dalam masa sejak dalam masa tumbuh kembang. Tumbuh kembang itu dalam masa sejak dalam kandungan sampai 18 tahun. Rata-rata yang rentan sakit itu pada peralihan masa remaja, dewasa. Kebanyakan kasusnya Schizoprenia, karena di situ ada kesulitan adaptasi.
- W: Tingkat kesembuhan berapa persen?
- S: Itu standar Rumah Sakit, bukan di ruangan ini. Wah saya tidak tahu, saya kurang ngecek itu. Menurut penelitian Bu Budiana Tria, 3 di antara 10 rakyat Indonesia menderita gangguan jiwa. Gangguan jiwa itu ada yang ringan dan yang berat. Dan yang berat dirawat di sini. Walaupun yang berat itu tidak semuanya ada di Rumah Sakit.
- W: Rata-rata pasien yang ke sini kerja ngak Pak?
- S: Ada yang kerja, tapi sedikit. Tapi yang muda ngak lah... Apa lagi?
- W: Cukup Pak.
- S: Ini Untuk apa?
- W: Untuk tugas akhir.
- S: Kalau untuk wartawan saya tidak mau ini. Tapi kalau untuk tugas akhir ya silakan saja....



**Wawancara dengan Ibu Wardiati  
(Perawat, Kepala Ruang Bangsal Dewi Amba)  
IW, 10 Maret 2004**

W: Nama Ibu?

I: Wardiati, biasa dipanggil Bu Iwad

W: Sudah berapa lama bekerja di sini Bu?

I: Sudah sejak tahun 1973. Jadi... sudah 31 tahun ya...

W: Usia Ibu berapa Tahun?

I: 44 Tahun

W: Ibu tinggal di mana?

I: Saya tinggal di daerah Cilendek ini.

W: Ibu dulu dari keperawatan sini?

I: Iya, sebab dari awal saya sekolah di keperawatan Rumah Sakit ini. Jadi sekalian kerja di sini.

W: Bagaimana perasaan Ibu, ketika pertama kali berkerja di sini?

I: Pertama kali ya jelas, masih awam. Waktu itu saya masih SPR (Sekolah Pendidikan Rawat), ya SMP-lah sekarang. Ngeri juga pertamanya. Lagian kan wawasan kita masih sangat dikit, dan pasiennya kan kebanyakan pria. Ya takutlah, kita kan perempuan. Ya tapi kalau memang niatnya kerja di sini, ya harus diniatin terus di sini. Lama-lama ya kalau sudah terbiasa di sini, ya kerasan juga.

W: Pengalaman Ibu dengan pasien?

I: Yang Saya ingat ya mungkin, kalau... namanya warga lingkungan masyarakat menstigma sekali, tapi kayaknya faktor bagaimana pendekatan kita dengan dia (maksudnya dengan pasien). Ada rasa percaya dengan dia. Saya ingat dulu waktu pasien datang tahun 1970-an saya pikir, pasien dianter keluarga, masyarakat. Pasien tangannya diikat, kakinya diikat, naik mobil dianter orang sekampung. Begitu datang pasien teriak-teriak: dokter-dokter saya diikat. Kenapa? Ya udah (kata Bu Iwad), kamu nurud ya, entar dibuka ikatannya. Kamu jalan sendiri ya. Waktu itu sekarang ya di ruang ICU. Terus saya buka ikatannya. Udah coba jalan. Ternyata dia jalan sendiri dan nurut masuk ke ruangan. Semua orang yang nganter rame-rame pada kaget wah si anu, kok nurut saja ya, tanpa kekerasan. Makanya tergantung pendekatan kita. Makanya saya juga tidak tahu kenapa dia diikat. Ya mungkin tadi di rumah merusak atau apalah. Sehingga diikat segala. Tetapi yang jelas warga takut tentunya. Saya tidak tahu pastinya.

W: Kondisinya sekarang bagaimana Bu?

I: Kalau sekarang ma sudah baikan. Kalau dulu orang-orang masih menyebutnya istilahnya gila. Namun sekarang dengan banyaknya acara di televisi, apa kan istilah-istilah gila sudah digantikan dengan istilah gangguan jiwa. Jadi sekarang tidak terlalu apa namanya... tapi masih banyak sih anggapan seperti itu di masyarakat. Tapi makin ke sini ada kemajuan lah. Seperti nama Rumah Sakit sudah diganti. Sebelumnya Rumah Sakit Jiwa Bogor, sekarang menjadi Rumah Sakit Dr. Marzoekei Mahdi. Akhirnya kan sedikit banyak menghilangkan kesan oh



saudaraku dirawat di Rumah Sakit Jiwa kan. Dengan berubah nama Rumah Sakit Dr. Marzoeqi Mahdi kan, sebutannya kan tidak langsung. Apalagi sekarang ada pelayanan klinik umum, tidak khusus jiwa saja. Ada umumnya, narkoba...

V: Menurut Ibu gangguan jiwa itu apa sih?

I: Maksudnya?

W: Ya secara umum apa sih yang disebut dengan gangguan kejiwaan itu?

I: Gangguan jiwa itu apa ya?... Kalo masyarakat itu kan melihat mereka (pasien) sosialnya terganggu, motoriknya terganggu, emosinya terganggu, termasuk pola pikirnya, kognitifnya. Biasanya begitu mereka tidak sesuai dengan norma-norma masyarakat, kan masyarakat tidak mau menerima. Mungkin yang dikhawatirkan lingkungan. Malah di sini banyak pasien-pasien kita yang tidak diterima lingkungannya.

W: Kenapa masyarakat atau lingkungannya menolak?

I: mungkin dia mengganggu lingkungan, merusak.

W: Padahal mereka kan dari sini sudah tenang?

I: Iya sudah tenang. Mungkin keluhan dari keluarga, atau dia-nya dulunya pernah merusak atau mengganggu lingkungan. Terus dia sembuh kembali ke lingkungannya. Terus lingkungannya tetap tidak mau menerima. Kadang-kadang pasien itu malah kebanyakan merasa enakan, lebih aman dan nyaman di RS gitu. Jadi mereka sudah sembuh dirawat di sini, dibawa pulang ke rumah ngak sampe sebulan kambuh lagi. Biasanya hal ini terjadi sebab lingkungan kecil, keluarga tidak mendukung.

W: Kenapa keluarga bersikap seperti itu?

I: Hal ini bervariasi, tergantung individu pasien keluarganya. Ada yang keluarga itu sibuk, dia ngak mau membawa pulang. Padahal di sini sudah harus pulang. Takutnya mereka bawa aja ke yayasan atau kemana gitu. Maksudnya dia tidak merawat, tetapi ada perhatian dengan menitipkan dia kemana. Itu juga ada. Tetapi juga ada yang memang keluarga itu sibuk. Otomatis perhatian ke pasien kurang, cara pemberian obat di rumah tidak teratur, ya akhirnya pasien kambuh lagi, balik lagi.

W: Pasien di sini kebanyakan mereka berasal dari kategori miskin atau menengah?

I: Kalau ini kan kelas II, 50 ribu perhari. Ada kelas I juga. Kalau di sini relatif keluarga masih ada perhatian ya. Ya kemampuan materi ada, perhatian juga ada, karena pendidikan juga mungkin mendukung.

Tetapi kalau pasien di kelas JPS, kadang-kadang pihak keluarga sudah diminta bawa pulang. Mereka tidak mau, ada juga yang ngasih alamat palsu, KTP palsu...

W: Apakah pasien yang dibawa keluarga, tetapi ditolak masyarakat. Apakah mereka akan dibawa balik ke sini?

I: Kalau sudah pulang ya tergantung. Kalau misalnya mengganggu lingkungan ya dibawa lagi ke sini. Demikian juga kalau keluarga sudah ngak peduli lagi. Kejadian demikian sering, sudah ngak ada keluarga, dibawa RT, Polisi atau juga yang hasil penjarangan. Ya yang demikian itu kan tidak tahu alamatnya, rumahnya dimana... Biasanya kalau seperti itu tetap kita rawat. Sambil kita rawat,

kita pantau alamatnya di mana. Ada ngak keluarganya. Kalau dia ngomong kita catat, besok dia kita tanya lagi. Kalau dia beberapa kali ngasih alamat yang sama, ngak berubah, ya nanti akan kita telusuri, kita kirim surat ke keluarga. Malah kalau kebetulan keluarga itu yang peduli, ya dia dengan senang hati akan menerima dan langsung datang ke sini. Tapi kalau keluarga yang ngak peduli ya susah... Masalahnya banyak mereka yang ngak jelas alamatnya. Itu memang sudah dibiarkan begitu saja sama keluarganya. Inikan derita seumur hidup, bagaimana harus merawat terus...

- W: Kalau sosialisasi ke masyarakat itu bagaimana Bu? Maksudnya biar ada kesinambungan antara perawatan Rumah Sakit dengan penerimaan masyarakat?
- I: Sebetulnya itu program KJM ya. Penyuluhan ke masyarakat kesehatan jiwa masyarakat. Biasa juga kita lakukan lewat para mahasiswa yang lagi praktek di sini. Mereka kan dari berbagai daerah. Ada yang dari Padang, Indramayu, Sukabumi, Bandung, dan sebagainya. Tetapi kalau penyuluhan ke masyarakat ya lewat KJM itu. Kalau dulu sih programnya ke Puskesmas, ke sekolah-sekolah.
- W: Bagaimana aktifitas sehari-hari di ruangan dan Rumah Sakit Ini Bu?
- I: Kurang lebih sama dengan di ruang Kresna (sebelum wawancara beliau tanya siapa saja yang saya wawancarai. Saya bilang ada Pak Soedjono (karu Ruang Kresna). Kata Bu Iwad; beliau itu senior, guru, sekaligus teman kerja. Kita banyak belajar dari beliau). ...Kalau Sadewa itu kan sama, kalau Kresna kan ngga'. Mereka itu lebih ke arah terapi pagi, sore, malam. Kalau di ruangan ini kita terapi aktifitas kelompok.
- W: Kalau di sini rata-rata keluhannya apa? masalahnya?
- I: Di sini kebanyakan masalahnya halusinasi, menarik diri, sama depresi ada juga
- W: Itu biasanya aktifitas kelompok itu modelnya seperti apa saja?
- I: Ya tergantung masalahnya tadi. Kalau dia menarik diri ya mengajak dia berkenalan, ngajak ngobrol, saling mengungkapkan perasaannya. Kalau orang menarik diri, jangankan untuk mengungkapkan perasaannya, kita nanya aja belum tentu dia mau menjawab. Itu bisa dimulai dengan menyebutkan namanya, alamatnya, perkenalannya dari sana
- W: Kalau melihat orang luar yang datang, kesannya kan curiganya sangat tinggi, itu digimanain istilahnya biar dia itu familiar, biasa gitu?
- I: Itu tergantung individunya, pasiennya. Kalau memang dengan pasien yang curiganya sangat tinggi, kita juga mesti hati-hati misalnya mau ngajak ngobrol, misalnya juga kalo megang buku begini, bisa marah duluan, saya mau dimasukin ke koran ya? dimasukin ke radio ya? nah itu bisa marah duluan. Kita memang harus tahu dulu pasien ini gimana. Cara pendekatannya kan berbeda-beda, misalnya untuk pasien yang agresif kita tidak perlu pakai. Jadi pendekatan tiap individu itu berbeda.
- W: Pengalaman Ibu dalam menangani pasien bagaimana? Adakah yang paling berkesan atau membekas di hati Ibu?
- I: Saya rasa sama aja, mungkin ada juga pasien yg merasa kenal, seperti anak-anak remaja. Jika melihat, mereka memanggil "mama-mama". Mungkin sosok Ibunya,

entah apa mungkin dari kita ada yang seperti itu, tapi kita kan tidak boleh mendukung atau menunjang entar dia susah melepaskan. Nanti kita malah disangka mama-nya beneran. Jadi kita juga harus menjaga, bahwa kita bukan mamanya. Kita juga jangan terlalu dekat, jadi yang realistis saja

**W:** Kalau yang di sini memang rata-rata sudah lama ya?

**I:** Ya kalau yang di sini. Tapi kalau saya di sini baru berapa bulan ya, kurang dari setahun lah. Tadinya saya di Kresna. Jadi saya sudah hampir rata di semua ruangan di Rumah Sakit ini.

**W:** Bisa diceritain gimana pengalaman Ibu di masing-masing ruangan?

**I:** Di Kresna itu pasiennya kebanyakan laki-laki, agresif, gelisah, kita harus selalu waspada, kita kan ngga tahu, meskipun kelihatannya tenang, kita harus tetap menjaga. Bagaimanapun juga keamanan kita juga harus dijaga, kalo terjadi apa-apa pasien kan tidak bisa disalahkan.

**W:** Pernah terjadi...?

**I:** Kalau saya ngga, cuma pernah ada yg kelihatan tegang atau apa, namanya juga pasien laki-laki, kita minta tolong sama perawat yang laki. Tapi bukan berarti kita perawat perempuan ngak bisa nolong, kita bisa berlaku sebagai Ibu. Pasien kan ada juga yang butuh dilindungi. Jadi posisi kita sebagai perawat sekaligus jadi Ibu. Jadi ya kita lihat-lihatlah, kalau yang gelisah ya kita panggil temen.

**W:** Apalagi sekarang kan pengobatan sudah lebih maju, jadi kalau ada yg gelisah bisa langsung diberi penenang

**I:** Meskipun begitu, pasien yang gelisahpun kadang bisa ditangani dengan lemah lembut, kita ajak berkomunikasi, mendengarkan yang dia ungkapkan mungkin juga dapat membantu mereka. Tidak mesti harus diisolasi, dikerasin secara fisik...

**W:** Sekarang ini ada kesan terjadi penurunan dalam pelayanan/degradasi, misalnya pada kunjungan/visit dokter yang langsung bersentuhan dengan pasien, kebanyakan dokter hubungannya hanya sekedar ngasih obat, itu bagaimana menurut Ibu?

**I:** Mungkin yang lama yang seperti itu ya. Kalau kita sekarang 24 jam itu kan perawat diruangan. Kalau dokter dia dateng kan hanya visit, setelah itu pulang, kalau perawat kan mau tidak mau memang harus mengetahui kondisi pasien setiap ganti shift, beda dengan dokter

**W:** Untuk mengetahui keluhan-keluhan pasien itu tugas perawat?

**I:** Iya, perawat itu kan kerja 24 jam.

**W:** Tapi kan ada shift?

**I:** Iya ada shift, itu kan terbagi; pagi bikin laporan dan yang sore juga laporan ke pagi. ya mau tidak mau kan memang tugas kita seperti itu.

**W:** Kalau peran dokter psikiater?

**I:** Di kita ada, dia datang tiap hari, Bu Dewi namanya. Kita nanti kasih tahu ada pasien nih. Kecuali yang di Kresna, karena memang pasien yang di sanakan belum stabil, belum bisa diajak ngobrol.

**W:** Biasanya 1 perawat dikasih berapa pasien?

- I: Kalau sekarang kita ada 14 perawat di sini. Pasiennya sekarang banyak, ada 20 orang. Biasanya cuma 14-15 orang
- W: Kapasitas ruangan memang berapa Bu?
- I: Kapasitas yang ada sekarang 32. Jadi gini, mungkin karena biayannya, pasien yang banyak ada di kelas 2. Sedangkan di kelas 1 cuma 2 orang, yang penuh di sini
- W: Tapi kan pekerjaan perawat sama semua?
- I: Sama, kita ngga beda-bedakan
- W: Kalau kelas?
- I: Kalau kelas cuma beda di tempat dan makan. Kalau cara perawatan kita ngak boleh beda-bedakan. Mau kelas 2, kelas 1, mau JPS, mau orang Jawa, mau orang Sunda sama saja semua.
- W: Kapasitas ruangan ini berapa?
- I: Kalau ruangan ini 20, sedangkan ruangan itu 12. Jadi semua ada 32
- W: Pernah kelebihan pasien ngak Bu?
- I: Tidak pernah. Kalau misalnya penuh ya kita tolak. Ngak nerima
- W: Kayak kemaren yang waktu darurat?
- I: Waktu itu saya masih di Kresna. Jadi pasien yang dianggap gelisah, keluyuran ya disuntik dulu di situ, kalau darurat.
- W: Kalau pengalaman Ibu sendiri di Sadewa gimana?
- I: Saya belum pernah di Sadewa. Karena Sadewa itu kan baru berdiri sekarang, jadi setelah saya pindah ke sini Sadewa baru dibangun. Maksudnya modelnya itu baru, kalau yang dulu untuk ruang rawat laki-laki di situ.
- W: Biasanya yang dirawat di situ yang sakit apa Bu?
- I: Dulu atau sekarang?, tanya Bu Iwad. Sekarang Bu, jawab saya.  
Itu sebenarnya cuma beda di kelas aja. Jadi ada yang minta kelas, kelas satu kan Srikandi kelas satu plus untuk laki dan perempuan sama Cuma bedanya di sini sebetulnya kelas satu tapi pasiennya lama jadi waktu dia dipindahkan ke kamar, mereka ngga mau. Kalau Srikandi belum pernah, soalnya itu kan ruangan baru. Srikandi, Sadewa itu baru
- W: Kalau istilahnya jumlah pasien banyak. Sementara tingkat apresiasi masyarakat masih negatif, dalam hal penerimaan, dalam hal sosialisasi, ini kan menjadi problem sosial. Kalau menurut Ibu langkah-langkahnya bagaimana? Katakanlah Ibu sebagai perawat apakah pernah diejekin atau gimana?
- I: Sudah pasti, tapi kalo diejekin sih engga',
- W: Atau ada yang menjaga jarak katakanlah seperti itu?
- I: Kebetulan lingkungan masyarakat di sekitar saya baik.
- W: Kalau pertama-tama dulu gimana Bu?
- I: Dulu kan awalnya di asrama sampai nikah di asrama. Saya sih ngak merasa ada yg suka ngejek atau apa.
- W: Kalau tanggapan keluarga sendiri gimana Bu?
- I: Kalau keluarga biasa aja, bangga juga bahkan. Bangga karena inikan langkah, saya sendiri bangga karena banyak mendapat ilmu dalam kejiwan. Itu kan tidak bisa hanya sekedar untuk dinas dan cari nafkah tapi semua ilmu yang kita dapat itu

dapat kita terapkan dalam mendidik anak. Dan dari masalah-masalah yang dihadapi pasien itu kan seribu satu yang bisa kita jadikan pelajaran. Misalnya kenapa ini orang masalah keluarga saja jadi begini begini? Dari kasus itu kita kan bisa belajar untuk diri sendiri, untuk keluarga bisa kita terapkan. Kalau misalnya dengan penyuluhan seperti yang tadi Bapak bilang. Kita di sini ada penyuluhan keluarga, kalau yang besuk secara individu kita langsung secara individu, tapi kalau yang kelompok kita lakukan sekali 2 bulan, jadi kita undang satu pasien ada 3-4 yang datang, seperti kemaren ini 4 Maret kita habis penyuluhan. Jadi empat ruangan digabung di sana, trus kita ada narasumbernya.

W: Berupa dialog interaktif atau apa?

I : Ada sesi materinya juga dan cara merawat pasien. Dari materi itu kan jadi meluas sehingga muncul pertanyaan-pertanyaan

W: Ngak ngundang katakanlah tokoh agama?

I : Ya kalo ini keluarga yang kita undang, bagus malah penerimaan mereka. Malah dia bilang ini rasanya kami ini kan tahu sudah bagaimana cara perkembangan anak, pola asuh, segala macam kan. Dan gimana apa ngak sebaiknya di sini itu ada penyuluhan misalnya ke Ibu-Ibu, calon Ibu, calon Bapak, kalau kita inikan seperti ini kan sudah terlambat. Nah dari materi yang didapat ini tolonglah dari Bapak/Ibu bisa menyampaikan di tempat masing-masing. Paling begitu cara kita.

W: Tapi kalau katakanlah pasien yang dirawat di sini rata-rata berapa lama? sampai mereka dinyatakan sembuh?

I : Itu relatif ya...

W: Kalau yang dari sini bisa langsung dibawa pulang atau gimana?

I : Yang langsung pulang banyak

W: Biasanya berapa waktu?

I : Tergantung keluarga. Ada keluarga yang belum siap menerima, ditunda-tunda, biarin aja Bu di sini dulu. Padahal banyak yang sudah minta pulang, jadi yang dikatakan oleh kita itu sembuh kan bukan sembuh 100% sehat. Itu maksudnya pasien sudah bisa mandiri, tidak mengganggu lingkungan, bisa beraktivitas sosial yang ringan, tapi keluarga yang tidak siap membawa. Memang ada yang sebulan pulang. Kadang ada yang dari Kresna seminggu dua minggu sembuh lalu pulang juga ada. Tapi kenyatannya yang lama pun juga ada.

W: Paling lama berapa?

I : Kalau yang paling lama berapa ya... Soalnya pasiennya sering bolak-balik. Jadi saya kalo mengatakan berapa lama susah ya. Paling kapan terakhir masuk, misalnya lebaran, tapi ada yang dari dulu pulang balik itu. Jadi ada yang beberapa kali masuk

W: Seperti mbak Duni itu sudah berapa kali?

I : Sudah berkali-kali apalagi di rumah tidak ada yang merawat, dia kan keluarga tidak bisa apa-apa, dia uang ada, mungkin dititipin aja di sini.

W : Biasanya Kriteria pasien dinyatakan sembuh itu seperti apa?

I : Ya itu tadi yang saya bilang, bisa bersosialisasi, tidak mengganggu lingkungan, bisa merawat diri sendiri, tidak perlu bantuan orang lain. Seperti Ester ini

(menunjukkan pasien bernama Ester yang sedang kedatangan tamu pihak keluarganya), dia baru datang kemaren dari Kresna. Keluarganya masih perhatian padanya. Di tenggokin terus dia. Ada juga keluarga yang termasuk cukup berada, kadang-kadang tidak lagi menenggoki, tetapi masih memperhatikan keperluan bulannya untuk biaya perawatan. Ada yang ngak dateng tapi dia tahu tanggung jawabnya harus bayar sekian, misalnya; ya lewat transfer saja. Nah yang seperti ini harusnya yang diterapi juga keluarga, sebab yang begitu bukan berarti sembuh dengan cara begitu saja.

W : Sedangkan faktor penyembuh itu kan juga tergantung dari pergaulan di keluarga kayak gimana?

I : Jadi maksud penyuluhan kita pada keluarga itu ya untuk itu

W: Kalau model perawatannya di ruangan ini gimana? Apakah sama dengan Kresna?

I : Sama

W: Kalau aktifitas belajarnya gimana?

I : Dengan terapi aktifitas kelompok.

W: Maksudnya muatan isinya?

I : Sosialisasi itu misalnya untuk sesi pertama pasien mau menyebutkan namanya dulu, rumahnya dimana, alamatnya? Gitu aja. Dia mau ngomong itu aja dulu. Yang kedua, biasanya dia sudah mulai memperkenalkan diri dan menanyakan nama teman sebelahnyanya, nama Ibu siapa, nama teman sekelasnya. Ketiga, dia bisa mengungkapkan pribadi, misalnya teman sebelahnyanya yang sifatnya pribadi. Bisa juga menyebutkan besok kita terapi aktifitas kelompok? Topiknya apa? Ya itu, secara bertahap. Selanjutnya saya lupa, tidak hafal, nanti kita lihat dibuku...

W: Kalau untuk pembentukan kesadaran atau identitas diri? Katakanlah mereka yang di sini itu kan orientasinya lemah, baik orientasi untuk hidup. Pasien yg ada di sini katakanlah mereka sudah pada kerja belum?

I : Ada yang sudah kerja ada juga yang belum.

W: Kebanyakan?

I : Ibu rumah tangga

W: Itu datangnya dari awal atau sudah....

I : Kalau baru saja yang saya liat ada memang sakit entah dari keluarganya ibunya atau siapa, tapi mungkin itu hanya pencetus, ya putus pacar, PHK, tapi kalau kita kaji ulang ke belakang, kayaknya keluarganya punya bibit yang seperti itu. Mungkin lahirnya tidak normal, atau dalam kandungannya dulu ada apa, atau memang kondisi keluarga yang sudah tidak bagus, mungkin juga ada trauma-trauma, entah pada masa-masa perkembangan itulah, kecilnya step, itu semua kan juga menunjang, tapi nanti kalau yang seperti itu belum kelihatan misalnya, beda dengan yang putus pacar kemudian baru gila,

W : Kalau yang seperti itu gimana pengobatannya?

I : Pengobatannya tergantung. Apakah dia agresif, ya dengan obat. Tapi yang kita ceritakan tadi kan masalah penyebabnya, kalau mengatasinya ya kita lihat kalau memang dia perilakunya kekerasan ya kita amankan, kalau menarik diri ya kita

sosialisasikan, kalau dia halusinasi ya kita bawa ke realita. Kita kan juga nggak bisa mendukung atau menyokong, nggak boleh juga bilang tidak, susahkan...

W : Tingkat efektifitas perawatan di sini gimana? Katakanlah dari sekian pasien yg masuk, berapa persen yg sembuh? berapa persen yang diterima oleh masyarakat? dan yang balik lagi berapa?

I : Saya kurang tahu itu. Harus lihat buku mutasi dulu. Tapi sebenarnya dengan terapi obat-obatan sekarang, relatif lebih cepet dan banyak yang sembuh dari pada tahun 1970-an, seperti yang di Kresna pasien yang disuntik 2-3 hari sudah relatif tenang.

W: Kalau pergaulannya dengan masyarakat gimana? ya maksudnya kalau obat-obatan kan hanya sekedar menenangkan, stimulus untuk mau bergaul, berinteraksi itu bagaimana?

I : Ya itu, makanya kita stimulus, kita motivasi. Misalnya jika dia akan pulang, kita kan ngasih pengarahan-pengarahan, yang merasa rendah diri kita motivasi untuk meningkatkan harga dirinya, misalnya kita kasih tahu hal-hal positif yang dia punya, pertahankan. Jangan negatifnya aja yang ditonjolkan, kamu masih bisa begini begini. Trus kita kasih hadiah, dengan begitu pasien kan merasa diterima, dihargai. Itu yang kita inikan pada keluarga dulu, baru ke masyarakat.

W: Kalau yang sudah pulang, kira-kira berapa persen yang kemungkinan mereka kembali lagi?

I : Ya itu harus baca buku dulu, tapi kalau setiap bulannya ya sekitar 3 sampai 4 lah

W: Apakah setiap bulan ada yang pulang?

I : Ya ada. Untuk bulan ini kalau tidak salah ada 2 pasien.

W: Biasanya berapa lama mereka diperbolehkan pulang?

I : Ngak tentu. Tergantung, kadang kita sudah anjurkan untuk pulang tapi keluarga tidak mau menerima. Tapi ada juga misalnya 3 bulan belum begitu sembuh tapi keluarga tidak siap dengan keuangannya lalu minta pulang, berobat jalan aja, dan itu harus bikin surat pernyataan kalau memang keluar nya belum sembuh, kalau terjadi apa-apa bukan menjadi tanggung jawab kita lagi. Karena pulang nya bukan atas anjuran dokter. Jadi kompleks sih masalahnya. Kalau dilihat ada juga pasien yang sudah sembuh dan diperbolehkan pulang tapi keluarganya tidak datang-datang, ya kita surati dan kasih tahu bahwa dia sudah diperbolehkan pulang. Kalau terpaksa belum datang juga, kita visit, kita lihat kondisi rumah, ada apa? Itu nanti jadi pertimbangan buat kita kenapa pasien tidak segera diambil pulang oleh keluarganya.

W: Kalau tanggapan masyarakat sekitar, apakah ada keluhan, kalau seumpama ada pasien yang kabur gitu?

I : Tapi ini kan jauh dari perumahan, satu dua ada memang yang kabur. Tapi mereka biasanya kalau menemukan juga langsung kontak ke kita. Yang tinggal di dekat sini juga kebanyakan orang kita semua. Nanti kita kan juga nyari atau kontrol pasien mana yang nggak ada

W: Kalau pasien yang nggak diambil oleh keluarganya biasanya tinggal di sini sampai berapa lama?

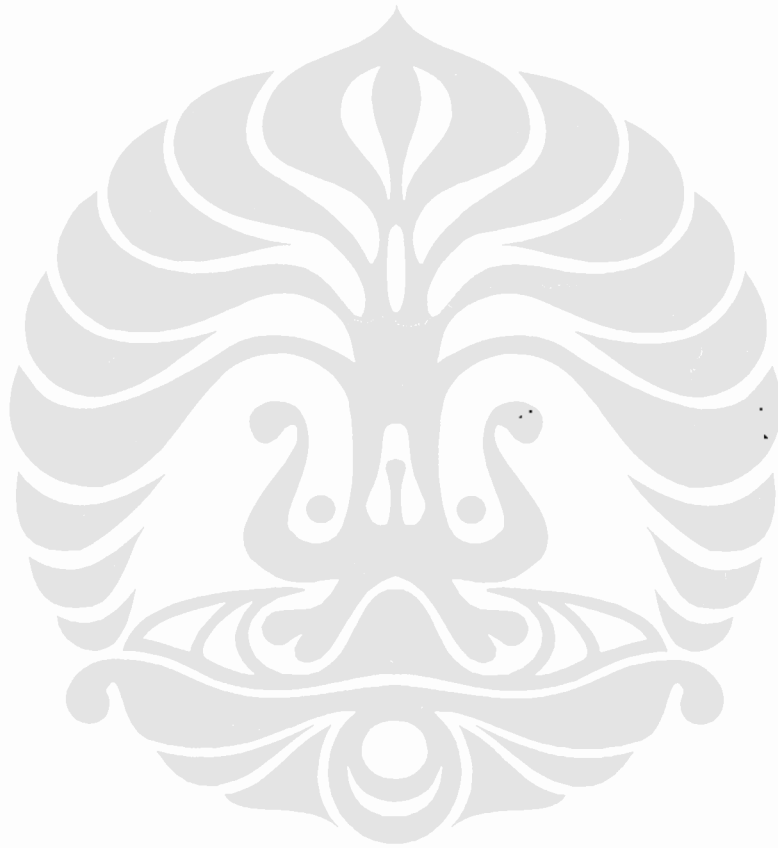
I : Kalau di sini ngak lama-lama sih. Yang lama-lama itu di Bratasena

W : Sampai berapa tahun lamanya?

I : Di sana sih ada yang dari tahun 70-an, cuma mungkin maksudnya bolak-balik, bukan berarti di sini terus-menerus. Ngak pulang pulang gitu.

W : Kalau yang di sini?

I : Kalau yang di sini bervariasi, tapi umumnya baru-baru. Sudah itu keluarga masih pada peduli sama mereka, masih perhatian, sering nenggokin.





Wawancara dengan Bapak Akemat, Mkes  
(Dosen Akper, Kasi II Keperawatan)  
BA, 11 Maret 2004

W: Bapak siapa namanya?

D: Nama saya Akemat, biasa dipanggil Pak Kemat

W: Tinggal di mana Pak?

D: Saya tinggal di kompleks belakang Rumah Sakit

W: Sudah Berapa lama Pak Akemat bekerja di sini?

D: Berapa ya... Ya 10 Tahunan lah

W: Masuk sini pertama dulu tahun berapa Pak?

D: Tahun 1994, dulu

W: Pendidikan Bapak dulu dari mana?

D: Dulu saya dari UI, Fakultas Ilmu Keperawatan. Dulu namanya masih program studi Ilmu Keperawatan, digabung dengan FKUI. Dulu saya lulus tahun 1992 di Salemba, kemudian saya di RS St. Carolus 2 tahun, trus pindah ke sini. Pindah ke sini karena dapat SK pegawai negeri. Sebab dulu waktu masih angkatan-angkatan awal, dulu masih dapat formasi dari Depkes.

W: Pernah bersentuhan dengan pasien sebelum di sini?

D: Ya persentuhannya dulu ya waktu praktek perawat, kan di sini juga tempatnya. Jadi selama satu semester kita praktek di sini.

W: Pengalaman pertama kali di sini gimana Pak? Perasaannya?

D: Dulu saya tidak begitu menyukai dengan pasien sakit jiwa. Tapi dari apa yang saya pelajari, yang saya terapkan dengan pasien bahwa ternyata lebih banyak kepada memanfaatkan ilmu itu pada diri sendiri, gitu lho! Sehingga pada saat akhir mau selesai itu saya malah tertarik dengan ilmu ini. Tadinya karena belum mendalami aja kali.

W: Seperti awal saya mau datang ke sini juga minta ditemenin sama temen.

D: Nah itu akibat dari stigma.

W: Perubahan dari RSJ ke RS Dr. Marzoeki Mahdi itu kan kesannya lebih halus, lebih baik, sehingga tidak canggung lagi, hal itu didasari apa Pak?

D: Sebenarnya kita pengen menghilangkan stigma tentang Rumah Sakit Jiwa. Dulu kan, bahkan sampai sekarangpun kalau orang sakit jiwa tujuan pertamanya pasti bukan ke Rumah Sakit Jiwa, tapi ke dukun, paranormal, ulama, tokoh-tokoh agama, atau tokoh-tokoh spiritual. Jadi setelah pernah gagal dimana-mana baru biasanya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. Yang pada akhirnya mereka baru akan menerima kenyataan bahwa ini adalah sakit jiwa.

Sebenarnya kalau dilihat dari prevalensi masyarakat yang terkena gangguan jiwa mungkin kita sudah bisa melihat pada 1995 aja prevalensinya 264 per seribu ibu RT yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Mungkin 1-3 per mil yang Schizoprenia, atau yang lain. Tapi dari situ bisa dilihat sebetulnya masalah gangguan jiwa itu banyak sekali. Yang tentu akan mempengaruhi dinamika di masyarakat. Jadi ternyata kalau kita lihat, Rumah Sakit Jiwa ini sudah terlalu

banyak pengunjungnya. Bayangkan saja dari 1-3 per mil per seribu artinya kan kita kalikan dengan 200 juta aja itu dah 600 ribu. Sedangkan kapasitas RS yang ada di Indonesia dari 34 RS sekitar 10 ribuan aja ngak nyampe. Ternyata ada RSJ yang tidak penuh, pengunjung klinik kesehatan jiwa oleh psikiatri juga tidak terlalu banyak, paling ya 40 sampai 50. Padahal kalau melihat prevalensi gangguan jiwa kan banyak sekali. Dokter-dokter psikiater juga yang praktek paling banter pasiennya cuma 5-6 orang. Bayangkan dengan dokter anak yang 40-50 orang pasien per 2 jam

W: Biasanya kalau pasien datang, daftar itu karena dibawa keluarga sebab terdiagnosa sakit atau baru keluhan saja?

D: Kita teruskan yang tadi dulu, kenapa demikian? Itu terjadi mungkin karena stigmatisasi yang ada di masyarakat begitu pekat. Kalau datang ke RSJ sama dengan divonis gila, dan itu tidak menyenangkan penyakit gila, beda dengan penyakit yang lain. Maka dari itu Rumah Sakit punya pemikiran bagaimana kalau kita untuk menghadapi globalisasi, persaingan bebas, dan sebagainya. Maka kita sepakati berubah nama jadi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi.....

W: Itu berubah mulai tahun berapa?

D: Tahun 2002, dengan harapan masyarakat tidak akan tervonis bila datang ke Rumah Sakit Marzoeki Mahdi. Walaupun kenyatannya juga sakit jiwa. Itu kebetulan bertepatan dengan ulang tahun Rumah Sakit yang ke 120, kita bikin acara besar-besaran. Nama yang dipakai adalah Dr. Marzoeki Mahdi, karena beliau adalah direktur Rumah Sakit Pertama yang pribumi. Sebelumnya masih orang-orang Belanda.

Kemudian menjawab pertanyaan tadi, pasien yang bagaimana yang dibawa ke sini? Biasanya pasien yang datang dibawa oleh keluarganya, oleh aparat pemerintahan, baik RT/RW/Kelurahan, ataupun petugas hukum, dinas Sosial maupun Kepolisian. Nah biasanya kalau keluarga yang membawa, memang sudah tidak bisa dikendalikan di rumah. Keluarga merasa terancam atau si pasien bisa-bisa melakukan tindak kekerasan. Jadi tidak mungkin ditangani di rumah. Kalau masih tingkat menyendiri, dan ngak ngamuk-ngamuk, biasanya mereka masih tunda dulu. Tapi kalau sudah melakukan kekerasan, merusak, apalagi tindak kriminal dan sebagainya, itu baru dibawa ke sini. Yang dibawa oleh aparat pemerintah (Polisi) biasanya yang keluarganya sudah tidak peduli atau keluarganya betul-betul tidak mampu, atau memang sudah tidak punya keluarga.

W: Kalau seperti itu menjadi tanggungan siapa?

D: Tanggungan negara atau pemerintah, itu yang melalui aparat atau yang tidak ada keluarga. Mereka masuk dalam pembiayaan Jaring Pengaman Sosial (JPS).

W: Mereka itu nanti setelah dinyatakan sembuh, apakah terus di dikembalikan ke keluarganya?

D: Ya kalau ditemukan oleh keluarganya. Kadang orang kalau menggelandang setelah diobati, mereka akan membaik dan bisa teridentifikasi. Bahkan bisa ingat nomer telponnya, nah itu bisa dikembalikan. Tapi kalau sampai sekarang tidak teridentifikasi ya tetep di Rumah Sakit saja. Bahkan ada yang sampai punya

anak. Dia datang dalam kondisi gelandangan hamil besar, sampai punya anak di sini.

W: Itu perbandingannya berapa? Yaitu antara yang dibawa aparat pemerintah dengan yang dibawa keluarga?

D: Persisnya kita belum punya angka. Biasanya ya dibawa ke sini ya oleh keluarganya. Paling satu dua saja yang dari gelandangan dan aparat.

W: Seperti kayak keluarga yang hanya kirim uang saja untuk perawatan, bahkan ada yang tega meminta disuntik mati saja. Kalau kayak gitu gimana Pak?

D: Ya karena beban penyakit gila itu memang berat, kita saja menghadapi anak yang nakal sehari dua hari mungkin juga marah dan ngak tahan. Apalagi sakit jiwa seperti ini memang berat sekali. Makanya ada yang sampai tega mereka memasukkan kemari, tetapi kemudian ngontrak-ngontrak di mana gitu. Jadi mereka kemudian pindah tanpa memberi tahu lingkungan sekitarnya pindahnya kemana. Ketika kita mau mengembalikan ke alamat yang awal yang aslinya itu, ternyata sudah ngak ada, mereka sudah pindah .

W: Rata-rata perhari pasien yang masuk dan keluar berapa?

D: Rata-rata perhari itu nanti bisa dilacak di CM (Catatan Medis). Tapi kalau data yang ada lebih banyak pasien laki-laki, kalau pasien laki-laki itu kira-kira yang masuk perhari rata-rata antara 5-10 orang.

W: Kalau pasien perempuan?

D: Perempuan bisa 2-3 orang. Yang keluar juga hampir sama seperti itu. Jadi jumlahnya itu tidak terlalu jauh. Hampir begitu-begitu aja jumlahnya.

W: Kalau kebijakan dari RS sendiri untuk perawatan gimana Pak?

D: Kebijakan maksudnya?

W: Kebijakan kesehatan jiwa sendiri gimana? secara umum?

D: Pemahaman tentang sehat jiwa sebetulnya kan sudah ada UU atau teori. Tapi kalau kita di RS jiwa ya tetap ada. Kita masih meyakini bahwa gangguan jiwa itu banyak yang kronis dan biasanya jika sudah kena itu tidak akan pulih seperti semula, sehingga kita kenal istilahnya sebagai sehat jiwa klinis. Itu artinya pasiennya setelah dirawat, beberapa lama di RS tidak membahayakan dirinya dan orang lain, yang kedua paling tidak bisa menolong dirinya sendiri, itu saja. Kalau kemudian sembuh total seperti sebelum sakit itu hampir-hampir tidak mungkin.

W: Kalau sembuh secara sosial katakanlah bisa sosialisasi, interaksi masih dalam pantauan RS atau bukan?

D: Kalau sudah pulang ya ngga'. Setelah pulang biasanya kita kasih obat, berobat jalan. Biasanya setelah 10 hari mereka diharuskan kontrol. Cuma kadang-kadang ada yang sehari dua hari yang langsung kambuh. Hanya satu dua yang bisa bertahun-tahun ada di rumah.

W: Kalau perawatannya sendiri gimana Pak? Maksudnya hanya dengan obat-obatan atau ada alternatif yang lain?

D: Kalau kita di sini, di Rumah Sakit Jiwa ini mengenal beberapa macam terapi, yang pertama itu adalah psikoterapi, itu adalah terapi terhadap perilaku pasien. Itu bisa bersifat individual, bisa bersifat kelompok, individual terapi, atau groups

terapi. Tujuannya bagaimana agar pasien perilakunya berubah. Kemudian terapi yang lain yang disebut dengan terapi somatik, terapi yang lebih ke kondisi fisik. tetapi meskipun ditujukan pada kondisi fisik tapi diharapkan terdapat perubahan perilaku. Termasuk dari itu juga adalah psikofarmaterapi. Terapi dengan obat-obatan. Terapi yang lain yang dikerjakan di sini adalah electro confucy therapy atau terapi kejang listrik. Distrum dengan alat ECT. Kemudian dia kejang, sampai terjadi perubahan perilaku.

W: Mahal ya Pak?

D: 70 ribu untuk konvensional sekali strum. Tapi kalau yang pake dibius 300ribu. Lebih mahal karena lebih beresiko dan memerlukan obat yang lebih banyak. Tapi lebih nyaman untuk pasien, karena dia dalam kondisi tidak sadar waktu distrum. Kalau yang konvensional pasien sadar.

W: Itu untuk mengembalikan ingatan?

D: Itu untuk mengembalikan aliran listrik di otak. Dengan menyetrum itu kondisi biokimiawi diharapkan juga berubah. Tapi nampaknya sekarang dokter lebih memilih dengan psikofarmaterapi karena memang lebih singkat dan lebih gampang. Pasien datang, kasih resep, kemudian dia minum obat kemudian bisa istirahat, tidur. Psikoterapi kan lama. Kemudian ada beberapa psikoterapi itu yang diambil alih oleh perawat.

W: Itu ngak takut ada kejadian kesalahan diagnosa?

D: Jarang salahnya, karena yang sudah di kategorikan Schizoprenia ya hanya itu-itunya saja obatnya. Kejadian luar biasa jarang terjadi. Karena jika dosis sudah dikasih, yang untuk menghindari itu juga dikasih.

W: Terus kalau untuk pasien katakanlah ada kejadian luar biasa, katakantal kalau yg membawa aparat, itu bagaimana?

D: Kita kubur. Kita punya pekuburan sendiri di Blander, dekat lapangan golf. Tapi kalau sekarang di kubur di pemakaman umum, kan ngak boleh dikubur sendiri.

W: Kalau untuk sosialisasi dengan masyarakat sekitar, kebijakan RS gimana?

D: Kita ada bagian promosi kesehatan jiwa namanya klinik KJM. Ke wilayah kerja RSJ Bogor. Tapi kan tidak hanya di daerah Bogor saja, melainkan juga Banten, Serang, Labuan dsb. Promosi dilakukan dengan media dan tidak hanya media cetak tapi juga di radio-radio, RRI Bogor.

W: Tapi kenapa tampilan bangunannya masih seperti bangunan Belanda?

D: Ya karena bangunan Belanda kan lebih kuat, lebih kekar. Bandingkan dengan model sekarang. Tiangnya saja kayu jati besar-besar.

W: Tapi dindingnya kok kayak sudah lama?

D: Dulu memang bangunannya seperti penjara dengan teralis-teralis besar, tapi sekarang kan sudah banyak berubah. Dulu bangunan isolasi itu dibikin sedemikian rupa, sehingga pasien tinggal berak kencing di situ. Jadi gambarannya ya ruang kecil tinggi terus kemudian di belakang ada semacam lubangnya seperti lubang tikus

W: Kalau kayak kebersihan itu menjadi tanggung jawab pasien atau ada yang membersihkan?

- D: Ada yang membersihkan seperti di bangsal itu ada cleaning servicenya. Tapi dilemanya anggarannya terlalu kecil, artinya kita juga tidak bisa menggaji banyak-banyak. Sehingga mereka kerjanya juga agak terbatas.
- W: Anggaran dari pemerintah gimana?
- D: Anggaran dari pemerintah itu kurang. Jadi anggaran kesehatan jiwa itu dari total anggaran belanja APBN, di Indonesia itu anggarannya paling kecil. Kalau bisa cari deh --mungkin bisa bermanfaat-- majalah TIME edisi November, khusus menggambarkan tentang pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, malu kita sebagai bangsa karena itu diekspose ke luar betul-betul. Ada 2 halaman full colour di tengah itu pasien telanjang dipotret, di Panti Laras, kemudian cover depan juga di Indonesia. Di antara negara-negara Asia, Indonesia itu anggaran belanjanya hanya nol koma sekian persen. Sedangkan Filipina aja sekitar 2,6 persen. Karena anggaran porsinya kecil, angka pendapatan kita juga kecil, maka semakin kecil pula anggaran untuk ini. Tapi presiden marah melihat ini, tapi saya cari-cari ngga ada majalah itu, apa ditarik oleh distributornya atau apa. Maka dari itu mulai tahun anggaran sekarang ini mulai diperbesar. Coba anda cari itu?
- W: Itu judulnya apa Pak?
- D: Saya kurang tahu yang jelas tentang pelayanan kesehatan, mental health services in Asia atau apa gitu.
- W: Soalnya kalau Time kan mungkin modelnya kayak tempo, yang lama-lama bisa diakses di internet.
- D: Ya coba aja diakses.
- W: Kalo prioritas karena RS ini Rumah Sakit pertama, prioritas anggaran gimana?
- D: Oh ngak ada tuh. Sama aja. Mereka menentukan anggaran bukan karena yang pertama atau yang terakhir, tapi kebutuhannya, jadi porsi kecil itu dilihat dari kebutuhan-kebutuhan mendasarnya. Misalnya seperti Rumah Sakit Bogor ini, relatif masih bisa bertahan dengan perubahan yang ada sekarang, dengan adanya globalisasi, adanya otonomi, kan relatif bisa bertahan. Bertahan dalam arti kegiatan operasional cost recovery-nya itu sudah 70% lebih. Sementara untuk RS lain itu ada yang 60, ada yang 50 %. Pendapatan RS kita ini sudah sekitar 12 milyar tahun ini. Sementara ada RSJ yang pendapatannya di bawah 1 M.
- W: RSJ mana itu?
- D: Ya yang di daerah-daerah itu, Magelang itu ngak tahu dah sampe 1 M apa belum. RSJ Jakarta, yang di Grogol itu tahun lalu masih di bawah 1M.
- W: Padahal untuk penanganan pasien kan tidak terlalu berbeda jauh.
- D: Ya sama saja. Bahkan kalau sudah pernah ke Yogya, di Pakem itu kelas 3 itu hanya bayar 2500 apa berapa gitu per hari, 75 ribu sebulan. Kalau di sini, itu untuk sehari.
- W: Seperti bangunan RS, itukan sangat berpengaruh terhadap asumsi yang berkembang di masyarakat. Jadi kesan bangunan yang lama yang terdapat baik di RS Lawang maupun di RS Bogor ini, sekalipun dari segi bangunan tampak masih bagus, tetapi bangunan-bangunan RS yang lama tersebut memberi kesan kusam dan angker atau kurang familiar di mata masyarakat.

- D: Iya, memang begitu adanya. Tetapi bangunan RS yang baru kan tidak dibangun seperti bangunan RS yang lama. Dan kalo harus membongkar semua bangunan yang lama di RS ini tentunya sangat susah, sebab anggaran tahunan untuk perawatan saja sangat minim sekali, dan biayanya ngak ada.
- W: Karena bangunannya lama, maka kesan tinggi, dinding-dindingnya kusam sedikit banyak memberi kesan negatif pada masyarakat. Untuk menangkal kesan itu bagaimana?
- D: Oleh karena itu, untuk menangkal hal itu. Makanya bangunan-bangunan baru yang kita buat ya tidak seperti itu. Dan seperti anda lihat di depan sudah mulai banyak perubahan bangunan-bangunan yang ada, bangunan-bangunan yang baru loh. Bukan rehabilitasi bangunan yang lama. Kita sudah buat sedemikian rupa, khususnya untuk yang umum.
- W: Berapa jumlah dokter dan perawat?
- D: Dokter ada 25-an orang, tetapi sekarang sudah tambah banyak. Kalo perawat saya kurang tahu. Nanti kita lihat di laporan akuntabilitas RS.
- W: Tingkat efektifitas perawatan RS dengan hasil yang dicapai, berapa persen?
- D: Tingkat efektifitas itu kan sebetulnya dapat diukur dari rate of living, masih sekitar 90 hari, ya 3 bulan lebih rata-rata pasien dirawat di sini. Sebetulnya untuk jumlah itu bagusya memang di bawah 3 bulan... eh bagusnya di bawah 100 hari. Itu sudah cukup bagus lah.
- W: Dari pasien yang dinyatakan sembuh klinis, berapa % mereka yang kembali lagi setelah keluar dari RS?
- D: Wah itu angkanya saya tidak tahu persis
- W: Tapi paling tidak dari prosentase yang ada, katakanlah dari 10 orang pasien yang keluar, berapa % yang balik lagi ke RS?
- D: Hampir semuanya rata-rata balik lagi, tetapi tidak sekaligus. Bisa sehari, dua hari, sebulan, dua bulan, setahun atau beberapa tahun kemudian dia balik lagi. Seperti Dudy (pasien yang barusan saya wawancara). Apalagi pasien Schizoprenia, sudah ada penelitian bahwa pasien ini dalam jangka waktu paling lama 5 tahun, dia pasti akan kambuh lagi.
- W: Kenapa mereka ada di di sini?
- D: Ya, karena kesepian di rumah, tidak ada yang menjaga dan merawat. Dia dibiarkan saja sendiri. Makanya mereka yang well educated cenderung menyerahkan urusan ini ke RS. Terlebih lagi bila pihak pasien merasa tidak ingin merepotkan di rumah. ... kalo disinikan paling hanya menjenguk sesekali dan menyediakan uang bulanannya saja.
- W: Pengalaman Bapak sendiri bagaimana ketika pertama kali bekerja di sini? Tanggapan keluarga bagaimana?
- D: Secara verbal sih no problem yah. Yang tertangkap ke saya, tidak ada masalah, mau gimana terserah saya. Tetapi kadang-kadang ada sedikit kekhawatiran ... hati-hati loh nanti ketularan.
- W: Kalau tetangga atau masyarakat sendiri?
- D: Selama ini tidak ada masalah

W: Tetapi seringkali kalau kita dari penjara atau --maaf—PSK, maka kita akan dipergunjingkan oleh para tetangga

D: Iya kalo PSK. Tetapi kalau ini ma beda. Kadang-kadang kalo untuk bekerja sih tidak, tetapi biasanya terimbasnya begini (sambil berpikir sejenak), kalau misalnya ketemu kenalan, saya perkenalkan diri kerja di Rumah Sakit Jiwa, mereka biasanya bercanda; oh belum sembuh toh dari Rumah Sakit Jiwa... itu yang biasanya ada. Tetapi kita tahu itu kan sekedar guyonan. Tetapi lebih dalam lagi sesungguhnya mereka masih menstigma terhadap Rumah Sakit Jiwa dan pasiennya.

W: Kalau tanggapan masyarakat Cilendek sendiri bagaimana?

D: Saya tidak pernah meneliti hal tersebut, tetapi mereka sudah terbiasalah, no problem. Memang mereka relatif bisa menerima kehadiran Rumah Sakit.

### **Wawancara dengan 3 pelajar SMK (Ani, Ria dan Mia) yang lagi PKL ARM, 10 Maret 2004**

W: Takut ngak ketika masuk Rumah Sakit?

P: Secara serentak mereka bertiga langsung bila: ya takut dong. Gimana ngak takut melihat mereka jalan-jalan bebas begitu

W: Canggung ngak?

P: Ya canggung lah, banyak yang teriak-teriak..

W: Mengapa memilih tempat penelitian di sini?

P: Kita udah cari tempat kemana-mana ngak dapet, dan mentoknya di sini, kita dapatnya di sini. Ya mau gimana lagi (terlihat nada kepasrahan dari ketiga pelajar tersebut).



**Wawancara dengan Pak End, Pegawai Bagian Perlengkapan RS  
PE, 16 Maret 2004**

W: Sudah lama Pak bekerja di sini?

E: Ya sudah 18 tahun. Saya masuk di sini tahun 1983

W: Bapak tinggal di mana?

E: Saya ditinggal di daerah Gunung Batu, Bogor

W: Pertama kali kerja di sini gimana Pak pertama kali?

E: Saya pertama kali di bangsal Nakula, yang kemarin kita lewati... Wajar ya pertama kali tanggung di tempat yang begini. Yang penting waspadalah, bisa jaga diri.

W: Kalau tanggapan keluarga bagaimana Pak? Mereka melihatnya gimana?

E: Keluarga sih nggak masalah. Cuma isteri setiap kali saya pergi berangkat kerja selalu bilang: aa' hati-hati ya, kata isteri saya.

W: Memang pernah kena kejadian yang nggak enak Pak di sini?

E: Nih lihat (Pak End memperlihatkan batok kepalanya, pelipis dekat mata. Nampak ada bekas luka sobek). Dulu waktu pertama kali di Nakula, saya dipukul pakai itu, gagang sapu buat ngepel. Jadi saya nggak tahu, eh... tiba-tiba dia ambil sapu terus dipukul ke saya. Ya ini saja sih. Yang lainnya ya biasa saja

W: Memang Pak End nggak trauma?

E: Ya mau gimana..., memangnya orangnya seperti itu (maksudnya menunjukkan pasien gangguan jiwa), bingung, dan kadang-kadang gelisah, ngamuk. Ya yang penting kita waspada saja. Siap-siap jaga diri. Ya namanya juga kerjaan seperti ini. Saya ini kan udah ngalami di berbagai ruangan. Pernah jadi cleaning sevice ruangan, menjadi penjaga ruangan, menjaga pasien, sampai sekarang saja saya di ruangan ini jadi bawahannya Pak Kemat dan Bu Hajjah (maksudnya Ibu As). Ya saya udah keluar masuk lah, udah tahu, tinggal waspada, hati-hati saja jaga diri. Yang penting kita kerja baik, dan pasien selalu kita baikin.

W: Bapak melihat pasien jiwa seperti apa?

E: Ya... nasib mereka memang dikasih penyakit seperti itu. Jijik sekali sih tidak, tergantung keadaan pasien. Jangankan pasien jiwa, kita saja kalo lihat orang berak aja sudah jijik. Tapi yang bersih juga banyak. Kan memang mereka tidak bisa merawat diri, tapi ya kita bantulah. Mungkin orang-orang melihatnya begitu, jijik dan ya rata-rata menjauhi. Bagi saya sih ya yang sewajarnya saja. Memang nasibnya begitu.

W: Kenapa sih masyarakat memandang negatif ke pasien maupun Rumah Sakit Jiwa?

E: Ya mungkin seperti itu tadi, jijik. Tapi itu nggak benar. Memang begitu nasibnya. Makanya ketika ada teman saya, tetangga desa yang memperlakukan saudaranya yang sakit jiwa, dengan mengikat atau mengurung di rumah, bahkan tidak mau merawatnya. Ya saya bilang: Pak ingat, kita yang diberi kondisi fisik dan jiwa yang baik ini, mestinya bersyukur. Kalau Bapak terlantarkan dia, jangan kira tidak ada karmanya. Semua itu ada karmanya, ada balasannya. Kita harus merawat, menjaganya. Baik ustad, kata dia. Saya bukan ustad, kata saya. Saya hanya mengatakan, bahwa semuanya ada karmanya. Nasibnya saja yang tidak



baik. Akhirnya ngak tahu... katanya sih dibikin rumah sendiri dan tetangga yang suruh ngerawat. Kasihan memang. Kalau keluarga seperti itu.

W: Tapi mengapa keluarga bersikap begitu?

E: Mungkin jijik itu tadi. Malu dilihat tetangga, dan ya.. takut dijauhi tetangganya kali. Tapi ngak juga sih, kan tergantung perlakuan kita.

W: Terus kenapa banyak orang yang masih takut ke Rumah Sakit Jiwa?

E: Ya apa itu (sambil mikir, garuk-garuk rambut), pandangan... imajenya ya. Bagaimana mereka mau ke sini. Kalau bersentuhan saja dengan pasien jiwa tidak mau. Kalau ke sini kan sama artinya ketemu dengan orang-orang sakit jiwa. Kan kalau ke tempat Rumah Sakit Jiwa, berarti nanti bisa-bisa temennya orang gila, orang sakit jiwa. Makanya mereka menghindari, ngak mau ke sini. Kebanyakan ke dukun, orang pintar di kampung.

W: Menurut Bapak bagaimana mengatasi pandangan masyarakat yang menjauhi pasien dan Rumah Sakit Jiwa?

E: Ya memang itu butuh penyuluhan. Kita inikan sama saja, mereka juga sama dengan kita. Kondisinya saja sedang sakit. Jadi kita katakan ke keluarga. Kalau ada yang nenggokin di sini. Kita bilang, kalau ini cobaan. Kita harus sabar merawatnya. Sebab ini dapat disembuhkan. Dan hakikatnya mereka itu sama dengan kita. Kita sarankan biasa-biasa saja dengan pasien, merekapun mengerti kok. Ini juga yang dilakukan Rumah Sakit ke masyarakat. Dan dibantu tokoh-tokoh masyarakat. Susah memang...

W: Sebetulnya mereka dapat disembuhkan tidak sih Pak?

E: Gimana ya... yang saya tahu kalau mereka di sini, kita rawat, kita pandu terus, mereka juga bisa mandiri. Mereka bisa mandi sendiri, ngambil makan sendiri, membantu petugas Rumah Sakit. Bisa juga kerja kecil-kecil, kayak berkebun di belakang Rumah Sakit ini. Nah nanti kita bayar untuk menghargai. Kemungkinan besar mereka bisa mandiri. Tapi kalau di rumah kan dibiarkan, ngak ada yang ngurus. Diam saja. Akhirnya ya banyak yang senang tetap di sini.

W: Kalau kegiatan pasien sehari-hari apa saja Pak?

E: Mereka itu lebih banyak istirahat di sini. Ya makan, kalau siang ada aktifitas bersama yang kadang-kadang ikut, atau ikutan pengajian. Tapi kebanyakan ya istirahat saja di sini.

W: Kalau kegiatan pegawai, perawat atau dokter?

E: Kalau kayak saya inikan, ada kerjaan dari atasan ya kita kerjakan. Fleksibel, kadang ngetikin laporan, nganterin apa, termasuk nganter Bapak observasi. Kalau ngak diminta atasan, lebih baik saya di ruangan, kerjain laporan. Kalau perawat ya mereka jaga pasien, memonitor, bantuin dokter. Pokonya mereka jaga mendampingi pasien terus. Sedang dokter ya, paling datang, periksa dan kasih obat. Gitu aja. Sehari-hari ya begitu aja

W: Baik pak terima kasih

E: Apanya, wong cuma gitu aja...

**Wawancara dengan pasien, Duni  
DD, 10 Maret 2004**

W: Siapa Mbak namanya?

D: Duni. Duni Dewi. Dari mana anda?

W: Saya dari UI, sedang penelitian.

D: Di mana? Keponakan saya di Fisip, kemarin habis wisuda. Saya juga dari UI, di MIPA angkatan '74.

W: Sudah lama mbak di sini?

D: Dulu saya di Sanatorium Dharmawangsa, tahun 1998. Jadi ketika ayah meninggal, aku sakit dan sama Ibu dibawa ke sana. Terus dibawa pulang. Tapi pas Ibuku meninggal Maret 2000, terus adikku April tahun 2000 juga. Aku sakit tambah parah. Dibawa ke sana lagi, tapi ngak lama, terus dibawa ke sini. Dulu di depan di Srikandi (ruang Kelas I plus ada AC-nya), sekarang di sini (di ruang Dewi Amba). Adik laki-laki juga dulu di sini (adiknya ada juga yang kena waham, tapi sudah sembuh, dan sekarang tinggal di Cipanas).

W: Sejak Kapan mbak di sini?

D: Sejak tahun 2001 (tapi pasien ini sering bolak balik, sudah dinyatakan sembuh, tapi kemudian kambuh lagi. Dia baru balik lagi kemarin habis lebaran, kata Bu Iwad (Karu Dewi Amba).

W: Emang keluhannya apa mbak?

D: Halusinasi, ada bayangan gitu... (Peneliti tidak meneruskan, takut dia mengingat dan nanti kambuh lagi sakitnya)

W: Berapa bersaudara mbak?

D: Enam, 1 di Kansas, dokter di sana. 1 di Cipete, 1 di Cipanas, dulu juga sakit di sini. Dan 2 di Cinere.

W: Mbak dulu tinggal di mana?

D: Saya tinggal di Cinere, sama adik ke 3 perempuan. Dia dosen di UI, di fakultas Psikologi, namanya Tri..., kenal anda?.

W: Siapa yang bawa ke sini mbak?

D: Adik perempuan ketiga.

W: Terus saudara-saudara suka nenggokin ngak?

D: Ya

W: Berapa kali mereka ke sini?

D: 2 minggu sekali

W: Siapa saja yang nenggok mbak?

D: Adik ketiga dan keempat

W: Mengapa dibawa ke Rumah Sakit, kok ngak diobatin aja di rumah?

D: Ngak ada orang di rumah, udah besar-besar, udah pada kerja. Aku juga kan ngak mau ngrepoti di rumah.

W: Hubungan dengan keluarga bagaimana?

D: Baik

W: Hubungan dengan tetangga gimana?

D: Ngak ada

W: Kalo teman dekat punya ngak? Teman kampus atau teman kerja? Pernah kerja?

D: Ngak ada, eh ada sih tapi ngak tahu di mana sekarang. Kalau teman kampus sudah lama ngak hubungan, ngak tahu. Aku dulu kerja di IBM, terus di salah satu bank internasional. Dulu sebelum aku lulus, aku lulus tahun 1983. Aku udah kerja dulu di sana, di IBM.

W: Kenapa ngak gaul mbak? Udah married?

D: Malas ah, pinginnya kerja. Ngak ah, repot. Enakan sendiri

W: Kenapa ngak gaul, apa karena pernah dicuekin, diceengin?

D: Ngak ada. Ngak mau repot aja

W: Di sini diobatin apa saja?

D: Ya itu dikasih HP, THP, CPZ. Buat ngilangin halusinasi, biar tenang katanya.

W: Kegiatan di sini apa saja?

D: Ya disuruh ikutan TAK (terapi aktifitas kelompok) sama teman-teman, ya duduk-duduk lah. Tidur, istirahat.

W: Bentuk Aktifitas kelompok apa saja mbak?

D: Ya diajarin sosialisasi, ngomong sama temen. Ada mainannya.

W: kalau perlakuan dokter gimana?

D: Baik

W: Kalau perawat bagaimana?

D: Baik-baik mereka

W: Enak ngak di sini?

D: Enak

W: Ngak ada keluhan atau kekurangan atas dokter, perawat, atau fasilitasnya di sini?

D: Ngak, baik kok

W: Ngak ingin pulang?

D: Ini nunggu rumah dijual, rumah warisan Bapak. Belum laku-laku.

W: Kalau kembali pulang memang ingin ngapain mbak?

D: Aku pingin beli rumah kecil dan buka usaha

W: Memang mau usaha apa mbak?

D: Usaha real estate

W: Ngak pingin married mbak? Kan biar ada temannya di rumah?

D: Ngak, pingin usaha saja.

**Wawancara dengan pasien, namanya Lina  
LN, 17 Maret 2004**

W: Nama mbak siapa?

L: Lina, Marlina

W: Umur berapa tahun?

L: 26 Tahun

W: Sejak kapan di sini? Udah lama?

L: Ngak, baru kemarin awal Februari

W: Langsung di ruangan ini?

L: Ngak, dulu awalnya di Kresna (ruang ICU), baru terus di sini

W: Tinggal dimana?

L: Ulujami ama kakak

W: Yang bawa ke sini siapa?

L: Bapak?

W: Kenapa ngak tinggal sama Bapak?

L: Ngak enak ada Ibu tiri di situ. Dulu waktu aku di situ suka dimarah-marahin. Aku dikata-katain ya kasar-kasar.

W: Berapa bersaudara?

L: 3 saudara, aku nomer 3. kakak pertama dan kedua cowok semua.

W: Kalau pendidikan sampai mana?

L: Cuma SMP, itupun ngak lulus, ngak ada duit.

W: Bapak kerja apa?

L: Ojek

W: Kalau Ibu dulu?

L: Ibu rumah tangga

W: Kakak kerja apa?

L: Service mesin jahit, kakak yang kedua, yang pertama pernah jadi sopir, sekarang jadi satpam.

W: Lina sendiri udah kerja belum?

L: Udah, aku kerja di konveksi kerudung, di Cipulir.

W: Kenapa kok kerja konveksi, kok ngak yang lain?

L: Habis adanya itu. Dulu sih pinginnya jadi guru, tapi gimana sekolah aja ngak selesai.

W: Di sini katanya ada keterampilan menjahit?

L: Ngak ada, mesin jahitnya sih emang ada. Tapi kita ngak pernah diajakin menjahit. Lagian aku udah bisa menjahit. Paling kalau butuh ngecilin baju aja, pake mesin jahit. Cuma tadi pas ke sana, orangnya ngak ada. (Tadi kebetulan ketemu dia bawa kain, ternyata Lina mau ngecilin di tempat jahit, letaknya di belakang ruang Dewi Amba).

W: Terus, kenapa dibawa ke sini?

L: Ada gangguan, kata Bapak. Lina suruh Bapak istirahat dulu di sini..

W: Memang gangguannya apa?

L: Sakit gigi

W: Masak cuma sakit gigi kok dibawa ke sini

L: Sakit, kayaknya memang ada turunan dari Bapak. Dulu aku kan pernah juga di Magelang (maksudnya Rumah Sakit Jiwa). Tapi terus sembuh....Biasa stres, habis diputusin pacar, patah hatilah he...he. Biasakan problem percintaan. Aku maunya segera menikah, eh cowoknya nggak mau, dia malah pergi, ngindar melulu... Udah ya nggak usah cerita, entar aku ingat lagi.

W: Tapi sekarang kayaknya sudah baikan, kapan boleh balik?

L: Iya, aku udah baikan. Kemarin aku nekat pulang, tapi langsung dijemput lagi sama perawat.

W: Memang kalau di sini gimana? Enak nggak?

L: Enak sih, tapi bosan. Kata Bapak aku disuruh istirahat dulu di sini

W: Bapak biasanya nenggokin kapan? Selain Bapak ada yang nenggok nggak?

L: Nggak tentu, biasanya 2 minggu sekali. Kemarin Kamis ya? Oh... Jumat Bapak ke sini. Yang nenggokin cuma Bapak, kalau saudara pada sibuk semua, kerja kali, jadi nggak sempet

W: Kalau hubungan dengan keluarga bagaimana?

L: Biasa. Tapi mereka biasanya suka mengolok-olok, aku suka dibiarkan sendiri. Aku suka dimarahin. Kayaknya sih mereka itu mentingin dirinya sendiri. Kalau aku masak, kakak juga masak, dan nggak ada yang mau makan masakanku. Sebel aku. Padahal aku masak kan juga buat untuk semua. Mungkin nggak enak kali...  
 Aku suka dibilangin sama kakak ipar perempuanku: tahu dirilah, jangan nonton Tv mulu. Sana ambil air. Padahal adiknya yang cowok aja nggak pernah nimba, masak aku anak cewek disuruh nimba. Terlalu keraslah kayaknya. Terus tiap malam aku nggak boleh kemana-mana, tiap jam 6 sore aku dikurung di kamar. Nonton aja nggak boleh

W: Kok nggak ngelawan? Atau pergi aja dari rumah?

L: Nggak bisa. Kalau pergi ke rumah temen aja, nginep gitu. Mesti dicariin. Nggak boleh kemana-mana

W: Memang suka nginep di rumah temen?

L: Nggak juga sih, paling kalau temenku lagi sendirian di rumah. Suaminya nggak pulang, lagi ada di kerjaan.

W: Siapa temen dekatnya?

L: Dede, ada juga Rocky orang Batak.

W: Suka curhat nggak sama mereka?

L: Nggak, cuma main aja.

W: Kalau tetangga bagaimana tanggapannya? Pernah diolok-olok nggak?

L: Ya biasalah, dibilang: itu orang PA tu, orang stres. Maksudnya gila gitu.

W: Enakan mana di sini apa di rumah?

L: Ya enakan di rumah.

W: Tapi rumah kan begitu orang-orangnya?

L: Iya, tapi aku kan pingin kerja. Kan aku biasa kerja seharian sama bosku di Cipulir.

W: Di sini biasa dikasih obat apa?

L: Dikasih kapsul hijau sehari sekali, terus sama obat tidur tiap sore.  
W: Emang kenapa ada obat tidurnya?  
L: Ngak bisa tidur. Aku susah tidur. Suka muncul pikiran yang ngak-ngak. Ngak tahu, kadang sampai pagi pun tetep ngak bisa tidur.  
W: Deket ngak sama teman-teman di sini?  
L: Ya biasa aja. Paling sama Mbak Duni, dia suka cerita, samalah dengan aku  
W: Udah ikutan terapi aktifitas kelompok?  
L: Belum, belum disuruh aktifitas kelompok. Paling cuma tiap Rabo diajak pengajian  
W: Suka berdoa dong? Doanya minta apa?  
L: Ya Allah ampuni aku, ampuni dosa kedua orang tuaku, terus minta jodoh, minta rezeki, banyaklah....  
W: Terus Udah pingin balik ke rumah ngak?  
L: Pingin balik, tapi gimana, kan harus nunggu Bapak datang. Soalnya kalau pulang sendiri tidak bisa, harus ada izin dari keluarga.  
W: Memang masih ada keluhan? Kok belum diajak pulang Bapak?  
L: Tidaaaaaak (nadanya meninggi), mungkin anda dokter ya? (tampaknya Lina penasaran dan mungkin ngak suka kalau ditanya soal keluhan atau sakitnya apa).  
W: Terus ngapain aja tiap harinya?  
L: Kadang cuma istirahat saja, kadang main-main, ya capeklah di kamar terus.  
W: Ya udah kalau begitu, istirahat aja, tidur kan nanti bisa mimpi naik pesawat?  
L: Bukannya mimpi naik pesawat, naik pembalut ha...ha... udah ah aku mau makan

**Wawancara dengan pasien Eni  
EN, 17 Maret 2004**

W: Siapa Namamu?

E: Eni Nuremi, dipanggil Eni

W: Tinggal di mana?

E: Di Bekasi daerah Pabelan. Dulunya sih di Depok

W: Umur berapa?

E: 29 tahun

W: Di sini udah berapa lama?

E: 1 bulan 2 minggu.

W: Sebelum di sini di ruang mana?

E: Aku awalnya di Srikandi selama 2 minggu, terus dipindah ke sini.

W: Apa keluhannya?

E: Itu apa ya namanya kayak ada bayangan, halusinasi, tapi saya ini stres

W: Siapa yang bawa ke sini?

E: Bapak dan kakak 3

W: Kenapa katanya Bapak kok dibawa ke sini?

E: Kata Bapak biar Eni belajar bergaul di sini, biar punya teman. Habis kalau di rumah, ya tinggal di rumah aja.

W: Bapak kerjanya apa?

E: Bapak kerja di BBPT, sedang Ibu jadi ibu rumah tangga. Kakak saya di Kehakiman dan di BBPT

W: Memang kenapa ada gangguan seperti itu?

E: Stres ngak diterima UMPTN

W: Memang dulu ngambil UMPT di mana?

E: Di UI, ambil Kedokteran dan pilihan keduanya teknik industri.

W: Dulu rangking berapa di kelas waktu SMA?

E: Rangking 48

W: Terus kenapa ngak kuliah saja di PT lain?

E: Ngak mau, pinginnya di UI. Soalnya aku punya teman di sana, namanya Rita Prasetyani. Cuma udah tidak tahu dia di mana sekarang. Kalau di swasta kan mahal biayanya, Bapak pasti ngak kuat.

W: Keluarga sering nenggokin? Siapa saja?

E: 2 minggu sekali atau sebulan sekali. Bapak dan kakak ke 4. Kalau yang lain ma ngak suka ngejenguk

W: Kalau Ibu pernah ngak?

E: Ngak

W: Kenapa? Memang tidak dekat sama Ibu?

E: Tidak tahu. Jauh kali, atau Ibu lagi jaga rumah. Kadang-kadang juga suka cerita ama Ibu kalau di rumah

W: Kalau saudara-saudara gimana perlakuannya sama Eni?

E: Baik, tapi kakak perempuan bilang: udah Eni di sini aja, enakan banyak temannya.

W: Kalau di rumah biasanya suka gaul ngak sama teman-teman atau tetangga?  
E: Ngak ah, males. Suka digangguin. Habis suka diledekin sama anak-anak: Eni cantik, kayak gitu kalau ketemu.  
W: Berarti lebih banyak di rumah dong?  
E: Iya, aku lebih suka di rumah. Ngak ada yang gangguin. Kan enakan sendiri  
W: memang ngak kerja?  
E: Tidak, di rumah saja kata Ibu  
W: Gimana perawatan di sini? Baik ngak dokter dan perawatnya?  
E: Baik. Baik-baik mereka  
W: Ikutan terapi aktifitas kelompok?  
E: Ya  
W: Biasanya isinya apa terapi kelompok itu?  
E: Ya untuk mengetahui kelebihan teman, sosialisasi kenalan sama teman-teman  
W: Kalau pengobatannya gimana?  
E: Biasanya dikasih CPZ, halpenadol dan altane  
W: Obat-obatan itu buat apa?  
E: Kalau altane buat ngilangin goyang-goyang, kalau halpenol buat ngilangin stres, halusinasi, sedang CPZ buat istirahat, biar tidur.  
W: Masih lama di sini? Apa ngak ingin pulang?  
E: Emang udah boleh pulang?  
W: Boleh kalau udah baikan  
E: Ya udah entar aku bilang Bapak kalau Eni udah boleh pulang. Eni makan dulu ya....



**Wawancara dengan pasien, Indra  
IB, 17 Maret 2004**

W: Siapa mas namanya?

I: Indra Budiansyah

W: Berapa usia mas?

I: 33 tahun

W: Rumah di mana?

I: Aku tinggal di Padang. Di sini di Jakarta ikut Om

W: Terus siapa yang nganter ke sini?

I: Om yang anter

W: Berapa bersaudara mas?

I: 3 saudara, aku yang pertama. Keluarga semua di Padang

W: Dulu kuliah di mana?

I: Aku D3 di salah satu perguruan tinggi di Jakarta

W: Udah Kerja mas?

I: Udah di perusahaan export-import, di dekat tol bandara sana tempatnya

W: Kenapa kerja di sana mas?

I: Ibu kan pinginnya aku jadi PNS. Dia maksain aku jadi PNS. Tapi akunya ngak mau, aku pingin dagang. Jiwaku kan jiwa dagang. Makanya aku kerja di situ

W: Memang apa keluhannya mas, sehingga dibawa ke sini?

I: Tidak tahu, saya tidak apa-apa kok. Tidak ada keluhan apa-apa.

W: Sudah lama mas di sini?

I: Tanggal 5 Maret lalu

W: Sebelumnya di mana?

I: Ya langsung ke sini

W: Keluarga ada yang nenggokin?

I: Ya Om saja, 2 kali ini dia ke sini

W: Memang orang tua tidak dikasih tahu, kok tidak ke sini?

I: Sudah tahu, tapi jauh kan

W: Sudah married mas?

I: (Indra si pasien ini, kelihatan ada perubahan di wajahnya, lama baru kemudian bilang) udah, tapi udah cerai

W: Bagaimana terapi aktifitas kelompoknya menurut mas?

I: Tidak bagus. Yang begituan itu kan anak saya yang SD juga bisa. Itu cocoknya buat anak-anak. Gini-gini saya kan juga pernah kuliah di perguruan tinggi. Jadi tahu lah. Harusnya tidak di campur begitu, jangan disama-ratakan begitu dong. Kan ada yang ngerti, ada juga yang ngak. Harus ada klasifikasi berdasarkan edukasinya. Kalau dibikin campur ya tidak cocok edukasinya.

W: Kalau pelayanan Rumah Sakit, dokter ataupun perawat?

I: Baik, dokter dan perawatnya baik-baik kok. Cuma itu saja, kegiatannya jangan kayak anak-anak. Harus dibedakan dong

W: Suka ngomong ngak sama dokternya?

I: Sering sih, ya minta obat, dosisnya jangan terlalu keras. Terus minta vitamin.

W: Suka gaul ngak mas?

I: Suka sekali. Teman gaul ada, kalau mau dugem ya ada. Aku dulu suka dugem. Gimana mau ngajakin dugem, boleh aja. Biasanya aku ke Hardrock Cafe.

W: Kalau temen-temen banyak ngak mas?

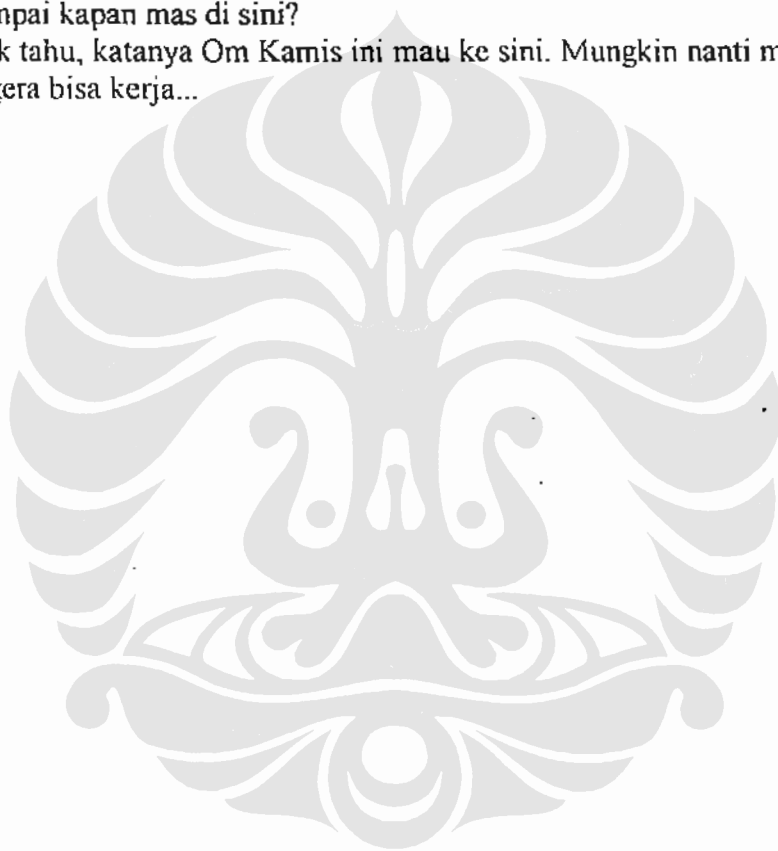
I: Banyak temen-temen gaul

W: Berarti kalau ada apa-apa curhatnya ke mereka dong?

I: Tidak, aku dulu suka curhat sama guru ngajiku di Serang. Tapi sekarang sudah meninggal. Kalau sekarang sih sama bos. Kalau temen-temen sih buat senang-senang saja, kawan mainlah.

W: Sampai kapan mas di sini?

I: Tidak tahu, katanya Om Kamis ini mau ke sini. Mungkin nanti minta balik aja, biar segera bisa kerja...



**Wawancara dengan Dokter Rahmat  
(Dokter Psikiater RS Marzoeeki Mahdi)  
DR, 16 Maret 2004**

W: Nama lengkap dokter?

R: Dr. Rahmatsyah

W: Sudah berapa lama dok Praktek di sini?

R: Saya di sini sudah sejak tahun 1983, sebelumnya saya jadi dokter umum di Kalimantan Tengah. Terus ditarik ke sini sampai sekarang

W: Tinggal di mana dok?

R: Saya tinggal di Parung

W: Menurut dokter gangguan jiwa sebagai apa? Sebagai penyakit individu ataukah sebagai penyakit sosial?

R: Sebetulnya gangguan jiwa yang kita mengerti itu bukan... pertama ia adalah sakit perorangan, bukan penyakit kelompok. Jadi sakit perorangan yang diderita seseorang dan yang menyebabkan itu adalah adanya apa ... bisa itu penyebabnya gangguan organik atau biologis atau bisa juga tanpa gangguan organik yang jelas. Jadi tidak selalu yang organik tetapi bisa juga yang non-organik. Bisa juga yang terjadi adalah karena proses-proses psikososial atau... proses psikososial. Jadi itu kemungkinan terkena penyakit..hmeem... Jadi seseorang menderita tersebut, gangguan jiwa itu sangat luas. Jadi secara umum gangguan jiwa adalah yang daya realitas sosialnya terganggu, mungkin secara awam disebut gangguan jiwa berat itu disebut orang gila. Tetapi intinya di situ ada gangguan jiwa terhadap realitas, itu hampir sel. ua yang kita rawat di Rumah Sakit Jiwa ini.

Karena mereka dengan bermacam-macam gangguan, apakah ada keyakinan dia itu, sesuatu yang disebut waham atau keyakinan yang salah. Sesuatu yang tidak dipercayai yaitu halusinasi. Jadi itu beberapa contoh gangguan pasien yang dirawat akibat ada gangguan realita. Sementara gangguan jiwa yang lain, yang jarang dirawat adalah yang realitasnya tidak terganggu. Dia masih dapat menilai realitas. Tapi timbul penderitaan dengan gangguannya itu. Yang secara klinis yang kita kenal dalam masyarakat disebut pasien pobia, obsesive compulsion, itu gangguan-gangguan jiwa yang tidak terganggu realitasnya, tapi berkaitan dengan penyakit yang timbul penderitaan karena hal tersebut.

Mereka yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa biasanya karena daya realitasnya terganggu. Karena timbul hambatan dalam merawat diri, hubungan dengan orang atau mencederai diri dan segala macem. Itu alasan membutuhkan perawatan rata-rata.

W: Kalau di masyarakat awam mereka mengenal gangguan jiwa sebagai kegilaan, kenapa bisa begitu?

R: Bukan hanya orang awam saja. Kalangan terdidikpun jangankan itu, di kalangan kesehatan pun begitu. Laporan gangguan jiwa di suatu Kabupaten ada 0,0%. Padahal menurut penelitian gangguan jiwa paling tidak ada 20 koma sekian persen WHO mengatakan demikian, menurut jumlah dari sekian populasi. Karena

persepsi dunia kesehatan pun, entah dokter ataupun perawat melihatnya yang gila ya yang psikotik itu, yang realitasnya terganggu. Sementara gangguan jiwa yang lain dianggap bukan gangguan jiwa. Yang salah itu persepsinya, bahwa gangguan jiwa itu hanya sekelompok kecil saja. Padahal yang gangguan jiwa itu banyak. Kedua, kelompok yang ngak mungkin dirawat, yang dipertahankan di rumah, yang tidak mungkin berobat jalan, biasanya yang seperti itu yang diinikan itu...

W: Apa saja kegiatan sehari-hari yang dilakukan di Rumah Sakit?

R: Yang dilakukan dokter di Rumah Sakit, ya dokter memberikan terapi obat-obatan. Kalau kondisinya udah bisa berkomunikasi dengan lebih baik, baru diberikan psikoterapi. Pada awalnya biasanya terapi obat-obatan. Perawat biasanya membantu memberikan obat-obatan. Demikian juga pada saat merawat tubuhnya, perawatan dini, sambil juga berkomunikasi dengan mereka untuk merangsang aktifitas. Itu yang diberikan petugas kita, sifatnya menunjang.

Sedangkan kegiatan pasien biasanya pada awal-awal masih gelisah, masih akut, kita atasi. Ketika keadaan gelisah sudah lebih tenang, daya realitasnya udah mulai membaik, gangguan sudah mulai menghilang. Mungkin nanti sudah kita beri apa namanya... terapi-terapi yang menekankan komunikasi.

W: Kalau hubungan dokter, perawat dan pasien bagaimana dok?

R: Di Rumah Sakit ini sudah ada yang lebih bagus, ada interaksi, misalnya; dokter memberikan terapi obat-obatan ataupun untuk perawatan yang lainnya. Perawat melaksanakan hal tersebut. Perawat juga mengkomunikasikan keadaan atau perkembangan pasien. Perawat juga melakukan tindakan-tindakan aktifitas keperawatannya, mengelola pasien. Kemudian juga unsur psikolog juga kita libatkan dalam banyak hal. Psikolog biasanya setelah dia mengevaluasi psikologi, juga memberi masukan terapi yang apa namanya yang deprensif. Tetapi yang itu masih kita lakukan bergantian. Sebab ngak ada ruangan. Sebagian lagi masih banyak yang pola kerjanya ngak terbentuk tim-worknya. Tidak semua terbentuk tim-worknya. Makanya di beberapa ruangan yang minimal D3, kita juga beri pelatihan-pelatihan. Tim-work bisa lebih baik. Jadi di beberapa ruangan kita belum dapat lakukan. Mungkin jangka panjang. Masih peraturan sendiri-sendiri. Kadang-kadang ada juga *obvious* (penyalahgunaan). Dia santai-santai perawatnya, eh.. pasiennya macem-macem. Memang ada yang disebut teapi kerja. Ada *occupational therapy*, ada *focational therapy* untuk merangsang pasien. Tapi itu kan ada program. Yang *obvious* (penyalahgunaan) oleh beberapa orang itu bukan pembinaan atas pasien, tetapi dalam merangka biar dia tidak bekerja. Itu kan ada satu dua ya... itu masih ada. Itu pola Rumah Sakit Jiwa yang begitu masih ada, itu yang ingin kita hilangkan.

W: Dokter dalam tim-work itu sebagai apa?

R: Sebagai tim-leader ya. Atau sebagai ketua tim kelompok terapinya.

W: Berarti otoritas kekuasaan dalam memutuskan segala sesuatunya ada di dokter?

R: Ya

W: Termasuk otoritas menentukan seseorang itu sakit atau sembuh?

- R: ya itu tugas dokter sebagai leadernya. Walaupun bagaimana, misal memonitor pasien selama 24 jam itu kan dipercayakan pada perawat. Kemudian juga hal-hal alat-alat lain ya.. psikolog, termasuk social workers yang lebih bertugas menilai ekses-ekses sosial yang dialami pasien. Semua itu membantu kita.
- W: Kenapa keluhan-keluhan pasien RSJ itu dikomunikasikan pada perawat? Padahal kalau di rumah Sakit umum kan keluhan pasien ya langsung disampaikan pada dokter bersangkutan?
- R: Pertama, pasien-pasien ini yang sudah dirawat di sini yang psikosis, itukan daya realitasnya terganggu. Sangat sulit yang bisa menyampaikan keluhannya. Kadang-kadang dia tidak merasakan menderita. Justru lebih banyak keluhan berasal dari pihak keluarga, lingkungan dalam hal ini. Kalau pasien fisik di Rumah Sakit umum, dia merasakan dia ungkapkan. Pasien-pasien yang menderita gangguan jiwa berat, justru banyak yang tidak merasa sakit. Malah menyangkal sakit. Jadi dia tidak ada keluhan. Justru lingkungan, keluarga yang mengatakan soal keluhan. Jadi keluhan seringkali berasal dari keluarga.
- Kedua, kenapa tidak sering ke dokter. Karena memang dokter tidak 24 jam bertugas di sana. Sementara perawat 24 jam. Jadi peluang ketemu akan lebih banyak sebagai perawat. Itu juga tim-work kita. Jadi selama 24 jam secara formal ada yang mendampingi kita memonitor mereka. Jadi perawat lebih banyak kontaknya dengan mereka. Sehingga kemungkinan lebih banyak mengungkapkan keluhannya pada perawat. Tapi sebetulnya yang banyak mengungkapkan, yang pada saat awal-awal penerimaan, yaitu keluarga.
- Sudah pernah ngobrol dengan pasien-pasien? Tanya dokter padaku. Sudah dok, kata saya. Biasanya pasien-pasien yang awal-awal itu malah tidak merasa sakit. Beberapa malah menyangkal. Hingga sampai pulang pun kadang-kadang masih menyangkal sakit. Jadi dari lingkungan dalam hal ini keluarga keluhan-keluhan itu berasal.
- W: Apa yang dijadikan patokan dalam menilai pasien dok?
- R: Kalau anamnesik itukan data yang dikasih oleh lingkungan ya. Tapi kita tidak pegang itu sebagai patokan. Patokan utama kita tetap pemeriksaan kita pada pasien sejak dia masuk. Apa ada keluhan begini, seperti disampaikan pihak keluarga, apa ada gangguan apa saja. Jadi dokter dengan data observasi itu menentukan diagnosis. Karena itu pasien-pasien besuk setiap 2 minggu sekali, kita lakukan observasi, walaupun laporan-laporannya begini. Betul ngak gejala-gejala gangguan itu ada. Jadi kita dapat mengatakan oh... ini ternyata gangguan jiwa seperti ini seperti ini. Jadi tetap data primer dari pasien itu yang kita pakai (maksudnya hasil observasi, pemeriksaan pasien yang menjadi patokan utama dokter). Sementara data-data yang dari keluarga itu hanya membantu kita untuk mengarahkan. Jadi keluarga biasanya membawa berobat ke sini ketika kondisi dia sudah parah, sudah tidak teratasi di rumah. Apalagi ya... keluarga sebagian mereka itu masih menyangkal sebagai gangguan jiwa. Anak saya itu cuma pake obat saja, anak saya itu cuma stres aja.... Padahal obyektifnya secara akademis itu ya sudah gangguan jiwa.

- W: Menurut dokter fungsi RSJ itu sendiri apa? Sebab menurut beberapa narasumber RSJ ini sendiri dulunya memang tempat pembuangan orang-orang zaman Belanda dan penampungan orang miskin marjinal. Bagaimana menurut dokter?
- P: Mungkin saja, sebab rata-rata RSJ pemerintah biasanya kebanyakan yang dibawa ke sini pasien-pasien yang tidak mampu, berasal dari keluarga ekonomi rendah. Sebetulnya tidak hanya dari kalangan ekonomi rendah saja. Sebab mereka yang secara sosial ekonomi lebih tinggi biasanya dibawa ke RS yang lebih mahal. Jadi sebetulnya angka-angka yang menunjukkan sosial ekonomi rendah yang lebih tinggi, saya belum menemukan epidemiologinya. Jadi setahu saya pasien-pasien ekonomi tinggi itu banyak, hanya pengobatan mereka tidak banyak mempergunakan fasilitas. Biasanya kalau sudah lama sekali, sangat kronis, dan pihak keluarga sudah tidak sanggup lagi, sudah berat, baru dibawa ke RS pemerintah seperti ini. Sebab cost-nya lebih ringan, sebab sebagian besar pasien di sini di tanggung pemerintah.
- W: Jadi memang kebanyakan mereka berasal dari kalangan ekonomi bawah ya dok?
- R: Ya... sampai saat ini dari 400 lebih pasien kita. Ada 200 lebih yang disubsidi oleh negara, ditanggung JPSBK. Separuh lebih yang dibiayain oleh pemerintah langsung. Angka-angkanya bisa dilihat nanti di sana (dokter menunjuk ruang administrasi). Saya hanya ingin menunjukkan bahwa sebagian besar mereka yang datang ke sini memang berasal dari sosial ekonomi rendah. Sehingga terpaksa di JPSBK. Masalahnya kalau dia kronis, keluarga sudah tidak ada. Itu tanggung jawab siapa? Mereka dibuang. Kalau sudah tidak ada yang menanggung secara jangka panjang. Sehingga itu menjadi tanggung jawab pemerintah.
- W: Pengalaman dokter bersentuhan dengan pasien gangguan jiwa sebelum dan sesudah jadi psikiater adakah bedanya?
- R: Saya ngak ingat benar. Saya kerja mulai '83 di sini. Setelah jadi dokter saya tugas di Kalimantan Tengah, hanya ada 1-2 kasus saa di sana. Jadi ngak terlampau mendetail lah. Seperti persepsi tadi itu semua dianggap merusak. Padahal itu hanya yang psikotik saja yang ngamuk-ngamuk, yang membunuh orang, yang merusak diri dan yang macem-macem. Sementara kasus itu kan relatif sedikit. Sementara ketika saya masuk ke sini baru tahu ternyata banyak sekali, cukup tinggi. Maksud saya ada perbedaan sebelum saya ke sini. Ketika saya sebagai dokter umum pengalaman saya seperti itu. Tetapi ketika saya ke sini ternyata banyak sekali. Persepsi saya berubah. Ya seperti itu tadi, ya gangguan jiwa non-psikotik itu tidak terbayang seperti gangguan jiwa, seperti gangguan jiwa yang dipahami orang yang psikotik, yang ngaco-ngaco itu. Sementara yang gangguan jiwa yang lain itu seolah-olah bukn gangguan jiwa, seperti itu....
- W: Apa aktifitas pasien sehari-hari di sini dok?
- R: Di beberapa ruangan seperti yang saya katakan tadi, yang sudah teratur rapi ya itu. Jadi itu pagi setelah makan ada terapi aktifitas kelompok, oh berolahraga, terus terapi aktifitas kelompok, istirahat. Sore juga di beberapa ruangan juga masih ada tarapi aktifitas kelompok. Malam tidur. Sambil kegiatan yang sifatnya pengobatan rutin mereka. Kalau ada masalah-masalah yang spesial juga diberikan. Jadi secara

umum mereka di apa... dipacu untuk kegiatan. Sebagian dulu yang ada di Rumah Sakit Jiwa Bogor ini ada ruangan yang dipergunakan untuk ruang pemulihan pasien. Hanya belakangan pasien-pasien yang ikut kegiatan seperti pertukangan, keterampilan-keterampilan itu tidak banyak. Jadi yang masih berlanjut untuk perempuan saja, yang menjahit. Itu saja yang masih berjalan di beberapa ruangan. Tapi bagi sebagian program yang tidak bagus... ya sudah. Pasien habis minum obat ya udah tidur.

W: pasien sehari-hari minum obat ya dok?

R: Itu yang masyarakat sering salah paham. Jadi itu pada orang-orang tertentu yang kondisi biologisnya yang tidak memungkinkan dia mengontrol dirinya. Yang itu harus dibantu dari luar. Analoginya ya mereka yang kena kencing manis, itu kan seumur hidup. Pasien hipertensi itu juga kemungkinan seumur hidup. Itu yang dikhawatirkan oleh pasien atau keluarga pasien adalah nanti ketergantungan. Seakan-akan makan obat nanti ketergantungan. Padahal ada sifat-sifat tertentu. Obat-obat psikotik (gangguan jiwa berat) itu bisa nantinya makin lama dosisnya makin kecil. Yang timbul penyalagunaan obat-obatan itu biasanya yang non-psikotik. Kalau anda sering lihat obat-obat yang sering disalahgunakan, falium dulu yang sering, lexo..... lexotan itu sering sekali. Itu memang dosisnya semakin lama semakin tinggi dosisnya. Awalnya cuma 1-2 pil sehari, lama-lama bisa dalam dosis yang tinggi, sampai kalau saudara lihat yang ditangkep-tangkep itu, mereka itu kan makin lama makin tinggi, dan itu timbul toleransi. Itu 2 hal yang sifat perbedaan antara obat-obatan yang psikotik dan obat-obatan yang non-psikotik, yang kecemasan dan lain-lain. Itupun pemberiannya akan lebih ketat. Obat tidur, rohibnol itu yang sering disalahgunakan.

W: Obat-obatan pasien di sini biasanya oral atau diinjeksi?

R: Justru obat-obatan yang sering diminum itu yang sering disalahgunakan. Karenanya biasanya mereka diinjeksi. Kita berikan yang dosisnya paling rendah. Yang minimal dapat mengendalikan, mengontrol perilaku. Tapi obat-obat itu hanya mengendalikan gejala-gejala pertama saja dan tetap aktifitas, gairah itu harus dibantu dengan terapi aktifitas kelompok, psikoterapi, kemudian perawatnya merangkap....

W: Dokter melihat bangunan arsitektural Rumah Sakit ini bagaimana? Berpengaruh ngak terhadap persepsi masyarakat terhadap stigma negatif Rumah Sakit ini?

R: Kalau arsitekturnya Belanda dulu membuat di lahan yang sangat luas. Realtif sangat tenang. Bahkan lapangan golf (maksudnya areal yang berada di seberang jalan Rumah Sakit, yang dulu masih berupa kebun dan sungai kecil. Di mana banyak rumput-rumput untuk tikar dan tanaman sayuran di situ) itu dulunya merupakan alat terapi pasien, seperti rumput-rumput yang dapat dibikin tikar. Di sana itu kebun, sebagian pasien itu mengelola.

Jadi dulu pemerintah Belanda itu sudah merancang bangunan Rumah Sakit itu sebagai rehabilitasi. Sementara kebun dan halaman yang sangat luas sebagai swasembada kebutuhan pangan, sayur-sayuran, ikan berasal dari kebun sendiri. Sehingga Rumah Sakit kita ini dulu ada 120 sekian hektar, tetapi karena

perkembangan zaman habis...habis. Jadi perumahan, malah lapangan golf jadi sengketa sekarang. Jadi konsep Belanda dulu itu sudah bagus. Si pasien itu luas, pandangannya leluasa dan tidak berisik. Makanya tata ruangnya berada di luar kota. Sekarang aja di dalam kota.

Dampaknya saya tidak melihat keluarga pasien merasa... kesan saya keluarga pasien tidak merasa sesuatu yang apa namanya... sesuatu yang tidak menyenangkan. Bagi mereka yang sudah masuk Rumah sakit ya, yang penting pelayanan terhadap si pasien keluarganya itu baik.

W: Tapi kan, bangunan Belanda yang ada itu sudah dimakan usia, kusam, jendelanya besar-besar dengan terali besi yang pada karatan, ruangnya tinggi dan besar-besar menyerupai penjara. Apakah itu tidak meninggalkan kesan negatif pada keluarga minimal, kalau bukan masyarakat?

R: Saya tidak tahu kalau masalah kepastian. Tapi kesan yang saya tangkap kalau mereka sudah membawa ke sini. Kesan itu ya sudah nggak ada lagi. Mungkin kalau itu sudah berpengaruh, kita kan pasti akan merubah tata muka ruang Rumah Sakit. Jadi seperti itu. Menurut saya bukan bangunan secara fisik, sebab banyak bangunan-bangunan tua di Bogor nggak masalah. Mungkin imajenya ini. Imaje Rumah Sakit Jiwa. Sebab Rumah Sakit umum juga ada yang kusam, saya juga kurang tahu. Tapi inikan RSJ. Jadi kesan saya itu, imajenya.

Seperti ketika kita akan merekrut psikolog untuk ditempatkan di sini. Oh... prakteknya di RSJ.... Baru setelah kita jelaskan begini-begini, baru mereka mau akhirnya. Setelah masuk, setelah ada pelayanan, ya nggak apa-apa. Jadi kesan saya bukan lebih ke arah fisik. Tetapi imajenya ini.... namanya ini.

Karenanya namanya kita ganti. J-nya kita sembunyikan jadi Rumah sakit Dr. Marzokei Mahdi (Direktur RS pertama yang dari pribumi). Pertama untuk menghilangkan stigma. Kedua, kita juga kembangkan fasilitas adanya pelayanan umum. Malah bebrapa dokter spesialis yang bukan psikiater mencoba mempopulerkan. Oh ini MMC Bogor, bekas RSJ yang lama, di sebelahnya. Marzoeki Mahdi Cilendek. Jadi itu trik-trik untuk menghilangkan stigma. Jadi kembali lagi kesan itu bukan dari bangunan fisik, tapi namanya.

W: Bagaimana Efektifitas perawatan di sini dok?

R: Secara umum pasien gangguan jiwa itu 30% kita apa-apain pun yang hardcore itu nggak bakal sembuh. 30% tanpa pengobatan pun biasanya secara self fulfillmentlessness. Dan 30% lagi secara kasar ini ya, itu yang dengan terapi itu lebih cepet sembuh, lebih pendek hari perawatannya, lebih mungkin kambuhnya juga jarang. Secara umum begitu yang terjadi, gimanapun polanya 1/3 yang self fulfillmentlessness sekalipun dibiarkan sama keluarga, nggak diobatin, bukannya dukun lebih pinter. Tetapi ada juga yang sembuh sendiri. Kalau kebetulan ke dukun wah noh ada orang pinter. Ini yang pasien hardcore oh.... ini kata pak Kyainya ini nggak bisa diobatin. Tapi kita menialainya dari kategori seperti itu, tidak mungkin diberikan terapi-terapi seperti itu. Apa yang dilakukan oleh paranormal, orang pinter itu dalam konteks kerangka ilmu kedokteran kan lebih mendekati model psikoterapi ya kan. Tetapi ada kasus yang tidak mungkin hanya



dengan psikoterapi saja. Ia butuh terapi obat-obatan atau farmakoterapi. Jadi kembali lagi secara umum.

Di Rumah Sakit Ini di beberapa ruangan yang secara intensif sudah kita lakukan pengobatan terapi yang ade kuat, pengawasan yang cukup baik, monitor dari si perawat yang juga berjalan baik, hari rawatnya bisa kita pendekkan. Misalnya dulu di atas 100 hari baru bisa pulang (pasien psikotik). Kemudian di Semarang mereka bikin terapi-terapi yang patokannya 90 harian. Dengan terapi yang ade kuat, sekitar 2 mingguan mereka sudah bisa kembali, 10 hari, 20 hari, 2 minggulah mereka sudah bisa berobat jalan, atau kalau keluarga masih pingin di sini, minta dirawat inap dulu juga bisa. Dengan terapi yang ade kuat memang lebih dapat dipercepat masa rawatnya. Walaupun untuk 1-2 kasus yang hardcore memang tidak bisa. Dengan terapi yang lama hari rawatnya tetep ngak bisa juga.

W: Bagaimana perawatan pasien yang parah tersebut, maksudnya yang sudah lama banget di sini?

R: Biasanya kita dengan mega-dosis, dibom. Ya dengan 3-4 kali dosis orang biasa. Jadi maksudnya pasien yang kronis itu, bukan yang biasa.

W: Memang tidak apa-apa itu dok?

R: ...baru kelihatan perbaikannya. Itu 1-2 kasus, yang tadinya diisolir, perawat-perawatnya kurang gini, dan dokternya juga kurang bekerja dengan baik seperti saya katakan. Setelah kita evaluasi.... Malah saat itu sudah disiapkan kamar yang khusus dan alat-alat segala macam, disemprot, kita pindahkan, kemudian kita beri terapi megadosis tadi. Tetapi ya itu tadi.... perawatnya yang tadinya hanya laki-laki, sekarang suadh ada yang perempuan. Artinya atensinya cenderung lebih baik, ternyata sudah bagus, sudah mondar mandir keluar. Kadang-kadang saja dia minta rokok. Secara umum sudah lebih baik.

Jadi kembali lagi, tim-work untuk mengatasi gangguan tersebut. Walaupun untuk membawanya kembali ke rumah, keluarga masih berat.

W: Jadi mereka selamanya di sini?

R: Kemungkinan besar. Jadi 1-2 kasus ada yang... ya ada. Coba anda lihat di ruang rawat pasien. Ada namanya Pak Patmo, itu pasien sejak tahun 1941. Dia itu waktu Pak Amir di sini, dia sudah ada. Ketika Pak Amir pensiun dia masih di sini, bahkan ketika Pak Amir meninggalpun, dia masih di sini. Sekarang kayak dia itu mau kemana? Keluarga sudah tidak ada. Padahal sudah dirawat selama 60-an tahun lebih. Yang ada di otak kepalanya ya daerah ini masih seperti tahun 40-an. Banyak pasien-pasien yang sebetulnya sudah berobat jalan. Tapi karena ngak ada keluarga. Keluarga ada, tapi bukan orang tua. Itu hambatan kita. Sebetulnya pasien-pasien seperti ini harusnya ditampung di panti-panti sosial. Cuman di Jakarta panti rehabilitasi sosial itu penuh banget. Baca majalah Time edisi 10 November 2003. itukan potret panti-panti sosial yang ada. Sekalipun di situ ada satu gambar pasien kita.

Nah pada beberapa pasien yang sudah baikan, mereka sebaiknya dikirim ke panti. Makanya program ke depan, ketika kemarin ada Menteri, Kepala-Kepala RS, dan Kepala panti. Nantinya mereka-mereka yang sakit jiwa kita kirim ke RSJ, yang

sudah layak rawat jalan akan kita tukar ke panti. Jadi perputarannya ke panti, RS hanya mengobati yang psikotik dan sakit saja. Fungsi rehabilitasinya ditangani panti. Idealnya begitu.

W: Seberapa banyak mereka dok?

R: Seperti saya katakan tadi dari 400 lebih pasien RS, ada 200 lebih mereka yang dibiayain JPSPK. Separuh lebih pasien dibiayain pemerintah. Hambatannya ke keluarga ngak ada, ke panti juga terlalu penuh. Jadi ya segala macam segala macam ya begitu...

Apalagi mereka yang bolak-balik ke sini, dari keluarga miskin, rumah jauh diujung kampung, punya anak 3, satu yang sakit di sini, bapaknya kerjanya hanya buruh, yang anaknya itu butuh minimal 10 ribu perhari. Padahal penghasilannya bisa jadi ngak lebih dari 10 ribu perhari. Ini buat satu anak saja sudah ngak mencukupi, apalagi kebutuhan makan dan yang lain... Kayak begitu itu mau diapain. Kan ngak mungkin kita pulangkan. Semestinya memang harus dikirim ke panti-panti sosial. Karena fasilitasnya bisa dimanfaatkan oleh pasien psikotik yang lain. Karena alur ini ngak bagus jalannya, ya sebagian ya masih tinggal di sini sebagai panti jadinya. Dan kalau anda lihat nanti di bangsal orang-orang tua, sebetulnya hampir mereka semua sudah bisa di panti, tidak perlu di Rumah Sakit sebetulnya secara klinis.

Jika anda bayangkan sejak sebelum kemerdekaan hingga nanti meninggal, berapa itu biayanya? Apalagi dana RS juga sangat terbatas, belum lagi aset-asetnya yang diambil alih begitu saja oleh Pemda, dijual oleh Pemda. Pemdanya ngawur itu, tanah yang golf itu disewain ke swasta. Konon tanahnya diganti perbaikan jalan, karena ngak ada dana. Ngawur ngak itu Pemda zaman Orde Baru dulu....

W: Apa kriteria seseorang sakit atau sembuh? Kapan dia dinyatakan sakit dan kapan pula dinyatakan sembuh?

R: Jadi yang dipakai adalah... eh... kriteria yang dipakai adalah pengolongan PPGJ(Pedoman Penggolongan Gangguan Jiwa) yang diadopsi dari kategori yang disusun oleh WHO edisi ke-10 dan dikombinasi dengan kategori yang buat Asosiasi Psikiatrik Amerika edisi ke-4, kalau ngak salah, lah itu sebagai pedoman. Bahwa si A memenuhi diagnosis sebagai penderita gangguan jiwa. Kedua biasanya gangguan jiwa itu menimbulkan bahaya bagi dirinya maupun lingkungan. Jadi sekalipun terbukti ada gangguan, tetapi tidak membahayakan lingkungan dan dapat dirawat di rumah, ya keluarganya kita minta berobat jalan saja. Walaupun sebetulnya dia itu sakit. Jadi sakit itu resiko yang dapat mencederai dirinya, lingkungan atau orang lain, itu baru kita msukkan untuk dirawat. Biasanya kadang-kadang timbul kesalahpahaman di sini. Keluarga sudah merasa dia ini udah sangat mengganggu, masukin saja. Sementara dalam pengamatan kita tampaknya kalau seperti ini belum menunjukkan indikasi kuat untuk dirawat di sini. Pertimbangan kita kapasitas. Sementara pihak keluarga kan biasanya sudah tidak mau repot. Apalagi kalau pasien itu dulunya punya sifat mengganggu atau merusak, dan itu mengkhawatirkan. Sebab takut trauma kejadian itu terluar lagi. Sehingga ingin selama mungkin pasien tetap di Rumah Sakit.

Jadi ada kriteria yang jelas diagnosis-nya. Kemudian dengan diagnosis tersebut, dia membahayakan dirinya atau orang lain, lingkungannya. Kalau itu jelas ya dia akan kita rawat. Kalau memang sudah ada ciri-ciri gangguan psikotiknya, gangguan schizoprenia-nya, masih mungkin berobat jalan, ya kita berikan obat-obatan saja. Memang terapi yang mudah ya terapi obat-obatan. Kalau terapi yang lain karena deger sendiri programnya akan repot keluarganya. Siapa yang akan nganter, kemudian juga program kita untuk deger juga masih sangat dikit gitu....

W: Ketika pasien sudah dinyatakan sembuh, tetapi pihak keluarga menolak itu bagaimana penanganannya dok?

R: O... ya itu ada kasus di sini. Dulu dia karena telat tidak makan obat, terus kambuh gangguan jiwanya. Dia bunuh pamannya, kebetulan pamannya Satpam RS ini. Terus setelah dia udah baikan, dinyatakan sembuh. Pihak orang-orang kampung, RT-nya sudah bikin pernyataan menolak. Tetapi ibunya masih tetap memperhatikan, ya 2 minggu atau sebulan sekali nengokin. Dan anaknya secara klinis sudah bagus, sudah dapat berobat jalan. Tetapi dari sisi sosial, lingkungan menolak. Akhirnya ya itu.... apalagi dia tidak mampu. Yang kasihan dia pingin pulang, terus nekad pulang ke kampung, udah baikan, sudah bisa ngobrol bagus. Dia di sini sudah dapat membantu petugas kita. Tapi ya darai pada digebukin orang sekampung, ya saya minta diambil lagi dirawat di sini saja.

W: Sosialisasi pihak Rumah Sakit sendiri ke masyarakat gimana dok?

R: Satu. Penyuluhan terhadap pihak keluarga yang saudara atau anaknya dirawat di sini. Itu yang didalam sini. Dua, ke lingkungan, kadang-kadang ada 1-2 ada. Tapi kalau sudah ke masyarakat, penduduk kit tidak mampu Pak. Gimana kita bisa Pak, mau melawan satu kampung, dan itu dari mulut ke mulut diteruskan. Stigma itu sudah Pak. Biasanya pasien kasus pembunuhan, yang kita rawat dengan visum (maksudnya visum et repertum, kasus pidana Kepolisian) yang menolak kembali itu warga kampungnya. Paling kedua orang tuanya yang masih dapat, namanya juga orang tua dan anak. Tapi kalau masyarakat menolak mau gimana orang tua? Mau pulang kemana? Ngak punya rumah miskin. Banyak itu dari Tasik, Sukabumi. Bebrapa kasus pembunuhan. Paling yang dibunuh itu anaknya sendiri. Sulit, kasihan....

Karena mengubah pendapat satu kampung dan dari mulut ke mulut itu ma susah. Kecuali kalau orang tuanya kuat menahan diri, melindungi anaknya. Pertama melindungi anaknya dan kedua menghadapi masyarakat. Kesan saya begitu sulit.

W: Lantas efektifitas perawatan kalau begitu percuma dok? Hasilnya ngak ada, kalau ternyata individu bersangkutan masih ditolak lingkungannya?

R: Ya tergantung kita melihatnya. Kalau hanya melihatnya dari sudut masyarakat ya memang betul itu. Tapi kalau kita melihat, bahwa dia sebelumnya sangat mengganggu kemudian tidak mengganggu. Bedanya mungkin, dia hanya tidak dapat di kembali ke masyarakat. Lah ini harus dibedakan.

Memang dari sudut lingkungan, sosiologis dia masih bisa dianggap sakit atau orang yang perlu diwaspadai. Kalau ada peristiwa-peristiwa sesuatu yang mencederai pembunuhan ataupun pencederaan. Tapi kalau dilihat dari sudut

individunya. Dia sebetulnya sudah berbeda dengan individu yang dulu waktu sedang ngaco atau sedang apa. Dia sudah menjadi individu yang sama dengan yang lain juga. Hanya imaje atau kesadaran masyarakat masih menganggap dia itu masih dengan imaje yang lama. Lah itulah yang susah. Itu di luar kemampuan kita untuk mengobati pendapat masyarakat.

Jadi kita harus bedakan, secara klinis dia sudah berbeda. Waktu ngaco-ngaco, ngamuk-ngamuk dengan sekarang yang sudah dia kondisinya sama dengan yang lain-lain. Tapi imaje dalam masyarakat masih sama, ayitu sesuatu yang dipandang mengganggu, membahayakan, emakutkan. Dan apa yang terjadi di masyarakat itulah yang dijadikan patokan, seolah-olah masih tetap sama. Padahal individunya sudah berbeda. Padahal dari sudut klinis, medis hal tersebut sudah tidak ada pada individu tersebut. Karenanya harus dibedakan pandangan masyarakat dengan sejarah klinis ya.....

- W: Benarkah sebagai akibat pandangan masyarakat atas sejarah RSJ yang dulunya sebagai tempat pembuangan dan penampungan orang-orang yang sakit dan miskin, sehingga asumsi dan pandangan negatif itu tetap kuat di masyarakat?
- R: Justru ngak, di Australia RSJ semakin mengecil. Dan yang ingin kita kembangkan seperti di Australia dan di negara-negara Barat adalah bahwa yang gangguan jiwa itu perlu perawatan rumah. Jadi yang perlu perawatan itu hanya yang hardcore saja. Selama inikan kalau dia gangguan jiwa, maka semua masuk. Nah sekarang arah kita justru, yang masih dapat rawat jalan, ya rawat jalan. Dan yang kita kembangkan adalah model perawatan rumah. Justru perawatnya yang datang ke rumah. Itu kecenderungan sekarang, bukan justru memperbesar kapasitas RS.
- W: Jadi frekuensi perawatan lebih diperkecil dan pelibatan pihak keluarga lebih diperbesar?
- R: Jadi gini, hari rawat kita diperpendek, keluarga kita libatkan banyak. Dan yang idealnya, yang kita harapkan setelah itu nanti, mereka tinggal ada di rumah. Nanti perawat saja yang akan datang untuk interaksi dengan mereka, atau mereka diajak kemari untuk interaksi dengan pasien-pasien yang lain. Kira-kira ke sana. Tapi untuk 1-2 kasus yang hardcore, apalagi yang timbul pencederaan, itu sampai saat ini memang masyarakat kita belum bisa menerimanya.
- W: Kenapa timbul stigmatisasi RSJ?
- R: kenapa timbul stigmatisasi Rumah Sakit Jiwa. Karena memang itu tadi, yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa adalah pasien yang psikotik, yang daya realitasnya terganggu, yang dalam penampilannya atau interaksi sosialnya terganggu. Sehingga RSJ dianggap sebagai tempat pengumpul. Dulu pun sebagai tempat pembuangan atau penampungan orang-orang gila, atau orang-orang dari kelompok masyarakat yang dibuang ke sana. Itu yang masih melekat pada masyarakat ini. Sehingga pasien-pasien gangguan jiwa yang seperti dikatakan tadi, ....yang gangguan jiwa itu bukan itu saja. Pada anak-anak ada gangguan perkembangan, banyak macamnya. Kalau saudara lihat di buku pedoman gangguan jiwa itu ada 300 lebih macamnya, termasuk gangguan jiwa pada anak-anak. Nah ada stigma psikologis di situ. Ada anak kesulitan belajar, takut, takut,

karena bayangan yang ada. RSj itu kumpulan dari orang-orang yang tidak waras. Itu kira-kira. Saya melihatnya begitu.

- W: Pandangan yang ada di masyarakat terkait dengan proses stigmatisasi dan isolasi terhadap individu tersebut, apakah ada hubungannya secara medis dengan pembentukan RS? Sebab penentuan individu sakit itu kan dari dokter, ketika masuk RS. Dan setelah keluar RS, maka label individu tersebut semakin kuat melekat sebagai orang yang sakit. Bagaimana dok?
- R: Kalau saya melihatnya begini. Pada masyarakat yang relatif masih pinggiran dan pedesaan hal tersebut masih sangat berpengaruh. Tetapi pada masyarakat perkotaan yang individual, yang tetangga tidak terlalu banyak ini itu (campur tangan). Kalau dikatakan pada masyarakat pedesaan, perkampungan, pinggiran itu betul, memang cap itu masih kuat. Jadi seolah-olah masuk Rumah Sakit Jiwa itu memperkuat label sakit jiwanya, betul itu. Kalau itu di lingkungan yang masih suasana perkampungan. Ya mungkin karena interaksi sosialnya lebih kuat. Tapi kalau sudah perkotaan, lebih individual kayaknya tidak terlalu. Tetangga ma tidak sangat terlalu berpengaruh.
- W: Kalau dari paparan dokter tadi, maka RSJ tidak jauh berbeda dengan fungsi penjara, balai-balai penyembuhan ketergantungan narkoba, ataupun panti-panti rehabilitasi?
- R: Iya, jadi gini. Kalau tidak ada program yang komprehensif tadi. Maka RS ini tidak jauh beda dengan panti-panti sosial tadi. Malah peristiwa atau perilaku-perilaku tidak wajar mereka akan semakin ada. Ini hanya akan menjadi ruang isolasi saja. Betul memang kalau tidak ada program yang cukup ade kuat untuk itu. Seolah-olah RS ya hanya sekedar sebagai tempat isolasi orang yang sakit agar tidak mengganggu. Tapi dengan program-program yang ade kuat dan terapi ke keluarga, dalam arti lebih memberi pengertian keluarga bagaimana keluarga mengelola pasien. Maka akan tidak seperti itu lagi. Dan hal ini saya temukan pada pasien dan keluarga pasien yang baru. Kemudian yang baru yang mereka dapat program-program yang ini. Mereka seperti melihat pelayanan Rumah Sakit Jiwa ya seperti pelayanan Rumah Sakit umum fisik. Selama sakit, inap, dan setelah itu ya tinggal berobat jalan saja. Saya melihatnya kesannya begitu. Tapi mereka yang kronis yang selama ini mendapat terapi yang seperti itu, lah mereka yang masih terpolanya seperti itu.
- W: Tapi program-program tersebut itu kan baru yang akan datang?
- R: Karena fasilitas begini saja.... panti rehabilitasi, panti sosial seingat saya yang berada di Indonesia di bawah dinas sosial ada dua, yaitu satu Palamarta, kapasitas di bawah seratus. Dan satu lagi di Jawa Timur atau di Makasar saya kurang tahu. Anda bayangkan seluruh Indonesia cuma ada dua. Padahal penderita psikotik berapa juta. Kalau dianggap 1% saja, kan sudah 2 juta. Kemudian yang perlu dirawat berapa, katakanlah 10% dari 2 juta, berapa? 200 ribu, itu gimana muternya dirawat di situ. Padahal idealnya fasilitas RSJ dengan panti kan kurang lebih bisa nampung. Yang jadi masalah sebagian besar pasien gangguan jiwa itu numpuk di RSJ, mandek keluarnya.

- W: Bagaimana anda menanggapi adanya asumsi perawat dan pegawai di sini, bahwa terjadi pada sebagian dokter adanya degradasi profesi dokter? Tanggapan dokter gimana?
- R: Begini. Ada 2 hal ketentuan formal, Pertama, ada diagnostik dan ada kriteria diagnostik yang menentukan seseorang menderita gangguan jiwa. Tetapi dalam praktek di lapangan, apalagi dokter yang sudah berpengalaman yang sudah terbiasa kan tidak melihat buku lagi. Kedua, kadang-kadang dia juga mengambil apa namanya.... seharusnya memang harus dia cek. Tetapi kadang-kadang dengan pemberian terapi yang lalu. Oh dia sudah ada bayangan kira-kira gangguannya seperti ini. Menurut saya yang idealnya, sesuai dengan prosedur ya periksa, tapi dengan pengalaman dia, dia sudah dapat menentukan seperti ini. Yang saya tahu setelah itu ya dikonfirmasi walaupun itu per telepon. Dan itu bukan di psikiatrik saja. Semua dokter pun begitu. Bidang-bidang lainpun karena dia sudah pengalaman cukup banyak, jadi begini begini. Makanya kalau sudah jelas pasiennya, apalagi kalau kita sudah kenal orangnya. Oh Pak ini gejalanya begini-begini lagi. Oh iya berarti begini-begini. Kalau gitu kasih terapi ini-ini, berani saya melakukan itu. Karena udah kenal pasien tersebut.
- W: Kenapa komunikasi dokter dengan pasien terbatas? Padahal terapi pasien jiwa kan sangat membutuhkan hal tersebut?
- R: Saya melihatnya tergantung dokternya sih. Ada dokter-dokter yang dia di situ sisihkan waktunya. Ada beberapa dokter yang kadang-kadang dengan jarak jauh pun, tidak.... ya individual-lah. Bukan ini dokternya.
- W: Status pasien dalam perawatan itu sebagai apa? Apakah sakit pasien yang diobati atau pasien itu yang harus diobati? Pasien sebagai obyek pengobatan, menurut dokter bagaimana?
- R: Harusnya intersubektivitas. Jadi yang kita obati itu gangguannya, sakitnya yang kita atasi. Tapi yang sering terjadi dalam dunia kedokteran secara keseluruhan, jadi bukan si sakitnya ini. Jadi si pasiennya ini sebagai obyek. Dan ini yang sering terjadi. Tidak semua dokter bisa melaksanakan hubungan intersubektivitas tersebut. Lebih banyak melihat sebagai obyek yang harus diterapi. Sehingga itu salah satu perilaku dokter yang sering terjadi. Pasien belum datang, sudah tahu apa sakitnya. Tidak ada tatap muka, tidak ada kontak dan segala macam. Jadi bukannya hanya bidang psikiatrik saja. Tetapi inilah penyakit dalam dunia kedokteran. Bahwa hubungan intersubektivitasnya sudah mulai terganggu. Lebih banyak menganggap sebagai subyek-obyek. Itu yang sering kita ingatkan supaya jangan dilakukan hal-hal yang seperti tersebut. Tetapi hal-hal itu tidak dapat dihindari. Hampir semua bidang dunia kedokteran, hubungan subyektivitas ini tidak terjadi.
- W: Pengobatan pasien fisik dan jiwa itu kan berbeda. Tetapi seringkali hal tersebut disamakan. Orang sakit jiwa itu kan secara empati lebih membutuhkan, tetapi sering penanganannya hanya seperti orang sakit luka biasa. Menurut dokter?
- R: Kembali lagi, itu tadi, ....bahwa sebagian besar dokter itu melihatnya sebagai obyek bukan subyek. Intersubyektivitasnya tidak terbentuk. Sehingga timbul bias-bias seperti itu. Sebetulnya empati memang terhadap pasien-pasien itu harus



dibedakan, lain empatinya. Tapi kadang-kadang, itu tadi. Tapi memang karena dokternya terjebak dalam hubungan yang subyek-obyek. Sehingga dia memperlakukan sebagai obyek saja, itu yang saya lihat.

W: Penanganan terhadap pasien itu mengutamakan sisi sosial kemanusiaan atau birokrasi kedokteran?

R: Saya melihatnya ini kecenderungan birokrasi. Bukan hanya birokrasi saja. Dalam dunia kedokteran secara umum ya. Karena kemajuan teknologi, kemajuan segala macam. Sehingga hal-hal yang formal-formal itu yang lebih banyak dilakukan terutama dari sudut formalita. Kedua, dari sisi biaya. Dulu kan banyak keluhan-keluhan pasien gelisah segala macam, harus kena biaya masuk dan segala macam. Ini bukan hanya di RS ini, melainkan terjadi di semua bidang kedokteran secara umum. Ini salah satu tantangan dunia kedokteran. Hanya beberapa peraturan pemerintah yang dibuat. Pasien gawat darurat harus diperiksa terlebih dahulu. Tapi di lapangan ya tergantung. Tidak semua Rumah Sakit bisa melakukan hal tersebut.

Dan kembali lagi ke kita petugas lapangan. Tidak semua bisa melakukan itu. Apalagi yang terbiasa dengan birokrasi. Harus ini dulu, itu-nya dulu, ngurus di sana..... Adanya tuntutan hukum itu yang dalam dunia kedokteran disebut medical resistance. Sehingga timbul resistensi yang lebih kuat dari dunia medis untuk membela diri. Satu dari tuntutan hukum. Kedua dari segi biaya. Coba RS swasta? Pasien kabur. Lah itu yang terjadi. Jadi pola ini bukan hanya di RSJ, tapi sudah terjadi di dunia kedokteran secara menyeluruh, istilahnya medical resistance ini. Karena dalam merangka melindungi ini, kedua dari sudut dokter juga sebagian tidak murni untuk menolong. Ada juga yang masih uangnya ada. Dasarnya RS swasta dan macam-macam....

W: Asumsi di masyarakat yang memunculkan stereotype akhirnya ya antara apakah ini jasa pelayanan kesehatan atau bisnis RS? Menurut dokter?

R: Ya, ya..... Itulah kecenderungan sekarang ini. Pola pikirnya kan dulu RS itu kan klinik sosial penuh. Sekarang unit sosial ekonomi. Sebagian orang investasi itu kan cari untung. Jadi bobot ekonominya lebih tinggi. Nah ini di sini yang agak sulit mengontrol; mana yang masih sosial ekonomi, jadi masih pantas bisnisnya. Dan kedua, mana yang bobot bisnisnya lebih besar. Ini terutama yang terjadi di RS swasta. Kalau di RS pemerintah yang saya lihat akibat pola birokrasinya itu. Seperti saya katakan tadi secara keseluruhan tentang medical resistance juga yang saya katakan tadi makin meningkatnya kesadaran, tuntutan yang lebih banyak, lebih mengharuskan RS begini-begini, persyaratan-persyaratan, contohnya misal inform concern dan segala macam, termasuk RSJ itu masuk di inform concern. Kalau pasien jiwa lari, kalau pasien ini. Sekarang kalau dituntut, pasien saya lari, nabrak orang..... Karenanya RS kemudian jaga-jaga diri. Jadi itulah timbulnya , banyak timbul motif bisnis dan sebagainya. Karena berubah dari sosial penuh menjadi unit sosial ekonomi. Padahal sebetulnya kan unit sosial ekonomi itu kan arahnya lebih ke efisiensi sebetulnya.

W: Lantas fungsi sosial RS sendiri bagaimana dok?

R: Jadi RS tetap melakukan fungsi sosialnya. Bahwa pasien-pasien yang tidak mampu tetap dirawat dengan dana pemerintah JPSBK. dulu sebelum ada JPSBK namanya ya piutang negara jenisnya. Jadi RSJ ini dari dulu membebaskan pasien jiwa ngak mampu itu udah banyak. Apsein yang punya piutang sekian, karena sudah tidak mampu. Akhirnya surat keterangan tidak mampu. Piutang negara kita melapor, bahwa ada piutang negara yang tak tertagihkan sekian, karena banyak yang tidak mampu. Sekarang karena danya JPSBK, itu bisa kita klaim dengannya. Apa gunanya uang itu? Ya untuk operasional juga. Operasional RS kan, biaya RS dari negara kan relatif minimal.

Di sinilah sulitnya, bagaimana kita tetap pinter-pinter melaksanakan fungsi sosial RS. Kita sekarang cukup surat sehat keterangan dari RT/RW dan kita tanya dia sanggupnya berapa? Katakanlah 10 ribu. Nah subsidi sisanya kan dapat kita berikan pada pasien lain. Nah ini sering disalahtafsirkan. Kok sudah ada JPSBK masih tetep bayar? Kan kalau si pasien sanggup bayar 8 ribu katakanlah. Maka yang 12 ribu ditanggung pemerintah. Nah 20 ribu itukan dapat dibagi untuk 2 orang. Jadi makin banyak yang dapat dibantu. Padahal orang yang benar-benar ngak mampu, ada surat keterangan, ya ngak bayar sama sekali, bebas. Di sinilah fungsi sosial kita...

W: Tindakan yang dapat dilakukan untuk meminimalisir proses stigmatisasi itu apa dok?

R: Stigma itu kan pertama ya pendidikan.... maksudnya yang dalam pengertian pendidikan dalam lingkungan keluarga terdekat, baru masyarakat. Kedua juga bahwa memang gangguan jiwa itu perlu waktu yang panjang. Bukan yang selalu merusak diri atau mengganggu lingkungan. Yang demikian itu bobotnya sangat kecil dan ini perlu dijelaskan pada masyarakat, serta dapat diatasi. Jadi kerja berat pendidikan untuk meyakinkan masyarakat tentang hal tersebut, mengubah itu. Terus di sekolah-sekolah, sekalipun tidak ada materi khusus. Tapi paling tidak ada pengertian yang baik dan benar tentang gangguan jiwa dan pengobatannya. Ini kerja berat yang perlu..... generasi hitungannya mungkin. Amerika yang maju saja waktu pemilihan presiden sebelum Bill Clinton. Calon yang dari Partai Demokrat –Dukakis namanya kalau ngak salah—hanya gara-gara pernah konsultasi ke psikiater, ternyata ini dipakai lawan politiknya untuk menjatuhkannya. Jadi di Amerika yang maju pun sampai generasi sekarang saja stigma itu masih ada. Apalagi kita, akan lebih lama lagi.

W: Yang paling bertanggung jawab mensosialisasikan pandangan yang benar untuk menekan stigmatisasi itu sebetulnya tugas siapa? Apakah tugas dokter dan Rs atau tugas ek men masyarakat yang lain?

R: Saya pikir ini tugas pemerintah. Karena ini sifatnya tugas pendidikan masyarakat. Mungkin dikoordinir oleh Departemen Kesehatan. Yang berkoordinasi dengan lembaga-lembaga lain sebagai pelaksana lapangan, seperti RS ini, itu teknisnya.



**Wawancara dengan Ibu As, Kasi IV Rehabilitasi  
IA, 19 Maret 2004**

W: Nama Ibu?

A: Pakai Samaran saja ya, As aja

W: Usia Ibu?

A: 46 tahun

W: Ibu tinggal di mana?

A: Saya tinggal di Menteng Asri, belakang RS

W: Menurut Ibu gangguan jiwa itu apa sih? Bisa Ibu jelaskan secara umum saja.

A: Tentang gangguan jiwa yang saya ketahui adalah seseorang atau individu yang mengalami gangguan perilaku, yang dia itu tidak bisa mengendalikan perilaku yang bisa membahayakan orang lain maupun dirinya sendiri, termasuk juga dia tidak bisa memperhatikan kebutuhan dasar akan dirinya.

W: Itu masuk problem individu itu sendiri atau sudah masuk problem orang banyak atau problem sosial?

A: Pertama itu menjadi problem bagi diri sendirinya, apabila dia terganggu. Dan kedua ia akan menjadi problem lingkungan atau orang lain yang bisa membahayakan orang lain maupun lingkungannya.

W: Pengalaman Ibu pertama kali bersentuhan dengan pasien gangguan jiwa itu gimana? Ada kesan canggung atau apa?

A: Mungkin ngak, soalnya saya sejak awal sekolah di sini. Sekolah Pengatur Rawat, B-nya itu Jiwa. Biasa disingkat SPRB. Itu dari tamatan SMP, setingkat SMA. Waktu saya datang ke sini, masih kanak-kanak. Kita tahunya ya sekolah, sambil bekerja. Jadi ya tidak ada rasa takut. Kecuali kalau kita menghadapi pasien yang amuk, mungkin soalnya kita kan perempuan, dari postur tubuh yang kecil, ataupun pengetahuan kita yang belum terlalu luas. Mungkin itu menjadi kendala saat itu. Tapi banyak hal yang saya alami, dipukul pasien.... itu sudah diyakini sedari awal menjadi konsekuensi kita kerja di sini. Kalau dipukul, diludahi, dicaci-maki itu sudah biasa....

W: Perasaan Ibu gimana? Memang tidak shock waktu itu?

A: Ya shock memang waktu itu sementara. Terus kemudian dengan banyaknya bantuan yang menangani pasien amuk tersebut, terus kemudian kita sendiri disiplin dari lingkungan dan dari petugas, tidak menjadikan sesuatu yang bersifat keputusan. Apalagi pengobatan sekarang kan lebih maju. Jadi ya terus saja bergulir, walaupun kejadian dipukul itu sudah berulang kali. Jadi gitu.

W: Sebelum di sini sudah ada persentuhan dengan orang-orang yang gangguan jiwa belum Bu?

A: Belum, ya dari tamat dari SMP terus sekolah di sini, ya baru itu bersentuhan langsung dengan pasien jiwa.

W: Arsitektur bangunan RS apakah memberi kesan tersendiri atau gimana?

A: Kalau menurut saya sih menyenangkan bagi pasien-pasien gangguan jiwa, sebab jauh akan lebih aman bagi pasien, beda dengan bangunan-bangunan yang pendek.

Soalnya pasien-pasien jiwa itu kan hiperaktif, dia banyak aktifitas yang tak terarah, dan pasiennya banyak. Kalau bangunannya pendek, pasien banyak, kan kelihatan sempit. Sehingga ruang gerak terbatas. Memang zaman orang dulu itu telah mendesain sedemikian rupa dengan perilaku pasien gangguan jiwa.

W: Tetapi di masyarakat kan banyak asumsi yang mungkin terbangun dari kesan bangunan yang tua, tinggi, tetapi kusam dengan jeruji-jeruji besar yang pada karatan. Bangunan yang seperti ini apa tidak memberi kesan negatif?

A: Tanggapan saya sebenarnya bukan karena bangunan itu tinggi, tapi bangunan pasien jiwa. Itu bangunan zaman Belanda, tetapi dibikin Rumah Sakit Jiwa. Saya rasa begitu. Di Bogor juga banyak bangunan-bangunan tua, menyeramkan peninggalan Belanda. Jadi menurut saya bukan bangunan itu, melainkan stigma anggapan, imaje masyarakat terhadap Rumah Sakit Jiwa sebetulnya yang menjadikan pandangan negatif seperti itu. Jadi kesan RSJ nya saya rasa.

W: Kalau aktifitas keseharian di RSJ ini apa saja Bu?

A: Kalau pasien itu seperti rutinitas ya, dia bangun pagi jam 4 atau jam 5, dalam arti pasien yang pola pikirnya cukup baik. Kemudian bersamaan dengan itu, petugas sudah membuka pintu kamar, tapi pintu luar belum. Sebab dikhawatirkan pasien itu lari. Jadi jam 4 itu sebelum subuh mereka itu masih mondar-mandir di ruangan. Pasien yang sudah bisa mandi, dia mandi. Pasien yang tidak bisa mandi perlu bantaun, petugas setelah subuh membantu memandikan. Setelah selesai kira-kira jam 6 baru pintunya dibuka. Pasien bisa beraktifitas di luar ruang kamar tidurnya, tetapi masih dalam satu ruang kamar tidurnya, bisa di halaman, bisa di teras. Dan untuk pasien yang sudah mulai produktif, dia mulai membantu membersihkan ruangan, seperti tempat tidur, menyapu, kalau mengepel belum, itu bersama petugas, terus mengantar barang-barang ke dapur untuk persiapan makan pagi. Terus kemudian perawat atau petugas pagi datang, ya dilakukan operan. Walaupun kualitas operan itu bermacam-macam ya. Kadang cukup hanya lewat buku laporan pasien secara umum, tapi kadang harus dengan laporan yang diperinci. Terus perawat yang dinas pagi, menyiapkan makan pagi pasien dan setelah itu, bersama pasien yang sudah mandiri membersihkan selesai makan. Kemudian mengikuti program yang sudah dibuat di ruangan, seperti melakukan terapi aktifitas, kalau memang sudah ada jadwalnya, atau pasien sudah langsung diambil oleh perawat praktekkan untuk melakukan intervensi, baik individu atau kelompok. Itu juga sudah ada programnya. Itu bersamaan ya antara petugas dan yang tadi.....

Kemudian petugasnya membuat melaksanakan program untuk hari itu, misalnya rapat, atau mengajukan pengaduan ke pelayanan, atau dia membawa pasien konsul ke bidang terkait, misalnya poli klinik, ke psikolog atau ke dokter-dokter yang ada di ruangan. Dan juga itu diselingi dengan keluarga pasien yang berkunjung. Dalam hal ini petugas atau perawat mengintervensi keluarga terkait dengan pasien yang dirawat dengan masalahnya. Langkah yang menyeluruh tentunya memperhatikan program pasien. Apakah hari itu ada obat yang harus diberikan melalui suntikan. Kalau obat oral sih pasti, ya pagi, siang dan sore

selesai dia makan. Tapi dia ada suntikan, tentunya ada jam-jam tertentu yang harus diperhatikan oleh perawat. Kemudian demikian juga asuhan yang diberikan oleh yang sore. Hanya saja yang sore ini tidak terlalu banyak kegiatan, baik pasien maupun petugas. Karena pasien biasanya istirahat, tidur, karena lelah, kalau ngak ya nonton TV kadang-kadang. Untuk mengisi waktu luangnya, kalau ngak hanya kumpul-kumpul saja dengan perawat, ya diskusi, atau hanya ngobrol-ngobrol, sambil nunggu makan sore, mandi dulu ya barangkali. Yang pasien mandiri ya mandi sendiri, yang ngak ya dibantu. Terus makan sore, minum obat, dan seterusnya tentunya perawat mendokumentasikan apa yang telah dilakukan selama sepanjang sore, sambil menunggu operan dengan yang malam.

Untuk malam tugasnya jauh lebih ringan lagi, sebab hanya mengobservasi dan memonitor pasien yang eh... hal-hal yang ngak... pasien yang mondar-mandir, pasien yang ngambek, atau pasien yang tidak tidur, atau mengganggu pasien yang lain. Kalau hal-hal yang istimewa sih mungkin mereka hanya melakukan tugasnya ya...banyak ngrumpi, istirahat nonton TV, atau membuat catatan-catatan asuhan keperawatan.

W: Kalau dokter?

A: Kalau dokter datangnya tidak setiap hari, tapi tergantung berapa hari dia memberikan obat. Dokter tentunya seminggu sekali dia akan datang, kecuali ada kejadian luar biasa atau hal-hal yang perlu dilaporkan segera. Itu bisa dokternya yang dipanggil atau perawatnya menghubungi dokter, nanti perawat ke poli klinik atau dokter jaga. Seperti itu...

Kemudian kalau ada kejadian, sore atau malam. Itu kita hubungi dokter jaga, karena di luar jam kerja, itu kan tanggung jawab dokter jaga ya, dokter ruangnya sudah tidak ada di tempat. Apakah pasiennya dibawa ke UGD, atau nanti dokternya datang ke ruangan, tergantung dari kondisi pasien.

W: Berarti dokter datang tergantung kebutuhan obat pasien. Tapi sehari-hari yang mengontrol pasien berarti perawat ya Bu?

A: Ya

W: Terus hubungan dokter dengan pasien sendiri gimana?

A: Selama ini sangat bervariasi..., tergantung dokternya. Kebanyakan mereka kan kalau mereka membuat resep satu hari 30-40 resep, tentunya tidak memungkinkan. Jadi mereka punya teknik dibagi, misalnya minggu ini berapa pasien yang diobservasi. Terus kemudian minggu berikutnya, tidak sekaligus, tapi bertahap. Kemudian pasien yang luar biasa, perilakunya perlu perhatian, perlu observasi dokter, biasanya pasiennya agak diwawancarai. Kalau pasien yang akut, mungkin ya ..... biasanya diobservasi tiap hari dan diwawancarai dokter. Tetapi kalau ruangan-ruangan tenang biasanya ya melalui laporan perawat. Kecuali kalau hal-hal tertentu tadi ya dilaporkan ke dokter dan dokter wawancara.

W: Kalau kegiatan terapi aktifitas kelompok biasa dilakukan kapan saja dan materinya apa saja Bu?

A: Jadi itu kembali lagi ke kebutuhan ruangan. Program ini sebaiknya tiap hari dilakukan. Karena dengan media aktifitas kelompok ini, ada kontak antara pasien

dengan perawat. Walaupun secara bergantian. Frekuensi ini eh... karena keterbatasan tenaga dilakukan 2 hari sekali dengan topik yang berbeda, dengan partisipator yang berbeda. Kita kumpulkan pasien dengan masalah perawatan yang sama. Seperti masalah menarik diri, kita kumpulkan pasien sejenis antara 10-15 orang. Dengan masalah yang sama, topik yang sama, tentunya kita dapat mengevaluasi antara pasien yang satu dengan yang lainnya. Nah kemudian, hari berikutnya kita akan melakukan aktifitas kelompok dengan materi yang berbeda. Dan itu semuanya harus ada kreatifitas dari perawatnya untuk bervariasi, sehingga pasien tidak jenuh dan kedua, tujuan terapi pun akan tercapai. Nah biasanya kegiatan itu kita lakukan tidak terlalu lama satu jam maksimal, dengan pembagian waktu meliputi; persiapan berapa menit, kemudian kontrak, dan proses, terus evaluasi secara keseluruhan setelah melaksanakan kegiatan tersebut. Nah itu menjadi catatan evaluasi perawat dalam dokumentasinya, sejauhmana kemajuan pasien dengan masalah yang dihadapinya.

W: Dalam satu kelompok terapi itu ada berapa perawat?

A: Tidak banyak, hanya 2 orang perawat. Biasanya ada yang sebagai leader dan yang satu co-leader. Tapi kalau banyak kan lebih enak, sebab yang lain tinggal mengawasi. Tapi minimal satu dan maksimal tidak terbatas. Tapi rata-rata dua.

W: Terapi buat pasien yang amuk gimana Bu?

A: Pasien amuk tidak bisa kita berikan terapi aktifitas kelompok. Tapi terapi individual. Modelnya kita interaksinya penanganan, salah satu masuk intervensi keperawatan untuk pasien amuk. Tetapi pada saat pasien terjadi amuk, marah, tidak bisa mengontrol dirinya, maka ia tidak bisa dilakukan intervensi, tapi dia kita amankan dulu dia dari lingkungan yang membahayakan. Pada saat kita mengamankan itu dengan isolasi di kamar atau viksasi dengan cara diikat. Waktu kita lakukan tindakan itu kita informasikan pada pasien itu, bahwa kita akan lakukan tindakan ini agar tidak membahayakan pasien tersebut. Apapun kondisi dia, bila dia dalam keadaan amuk tentunya dia tidak terlalu memperhatikan. Nah ketika dia sudah mulai minta dilepaskan, maka akan kita ulang lagi, dan kita katakan, bahwa pasien tersebut tadi habis melakukan tindakan kekerasan. Nah untuk sementara ini kita amankan sampai pasien tadi tenang. Bapak (Pasien tadi) tadi bisa mengungkapkan kenapa Bapak sampai memukul orang. Ketika dia sudah tenang, dia akan mengungkapkan. Begitulah pendekatan dengan pasien, dengan komunikasi. Terus kita juga punya protap untuk isolasi dan viksasi tersebut ada waktu-waktu yang harus kita perhatikan. Kalau dia pingsan, tentunya dalam kondisi baring, dituntut 2 jam kita harus membantu. Kalau dia duduk, kita lakukan pendekatan, terus kita tinggal, kemudian kita ajak komunikasi lagi. Dengan memberikan perhatian, diharapkan pasien itu mengerti kenapa dilakukan tindakan seperti itu. Kemudian dia itu mengerti, memahami informasi yang sudah kita sampaikan untuk mengendalikan marah tadi. Memang itu ndak sekali dua kali, kontinu. Dan pasien kita yang kronis itu, biasanya kalau udah biasa, begitu dia merasa akan amuk lagi, dia sudah bisa minta diikat sama perawat. Tolong nih

saya diikat, diamankan. Untungnya perawat kita 24 jam, sehingga terus menerus dapat memantau perkembangannya. Apakah benar dia sudah tenanga dan.....

W: Apakah itu tidak mengganggu pasien yang lain?

A: Itu tadi, pasien akan memahami kejadian itu berdasarkan terapi aktifitas kelompok. Di mana pasien yang halusinasi akan mendengar suara-suara yang mengancam itu yang menyebabkan pasien mengamuk. Nah mereka akan menceritakan pengalamannya itu, ya saya memang disuruh-suruh memukul orang.....Nah kita ajarkan bahwa caranya begini-begini kalau menghadapi suara-suara seperti itu. Jadi pasien yang sama gangguannya, misal halusinasi, maka begitu ada temannya kelihatan ada gejala terganggu, dia kadang-kadang akan ikutan membantu temannya tersebut.

W: Bentuk terapi perawatan di sini itu apa saja?

A: Ya itu tadi terapi aktifitas, bisa kelompok, bisa juga yang individu. Yang individu face to face, kemudian perawatnya sudah tahu permasalahannya, karena perawat itu kan mengkaji dari awal masalah-masalah yang dimiliki si pasien dan perawat itu memiliki kompetensi untuk mengintervensi masalah keperawatan yang dimiliki pasien. Secara kelompok ya melalui terapi aktifitas kelompok.

W: Maksud saya pengobatan terhadap pasien itu apa saja?

A: Kalau itu ada psikofarmaka, obat-obatan, dan psikodinamika, berarti pendekatan individu maupun kelompok.

W: Efektifitas perawatan di sini gimana? Sebelum dan sesudah?

A: Kita di sini kan bukan hanya masalah pasien, tetapi juga masalah keluarga. Jadi peran serta keluarga. Jadi kalau lebih efektif terhadap pasien, kalau dia sudah baik sosialnya yang kita ajarkan dan hal itu didukung keluarga. Maka hari rawat akan dapat dipersingkat. Semua sangat tergantung pihak keluarga. Sebab ada pasien yang baru dua minggu dirawat sudah kooperatif, tapi pihak keluarga tidak peduli, ketika pasien pulang, kemudian dia seminggu di rumah, dia bisa kambuh lagi. Jadi sangat terkait ya antara pasien itu sendiri dan keluarga. Tapi rata-rata pasien gangguan jiwa itu hari rawatnya jauh lebih lama dibanding pasien biasa.

W: Berapa persen pasien yang dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang kembali ke keluarga dengan mereka yang kambuh dan balik lagi ke RS?

A: Wah saya tidak tahu itu. Itu dicek di CM (Catatan medis) kali ya.

W: Yah kira-kira dari pasien-pasien yang boleh pulang, berapa persen yang balik lagi?

A: Ya... kalau itu mungkin 10% kali ya ada, itu dari keseluruhan ya. Karena kalau kita berbicara hanya satu ruangan, maka itu akan sangat bervariasi.... Karena ada runagan yang pasiennya kronis itu perawatannya ada yang sampai 6 bulan, bahkan ada yang dibiarkan bertahun-tahun. Kalau kita berbicara dari keseluruhan pasien yang ada 380 sekian, ya 400, ya ada 10% yang balik lagi, itu jarak waktunya satu bulan ya.

W: Pasien yang ditolak oleh keluarganya, itu masuk tanggung jawab siapa?

A: Kalau pasien seperti itu masuk tanggungan pemerintah melalui dana JPSBK, yaitu jaring pengaman sosial bidang kesehatan. Itu buat pasien yang tidak mampu.

Perolehannya melalui surat RT/RW setempat, dengan rujukan dari Puskesmas Kartu Sehat. Sebenarnya untuk lolos dapat Kartu Sehat itu ada kriterianya, tapi pada kenyataannya dia sebetulnya masih mampu. Tapi itu tidak kita persoalkan. Yang penting dia punya Kartu Sehat. Setiap pemegang Kartu Sehat kita akan layani biaya perawatan selama dia di sini. Padahal sebetulnya setiap 3 atau 6 bulan kartu itu harusnya direvisi. Tapi kadang-kadang ada yang diperpanjang, ada yang direvisi, tapi kadang-kadang dibiarkan saja. Tergantung selama dana itu bisa diklaim ke pusat, kita tidak akan mempersoalkan itu.....

W: Berapa persen perbandingan pasien yang dibiayain dana JPSBK dan yang mereka biaya sendiri?

A: 60% JPSBK, tanggungan pemerintah

W: Mengapa banyak sekali, apakah karena keluarga pasien yang tidak mampu, ataukah karena mereka ditolak oleh keluarganya atau masyarakat?

A: Bervariasi sekali. Pertama, ditolak keluarga, tentunya mereka akan mengupayakan sedemikian rupa supaya mendapatkan Kartu Sehat. Pasien yang dirawat di RSJ itu biayanya tinggi, karena obat-obatan mahal, dan biaya perawatannya juga, sekalipun mungkin murah, tetapi karena masa rawatnya panjang, tentunya akan jadi mahal. Kemudian keluarga tidak mau memahami atau peran serta keluarga dalam masalah sakit jiwa ini kurang. Seperti kalau pasien itu sudah dinyatakan sembuh sosial, ternyata pihak keluarga tidak mampu melatih pasien apa yang seharusnya bisa dia lakukan di rumah, seperti apa yang kita ajarkan di sini. Karena keluarga sibuk, anggota keluarga jarang di rumah, sehingga menyebabkan kekosongan individu tersebut. Sehingga kondisi ini menyebabkan kekambuhan. Akhirnya dia balik lagi ke sini. Harusnya kan pemberian obatnya dimonitor, aktifitas dia dimonitor, jangan sampai dia dibiarkan dengan kesibukan tanpa ada komunikasi atau perhatian.

W: Kenapa kok ngak dipindah saja mereka ke panti rehabilitas?

A: Ngak bisa... Panti rehabilitasi itu kan bukan punya Depkes, tapi punya Dinas Sosial. Kita punya yang di Jawa Barat, di Palamarta. Dia itu tidak mau menerima pasien yang ngak punya keluarga dan yang gratis, ngak mau dia. Dalam arti gratis, itu kan sebetulnya ngak gratis. Masalahnya mereka ngak mau mengklaim atau prosedur yang JPS itu. Jadi di Panti Sosial itu, masalahnya keluarga dan kedua biaya. Sementara keluarga kan tidak mau repot, mereka menghindari biaya dan dengan JPS mereka merasa aman di sini. Sementara kalau di Panti kan mungkin... saya ngak tahu, mungkin ngak bisa berlaku, mungkin ngak suka prosedurnya, mungkin itu yang membuat mereka malas. Kedua, kemudian Panti-Panti Sosial kita terbatas. Panti-Panti kita untuk pasien gangguan jiwa itu sangat terbatas. Jadi berbagai macam dalih, akhirnya keluarga ya memasukkan ke sini. Kalau memang kita tolak, ya ngak dirawat, biasanya ya dilepas, berkeliaran, akhirnya ya ditangkap dimasukin ke sini. Itu jalan akhirnya.

W: Yang diobatin itu gangguan jiwa si pasien ataukah ya pasien itu sendiri?

A: Eh..... perilakunya. Kalau gangguan jiwa itu sulit ya, organiknya, itu mungkin wewenang dokter ya, dalam bidang psikofarmaka. Tapi kalau kita, perawatannya



itu pendekatan individual. Jadi hubungan antar manusia. Bagaimana kita melatih pasien untuk berperilaku normal. Kembali lagi..... Jadi gangguan jiwa itu terjadi salah satunya karena kesalahan dalam hal pola asuh keluarga. Dari pola asuh keluarga ini setelah kita kaji secara metode sosial, kita kaji pola asuhnya yang terganggu. Itu peran serta siapa? Orang tua. Kalau orang tua tidak ada, kita cari siapa yang dekat dengan dia. Nah dengan memberikan perhatian, dengan memberikan masukan perilaku yang adaptif. Kita harapkan sekian persen pasien itu mengerti dan bisa mengendalikan terutama emosi yang mempengaruhi perilakunya.

W: Bagaimana dengan anggapan, bahwa pasien jiwa itu dijadikan obyek pengobatan. Sebab dia harus tunduk pada prosedur pengobatan yang ada tanpa reserve?

A: Kalau di RSJ saya rasa itu anggapan yang keliru. Walaupun sekian persen ada wujud komersil, dalam arti promosi obat-obatan, tetapi itu tidak murni. Tapi paling tidak adalah oknum-oknum itu. Tapi kami di sini berusaha bahwa pasien tidak dijadikan obyek. Karena kita tahu ya, pasien datang berobat jalan. Dia diberikan obat yang mahal, sementara dia tidak mampu. Kita tidak bisa membiarkan pasien tidak bisa menebus obat, sementara obatnya mahal. Maka kita akan bilang ke dokter, tolong dia diberikan obat-obatan generik. Dengan harapan dia dapat dibantu obat-obatan, dan di samping itu keluarga harus dapat memberikan apa-apa yang dia butuhkan. Nah kalau pasien itu dirawat, dia masuk dalam kondisi gaduh gelisah, tentunya kita akan berikan obat atau tindakan medis itu. Kemudian mereka punya protap sendiri, bahwa bila dalam 3 kali 24 jam, pasien dengan pengobatan seperti ini sudah dapat menurunkan perilaku yang membahayakan. Nah setelah itu mulai masuk pendekatan-pendekatan sosial, dalam hal ini ada perawat, ada pekerja sosial yang mengendalikan pasien pada perilaku yang wajar tadi. Jadi eh...saya tidak ngerti bagaimana dikatakan menjadikan mereka sebagai obyeknya, padahal kita membantu.....

W: Di sisi lain seseorang yang sebetulnya biasa saja, tetapi ketika dia dibawa ke RS. Maka dia akan dapat status baru sebagai orang sakit?

A: Jadi begini ya, di masyarakat sendiri belum tentu masyarakat tersebut tidak mengalami. Gangguan jiwa itu banyak macamnya, ada gangguan jiwa ringan, ada juga yang berat. Ada yang dibawa ke RSJ, yang dirawat di RSJ, terutama adalah pasien gangguan jiwa yang mengalami schizoprenia, atau psikotik, yang dia itu sudah dalam taraf maladaptif, jadi yang sudah perlu bantuan. Sementara mereka yang di luar masih dalam taraf antara adaptif dan maladaptif, jadi ditengah-tengahnya. Jadi dia sudah mengalami gangguan jiwa, tapi masih bisa mengendalikan diri. Sehingga dia masih bisa berinteraksi dengan orang lain. Apakah orang ini tidak perlu obat, tentunya perlu obat. Tetapi dia tidak minum obat, agar tidak dicap gangguan jiwa. Tetapi lama kelamaan kondisinya akan semakin parah. Masuklah dia ke RS. Banyak pasien yang rawat jalan, dia belum dirawat, pasien atau keluarganya menyadari bahwa dia kena gangguan jiwa. Tapi masih dalam taraf ringan. Ya karena masih dapat disuruh, masih bisa diberi pengertian, masih mau disuruh beli obat, masih mau minum obat, masih bisa

melakukan aktifitas normal seperti orang lain, seperti dia sekolah, dia bekerja. Hanya dia tidak terlepas dari minum obat untuk saat ini, dan mungkin selalu konsultasi dengan dokter.

W: Kalau kesan bahwa pasien hanya akan berobat dan kembali pulang karena keluarga, dan dia sebetulnya tidak akan pernah bisa mandiri, itu gimana?

A: Saya Rasa ini tentang pemahaman keluarga tentang gangguan jiwa ya. Kemungkinan seperti ini keluarga waktu dia merawat keluarganya yang menunjukkan gejala yang mengarah pada perilaku gangguan jiwa, dan dia itu tidak tahu. Apakah ini penyakit atau... Nah pengetahuan keluarga ini kan perlu kita berikan....

Kemudian kalau keluarga sudah kita berikan pengetahuan tentang gangguan jiwa dan gejalanya, apa yang harus dilakukan. Hmm belum tentu semua anggota keluarga ini memahami. Bisa jadi orang tuanya memahami, tetapi saudara yang lain tidak. Sehingga ketika pasien itu sembuh, pihak keluarga menerima, tetapi ada juga keluarga yang lain yang menolak. Macem-macam lah.... Sehingga mereka berdalih dan dia sudah merasa aman dengan pasien itu di sini.

W: Kriteria seseorang dinyatakan sakit atau sembuh itu apa Bu?

A: Kalau gangguan jiwa itu dikatakan sembuh 100% mungkin nggak ya. Jadi dikatakan sembuh sosial lah, itu yang kita pakai. Pertama dia masuk dalam keadaan sakit, kenapa dia sakit? Dari perilakunya, apakah dia menyadari realita ya, kemudian dari pola pikirnya. Apakah ada yang dinamakan kejiwaan, halusinasi, jadi perilakunya itu menyimpang dari yang seharusnya. Kemudian tentang kemandiriannya. Dia sudah tidak lagi memperhatikan kebutuhan dasarnya, seperti makannya, dia tidak akan mau makan kalau dia waham. Sebab dia merasa takut akan diracuni. Kalau dia depresi, dia tidak mau makan, karena dia merasa sudah lupa dengan kebutuhannya tersebut. Dan kebutuhan-kebutuhan yang lain, ADL-nya (Activity Daily Living) terganggu. Dan tanggung jawab perawat adalah mengembalikan ADL-nya, mulai kebersihan, cara makan, cara berpakaian, tidurnya, cara menggunakan uang, cara berkomunikasi dengan keluarga, cara pake telpon, dan sebagainya. Juga pasien dilatih untuk berbelanja, beli apa, ngambil buku, foto copy dan lainnya. Kalau itu pasien sudah bisa, maka kita harapkan dia dapat melakukan hal yang sama ketika di dalam rumah. Nah hal ini yang mestinya juga dilakukan pihak keluarga kepadanya. Jadi yang disebut sembuh sosial ya seperti itu.

W: Kenapa timbul pandangan negatif pada masyarakat atas mereka dan RSJ?

A: Saya melihat masyarakat umum, terutama media massa belum melihat secara keseluruhan proses kehidupan pasien yang ada di RSJ, atau pasien yang mengalami gangguan jiwa. Seperti di televisi, kita lihat pasien-pasien yang ditampilkan mengalami gangguan jiwa. Dia ditampilkan yang ketawa-ketawa sendiri, yang ngaruk-ngaruk, yang ngaco, dan sebagainya. Memang betul itu salah satu proses dia mengalami gangguan jiwa. Tetapi dalam proses kehidupannya itu kan masih bisa kita sentuh, kita bisa jamah dengan empati. Sehingga kalau mereka sampai berkeliaran di masyarakat, gepeng, gelandangan



psikotik, ada yang hanya gelandangan saja. Kalau hanya gelandangan saja, mungkin dia hanya tidak mempunyai rumah dan dia mengalami gangguan sosial. Tapi kalau gepeng, dia mengalami dua hal itu dan psikotik. Yang begini ini harus kira rawat di sini, kita ajari, dan nanti bisa kembali ke masyarakat lagi. Yang begini ini kan nantinya bisa kita salurkan ke instansi-instansi untuk jadi pembantu rumah tangga. Ini kan bisa.

Makanya RS ini membuka untuk umum, dengan menerima Pelajar-pelajar PKL atau mahasiswa penelitian. Kita selalu tekankan ini loh kondisinya dan sebaiknya kita begini dengan mereka. Kita juga menekankan untuk tidak pakai istilah gila, tapi gangguan jiwa. Kata gila itu kan kasar banget dan macam-macam artinya.....

W: Menurut Ibu kenapa pandangan masyarakat masih negatif sampai saat ini?

A: Saya pikir itu bukan semata-mata karena kurangnya pendidikan ataupun sosialisasi, tapi di kalangan kesehatan sendiri, seperti ketika ada pertemuan, terus saya perkenalkan diri dari Rumah Sakit Jiwa, mereka pada ketawa. Saya tidak tahu apa yang ditertawakan. Apakah saya yang diketawakan ataukah Rumah Sakit Jiwanya. Saya melihat mereka tidak mau peduli, sehingga RSJ hanya menjadi bahan leluconnya saja.

W: Kenapa ada perubahan nama Rumah Sakit?

A: Itu salah satu hal yang ingin dilakukan untuk mengurangi kesan negatif masyarakat seperti tadi itu....

W: Sosialisasi RS terhadap keluarga ataupun masyarakat itu bentuknya apa saja Bu?

A: Kegiatannya yang kita lakukan terutama dalam bentuk penyuluhan-penyuluhan ya. Penyuluhan keluarga atau yang dirawat di sini itu rutin kita lakukan, tapi kita juga menghimbau anggota keluarga boleh membawa anggota keluarga yang lain, yang walaupun dia tidak menderita gangguan jiwa, maksudnya temennya, tetangganya, dan sebagainya. Kemudian integrasi kita dengan masyarakat, memang hal ini agak jarang kita lakukan terkait dengan anggaran. Biasanya kita berintegrasi melalui penyuluhan, jadi kita adakan penyuluhan setiap hari-hari tertentu di Puskesmas. Kita membantu orang-orang di situ untuk memfasilitasi masyarakat, bahwa setiap hari apa ada dari RSJ memberikan penjelasan tentang gangguan jiwa dan kesehatan jiwa masyarakat. Itu yang dulu kita lakukan, tetapi sekarang tidak, ya karena itu tadi anggaran. Yang kita kita juga lakukan dengan membuka pelayanan umum selain gangguan jiwa, seperti penanganan NAPZA. Awalnya semua orang takut, tapi ketika mereka melihat oh begini, akhirnya ini menjadi salah satu jalan untuk mengenal gangguan jiwa.

W: Mengapa ada diskriminasi terhadap pasien gangguan jiwa lewat kebijakan pemerintah yang masih bertahan di masyarakat, misalnya mereka tidak mendapat hak pendidikan, hak pelayanan kesehatan, hak politik, dsb?

A: Karena begini, kalau secara medis orang yang dikatakan mengalami gangguan jiwa itu sehat jiwa itu sulit, sehat 100%, jadi dikatakan sembuh sosial. Terus pasien jiwa yang sudah kronis, dia sudah tidak bisa.... diapa-apain lagi kasarnya gitu. Tapi sebetulnya pasien yang sudah keluar dan kembali ke masyarakat itu mempunyai hak yang sama. Saya pikir dia kalau punya pekerjaan, dia bisa

melakukan kerjanya, dia masih bisa disuruh, masih bisa mengerjakan apa yang diperintahkan atasannya. Misalnya pegawai negeri, ketika dia sudah sembuh, dia tetap dapat bekerja dan mendapatkan hak yang sama dengan orang lain. Jadi mereka yang tidak mendapatkan haknya itu adalah mereka yang ada di dalam sini mungkin barangkali. Kalau di luar tidak, jadi begitu. Sebab mereka yang sudah keluar dari sini, ada yang kemudian mengikuti pendidikan dan sampai berhasil itu juga ada. Bahkan dia sekarang jadi guru agama di sebuah pesantren dan sering datang ke sini memberi support pada pasien yang lain tentang pengalamannya itu. Jadi sebetulnya mereka itu mempunyai hak yang sama, tergantung pada peran serta keluarga. Mau ngak sih keluarga.....

W: Tapi tapol saja dapat hak yang penuh, misalnya bisa ikut pemilu. Kenapa itu Bu?

A: Kalau menurut saya sih, kalau dia tidak dirawat bisa-bisa saja. Tapi kalau dia dalam kondisi dirawat, siapa yang mau menjamin? Berarti petugasnya dong. Siapa yang bisa mendata bahwa pasien ini kondisinya baik, bisa saja hari ini baik, tapi sebulan kemudian dia kambuh lagi, misalnya begitu. Jadi masalahnya kalau di sini, mereka pikirannya tidak stabil, kondisinya tidak stabil, jadi ngak mungkin itu. Jadi itu juga kenapa orang yang mendapat gangguan jiwa itu mendapat keringanan dalam agama, seperti tidak shalat bagi yang muslim dan sebagainya.

W: Apa yang dilakukan RS jika ternyata pasien yang dinyatakan sembuh itu ternyata tidak diterima oleh keluarganya atau oleh masyarakat?

A: Kalau dia masih mempunyai keluarga, kita lakukan home visit, kunjungan rumah namanya. Kita survei kira-kira lingkungan rumahnya itu masih mendukung ngak sih kalau dia kembali. Siapa yang bertanggung jawab? Kalau yang bertanggung jawab itu si A, kemudian lingkungan rumahnya itu tidak mendukung, kita cari anggota keluarga yang lain yang mendukung. Kalau kira-kira dia juga tidak mendukung, keluarga ngak punya, tentunya kita juga tidak patut memaksakan. Jadi tetap kita rawat dia di sini, dengan harapan kita mandirikan dia. Sehingga suatu saat jika dia bisa berhasil, mungkin kita tempatkan dia di salah satu lingkungan sini, seperti yang ada di salah satu ruang rawat jalan itu.

Tetapi kalau keluarga menerima, kita buru, kita informasikan bahwa anggota keluarganya sudah diperbolehkan kembali ke rumah, menolak dia tidak mau, kemudian kita kasih data pelaku, kemudian beberapa lama kita drop, dropping namanya. Kita antarkan, kita paksa pulang berarti. Kita paksakan pulang mau ngak mau, kalau dia ngak mau menerima, kita hubungi RT/RW setempat menjelaskan bahwa keluarga tersebut tidak mau menerima anggota keluarganya yang sudah dinyatakan sembuh. Jadi kita melibatkan RT/RW setempat agar keluarga menerima anggota keluarganya.

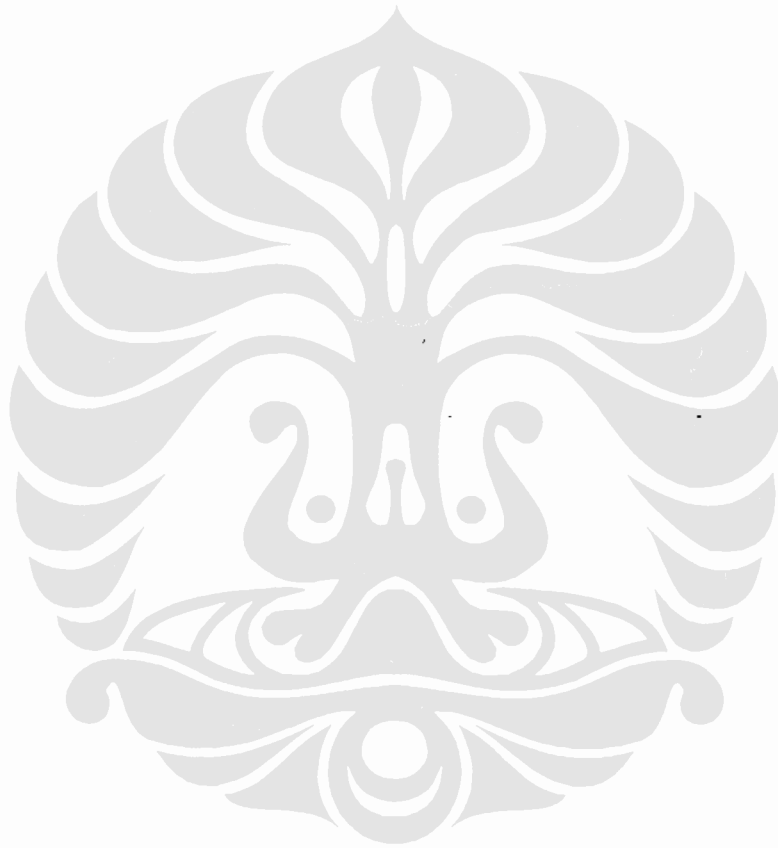
W: Apa perbedaan pasien sebelum dan sesudah keluar dari RS?

A: Seperti yang saya katakan tadi, paling tidak dia sembuh sosial. Dia sudah bisa mandiri, mandiri dalam yang itu tadi, dan dia tidak mengganggu lingkungan.

W: Tanggapan keluarga ataupun tetangga bagaimana, menyikapi Ibu kerja di sini?

A: Ngak ada tuh yang negatif, paling seperti yang saya katakan ya mungkin; awas lo nanti ketularan. Tapi itu biasanya sambil bercanda. Tapi kalau bagi keluarga saya

malah baik manfaatnya, apabila ada suatu masalah. Salah satunya di situ mereka malah bisa konsultasi tentang gangguan jiwa, seperti ada salah satu keluarga kami dari jauh yang mengalami gangguan narkoba, itu kan salah satunya bisa mengarah pada gangguan jiwa. Setelah dibawa kemana-mana, dan setelah mereka tahu saya di sini, akhirnya keluarga berembuk, kita rawat dan alhamdulillah dia akhirnya sembuh, dapat kerja kembali. Nah hal-hal seperti ini akan terus menjadi jembatan bagi mereka untuk terus konsultasi. Kemudian juga dari temen-temen.



**Wawancara dengan Ibu Ida, Warga Cilendek  
II, 20 Maret 2004**

W: Nama Ibu?

I: Panggil aja Bu Ida

W: Usia Ibu?

I: Saya 41 tahun

W: Pekerjaan?

I: Sambilan, dagang lah

W: Asli penduduk sini Bu?

I: Tidak, saya dulu aslinya Bogor. Tapi setelah menikah tinggal di sini

W: Ibu melihat orang yang gangguan jiwa itu bagaimana?

I: Saya melihatnya sebagai orang yang sakit, sakit jiwanya. Kalau orang gila itu kan sudah divonis, tapi kalau sakit jiwa kan masih mungkin bisa diobatin.

W: Mengapa masyarakat masih mengolok-olok?

I: Karena orang gila itu banyak yang tidak bisa mengendalikan dirinya, mengamuk-amuk, jadi orang kan takut, khawatir terkena amukannya.

W: Kalau yang tidak ngamuk gimana Bu?

I: Ya kadang orang-orang sudah menganggap yang gila ya yang bermasalah gitu, jadi ya khawatir. Jadi sudah ketakutan duluan.

W: Ibu pernah dekat atau ada tetangga yang sakit jiwa?

I: Tidak (pertanyaan saya belum selesai, Bu Ida sudah memotong. Tampak dia ingin sekali menghindar)

W: Kesan Ibu sendiri gimana?

I: Taaaaakut. Kalau bisa menghindar.....

W: Kenapa masyarakat menarik diri terhadap mereka?

I: Itu bisa jadi karena dua hal, yang pertama orang yang sakit itu yang menutup diri dari masyarakat. Dan kedua masyarakat sudah memvonis he...itu ma orang itu sudah gila, hati-hati.....

W: Kenapa bisa muncul vonis atau anggapan masyarakat yang seperti itu?

I: Ya gimana, udah dari sononya sih. Namanya orang gila ya gila. Pake dijelasin ataupun tidak masyarakat udah bisa ngebedain. Apalagi yang dia itu pernah ngamuk atau suka ngaco ngomongnya

W: Terus untuk membenarkan anggapan itu gimana?

I: Susah ya. Dulu sih ada penyuluhan di Puskesmas pada warga, tapi sebentar. Tapi nggak tahu hasilnya. Dan masyarakat tampaknya nggak begitu peduli. Susah udah biasa terjadi, memang itu keadaannya. Lagian Bapak lihat sendiri, itu tu walaupun si A itu sudah keluar dari RS, tetep aja masyarakat ogah, ngapain deket-deket. Kan masih banyak temen yang bener. Masak mau gaul ama yang begituan. Sama juga mana mau kite-kite ini gaul ama bandar, kan nggak. Jadi ya kita ini milih-milih mana yang kita suka. Yang begitu itu ma biarin aja

W: Terus kalau ada warga yang sakit itu dirawat di mana?

- I: Biasanya sih dibawa ke kyai atau dukun, kasih jampi-jampi. Tapi kalau yang punya duit ma biasanya dibawa ke RS. Tapi kebanyakan ya dibiarin saja ama keluarganya, keluyuran kemana-mana, minta rokok atau makan sama tetangga. Kita ya biarin aja, asal ngak ngamuk aja.
- W: Kalau Ibu melihat RSJ sebagai tempat perawatan bagi mereka itu cocok ngak, dalam arti efektif ngak sih?
- I: Ya jelas lebih baiklah. Yang begitu dikumpulin di sono, yang maling dan bandar dimasukin penjara, yang WTS dikumpulin ama germo. Udah emang begitu. Kalau dibilang efektif ya efektif lah. Dari pada keluyuran, ganggu lingkungan, terus keluarganya ngak pada mau tahu.
- W: Kalau Ibu melihat hubungan dokter dengan pasien gimana Bu?
- I: Ya dokter itu ngobatin, pasien minta yang diobatin. Dokter dapet duit, pasien mudah-mudahan sembuh. Soalnya kita nih udah berobat ama dokter ini, dokter itu, abis duit banyak, ngak sembuh-sembuh
- W: Terus kira-kira sebetulnya mereka yang sakit itu dapat disembuhkan tidak sih?
- I: Ngak tahu ya, tapi kayaknya sulit. Yang dirawat di RS bertahun-tahun terus balik lagi, tetep aja di sini kayak gitu, tetep aneh-aneh aja tingkahnya
- W: Terus sebaiknya mereka digimanain?
- I: Ya kalau bisa mereka dirawat di RS, jadi ada yang ngerawat, ada yang jaga. Kan enak di RS, ada dokternya, ada perawatnya. Kalau ada apa-apa kan tinggal kasih obat. Kalau di kampung, ngamuk yang dtangkap rame-rame, diiket....
- W: Kalau ada pasien RSJ yang kabur, biasanya diapakan?
- I: Biasanya kita lapor ke pihak RS. Terus mereka akan dateng dan bawa lagi orang gila itu ke sana.
- W: Kalau menurut Ibu sendiri masyarakat sebaiknya bagaimana?
- I: Kalau menurut Ibu sih, asal dia-nya ngak ganggu ya ngak apa-apa. Tapi kalau ganggu ya sebaiknya dibawa ke RS.
- W: Ibu melihat RSJ itu gimana? Kesan Ibu, atau pernah ke sana?
- I: Ya RSJ itu kar tempat pengobatan orang sakit jiwa. Kalau kesan saya ya ngak tahu, soalnya saya tidak pernah ke sana
- W: Kenapa tidak pernah ke sana Bu, takut atau gimana?
- I: Ya emang ngak ada urusan, ngapain ke sana. Ke RS itu kan berobat. Kalau ngak sakit ya ngak usah ke sana. Tapi ngeri juga sih, soalnya kalau lihat film dono, kan pasien-pasien itu aneh-aneh, takut juga....
- W: Merasa nyaman ngak Bu tinggal di dekat RSJ?
- I: Ya nyaman-nyaman aja, kan kita hidup di masyarakat yang sehat. Kalau sendiri ya takut lah. Tapi kan RS nya dipagar, jadi ya kita merasa aman juga

**Wawancara dengan Bapak Yusuf, Petugas Kelurahan Cilendek  
BY, 20 Maret 2004**

W: Nama Bapak?

Y: M. Yusuf

W: Usia?

Y: 47 Tahun

W: Pekerjaan?

Y: Saya pegawai kelurahan, biasanya bertugas ikut membantu penyuluhan kepada warga. Sebab kebetulan saya juga dianggap ustad di sini

W: Asli Cilendek sini Pak?

Y: Iya, saya asli penduduk Cilendek. Orang tua juga asli sini

W: Bapak memahami gangguan jiwa itu seperti apa?

Y: Sebetulnya kita cukup mengerti dan jelas. Karena penyakit ini kan merupakan bagian dari kehidupan itu sendiri.

W: Kalau pandangan masyarakat sekitar sini sendiri gimana terhadap RSJ?

Y: Di sinikan ada 18 RW, saya melihat semua warga di sini simpati sama mereka. Waktu perayaan ulang tahun yang ke 100 Rumah Sakit ini, kita dari warga ikut meramaikannya. Tapi mungkin yang terkesan itu, jiwanya ya kali. Makanya mungkin melalui perubahan nama, terus kemajuan teknologi pengobatan, ya mudah-mudahan tidak ditakuti lagi. Dulu ma kalau ada 17 Agustusan, di sini selalu diadakan perayaan dengan bikin lomba yang menampilkan para pasien jiwa itu. Tapi lama kelamaan dilarang sama keluarganya, mungkin takut karena jadi tontonan, hiburan kali. Jadi tidak dilakukan lagi, mungkin pihak keluarga merasa dipermalukan, dipertontonkan. Kalau sekarang masyarakat sudah mulai berani. Kalau ada masalah kesehatan, biasanya masyarakat langsung tanya ke sana

W: Terus kenapa dulu hal tersebut diadakan?

Y: Ya justru pihak RSJ itu ingin memasyarakatkan, ingin lebih mengakrabkan dengan masyarakat, bahwa sekalipun mereka itu sakit. Tetapi barangkali mereka itu masih bisa diajak kebersamaan dalam hiburan.

W: Masyarakat di sini menyebut mereka yang gangguan jiwa itu sebagai apa Pak?

Y: Oh... kalau warga di sini umumnya menyebutnya sebagai pasien. Sebab dulunya sebelum tahun 80-an, mereka itu banyak yang keluyuran, berkeliaran di kampung-kampung, di situlah warga banyak menyebut wah...ada pasien. Padahal maksudnya mereka orang yang sakit jiwa.

W: Kalau Bapak melihat perkembangan RSJ sekarang bagaimana?

Y: Saya melihatnya lebih baik. Sebab penanganannya lebih baik ditunjang Obat-obatan yang baik. Apalagi sekarang kan tidak ada lagi pasien yang pakaian seragam RSJ. Kalau dulu kan mereka pakaian seragam pasien, jadi kalau kita masuk kita tahu mana pasien mana yang tidak. Kalau sekarang kan kita tidak tahu, soalnya pakaiannya bebas. Mungkin maksudnya agar lebih mengakrabkan dengan masyarakat, membaaur dengan masyarakat. Jadi mereka sekarang dilepaskan begitu saja, duduk-duduk, santai....

- W: Tapi kenapa cap dan pandangan masyarakat masih tetap negatif terhadap RSJ?
- Y: Ya ngak tahu, mungkin dulu ya kesannya di masyarakat kan tidak mau menerima. Ada kekhawatiran kalau dibawa ke sana, maka dia akan kena sakit jiwanya itu. Sebab ada kekhawatiran masyarakat kalau mereka dari RSJ itu ngamuk-ngamuk lagi, jadi ada rasa ketakutan. Itu dulu, tapi kalau sekarang sudah ngak dengar
- W: Kalau warga sini ada ngak yang sakit dan dibawa ke RSJ?
- Y: Setahu saya sih ngak ada. Tapi kalau ada ya, itu tingkatnya masih rendah, masih bisa ditangani oleh keluarga. Tapi maaf-maaf kata ya, di sebelah sini memang ada yang mengarah ke sana, cuman sifatnya masih.... masih minim ya. Ya paling ngomong sendiri, masih bisa berkomunikasi, masih rendahlah.
- W: Kalau ada yang sakit gitu langsung dibawa ke RSJ atau ke tempat lain?
- Y: Ya langsung ke RS, tapi karena kondisinya ngak terlalu, jadi ya ditangani keluarga sendiri. Pendekatan keluargalah. Sebab mereka masih belum berulah, ya masih diam. Belum brutal lah.
- W: Perawatan di RSJ itu menurut Bapak efektif tidak?
- Y: Saya ngak tahu persisnya. Tapi kalau saya melihat ya sudah lebih agak maju dan profesional dikit....
- W: Kalau pasien yang sudah dinyatakan sembuh, apakah masyarakat mau menerima?
- Y: Lah justru itu Pak, kalau yang seperti itu masyarakat ada kekhawatiran, takut-takut kalau sewaktu-waktu dia kambuh lagi. Tapi karena pasien-pasien itu jauh, ada yang dari Jakarta, dari Bandung, bahkan ada dulu itu yang dari luar Jawa. Dia dibawa oleh salah seorang dokter di sini dan diperbantukan di rumahnya. Tapi yang namanya orang mantan, kalau sewaktu-waktu kambuh, muncul lagi itu takutnya. Makanya sekalipun barangkali mereka itu sembuh dan dapat bermasyarakat, kita tidak berani kerasin dan lebih banyak mengalah, khawatir kalau-kalau dikerasin malah kambuh lagi. Makanya kalau ada pasien yang kabur dari RS, biasanya Satpam sama perawat itu menangkapnya juga harus hari-hati, ada triknya, ya kayak nangkap ular gitu. Harus punya trik soalnya bahaya, resikonya fatal. Makanya biasanya kalau keponakan saya, kebetulan satpam di situ mau nangkap, saya bekal dan saya ingatin jangan lupa bahwa rokok. Soalnya mereka itu harus didekatin dengan baik-baik, dikasih rokok gitu, sebab biasanya kalau yang suka keliaran itu sukanya minta rokok.
- W: Kalau menurut Bapak sebetulnya mereka itu bisa disembuhkan tidak?
- Y: Sebetulnya bisa saja, tapi kalau sembuh secara pastinya susah. Sebab mereka itu bisa sewaktu-waktu sepulang dari RS kambuh lagi sakitnya. Kedua, kondisi mereka itu pun tidak bisa seratus persen sama dengan orang normal. Jadi tetap harus ada kehati-hatian mendekati mereka. Gampangnya, orang normal saja kalau emosi bisa lupa diri, apalagi mereka....
- W: Kalau ada orang yang gangguan jiwa, tapi keluarganya menolak. Apakah ada penerimaan dari masyarakat, dari RT/RW kali?
- Y: Tidak ada, ngak ada inisiatif dari desa. Karena keluarganya sendiri tidak ada yang melapor. Kemungkinan keluarga malu, yang kedua mungkin ngak ada biaya, dan

yang ketiga, mungkin masih biasa, belum ngamuk dan meresahkan warga. Sementara itu pihak desa sendiri biasanya nggak enak mau nanya, takut menyinggung keluarga. Nanti malah disangka yang nggak-nggak. Kecuali kalau keluarga melaporkan, mungkin kita berusaha.

W: Memang bagaimana sosialisasi pihak RS sendiri terhadap warga sekitar RS, demikian juga bentuk respon masyarakat terhadap RS?

Y: Baik, kita usulkan supaya bangunan yang sudah tua-tua itu diganti lah, disesuaikan. Demikian juga pada waktu pergantian nama RS, kok plang nama RSJ (yang lama) masih belum ditutup, sampai beberapa bulan itu baru diganti. Padahal semestinya kan segera, dan disosialisasikan. Jadi masyarakat cepat tahu.

W: Pernah ke RSJ Pak? Apakah tidak takut ketika datang ke sana?

Y: Sering. Kebetulan saya asli orang Cilendek. Kedua, orang tua saya kerja di situ. Jadi saya banyak tahu kondisi RS, jadi sudah biasa.

W: Mengapa pasien gangguan jiwa itu kebanyakan dari ekonomi rendah?

Y: Mungkin karena biaya mahal, makanya biasanya bagi keluarga yang tidak mampu ya dibiarkan berkeliaran, tidak diurus, akhirnya ditangkap dan dimasukkan ke RS. Kalau dimasukkan ke RSJ sama pihak keluarga, tapi kemudian dibiarkan begitu saja. Tidak diurusin lagi. Tapi ada perbedaan loh. Kalau dulu pasiennya tua-tua. Tapi kalau sekarang kebanyakan muda-muda, nggak tahu, katanya sih karena kegagalan studi, persaingan bisnis, salah obat, dan sebagainya.

W: Kenapa ada perlakuan diskriminasi terhadap pasien, semisal tidak mendapat pendidikan, hilang hak politiknya dan sebagainya?

Y: Mungkin karena dalam peraturan begitu ya.....

W: Mengapa orang-orang itu takut membawa anak atau saudaranya berobat ke RSJ?

Y: Iya itu dulu, mungkin bawaan orang-orang dulu, masih tabu. Takut dicap dan dijauhi tetangganya. Tapi sekarang tidak. Orang biasa saja membawa anak atau saudaranya ke RS, sebab tidak ada lagi rasa takut.

W: Kalau masalah bangunan RSJ, apakah tidak memberi kesan negatif?

Y: Tapi sekarang kan sudah banyak yang berubah, banyak tambahan bangunan-bangunan baru. Lagian bangunan itu kan masih kuat. Sayang mungkin, atau memang tidak ada biayanya. Terus mungkin memang itu merupakan ciri khas yang dimiliki RS, sehingga dibiarkan tetap begitu.

W: Kalau sosialisasi RSJ dengan penyuluhan terhadap masyarakat ada nggak Pak?

Y: Memang ada sewaktu-waktu, itu lewat Puskesmas dan berkeliling penyuluhannya. Tapi tidak kontinu. Mungkin karena sudah dianggap biasa, dan bukan merupakan hal yang baru lagi. Dan mungkin itu memang harus diketahui oleh masyarakat.

W: Kalau penyuluhan dari pihak RT/RW atau kelurahan?

Y: Ada juga, tapi biasanya berbarengan dengan acara yang diadakan kelurahan, dan sifatnya tidak khusus, seperti informasi tentang demam berdarah atau apa.

W: Kenapa sakit jiwa itu identik dengan orang nggak punya?

Y: Ya memang katanya ada anggapan itu penyakit orang miskin. Ya mungkin faktor kemiskinan punya yang menyebabkan hal itu, seperti orang sebelah rumah, kasihan mereka, kan keluarganya nggak punya, kerja juga nggak, jadi ya dibiarkan saja.



**Wawancara dengan Ibu Ir, Keluarga pasien RSJ  
IR, 19 Maret 2004**

W: Usia Ibu berapa?

Ir: 53 tahun

W: Ibu tinggal di mana?

Ir: Saya tinggal di Cipete

W: Pekerjaan Ibu apa?

Ir: Saya jualan makanan di rumah, ya bantu-bantu suamilah cari duit

W: Anak Ibu berapa orang?

Ir: Anak ada 6 orang. 4 putri dan 2 laki-laki. Semuanya sudah berkeluarga. Kecuali dia yang sakit ini

W: Udah lama Bu sakitnya?

Ir: Udah lama, sejak dia di PHK. Terus nganggur lama. Tahun 87-an kalau ngak salah. Ya sejak itu, dia suka nglamun dan mengurung diri. Kadang-kadang histeris, menjerit ngak tahu kenapa

W: Sejak kapan Bu dibawa ke RS ini?

Ir: Ke RS sih kalau dia kambuh saja. Biasanya sih ya di rumah aja. Dibiarin aja di rumah. Soalnya dana juga terbatas. Di RS kan mahal. Kalau bukan karena histeris, ngamuk, ya ngak dibawa ke sini.

W: Berarti sudah bolak-balik ke RS?

Ir: Iya, udah sering Pak. Habis gimana, saya bawa ke dukun atau minta ke kyai juga sama aja. Ngak ada hasilnya. Kalau di sini agak mendingan, dia bisa tenang. Tapi ya memang kondisinya ya begitu itu.

W: Memang keluhannya apa Bu?

Ir: Kayaknya sih stres lama ngak kerja, mana belum punya suami lagi. Padahal adik-adiknya sudah berkeluarga semua. Dia inikan anak saya yang pertama. Dulu sih dia mengeluh stres mikirin adik-adiknya. Soalnya dia kan anak pertama. Bapak kan cuma tukang ojek. Terus habis di PHK dan ngak dapet kerja-kerja, dia suka mengurung diri dan suka sakit-sakitan. Terus ya begini ini. Dulunya sih saya pikir kena guna-guna, tapi setelah saya bawa ke dokter, katanya sih kena gangguan syaraf, depresi katanya.

W: Kenapa kok ngak dilakukan terapi di rumah saja?

Ir: Ya gimana, saya ini kan cuma tamatan SD. Ngak tahu apa-apa. Bisa saya kan ya paling bilang; udah ngak usah terlalu di pikir, nanti juga dapet kerja. Tapi ngak tahulah, mungkin memang nasibnya harus begitu....

W: Ibu tahu tentang gangguan jiwa, sakit jiwa?

Ir: Gangguan jiwa itu kan ya sakit begini ini kan? (nampak ekspresi Ibu itu ada kesan balik tanya, ingin meyakinkan). Ya PA lah kalau orang bilang.

W: Memang PA apa Bu?

Ir: PA ya gila

W: Terus perasaan Ibu sendiri gimana menghadapi hal ini?

Ir: Ya mau gimana. Namanya juga cobaan, sudah nasib keluarga Ibu begini.

W: Kalau tanggapan keluarga gimana Bu?

Ir: Ya sama saja. Kasihan kita, tapi ngak bisa bantu

W: Kalau tanggapan tetangga atau masyarakat sekitar rumah gimana Bu?

Ir: Wah saya ngak tahu. Ya biasa saja (Ekspresi cuek tampak di wajah Ibu ini)

W: Maaf sebelumnya Bu, dia pernah ngamuk ngak Bu di rumah?

Ir: Sering, tapi ya kalau ngamuk gitu, Bapaknya langsung nangkap dia. Diikat terus dikasih minum air dari orang pintar lah. Baru setelah itu dibawa ke RS.

W: Kenapa harus dibawa ke RS?

Ir: Di sini kan banyak temen-temennya. Ada pasien lainnya. Dan lagian dokternya kan lebih tahu, ketimbang orang pintar. Kalau orang pintar kan paling cuma dikasih air dan didoain, tenang sih cuma ketika dianya ada. Tapi kalau ditinggal ya balik lagi. Tapi kalau dokter kan, dikasih obat. Dianya bisa tidur dan ngak macem-macam. Lebih tenanglah kondisinya

W: Ibu percaya pengobatan dokter dan RS?

Ir: Ya percaya lah

W: Ibu melihat RS gimana?

Ir: Ya RS itukan untuk berobat. Ada dokternya, pakai obat-obatan, kalau ngak ya disuntik. Bangunannya putih-putih biasanya. Lebih bersih lah dari rumah saya.

W: Ada kesan takut atau apa ketika pertama kali ke sini?

Ir: Bingung saja

W: Kata dokter, sakitnya ini bisa sembuh ngak Bu?

Ir: Bisa aja, tapi ya ngak maksimal. Orang kecelakaan aja ada bekasnya, apalagi yang sakit pikiran begini. Tapi yang penting, anak saya ngak kenapa-kenapa. Soalnya kalau histeris gitu kan takut saya-nya

W: Waktu pertama kali ke RS, dokter periksa pasien apa saja?

Ir: Dokter sih paling lihat fisiknya saja. Sehat, ya tidak apa-apa. Kalau sakitnya sih tanya sama keluarga, sama saya. Kenapa dia, ngaco atau apa? Pokoknya kita yang bilang, kalau dia itu begini-begini dok.

W: Perlakuan dokter ke pasien anak Ibu gimana?

Ir: Baik. Ramah-ramah mereka

W: Efektif ngak Bu anaknya dirawat di sini?

Ir: Baik lah. Kan kita dapat potongan biaya. Lagian sudah sering ke sini, sudah banyak yang kenal.

W: Maksud saya Ibu percaya anak Ibu akan sembuh?

Ir: Ya kita berusaha dan berdoa saja. Kita ini kan udah biasa susah. Ya kalau baikan ya syukur. Yang penting ngak jerit-jerit histeris aja.

W: Memang ada dari pihak keluarga yang lain yang sakit begini?

Ir: Kakek dari bapaknya dulu juga agak begini. Tapi dia ini lebih parah, soalnya kadang ngamuk-ngamuk ngak terkendali

W: Sampai kapan Bu di sini?

Ir: Belum tahu, tapi udah baikan kok dia. Sekarang hari apa? Kamis ya, ya sabtulah minta izin pulang sama dokternya.

W: Ibu melihat ada perlakuan berbeda ngak dari masyarakat terhadap anak Ibu atau pihak keluarga?

Ir: Ya omongan saja. Suka biasanya kita digosipin, diomongin gini-gini lah. Ya kalau sama adik-adiknya bergaul biasa saja. Tapi ngak ada yang mau dekat sama dia. Saya juga bilang sama mereka, ngak usah diganggu anak saya.

W: Sikap Ibu terhadap tetangga gimana?

Ir: Ya biarin saja. Memang posisi kita lemah. Anak saya sakit, ya mau gimana. Asal ngak nginjek harga diri ngak apa-apa. Kalau cuma ngomongin ya wajar. Wong yang kaya dan berhasil aja suka diomongin, apalagi kita yang begini

W: Kalau hubungan dokter dengan keluarga bagaimana?

Ir: Baik. Mereka suka kasih tahu kita harusnya begini memperlakukan dia. Ngak boleh ini itu. Jadi kita tahulah

W: Kalau dari RS sendiri ada penyuluhan ngak Bu?

Ir: Biasanya sih perawat yang suka bilang sesuatunya. Kita harus lebih memperhatikan dia. Jangan biarkan dia melamun, atau kasih si anak kerjaan, jadi ada yang bisa dia kerjakan. Biar ngak nglamun dan mengurung diri.

W: Anak Ibu kalau di rumah ngapain saja?

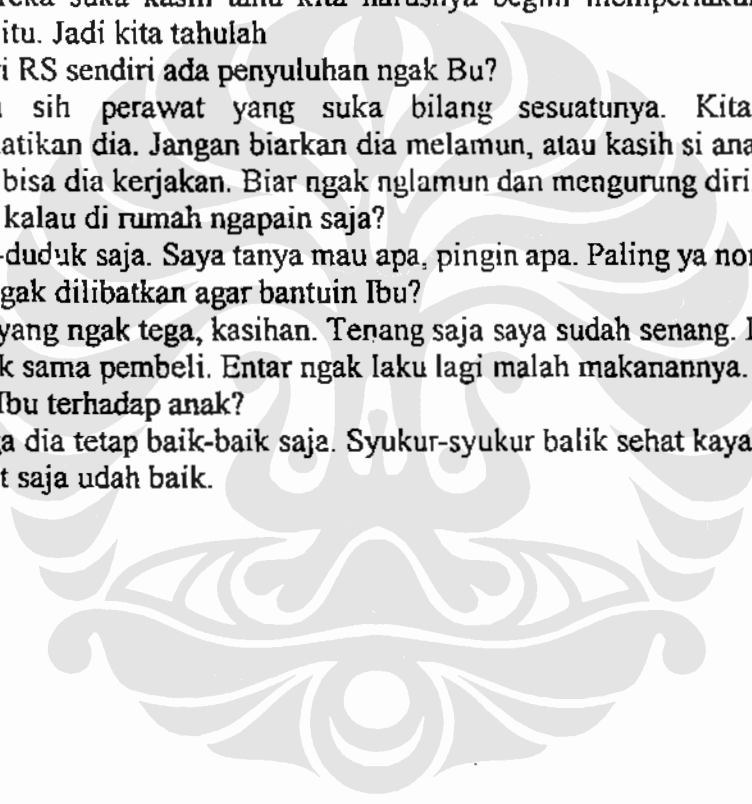
Ir: Ya duduk-duduk saja. Saya tanya mau apa, pingin apa. Paling ya nonton TV

W: Kenapa ngak dilibatkan agar bantuin Ibu?

Ir: Saya nya yang ngak tega, kasihan. Tenang saja saya sudah senang. Lagian kan kita ngak enak sama pembeli. Entar ngak laku lagi malah makanannya.

W: Harapan Ibu terhadap anak?

Ir: Ya semoga dia tetap baik-baik saja. Syukur-syukur balik sehat kayak dulu. Tapi ya asal sehat saja udah baik.



**Wawancara dengan Bapak Supriyono  
(Kepala Bagian Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat)  
BS, 12 Maret 2004**

W: Nama Bapak?

S: Supriyono

W: Usia Bapak?

S: 48 Tahun

W: Sudah berapa lama bekerja di sini?

S: 20 tahunan

W: Bapak melihat gangguan jiwa gimana?

S: Ya luas sekali gangguan jiwa itu. Anda lihat aja nanti dibuku (beliau menyodorkan beberapa buku bacaan). Kalau tidak anda lebih jelas tanya ke Rumah Sakit jiwa.

W: Bagaimana kebijakan Depkes dalam hal ini Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat terhadap gangguan jiwa?

S: Jadi begini Pak. Setelah pembagian Direktorat Kesehatan Masyarakat menjadi dua, yaitu Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat dan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Serta adanya otonomi daerah, maka kebijakan menyangkut Rumah Sakit Jiwa ya diserahkan pada RSJ masing-masing dan pemda setempat.

W: Lantas Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat gimana?

S: Ditjen Binkesmas hanya bertugas mengoordinasikan. Semua pelaksanaan diserahkan sepenuhnya kepada dinas Kesehatan daerah dan Rumah Sakit Jiwa yang bersangkutan. Makanya sebetulnya kondisinya tidak lebih baik dengan desentralisasi ini. Ketika ada kasus pemuatan dan liputan tentang gangguan jiwa di Majalah Time. Kita kan kena marah dari atas. Padahal semua tanggung jawab sudah diserahkan kepada daerah. Kita tidak bisa main suruh, ataupun memerintah dan memberhentikan semaunya. Mereka punya kewenangan itu. Tapi akhirnya kita ikut turun tangan, kita minta dinas kesehatan daerah memanggil kepala Panti dan Rumah Sakit Jiwa agar menyelesaikan masalah tersebut. Dan sejak itu dinas kesehatan daerah menaruh orang yang terus mengawasi panti dan Rumah Sakit Jiwa tersebut. Pokoknya kita minta dinas kesehatan daerah memonitoring terus.

W: Memang kebijakan kesehatan pusat dan daerah sekarang bagaimana?

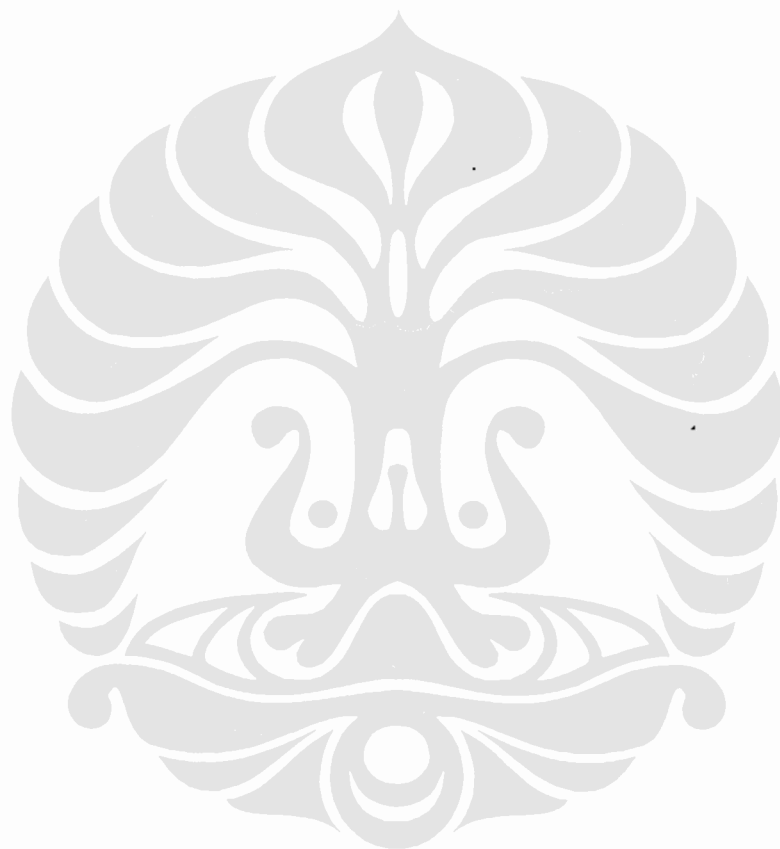
S: Ya tetap modelnya koordinasi. Tetapi sekarang daerah lebih berwenang menentukan dan mengatur terserah mereka. Kita tidak bisa ngapa-ngapain lagi. Makanya susah sekali kita menangani masalah Demam Berdarah beberapa waktu lalu. Mereka merasa bisa, tapi ngak ada yang jalan sampai ke bawah. Sebab merasa yang punya wewenang. Padahal kalau dulu kita langsung panggil mereka dan mereka langsung meninjau lapangan. Sehingga penanganan menjadi cepat.

W: Kalau bidang penyuluhan atau sosialisasi kepada masyarakat tentang gangguan jiwa atau kesehatan jiwa masyarakat?

S: Itu tugas kita. Tetapi penyuluhan kita pada koordinasi dengan Rumah Sakit. Sementara sosialisasi ke masyarakat diserahkan pada Rumah Sakit masing-masing. Rumah Sakit punya bidang KJM (kesehatan jiwa masyarakat) yang

mensosialisasikan ke Puskesmas atau langsung ke masyarakat dibantu tenaga Puskesmas dan perangkat desa. Tapi kayaknya hal ini sudah tidak lagi dilaksanakan, soalnya anggarannya sangat minim, tidak mencukupi. Padahal kalau dulu ada anggaran untuk penyuluhan terhadap masyarakat.

Sementara kalau menyangkut urusan klinis dan peyelenggaraan Rumah Sakit ditangani Ditjen Pelayanan Medis. Kalau kita hanya menyediakan beberapa bahan bacaan untuk sosialisasi dan membuat rencana strategis Indonesia sehat 2010. Nanti saya kasih buku-buku yang mungkin berguna bagi anda. Sebab kalau Bapak direktornya lagi sibuk. Nanti kalau kurang jelas anda bisa ke sini lagi.



## CATATAN LAPANGAN

### Tanggal 27 Agustus 2002, Hari Selasa

Penelitian ini dimulai pada tanggal 27 Agustus 2002. Peneliti berangkat dari kediaman di Ciputat pada pukul 09.05 Wib ditemani seorang teman dengan mengendarai motor. Kita tiba di lokasi penelitian, yaitu Rumah Sakit Jiwa Pusat Dr. Marzoeeki Mahdi Bogor tepat pukul 10.15 Wib.

Suasana lengang, senyap, sepi dan hanya dipenuhi beberapa orang yang lalu lalang dengan tatapan kosong. Penderita yang seperti tidak mengenal dunianya dan hanya mampu berjalan ke sana kemari atau duduk tanpa bisa bilang apa-apa. Kalaupun berbicara lebih terlihat teriakan dan omelan yang tak jelas maknanya.

Suasana yang memberi kesan takut, canggung, dan ciut nyali kepada siapa saja yang mau dan akan memasuki Rumah Sakit Jiwa tersebut. Perasaan takut dan canggungpun peneliti rasakan, ketika pertama kali masuk pintu satpam Rumah Sakit Jiwa. Apalagi saat itu peneliti belum mengenal siapapun dan belum familiar dengan kondisi dan suasana yang ada. Tetapi saat itu peneliti beranikan diri memasuki Rumah Sakit dengan kesan tanpa peduli. Peneliti mengajak teman berputar mengelilingi areal Rumah Sakit. Tampak pemandangan yang semakin lama semakin mengumpal ketakutan di hati. Sebab yang tampak pohon-pohon besar dan tua, rimbun dan terkesan angker. Kesan mistik dan menyimpan hal-hal magis kelihatan pada pohon-pohon besar yang dipercaya banyak orang ada penunggunya. Sementara bangunan tua peninggalan Belanda terlihat kusam, jeruji jendela yang begitu besar sudah pada karatan, cat ruangan bangsal-bangsal pun sudah banyak yang terkelupas dan sedikit menghitam, atap genting yang menghitam dan kayu-kayu reng-nya sudah pada keropos. Kesan sepi, sunyi dan kosong terasa pas dengan suasana kebekuan dan kekosongan tatapan mata yang tampak pada lalu lalang pasien-pasien jiwa yang berada di bangsal-bangsal isolasi. Hingga sampailah peneliti di ujung Rumah Sakit, di mana jalanan buntu dan tampak bangunan berbeda di luarnya. Di situ tampak kotor sekali, banyak sampah di sana sini, dan banyak anjing-anjing liar yang menunggui jalanan sepi tersebut. Ketika anjing-anjing tersebut melihat kami, spontan mereka mengongong dan mendekati kami. Hingga akhirnya kami memutuskan berputar kembali ke depan Rumah Sakit.

Sepanjang keliling Rumah Sakit kami menemui pasien-pasien yang mondar-mandir dengan perilaku berbeda dan terkesan aneh-aneh. Ada pasien perempuan yang berdiri saja dari tadi —kayaknya sudah berjam-jam lamanya—memakai baju tidur. Pasien perempuan itu bersendekap, diam dan hanya memandang kosong ke depan. Ada pasien remaja yang hampir seluruh tubuhnya penuh bekas luka dengan baju lusuh melekat di tubuhnya, berdiri melambai-lambaikan tangan ke mobil yang lewat, meminta duit pada pengendaranya, tetapi sebentar kemudian sambil berdiri melepas celana dan kencing. Ada juga pasien laki-laki lain yang bersila di bawah pohon besar, sambil berteriak-teriak dan menerawang ke atas, dan sesekali menghirup asap rokok dalam-dalam. Entah apa yang dia teriakan tidak jelas maksudnya. Sementara banyak

juga pasien yang bergerombol di lantai payon (atap) jalan Rumah Sakit, ada yang tidur-tiduran, duduk merenung, dan selebihnya diam dalam tarikan asap rokoknya. Perilaku pasien yang terkesan hening, kosong, dan jauh dari interaksi dengan sesamanya maupun komunikasi dengan yang lain.

Akhirnya setelah lama berputar-putar, kami putuskan masuk ke ruangan UPF-KJM. Di situ ada dua orang wanita, yang satu kelihatan sudah cukup umur dan satunya lagi masih tampak muda, sekitar 30-an tahun. Saya menyapa wanita muda yang tampak manis; maaf mbak saya mahasiswa dari UI mau penelitian di sini.... dan akhirnya kami berkenalan. Namanya bu Lily, dia menjelaskan sedikit banyak tentang Rumah Sakit, aturan penelitian di sana, dan menyarankan saya kembali lagi besok dengan membawa surat resmi izin penelitian dari kampus. Kamipun kembali pulang ke Ciputat ketika jam menunjukkan pukul 11.55 Wib.

#### **Tanggal 29 Agustus 2002, Hari Kamis**

Saya berangkat sendiri dari Ciputat pukul 08.35 Wib dengan mengendarai motor dan sampai di Rumah Sakit Bogor sekitar pukul 09.45 Wib. Di sana saya langsung menemui bu Lily di ruangan kerjanya. Saya memberikan surat pengantar dari kampus, dan bertanya banyak hal seputar tentang orang-orang gila (yang kemudian di ralatnya agar saya menyebut mereka dengan pasien jiwa), serta seputar stigma dan kontrol sosial yang terjadi di Rumah Sakit. Mbak Lily juga menjelaskan tentang definisi sembuh yang berlaku di Rumah Sakit ini, yaitu seorang pasien disebut sembuh adalah apabila pasien tersebut mampu menolong dirinya sendiri, berkomunikasi dan bergaul dengan keluarga dan orang lain, serta dia tidak membahayakan dirinya dan lingkungannya. Sembuh yang tidak didefinisikan dalam klasifikasi sembuh klinis maupun sembuh sosial, melainkan disebut sembuh dengan persetujuan dokter.

Setelah sekitar 20-an menit kami berbincang, mbak Lily meminta saya menemui Ibu As penanggung jawab untuk urusan penelitian mahasiswa. Saya kemudian menemui Ibu As dan menceritakan tujuan penelitian saya. Dan oleh ibu As saya dikenalkan dengan Bapak Arief bagian rekam medik yang nantinya bertugas menjadi fasilitator dan guide dalam penelitian. Setelah itu saya diminta kembali lagi ke sana kira-kira seminggu kemudian, sembari menunggu proses penerimaan surat masuk dan persetujuan direktur.

#### **Tanggal 4 September 2002, Hari Rabu**

Saya tiba di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi sekitar pukul 09.17 Wib. Saya langsung menemui mbak Lily dan langsung diantar beliau untuk menemui Bapak direktur Rumah Sakit, yaitu Bapak Dr. Amir Hussein.

Belum sempat menikmati suasana ruangan direktur, saya sudah dikejutkan dengan pertanyaan dari Dr. Amir. Apa maksud penelitian saudara? Coba saudara jelaskan? Apa itu stigma? Apa itu kontrol sosial? Apa itu kegilaan? Apa itu gangguan kejiwaan? Dan ..... akhirnya suasana berubah sedikit hangat oleh diskusi yang saling timbal balik antara saya dan Bapak direktur, serta sesekali anak beliau ikut juga

berbicara. Akhirnya saya disarankan oleh Bapak direktur agar melengkapi definisi konsep-konsep untuk operasionalisasi penelitian, sebab hal tersebut dirasakan sangat penting dan belum ada dalam proposal tesis saya.

Tetapi yang lebih penting dari pertemuan tersebut adalah adanya kesempatan tatap muka yang cukup familiar dan berbobot. Sebab Bapak direktur Dr. Amir banyak memberi masukan dan data menarik seputar pengalaman beliau dengan kegilaan atau gangguan jiwa di Indonesia, dan terutama yang terjadi di Rumah Sakit Jiwa Marzoeeki Mahdi tentunya. Berikut di bawah ini disarikan hasil wawancara dengan dokter Amir:

Menurut Dr. Amir, Rumah Sakit Jiwa Bogor dulunya dibuat oleh pemerintah kolonial Belanda sebagai tempat pembuangan para pekerja paksa yang terganggu jiwanya. Dulu arla lima kapal berisi manusia, tiga ditenggelamkan dan yang dua dibawa ke sini dan Lawang Malang. Di samping itu sebagai penampungan bagi mereka yang gelandangan dan mengganggu lingkungan sosial. Lebih lanjut dokter Amir mengatakan bahwa problem mendasar kenapa terjadi perlakuan yang tidak adil dan tidak manusiawi terhadap pasien kejiwaan adalah problem ekonomi, tegasnya masalah kemiskinan. Kenapa mereka dirawat di sini, ya karena mereka miskin dan tidak punya secara ekonomi. Ada sekitar 200 lebih pasien dari 400-an pasien yang ada di Rumah Sakit ini, yang mereka sudah dapat berinteraksi dengan baik, tetapi ditolak keluarganya dan pihak keluarga menyatakan tidak sanggup merawatnya, atau para pasien tersebut sudah tidak mempunyai siapa-siapa lagi. Sehingga mereka tetap dibiarkan menghuni bangsal Rumah Sakit dengan dana tunjangan dari pemerintah.

Anda tahu, kalau di luar negeri seperti di Australia, bagi mereka yang mampu maka cenderung akan berobat jalan saja. Dan hal tersebut lebih memungkinkan mereka bebas berinteraksi dengan siapapun. Mereka lebih terbuka dan lebih mudah bergaul dengan masyarakat. Mereka dapat menjalani kehidupan secara normal, bekerja dan bertemu keluarga kapan saja. Dan tidak berat dikesankan dengan stigma negatif Rumah Sakit Jiwa. Tetapi di sini karena kebanyakan orangnya tidak mampu, mereka miskin ya mau gimana lagi. Ya harus mau menjalani perawatan model ini.

Padahal kalau anda tahu, anggaran dari pemerintah sangat minim dan pihak Rumah Sakit sangat bergantung dengan anggaran tersebut. Makanya kadang-kadang kalau melihat mereka, kita juga kasihan... tetapi apa yang terjadi di Rumah Sakit ini lebih baik, bila dibandingkan dengan Rumah Sakit Jiwa Yang lain. Di sini para pasien mendapat uang jajan Rp. 2000 sehari, serta tidak ada lagi yang dirantai atau diikat apalagi yang disiksa. Semuanya telah memakai pengobatan yang lebih baik dan modern. Padahal kalau anda tahu di Amerika sendiri kasus pengikatan dan merantai orang-orang sakit jiwa masih terjadi di sana.

Kalau pasien dari keluarga kaya cenderung mereka tidak mau berlama-lama di sini. Seringkali mereka langsung minta rujuk pulang. Sebab mereka merasa akan lebih baik diurus di rumah sendiri, dan tinggal memanggil dokter jika dibutuhkan. Lebih dari itu biasanya hal tersebut dilakukan untuk menjaga kesan dari masyarakat. Sambil menghela nafas dan menghirup rokoknya, Dr Amir meneruskan... orang kaya malas dan malu, jika keluarganya dicampur di sini. Mungkin persoalan status dan



juga menjaga prestise keluarga di mata tetangga dan masyarakat umum. Lebih dari itu, kita juga menyarankan sebaiknya dilakukan terapi di rumah saja, tinggal kontrol dan konsultasi rutin dengan dokter. Sebab bila terapi di rumah, sosialisasi dengan keluarga –dalam hal ini perhatian keluarga akan lebih baik lagi terhadap individu tersebut. Di samping itu pengawasannya akan lebih baik dan terjamin, sebab keluarga sendiri yang melakukan. Paling kalau kewalahan tinggal sewa perawat untuk ikut menjaganya. Ketimbang dicampur dengan sistem barak begini...

Kenapa masih terjadi proses stigmatisasi dari masyarakat, ya karena masyarakat kita masih banyak yang ngak tahu penyakit ini. Masyarakat kita masih banyak yang bodoh-bodoh, kurang pendidikannya, dan itu akibat tingkat ekonomi yang rendah. Gimana sekolah, kalau ngak punya duit. Terus kenapa mereka masih suka mengisolasi orang yang kena gangguan jiwa, sebab mereka takut terimbas dan itu cara paling gampang yang dapat dilakukan oleh masyarakat. Mau merawat mereka butuh biaya banyak, dan itu ngak mungkin dapat dilakukan, susah. Mikir makan sehari-hari saja susah, apalagi mikirin orang sakit jiwa, ya ngak...

Terus bagaimana mengatasi hal tersebut, ya tingkatkan kemakmuran ekonomi mereka. Gimana mereka tidak sakit, ribut terus masalah keluarga, bingung gimana mau kerja, biayain sekolah anak, kebutuhan rumah tangga sehari-hari dan juga kebutuhan dan masalah yang lain. Kalau mereka secara ekonomi bagus, mereka dapat pendidikan yang baik, dapat kerjaan yang baik pula. Mereka akan lebih mengerti tentang penyakit ini, bagaimana merawatnya dan memperlakukannya. Pokoknya problemnya karena mereka miskin dan itu yang harus diatasi terlebih dahulu...

#### **Tanggal 5 Maret 2004, Hari Jumat**

Setelah sekian lama terhenti, akhirnya saya memulai lagi penelitian sebab sudah ada deadline dari kampus. Pukul 08.30 saya berangkat dari Ciputat dengan mengendarai motor kesayangan. Kira-kira 1 jam 10 menit saya tiba di Rumah Sakit. Saya tidak langsung masuk ke ruangan mbak Lily ataupun Ibu As, melainkan sejenak menikmati rokok sambil memandangi pemandangan Rumah Sakit yang sudah sekian lama saya tinggalkan.

Saya perhatikan pasien perempuan yang gundul rambutnya, berbaju merah melintas dan memasuki ruang administrasi. Dia melihat ke arahku sembari mengomel apa tidak jelas bunyinya, terus berlalu sembari membawa buku besar (sepertinya buku catatan pasien yang dipakai perawat, yang sengaja diminta pasien yang mengambil guna latihan atau piket kayaknya). Belum lepas dari situasi itu saya dikejutkan juga oleh pasien laki-laki yang sedikit ompong juga mengambil buku besar serupa, tetapi dia tidak mengomel apapun. Sementara di luar di depan teras ruang administrasi tampak seorang pasien, ibu-ibu dengan memakai daster berdiri terpaku tanpa sedetikpun bicara atau menyapa orang yang lalu lalang di depannya.

Saya kemudian ke kamar kecil dan cuci muka. Setelah selesai saya perhatikan dinding tembok kamar mandi penuh coretan, bunyinya demikian: *haram. kiamat dan semua "gelo" (ngak jelas tulisannya) di neraka selamanya sejak dulu kala kata tuhan perang hancur*. Dan tulisan yang satunya berbunyi; *kehidupan halal. Semua yang*

*sehat di dunia surga kata tuhan selamanya sejak dulu kala netral hidup.* Saya tidak dapat memahami makna tulisan tersebut, tetapi terbersit di pikiran maklum tulisan mereka, jadi susah dipahami.

Kemudian saya ke ruangan mbak Lily sebentar. Dia bertanya siapa ya kayaknya saya pernah lihat. Iya saya yang dulu mau penelitian di sini, kata saya. O iya, saya ingat. Ya sudah langsung ke Ibu As saja. Baik Mbak makasih. Kemudian saya ke tempat Ibu As, tetapi yang bersangkutan ternyata tidak ada di ruangnya. Saya tanya ke salah seorang staf di kantor tersebut, dan diberi tahu kalau Ibu Hajjah (maksudnya Ibu As) sedang ada acara Muharraman di Masjid Al-Hidayah di kompleks Rumah Sakit tersebut. Saya kemudian minta nomor HP beliau dan menelponnya. Kemudian saya ketemu beliau, sebab beliau menyempatkan diri kembali ke ruangan. Dan saya ceritakan rencana penelitian saya kembali, serta memberikan surat pengantar lagi dan proposal lengkap. Dan disepakatilah saya mulai penelitian hari Senin tanggal 8 Maret 2004 dibawah bimbingan Bapak Akemat, Mkes.

Setelah itu saya pamitan pulang, tetapi saya tidak langsung meninggalkan Rumah Sakit. Melainkan saya kembali mengamati suasana di sekitar Masjid Al-Hidayah di mana diselenggarakan peringatan 1 Muharram. Tampak beberapa pasien laki-laki dengan memakai baju koko (busana Muslim) dan berpeci bergegas mengikuti acara tersebut. Acara Peringatan 1 Muharram ini dihadiri pasien-pasien, perawat, dokter, bagian kerohanian Rumah sakit, juga keluarga dan jamaah Ibu-ibu pengajian. Acara diisi dengan siraman rohani dari ustad Rumah Sakit, disusul hiburan baca puisi dan tembang nasyid dari pasien-pasien, juga tanya jawab antara pasien, keluarga dan pengasuh acara tersebut.

Pada saat itu saya kembali juga melihat-lihat ruangan bangsal-bangsal yang tetap seperti dulu, tidak ada perubahan berarti. Demikian juga suasana perilaku para pasien. Tetap terkesan penuh kebisuan dan kesunyian tertangkap jelas di sana. Tekstur yang memperkuat kesan hening Rumah Sakit yang gambarannya identik dengan sentuhan luar masyarakat. Pada saat ini tampak mulai ada perbaikan di sisi ruangan bangsal dekat ruang ICU Kresna, di mana atap gentingnya diganti dengan yang baru dan diperbaiki reng-reng kayunya. Tetapi gaya arsitekturnya kelihatan masih mengikuti pola dominan bangunan-bangunan tua tersebut.

#### **Tanggal 9 Maret 2004, Hari Selasa**

Sejak pagi jam 05.30-an jalanan Ciputat-Parung diguyur Hujan. Tetapi saya nekad tetap mengendarai motor ke lokasi. Dengan hati-hati, takut licin saya sampai juga di lokasi sekitar pukul 09.25 Wib.

Ternyata saya sudah ditunggu Ibu As. Saya meminta maaf sebab kemarin tidak jadi datang, sebab kesiangan tiba dari Surabaya dan masih letih akibat perjalanan jauh. Oleh Ibu saya mau dikenalkan dengan Bapak Akemat, Mkes (Kasi II bidang Perawatan Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi). Pak Akemat ditunjuk menjadi pendamping dan guide ku dalam penelitian ini. Tetapi saat itu pak Akemat masih ada rapat, sehingga saya diminta menunggu di ruang tamu kantor administrasi.

Saya memperhatikan ruang administrasi lebih menampakkan aktifitas perekapan (pendataan) baik tentang data pasien, obat-obatan, pegawai, honor pegawai, urusan dengan keluarga pasien, maupun hal-hal lain yang terkait dengan perawatan di Rumah Sakit tersebut.

Saya juga saat itu mengamati mbok bakul jamu, yang sedang menjajakan jamunya kepada pegawai administrasi dengan logat jawanya yang khas. Mbok jamu itu terlihat sudah terbiasa dengan situasi kantor dan Rumah Sakit, sebab dia tampak santai dan sudah familiar dengan pegawai-pegawai ruang administrasi tersebut.

Karena lama menunggu Pak Akemat, maka saya putuskan hari itu hanya observasi di ruangan bangsal-bangsal perawatan. Saya dibuahkan surat pengantar oleh Ibu As untuk ditujukan kepada kepala ruangan (karu). Tujuannya agar saya dapat masuk dan mendapatkan penjelasan, serta data-data yang diperlukan dengan baik. Sebab tidak sembarang orang dapat masuk ke ruang perawatan tanpa keperluan dan surat keterangan yang jelas.

Dengan diantarakan Bapak Endang, staf Ibu As saya berjalan menuju bangsal-bangsal Rumah Sakit. Saya melihat dan masuk di bangsal ICU ruang Kresna, ruang para pasien yang gawat, gaduh, gelisah dan rata-rata baru masuk ke Rumah Sakit ini. Saya memberikan surat kepada petugas yang jaga di bangsal tersebut, dan mengutarakan maksud tujuan saya. Oleh petugas saya dipersilakan duduk menunggu Bapak Soedjono (Karu ruang Kresna) yang saat itu masih menerima tamu bule dari Australia. Sembari menunggu saya perhatikan beberapa pasien yang duduk santai dengan beberapa pelajar SMK yang lagi praktikum di sana. Selebihnya saya perhatikan ruangan administrasi, di mana dokter, perawat, maupun tenaga administrasi duduk bekerja di sana. Tampak ruangan yang sempit, ada 3 meja kantor, dan 4 kursi. Sementara papan nama pasien tampak kotor dan kurang jelas keterangannya. Sedangkan pembukuan yang ada di kantor ini pun tampak sangat sederhana, mungkin yang penting terekap semua data mengenai pasien saja.

Sekitar 25-an menit menunggu, Pak Soedjono datang menemui saya dan menanyakan maksud keperluan saya. Saya ceritakan bahwa saya sedang penelitian tentang kontrol sosial terhadap penderita gangguan jiwa dan ingin tahu banyak hal tentang aktifitas keseharian serta perawatan di bangsal ICU ruang Kresna. Dengan senang hati saya diajak ke ruangan beliau dan kemudian kita terlibat pembicaraan serius tentang banyak hal; mulai data ruangan beserta isi pasiennya, aktifitas keseharian ruang Kresna, kondisi dan kegiatan para pasien, standar perawatan, kebiasaan keluarga pasien, maupun hal-hal lain terkait dengan gangguan jiwa. Saya berdiskusi dan mewawancarai Pak Soedjono dari pukul 10.15 sampai 11.55 Wib. Hingga terdengar adzan dhuhur dan berakhirilah wawancara tersebut.

Setelah shalat dhuhur, saya disamperin staf pegawai ruang Kresna. Mas Dedy namanya. Dia banyak bercerita tentang kondisi yang sebenarnya di Rumah sakit tersebut. Mas Dedy banyak mewanti-wanti saya agar berani dan lebih banyak menyamar, bersikap informal dalam penelitian dan berinteraksi langsung dengan pasien dan perawat yang muda-muda. Sebab katanya, banyak yang ditutupi pihak Rumah Sakit. Yang diceritakan kepada anda itu hanya yang baik-baik saja. Mereka

(menunjuk Para Kepala Ruangan dan pejabat RS) cenderung menyodorkan yang baik-baik saja. Dan prakteknya seringkali ngak ada di lapangan. Kemudian Mas Dedy menjelaskan banyak hal. Menurutnya Rumah Sakit itu ya urusan pelayanan jasa dan bisnis. Dan yang lebih kuat yah unsur bisnisnya, apalagi Rumah Sakit negeri model ini. Tanpa biaya dari para pasien, Rumah Sakit sudah dapat menghidupi kegiatan yang ada dengan mengandalkan dana kesehatan dari pemerintah. Kemudian Mas Dedy menunjuk ruang Kresna. Baginya ruang Kresna seharga 75 Ribu perhari dengan kondisi seperti itu (sambil menunjuk bangsal ruang Kresna) tentunya sangat tidak layak dan tidak memenuhi syarat perawatan. Sempit, kurang steril, serta tidak dilengkapi dengan fasilitas terapi yang memadai. Demikian halnya bangsal-bangsal yang lain. Kalau tidak percaya, nanti anda lihat sendiri perbangsal yang ada. Tetapi sekalipun kondisi bangsal seperti itu, mereka para pimpinan Rumah Sakit ini mana mau peduli. Karenanya jangan heran bila banyak hal yang ditutupi oleh pihak RS, dan hanya memberi data yang baik-baik saja. Anda diizinkan melihat bangsal mana saja? Tanya Mas Dedy. Bangsal Srikandi, Arjuna, Kresna, Yudistira, Sadewa, dan Nakula, kata saya. Iyalah, itu semua kelas VIP, kelas I, dan kelas II. Coba nanti anda lihat bangsal kelas III. Kecenderungan mereka seperti itu, sebab mereka menyimpan data aslinya, agar tetap terjaga imaje-nya. Dan tidak dikenai sanksi dari atasan. Anda dengar tadi yang disebut terapi aktifitas kelompok (mengingat saya pada saat saya mewawancarai Pak Soedjono. Rupanya Mas Dedy tadi mengamati dan mendengarkan pembicaraan saya) itu memang ada laporannya. Tetapi lebih banyak yang tidak dilaksanakan. Terapi kelompok paling hanya tentang sosialisasi, sementara terapi musik ataupun terapi kerja tidak ada di sini. Mereka kan cukup puas dengan dana dari pemerintah. Jadi tidak usah susah-susah. Hal ini berbeda dengan Rumah Sakit Swasta yang benar-benar mengandalkan mutu pelayanan agar tetap dapat survive. Pembicaraan kami akhirnya terpotong, sebab Pak Endang yang mendampingi saya sudah datang, dan kelihatan Mas Dedy terlihat tidak nyaman lagi meneruskan pembicaraan. Akhirnya saya meminta nomor kontakannya agar dapat berbicara lebih banyak lagi nantinya.

Saya kembali meneruskan observasi ke ruangan bangsal-bangsal. Saya melihat-lihat kondisi bangsal ruang Sadewa, Yudistira, Nakula, Dewi Amba, maupun di ruang Srikandi dan Arjuna yang VIP (kelas I). Tetapi kondisi yang terpancar nyaris sama, lalu lalang pasien yang nanar dan kosong, kebekuan yang tampak jelas di mana-mana, serta kesam kumuh dan awut-awutan tampak di bangsal Dewi Amba, Nakula, dan Sadewa. Di tiga bangsal ini, baju kotor di mana-mana, gelap, dan bau ruangnya kurang sedap.

Setelah berputar-putar mengobservasi ruangan bangsal, saya kembali ke ruang administrasi dan menemui Pak Akemat. Kali ini suasana ruang administrasi terlihat sepi dan hanya tampak dua orang pegawai. Padahal saat itu jam dinding baru menunjukkan pukul 13. 49 Wib. Mungkin karena suasana hujan deras dan kerjaan banyak yang sudah rampung, maka para pegawai sudah banyak yang izin pulang terlebih dahulu. Tetapi perlu diketahui juga, bahwa ruang administrasi kafe itu banyak sekali atapnya yang bocor, ada paling tidak tiga empat titik kebocoran. Sehingga

tampak sekali becek lantainya, sebab hal tersebut dibiarkan saja, atau mungkin karena kebocoran itu tampaknya sudah biasa terjadi di ruangan ini.

Saya saat itu dengan Pak Akemat membuat janji untuk mengatur jadwal penelitian, terkait dengan jadwal wawancara dengan dokter, perawat, tenaga administrasi, maupun pasien. Juga ada beberapa hal yang ditanyakan Pak Akemat menyangkut penelitian saya. Pak Akemat meminta saya tidak memakai sebutan gila atau sakit jiwa, melainkan memakai sebutan stres atau apa keluhannya. Semiminal mungkin memakai istilah yang konotasinya halus dan tidak menstigma mereka. Beliau juga menyadari betul bahwa proses stigma masih sangat kuat terjadi di masyarakat, dan kebiasaan isolasi susah dihilangkan. Padahal menurutnya ada juga masalah pada tindakan praktek dokter. Bagaimana sekarang ini terjadi proses degradasi profesi dokter, di mana tanpa diagnosa atau pemeriksaan awal, seringkali dokter sudah bisa menentukan jenis sakitnya apa dan harus diberi obat apa. Sering dokter datang pertama kali kala menangani pasien langsung tanya ke perawat atau pihak keluarga; dia pakai obat apa kemarin? Dan kemudian dokter sudah dapat menentukan resep baru buat pasien tersebut.

Sekitar pukul 15.06 WIB saya pamit pulang. Tetapi saya tidak langsung pulang. Saya masih ingin mengamati kondisi Rumah Sakit hingga sore. Suasana saat itu di luar juga tampak sepi sekali, sebab pegawai udah dari tadi banyak yang pulang. Sementara pasien hanya satu dua yang kelihatan keluyuran di jalanan. Terasa suasana kehidupan Rumah Sakit yang mati suri, sepi dan hening sekali.

#### **Tanggal 10 Maret 2004, Hari Rabu**

Saya janji dengan Pak Akemat pagi ini pukul 09.00-an. Karenanya saya pagi-pagi berangkat dari Ciputat dan tiba di Rumah Sakit sekitar pukul 09.15-an menit. Ketika saya tiba di ruang Pak Akemat, tampak beliau sedang serius berbincang dengan pegawai kantor yang lain. Karenanya saya putuskan menunggu dulu beliau di ruang tunggu. Tetapi belum lama saya duduk di situ, Pak Akemat sudah datang dan mengajak saya ke ruangan beliau. Gimana mau mulai sekarang? Kata beliau. Iya Pak, kalau bisa sih sekarang aja kita mulai. Ok, kata beliau. Mari kita ke ruangan bangsal Dewi Amba.

Kamipun melangkah lewat pintu belakang kantor administrasi menuju bangsal Dewi Amba, dan langsung masuk ke ruangan para perawat. Di sini tidak ada sekat-sekat ruang perawat dan kepala ruangnya. Ruangan dibuat blong, terbuka. Ada dua meja di sudut ruangan beserta kursinya. Sementara ada sepasang meja kursi menghadap pintu yang dilengkapi 3 kursi yang saling berhadapan. Tampak empat orang berpakaian seragam cream, khas baju perawat di Rumah Sakit ini.

Pak Akemat kemudian menyapa salah seorang dari mereka, yang kemudian saya kenal bernama Ibu Wardiati (Kepala Ruangan Dewi Amba). Terjadi pembicaraan antara Pak Akemat dengan empat perawat tersebut, beliau juga memperkenalkan saya dan maksud tujuan kami ke ruangan tersebut. Akhirnya saya dipilhkan salah seorang pasien untuk wawancara pada hari itu.

Pasien yang bersedia saya wawancarai itu ternyata bernama Mbak Duni Dewi, usianya sekitar 45-an tahun. Anak Profesor di Kedokteran UI, dari keluarga berpendidikan dan terpandang. Kakaknya seorang dokter tinggal di Kansas Amerika, sedang salah seorang adiknya ada yang menjadi dosen Psikologi UI. Dia sendiri lulusan FMIPA UI angkatan 1974, dan lulus tahun 1983. Sejak tahun 1982 dia sudah bekerja di IBM, dan kemudian di salah satu bank Internasional. Sudah lama Mbak Duni mengalami gangguan kejiwaan, berupa gangguan halusinasi, yaitu sejak di tinggal mati ayahnya di tahun 1998. Kemudian dia dimasukkan ke Sanatorium Dharmawangsa (Klinik Perawatan Gangguan Jiwa) di daerah Blok M. Kondisinya sedikit banyak lebih baik, sebab kemudian dia diizinkan pulang ke Rumah. Tetapi kondisi gangguan jiwanya menjadi lebih parah, ketika ibunya meninggal di bulan Maret tahun 2000, disusul sebulan kemudian adik perempuan. Pukulan yang begitu berat tersebut menyebabkan Mbak Duni harus menjalani perawatan lagi di Sanatorium Dharmawangsa, tetapi tidak berlangsung lama. Sebab kemudian dia dikirim pihak keluarga ke Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Mbak Duni menjadi pasien yang sudah sering keluar masuk Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Sebab setiap kali dia dinyatakan sembuh dan diizinkan kembali ke rumah, selalu saja dia merasa kesepian dan ngak ada yang mengurus-memperhatikannya. Padahal di sisi lain dia selalu diliputi perasaan ngak mau merepotkan, sementara riilnya dia tidak punya kerjaan yang tetap sehari-hari, selain berdiam diri di rumah. Karena keadaan seperti inilah, dia merasa sendirian, bosan menjenuhkan, dan akhirnya ingatannya kembali pada situasi yang dipenuhi halusinasi. Maka kambuh lagi sakitnya.

Wawancara dengan Mbak Duni berlangsung di ruangan sebelah ruang perawat. Di saat wawancara banyak pasien yang lalu lalang, ada yang melihat, menyapa dan ada juga yang duduk di dekat peneliti. Wawancara dengan Mbak Duni tidak berlangsung terlalu lama, hanya sekitar 20-an menit. Sebab terlihat dia merasa kurang enjoy diberondong pertanyaan-pertanyaan dari peneliti. Padahal peneliti sangat rileks sekali dan lebih berlaku ngobrol biasa ketimbang wawancara resmi. Kesan yang tertangkap selama wawancara menunjukkan memang Mbak Duni orangnya kurang gaul, terbiasa sendiri, dan selama ini cenderung tertutup, serta hanya berpikir untuk karier saja. Akhirnya wawancara selesai dan Mbak Duni kembali ke kamar tidurnya lagi.

Setelah wawancara dengan Mbak Duni, saya berkesempatan mewawancarai Ibu Wardiati (Karu dewi Amba). Beliau biasa disapa dengan panggilan akrab Bu Iwad. Bu Iwad sudah 31 tahun bekerja di Rumah Sakit ini. Beliau sudah mengenyam asam garam merawat pasien, sebab hampir semua ruangan pernah beliau singgahi sebagai tempat kerja. Kami berjalan berdua ke arah ruangan di mana saya tadi mewawancarai Mbak Duni. Dan mulailah saya mewawancarai beliau. Wawancara ini tidak banyak berbeda dengan ketika mewawancarai Pak Sardjono, sebab Bu Iwad cenderung menanya balik ke peneliti tentang jawaban Pak Sardjono. Beliau tinggal mengiyakan; ya seperti itu. Dan kelihatan kalau beliau kurang menguasai, atau mungkin tidak terbiasa diwawancarai. Sehingga tampak gugup dan tidak lancar bicaranya. Tetapi yang terpenting dari wawancara dengan Bu Iwad adalah



pengalaman beliau yang lebih mendapati kenyataan bahwa pasien gangguan jiwa memang kebanyakan berasal dari kalangan tidak mampu.

Selesai sudah penelitian hari ini, hingga jam di kantor administrasi menunjukkan waktu menunjukkan pukul 14.15 Wib. Akhirnya saya putuskan mohon izin kepada Pak Akemat dan berjanji besok kembali lagi ke Rumah Sakit, sesuai jadwal yang telah beliau berikan pada peneliti.

#### **Tanggal 11 Maret 2004, Hari Kamis**

Pagi ini waktu menunjukkan pukul 09.27 Wib ketika saya memasuki ruang administrasi. Saya langsung menuju ruangan kerja Pak Akemat. Pagi Pak? Sapa saya kepada beliau. Oh... pagi, silakan duduk, Pak Akemat mempersilakan saya. Terima Kasih Pak. Gimana sudah siap kan Pak untuk wawancara. O iya ya sekarang waktu saya diwawancarai ya. Ok deh, sebentar ya saya selesaikan dulu pekerjaan sebentar. Terlihat beliau lagi serius menulis dan memeriksa tumpukan kertas laporan yang tersusun di mejanya. Tetapi tidak berapa lama kemudian, beliau bilang: baik, bisa kita mulai. Di sini aja ya? Tanya beliau. Iya Pak Ngak apa-apa, kata saya. Dan mulailah saya mewawancarai Pak Akemat. Ketika itu, jam dinding pukul 10.13 menit.

Wawancara dengan Pak Akemat berlangsung menarik, sebab beliau lancar sekali berbicara, dan cenderung berbicara apa adanya tentang kondisi Rumah Sakit yang beliau ketahui. Pak Akemat banyak berbicara tentang upaya Rumah sakit mengurangi stigmatisasi atau kesan negatif yang selama ini ada di masyarakat dengan misalnya; mengganti nama Rumah Sakit Jiwa Bogor menjadi Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi, membiasakan menyebut MMC (Marzoeki Mahdi Cilendek), serta ada kebijakan baru Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan berupa klinik dan apotek umum bagi masyarakat Cilendek dan sekitarnya.

Di samping itu, Pak Akemat juga banyak menyinggung tentang model perawatan di Rumah Sakit ini, pengalaman beliau selama di Rumah Sakit, tanggapan keluarga, serta data-data lain yang terkait dengan penelitian. Beliau juga menyinggung tentang pemberitaan majalah Time edisi 10 November 2003. Di mana di dalam ulasan majalah tersebut dijelaskan betapa minim dan tidak manusiawi perawatan jiwa yang berlaku di Indonesia. Ulasan majalah ini disertai gambar foto telanjang pasien jiwa Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Kesan yang tentunya sangat miris bagi yang melihatnya.

#### **Tanggal 12 Maret 2004, Hari Jumat**

Sambil mengisi kekosongan waktu penelitian di Rumah Sakit Bogor. Sebab masih harus menunggu jadwal dan kepastian dokter yang dapat diwawancarai. Hari Jumat itu saya putuskan pergi ke kantor Departemen Kesehatan. Saya berangkat pagi itu pukul 09.00 kurang. Saya sudah mempersiapkan surat dari kampus yang ditujukan ke Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat. Dulunya institusi ini bernama Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat.

Saya menuju ruangan Kesehatan Jiwa di lantai IV C deretan tengah paling ujung. Di sana saya ketemu dengan Bapak Agus, salah seorang staf pegawai ruangan

tersebut yang kemudian mempersilakan saya ikut masuk dan mempertemukan dengan Kepala Bagian Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, yakni Bapak Supriyono. Di sini saya mendapat banyak penjelasan dari Bapak Supriyono seputar pembagian Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat menjadi Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat dan Direktorat Jenderal Prasarana Medis (kalau tidak salah).

Pak Supriyono banyak menceritakan kondisi pelayanan perawatan gangguan jiwa di Rumah Sakit. Menurutnya sekarang karena zamannya sudah desentralisasi melalui otonomi, maka tanggung jawab Rumah Sakit Jiwa tidak lagi ditangani Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat Departemen Kesehatan RI. Melainkan berada dalam kewenangan dan tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Sementara untuk koordinasi dengan Rumah Sakit masih ada, dan itu dilakukan oleh Direktorat Prasarana Medis Depkes RI. Beliau juga menjelaskan tidak adanya koordinasi yang baik antara pusat dan daerah dalam hal penanganan suatu kasus ataupun kebijakan kesehatan. Kata beliau; kalau dulu silih enak. Kita dapat memerintah sampai ke daerah-daerah. Dan kalau salah bisa kita berhentikan mereka. Tapi sekarang? Kita tidak bisa ngapa-ngapain lagi. Semua terserah mereka. (tampak raut muka beliau yang kelihatan tidak puas). Anda lihat sekarang betapa lambatnya penanganan Demam Berdarah. Hal itu akibat daerah merasa mampu sendiri, mereka cenderung lepas tangan, dan kita tidak bisa main perintah begitu saja kayak dulu lagi.

Beliau juga menceritakan tentang minimnya anggaran dana bagi penyuluhan untuk sosialisasi kesehatan jiwa di masyarakat. Kalau dulu kita ada anggaran untuk penyuluhan di Puskesmas. Sekarang ma tidak, kata beliau. Sekarang semua diserahkan pada masing-masing institusi. Kalau rumah Sakit Jiwa ya urusan mereka sendiri. Demikian juga Dinas Sosial. Padahal semestinya semua institusi, baik Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Daerah, maupun Dinas Sosial selalu berhubungan. Sehingga kinerjanya tetap baik seperti dulu. Tidak akan ada kasus seperti yang diliput Time edisi lalu. Anda sudah baca? Tanya beliau pada saya. Anda tahu akibat kasus Time itu kita sekarang kembali tegas terhadap Dinas Kesehatan Daerah. Mereka kami minta sekarang selalu turun ke lapangan memeriksa. Jangan sampai kejadian seperti ini terjadi lagi. Malu kita sebagai bangsa. Iya ngak?... (menanyakan ke arah saya).

Dalam kesempatan itu, beliau lebih menyerahkan hal-hal yang terkait dengan masalah gangguan kejiwaan langsung ke Rumah Sakit Jiwa atau Dinas Kesehatan Daerah setempat. Dan beliau hanya menawarkan beberapa buku bacaan terbitan Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat yang kebanyakan berisi tentang Rencana Strategis pembangunan kesehatan jiwa di Indonesia, serta beberapa buku panduan tentang kesehatan jiwa.

#### **Tanggal 16 Maret 2004, Hari Selasa**

Saya menelpon Dokter Rahmat pagi jam 08.00 Wib sesuai janji hari Senin dengan beliau, tetapi ternyata tidak diangkat-angkat. Akhirnya saya hanya pasrah menunggu dan mempersiapkan diri saja. Kali-kali dokter Rahmat menelpon dan jadi janjinya. Benar dugaan saya, kira-kira pukul 08.25-an dokter Rahmat menelpon dan menanyakan apakah saya bisa ketemu di Rumah Sakit jam 09.10 Wib ini di



kerjanya. Saya mengiyakan, dan akhirnya saya berangkat pukul 08.45 Wib dan tiba di sana pukul 09.25 Wib. Ternyata telat, padahal selama perjalanan Ciputat-Bogor saya kebut kecepatan motor di atas 80.

Tetapi alhamdulillah, ternyata dokter Rahmat belum pergi. Beliau terlihat ada di ruang administrasi. Akhirnya saya dikenalkan oleh Pak Akemat dengan sang dokter. Dan kami pun berbincang-bincang sebentar, kemudian sambil duduk diteras depan ruang administrasi saya melakukan wawancara di sana. Wawancara banyak berbincang tentang relasi dokter, perawat dan pasien di Rumah Sakit ini, aktifitas keseharian di Rumah Sakit, praktek dokter, posisi pasien di mata dokter, serta aspek-aspek lain terkait dengan tindakan medis dan proses stigmatisasi dan kontrol sosial yang terjadi di masyarakat. Dokter Rahmat banyak memberi penjelasan yang sangat optimistis dengan efektifitas pengobatan yang ada sekarang. Baginya pengobatan sekarang sudah sangat modern, dan terbukti ampuh bisa menyembuhkan pasien hingga taraf kesembuhan mencapai 30% dari total pasien yang ada, sekalipun jelas tidak dapat 100% kembali seperti semula. Di samping itu, dokter Rahmat menyatakan prihatin atas kecenderungan kebanyakan kalangan kedokteran yang lebih berorientasi bisnis ketimbang menolong pasien. Hubungan intersubjektifitas hampir jarang sekali ada. Selebihnya pasien hanya sebagai obyek para dokter saja. Apalagi tuntutan yang besar dari Rumah Sakit selaku unit sosial ekonomi agar surplus secara ekonomi, dan tidak bergantung dana pemerintah saja. Hal ini seringkali dipakai sebagai pembenaran terhadap praktek dokter di lapangan. Tetapi disela-sela wawancara ada seorang pasien laki-laki yang memanggil dokter Rahmat. Pasien itu bilang: dok, saya besok boleh pulang kan? Dua kali kalimat ini diulang pasien. Sebab dokter tampak tidak menghiraukannya. Kemudian dokter Rahmat bilang: emang mau naik apa? Keluarga sudah tahu belum?. Kata pasien: naik kapal ke Karimun, entar saudara jemput di sana. Dokter menjawab: iyalah, terserah. Tapi di sini saja dulu, nanti tunggu keluarga datang ya. Kemudian pasien tersebut berlalu, dan dokter Rahmat berkata ke saya; gimana mau pulang? Bisa-bisa hilang di laut nanti. Hal-hal begitu banyak pak, tapi kita hanya berani kalau keluarga datang menjemput. Kalau tidak ya mereka tidak kita izinkan, berbahaya. Wawancara ini berlangsung hingga pukul 12.15 Wib.

Siangnya setelah istirahat makan siang, saya minta kesediaan Pak Endang agar mau diwawancarai. Awalnya beliau tampak canggung dan menolak. Jangan saya, Bu Asmalely dan Pak Kemat saja. Saya ma ngak bisa apa-apa, katanya. Iya pak, keduanya nanti saya wawancarai, tapi Pak Endang juga penting, kan Bapak udah lama bekerja di sini, kataku meyakinkan. Akhirnya beliau pun menyanggupi dan mengajakku ke ruangnya. Pak Endang sudah 18 tahun bekerja di Rumah Sakit Jiwa ini, tepatnya sejak tahun 1983. Dari petugas ruangan bangsal-bangsal hingga sekarang bertugas di bagian administrasi. Pak Endang kelihatan sangat arif dalam bertutur. Beliau banyak berbicara tentang pengalamannya selama bertugas, dan senantiasa mengaris-bawahi agar kita dapat menerima mereka dengan baik, sebab itu nasib mereka. Bagi Pak Endang, kenapa pandangan negatif dari masyarakat seperti itu, karena mereka menganggap pasien ini sebagai makhluk yang berbeda dan mereka jijik melihatnya. Makanya masyarakat kemudian menjauhi mereka.

### Tanggal 17 Maret 2004, Hari Rabu

Peneliti kembali ke Rumah Sakit. Kali ini saya melakukan wawancara dengan beberapa pasien, baik di ruang Dewi Amba maupun di ruang Sadewa. Hal tersebut saya lakukan, setelah konsultasi dengan dokter dan Pak akemat selaku Kasi II Perawatan.

Saya ke ruangan Dewi Amba terlebih dahulu. Di sana saya langsung menemui Ibu Wardiati (Karu Dewi Amba). Oleh beliau saya diberi beberapa pilihan pasien yang memungkinkan untuk diwawancarai. Dan saya pilih kemudian untuk mewawancarai Lina dan Eni. Saya melakukan wawancara dengan kedua pasien tersebut secara terpisah, tetapi dengan bobot materi pertanyaan yang tidak jauh berbeda dengan yang tempo hari saya tanyakan kepada Mbak Duni. Wawancara berlangsung menarik, sebab kala itu ada dua orang pasien yang turut nimbrung dengan memberi komentar-komentar dan celetukan sekenanya. Mereka mengira saya dokter baru yang bertugas di situ. Tetapi saya dapat menetralsir kondisi dan berlaku serileks mungkin, hingga akhirnya wawancara tetap berjalan dengan baik dan selesai ketika jam makan siang tiba. Buru-buru mereka minta pergi untuk mengambil jatah makan siang.

Dalam wawancara ini, Lina yang ayahnya seorang tukang ojek dan drop out Sekolah Menengah Pertama (SLTP) menceritakan perlakuan keluarganya yang tidak adil padanya. Dia mengakui kalau dirinya sempat stres akibat ditinggal kabur pacarnya. Tetapi dia merasa sehat-sehat saja dan dapat melakukan aktifitas sehari-hari dengan baik. Lina bekerja sehari-hari di sebuah konveksi kerudung di daerah Cipulir. Lina menceritakan kesedihannya ketika harus di bawah Bapaknya ke Rumah Sakit ini. Dia mengakui dulu pernah dikirim ke Rumah Sakit Jiwa Magelang, tetapi kemudian sembuh dan sudah baikan. Lina bilang kenapa ya Ibu tiriku itu selalu memarahiku, maksa-maksain aku. Makanya aku ngak mau tinggal sama mereka. Aku tinggal dengan kakak laki-lakiku di Ulujami. Tetapi keluarganya, kakak iparku juga sama saja suka memarahi aku. Aku ngak boleh ngapa-ngapain. Masak ngak boleh, walaupun masak pasti mereka juga masak sendiri. Mereka ngak mau makan masakanku. Mungkin ngak enak kali ya, ...Lina berkata lirih kepadaku. Saya ingin balik, tetapi harus ada keluarga yang jemput. Kemarin aku nekat pulang sendiri, tapi sehari kemudian aku dijemput dibawa balik lagi ke sini. Gimana ya caranya saya bisa pulang? Lina kembali bertanya padaku. Dan aku bilang, ya udah wong sehat kok, pulang saja, tapi ngak usah ke rumah, menghilangkan jejak kataku he...he...(Lina Juga ikut tertawa).

Sementara pasien satunya, Eni menceritakan pengalamannya kenapa stres dan dibawa keluarganya ke sini. Kata dia; aku ini stres soalnya ngak diterima UMPTN. Aku pingin masuk kedokteran UI, pilihan keduanya teknik Industri UI, tapi ngak masuk keduanya. Ya sudah aku di rumah saja. Aku mngurung diri, sebab aku orangnya ngak suka bergaul. Orang-orang suka reseh, jadi mending diam aja di kamar sendirian, kata Eni menceritakan pengalamannya. Padahal sebetulnya keluarganya cukup mampu. Sebab ayahnya bekerja di BBPT, sementara kakak-kakaknya ada yang di BBPT dan Departemen Kehakiman. Ketika disinggung

masalah ngak ingin balik. Eni langsung tanya; emang udah boleh balik? Ya kalau pingin pulang, mending minta pulang saja sama keluarga, kataku. Tapi kemarin kakak perempuanku bilang begini; udah, Eni di sini saja. Ini cocok enakan buat Eni. Kata eni menuturkan perkataan kakanya padaku.

Selesai dari ruang Dewi Amba, saya istirahat sebentar di kantin Rumah Sakit. Saya ikut mencicipi beberapa potong kue dan sebotol teh dingin penghilang lapar dan dahaga. Saat itu ada tiga orang pasien yang juga turut membeli permen, kue dan jajanan kecil lainnya. Ada perbedaan terlihat, jika saya atau orang yang lain. Maka saya dipersilakan mengambil kue sendiri. Tetapi bila pasien yang beli, maka ia akan diambilkan dan diminta uangnya terlebih dahulu. Kemudian saya kembali ke ruang administrasi dan minta izin ke Ibu Asmalely agar saya dapat ke bangsal Sadewa. Beliau mempersilakan dan memberikan surat pengantar ke ruangan tersebut.

Saya kemudian menuju bangsal Sadewa. Di depan pintu teralis besi, saya permisi. Dan datang menyambut salah seorang petugas ruangan tersebut. Kesan curiga terlihat di matanya. Tetapi saya cuek saja. Saya bilang ingin melakukan wawancara dengan pasien dan saya sodorkan surat pengantar dari Ibu Asmalely tadi. Setelah di baca, barulah pintu dibuka kuncinya dan saya dipersilakan masuk ke ruang dalam. Di mana ada seorang perawat dengan pakaian suster putih-putih sedang duduk memeriksa laporan. Sementara di sampingnya ada tempat duduk memanjang yang duduk disitu berderet pasien-pasien wanita, kira-kira ada 7-8 orang di situ. Mereka melihat televisi yang menyala di meja depan tempat duduk memanjang tersebut. Di ruangan yang didesain ada empat meja dengan sepasang kursi berhadap-hadapan. Mungkin tempat yang disediakan untuk ngobrol pasien dengan keluarganya, atau bisa jadi sebagai ruang makan dan berkumpul para pasien untuk santai. Di ruangan ini tampak pasien-pasien laki-laki maupun perempuan tampak lalu lalang, mondar-mandir memutar ruangan besar tersebut. Gaya berjalan mereka tanpa arah dan kosong, kelihatan hanya memutar-mutar saja. Mungkin untuk menghilangkan kebosanan kelamaan duduk, atau sebagai terapi aktifitas bagi pasien.

Ketika saya sedang diterima perawat di ruang ini, tampak di depan jendela di mana saya menghadap ada seorang pasien perempuan yang bersujud dilantai berkali-kali. Dengan lirih dia memanggil oh... Tuhan berkali-kali, baru kemudian sekitar 10 menit dibangkit dan duduk kembali di dekat pasien yang lain.

Kemudian saya berbicara dengan perawat ruangan ini dan mengutarakan maksud tujuan ke situ. Ternyata pasien yang kemarin disarankan oleh dokter Rahmat sudah tidak ada di ruangan ini. Dia sudah pulang kira-kira 2 minggu yang lalu dan dijemput oleh keluarganya dari Medan. Setelah saya disodori beberapa nama pasien yang memungkinkan untuk diwawancarai. Ada Indra orang Padang, ada Choki dari Amerika, juga ada Hendra dan Yanto. Tetapi saya pilih Indra terlebih dahulu, dan mulailah saya melakukan wawancara. Wawancara ini agak kaku, sebab pasien ini bicaranya keras dan pendek-pendek (maksudnya poin-poin pokoknya saja), serta situasi perasaan saya yang merasa takut menyinggung perasaannya.

Tetapi secara garis besar saya dapat mewawancarai dia dengan baik. Dalam wawancara ini kelihatan pasien ini tidak merasa sakit. Sebaliknya dia kelihatan hanya

pasrah ketika diantar oleh Omnya. Kata Omnya; kamu istirahat saja di sini. Indra mencoba menirukan apa yang dituturkan Omnya padanya ketika mengantar dia ke Rumah Sakit ini. Di samping itu Indra melihat bahwa bentuk sosialisasi yang dilakukan dalam terapi aktifitas kelompok sangat tidak mendidik dan cocoknya untuk anak SD. Kata Indra pada saya; saya inikan jelek-jelek gini lulusan D3 salah satu kampus swasta terkemuka di Jakarta. Jadi semestinya dibedakan dan tidak dicampur rata macam gitu. Edukasi macam ini jelas tidak cocok, anak saya saja bisa lebih dari ini. Dia merasa ingin segera pulang ke rumah agar dapat segera bekerja kembali, tetapi dia tidak tahu kapan bisa pulang. Sebab semua tergantung Omnya.

Setelah wawancara ini sebetulnya saya ingin meneruskan dengan pasien yang bernama Choki. Saya sudah sempat kenalan dengannya ketika pertama kali observasi ruangan, saat itu di ruangan ICU bangsal Kresna. Sebab saat itu dia baru masuk Rumah Sakit ini. Tetapi karena saya melihat perilakunya yang kurang komunikatif dan terkesan agak linglung. Maka akhirnya wawancara tidak jadi dilakukan.

#### **Tanggal 19 Maret 2004, Hari Jumat**

Sesuai janji dengan Ibu As pada hari Rabu sebelumnya. Maka pagi ini saya akan mewawancarai beliau. Tetapi sebelum wawancara saya menemui Pak Akemat meminta data-data dokter, perawat dan pasien Rumah Sakit Marzoeki mahdi ini. Oleh beliau saya diberikan sebuah buku laporan akuntabilitas Rumah Sakit dan diajak ke belakang, di ruang data kepegawaian. Di sana pak Akemat meminta kepada salah seorang pegawai daftar dokter, perawat dan pasien di Rumah sakit ini. Kemudian saya diminta mengcopy. Karena kantin tutup, maka buku laporan dan dua lembar daftar dokter dan pegawai saya fotocopy di daerah Mawar Bogor, kira-kira 2 kiloan dari Rumah Sakit.

Sekembali dari fotocopy, barulah saya menemui Ibu As yang terlihat sudah siap menunggu. Mas aku sebetulnya nggak mau masuk hari ini. Cucuku sakit, tapi aku merasa ada janji. Dan saya periksa tadi, ternyata janji wawancara dengan mas ya, kata Bu As mengawali pembicaraan. Mulailah kemudian saya melakukan wawancara dengan beliau.

Wawancara dengan Ibu As berlangsung lama, hingga pukul 11.45 Wib. Kala itu terdengar suara pengajian dari Masjid Al-Hidayah yang berada dikompleks Rumah Sakit tersebut. Sebab hari ini hari Jumat, waktunya Jamaah Jumat. Wawancara menyangkut banyak hal, mulai dari karier Bu As di Rumah Sakit tersebut, bentuk penanganan pasien dan standar perawatan, relasi dokter, perawat dan pasien, perkembangan pasien setelah berobat, tanggapan keluarga dan masyarakat, serta kejadian-kejadian penting menyangkut pengalaman beliau ketika berhadapan dengan bentuk-bentuk penolakan dari masyarakat terhadap pasien.

Pada hari ini juga saya sempat mewawancarai salah seorang keluarga pasien. Sebab setelah beberapa hari minta waktu dan kesempatan selalu saja pihak keluarga menyatakan menolak dan keberatan untuk diwawancara. Mereka rata-rata sudah menyatakan capek dengan kondisi yang ada, apalagi harus bicara dengan orang lain yang belum tentu membantu. Menurut mereka kebanyakan orang-orang yang tanya

malah lebih banyak mengorek cela dan aib keluarga. Tetapi hari itu saya beruntung sebab Bu Ir Ibu salah satu pasien di ruang Dewi Amba akhirnya bersedia untuk diwawancara. Bagi Ibu Ir tidak masalah asal hal tersebut bisa menjadi pelajaran dan sesuatu yang berharga bagi orang lain, serta menjadi keterangan lebih memajukan studi dan ilmu pengetahuan. Wawancara berlangsung selama kurang lebih 45 menitan. Akhirnya pukul 14. 23 WIB saya kembali pulang ke Ciputat.

#### **Tanggal 20 Maret 2004, Hari Sabtu**

Sekalipun hari ini hari libur kerja, saya memutuskan tetap datang ke lokasi penelitian. Tetapi hari ini saya tidak ke Rumah Sakit, melainkan ke kantor Kelurahan Cilendek. Hari ini saya ingin mewawancarai penduduk sekitar Rumah sakit Marzoeki Mahdi. Saya ke kantor Kelurahan di temani seorang teman. Di sana saya diterima Ibu Ida, salah seorang staf kantor kelurahan tersebut. Saya berikan surat dari kampus dan saya jelaskan maksud tujuan saya. Bu Ida menyarankan saya menghubungi Kasbang dulu, sebab tidak bisa langsung ke Kelurahan katanya. Tetapi akhirnya saya jelaskan lebih detail lagi dan saya pastikan tidak ada hal-hal yang menyangkut kebijakan Kelurahan yang akan ditanyakan dan diteliti. Akhirnya beliau memahami dan meminta Pak Albert mau menjadi informan saya, tetapi yang bersangkutan tidak siap, dan menawarkan orang lain.

Pada saat itu saya juga masih berkesempatan meminta tanggapan Bu Ida tentang pandangan masyarakat Cilendek terhadap pasien dan Rumah Sakit, serta tindakan-tindakan apa saja yang biasanya dilakukan masyarakat ketika berinteraksi dengan pihak pasien ataupun Rumah Sakit. Kesan yang dapat ditangkap dari penjelasan Bu Ida lebih menunjukkan pengalaman beliau yang terlihat enggan menyinggung pasien. Kayaknya Bu Ida punya perasaan takut terhadap orang-orang yang terkena gangguan jiwa.

Setelah wawancara dengan Bu Ida, saya diantar oleh Pak Albert ke rumah Pak Yusuf, Ketua LPK Kelurahan Cilendek. Saya dikenalkan oleh beliau, dan setelah itu Pak Albert pamit pulang. Setelah itu saya sodorkan beberapa item pertanyaan pada Pak Yusuf, dan wawancara dimulai.

Wawancara dengan Pak Yusuf banyak berkisar tentang pandangan masyarakat Cilendek terhadap pasien dan Rumah Sakit. Persentuhan warga dengan pihak Rumah Sakit, serta perkembangan yang terjadi dalam interaksi warga dan Rumah Sakit sejak dulu hingga sekarang. Pak Yusuf mengarisbawahi perubahan yang tampak di Rumah Sakit Jiwa Bogor dengan kebijakan mengganti nama menjadi Rumah Sakit Marzoeki Mahdi, pasien yang tidak lagi seragam seperti tahanan, serta kondisi masyarakat yang relatif lebih baik pemahamannya terhadap kehadiran Rumah Sakit dan aktifitas di dalamnya. Tetapi di samping itu, Pak Yusuf juga mengakui, bahwa kebanyakan masyarakat masih mempertahankan keluarganya yang sakit di rumah. Sebab kebanyakan mereka berasal dari kalangan tidak mampu.

### **Tanggal 14 Mei 2004, Hari Jumat**

Hari ini peneliti berangkat pagi seperti hari-hari sebelumnya. Peneliti datang kembali ke lokasi penelitian untuk mencari kekurangan data yang dibutuhkan untuk penyempurnaan tesis, setelah dilakukan koreksi oleh pembimbing.

Pagi itu sekitar pukul 09.07 peneliti bingung mencari-cari ruangan administrasi. Sebab ternyata, setelah hampir dua bulan peneliti tidak pernah berkunjung ke sana. Ruang administrasi dipindah ke sebelah depan, yaitu bekas aula serbaguna. Sementara ruang administrasi sendiri sedang direnovasi total. Saat itu tampak bangunan ruang administrasi tampak acak-acakan, dan terlihat para pekerja bangunan sedang bekerja.

Ketika melihat bangunan renovasi ruang administrasi, saya dikejutkan sapaan Pak Endang. Hai gimana kabarnya Pak, kok nggak pernah kelihatan, katanya. Iya Pak, maaf kemarin sibuk menyelesaikan penulisan tesis dan nunggu koresian pembimbing, jadi belum sempat kemari, jawab saya. Terus masih butuh apalagi ini, beliau melanjutkan. O ya saya masih perlu beberapa data. Ada beberapa data pasien yang belum saya dapatkan, makanya saya ingin menemui Bu As. Baik kalau begitu, silakan kata Pak Endang.

Kemudian saya melangkah menuju ke ruangan Bu As. Begitu saya masuk, Bu As kaget, loh kemana aja anda, kok menghilang begitu saja. Maaf Bu, saya harus menunggu koresian pembimbing, jadi ya agak lama, kata saya. Kemudian saya utarakan maksud saya hari itu kepada beliau, bahwa saya masih memerlukan data tentang rekam medis pasien dan denah Rumah Sakit. Saya menanyakan beberapa hal tentang kondisi pasien, keberadaan ruangan RS, serta hal lain menyangkut rekam medis pasien. Setelah itu, beliau kemudian menghubungkan saya dengan Pak Arief bagian rekam medis, serta Ibu Nina bagian prasarana gedung.

Pertama kali saya menemui Bu Nina, kepada beliau saya utarakan maksud saya. Dan dengan senang hati beliau pinjamkan sebendel kopian denah ruangan dan denah secara keseluruhan Rumah Sakit Jiwa. Kemudian saya foto copy beberapa denah ruangan dan denah Rumah Sakit secara keseluruhan yang saya anggap mewakili keseluruhan model arsitektural Rumah Sakit.

Setelah itu barulah saya menemui Pak Arief. Beliau menerangkan tentang banyak hal menyangkut rekam medis pasien, serta memberikan laporan tahunan rekam medis pasien tahun 2003. Di samping itu, beliau juga memperlihatkan beberapa data mutasi pasien, serta statistik pasien rawat inap di Rumah Sakit tersebut. Data rekam medis menunjukkan, bahwa separuh lebih pasien rawat inap merupakan pasien kasus lama. Pasien laki-laki lebih banyak daripada pasien perempuan. Lama waktu perawatan (*length of stay*) naik menjadi selama 93 hari. Jumlah pasien yang meninggal sebanyak 41 orang, 5 orang meninggal kurang dari 48 jam, dan 36 orang meninggal lebih dari 48 jam. Mereka yang meninggal kebanyakan merupakan pasien yang telah lama tinggal di Rumah Sakit ini, dan berasal dari pasien lansia. Kapasitas ruang rawat (*bed occupancy rate*) naik menjadi 66,24% dari tahun sebelumnya yang hanya 65,03%. Kenaikan BOR terutama terjadi di kelas III, di mana terisi hampir 96%. Sementara untuk kelas Detox, kelas utama sebesar sekitar 15%, dan kelas VIP

sebesar 22%. Kondisi ini menunjukkan, bahwa kebanyakan pasien gangguan jiwa berasal dari kalangan masyarakat kurang mampu dan menengah. Sedangkan berdasarkan koding dan indeksing berdasarkan ICD-X dan buku PPDGJ III, maka rangking teratas penyakit yang rawat jalan maupun rawat inap adalah Schizoprenia Paranoid dan Psikosis Reaktif Singkat.

Setelah Jumat, saya menemui Bu Iwad di bangsal Dewi Amba. Saya menanyakan banyak hal tentang kondisi pasien. Sesuatu yang dalam penelitian sebelumnya belum sempat ditanyakan. Saat itu, saya ingin memastikan keberadaan pasien gangguan jiwa yang bolak-balik keluar masuk Rumah Sakit Jiwa. Menurut catatan medis pasien yang diperlihatkan kepada saya. Para pasien tersebut, lebih dari separuh dari jumlah pasien di ruangan tersebut, rata-rata merupakan pasien lama yang telah puluhan tahun tinggal di situ. Menurut Bu Iwad maupun perawat yang lain, para pasien itu telah ada di sini sejak tahun 1980-an, bahkan beberapa sejak tahun 1969. Para pasien tersebut, merupakan pasien pindahan dari ruang ICU ataupun dari bangsal lain, hanya beberapa yang dari awal tinggal di situ. Kalau begitu, mereka biasanya merupakan pasien rujukan dari Rumah Sakit Jiwa lain. Para pasien tersebut rata-rata mengalami perkembangan, yaitu setelah beberapa waktu dirawat di sana, mereka dinyatakan sembuh. Tetapi setelah pulang, bebrapa waktu kemudian penyakit mereka kambuh lagi. Akhirnya mereka harus menjalani perawatan lagi di Rumah Sakit Jiwa. Di samping itu, menurut para perawat tersebut. Pasien di bangsal lansia rata-rata telah ada sejak sebelum mereka bekerja di situ. Mereka di Rumah Sakit ini telah lebih dari puluhan tahun, dan bahkan bisa jadi hingga meninggal dunia.

Setelah dari bangsal Dewi Amba, saya beranjak ke Unit Pendataan Pasien. Saya berharap mendapatkan data menyeluruh tentang data pasien yang masuk ke Rumah Sakit tersebut, dan berapa lama rentang waktunya secara keseluruhan. Tetapi ternyata di bagian ini, saya tidak mendapatkan data yang signifikan. Sebab rata-rata data tentang pasien hampir sama, bahkan lebih lengkap data pasien dari ruang rekam medis. Sementara data menyangkut pasien rawat inap secara detil tidak ada. Sebab menurut keterangan petugas unit tersebut, data detil menyangkut pasien semuanya terdapat di ruang bangsal masing-masing. Padahal data detil di bangsal juga tidak lengkap dan kebanyakan tidak teratur dengan baik.

Akhirnya kira-kira pukul 15.13 WIB saya meninggalkan Rumah Sakit Jiwa Bogor. Setelah sebelumnya saya pamitan ke Bu As dan minta surat pengantar penelitian untuk keterangan menghadapi sidang tesis.