

BAB II KAJIAN TEORI DAN STUDI PRESEDEN

1. TINJAUAN RUMAH SAKIT

1.1. Pengertian Rumah Sakit

Yang dimaksud dengan *Rumah Sakit* adalah :

1. *Rumah Sakit* adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat bermanfaat untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian.

Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit ini adalah kegiatannya berupa rawat jalan, pelayanan rawat inap dan pelayanan gawat darurat yang mencakup pelayanan medik dan penunjang medik.¹

2. *Rumah Sakit Umum* adalah tempat menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan rawat tinggal secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif melalui kegiatan rawat jalan (out patient) dan kegiatan rawat tinggal (In patient).

3. *Rumah Sakit Khusus* adalah tempat menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan rawat inap secara preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif melalui kegiatan rawat jalan (out patient) dan kegiatan rawat tinggal (In patient).²

Pelayanan kesehatan swasta di bidang medis, khususnya upaya pelayanan medis spesialis adalah upaya kesehatan swasta di bidang medis yang diselenggarakan perorangan, kelompok, atau yayasan berbadan hukum dalam bentuk Rumah Sakit Khusus.³

¹ Pen. Men Kes RI No. 159b/Men Kes/Per/II/1988.

² Kes. Dir. Pel. Dep. Kes. RI. No. 895/Yan Kes/ PPL/81.

³ Srt. Kep. Dirjen Pelayanan Medis No. 098/ Yan. Med/RDKS 1987.

1.2. Fungsi Dan Tugas Rumah Sakit

1. Tugas Rumah Sakit adalah ⁴:

Melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatn penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa dan dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (Promotif) dan pencegahan (preventif) serta melaksanakan upaya rujukan.

2. Fungsi rumah sakit adalah ⁵:

1. Pelayanan medis
2. Pelayanan penunjang medis
3. pelayanan perawatan.
4. pelayanan rehabilitasi.
5. Pencegahan dan peningkatan kesehatan.
6. sebagai tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medis dan paramedis.
7. sebagai tempat penelitaian dan ilmu dan teknologi dibidang kesehatan.

1.3. Jenis Rumah Sakit

Ada beberapa Kriteria jenis rumah sakit didasarkan pada beberapa kategori yaitu:

Berdasarkan Pemilik dan badan hukum

1. Rumah Sakit Pemerintah.

Dimiliki dan diselenggarakan oleh : Departemen kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI, BUMN (Badan Usaha Milik Negara).

2. Rumah Sakit Swasta.

Dimiliki dan di selenggarakan oleh : Yayasan yang sudah disahkan sebagai badan kesehatan.

3. Rumah Sakit Umum.

⁴ Peraturan Mentri Kesehatan RI No. 159/Men Kes/Per/II/1988.

⁵ Ibid.

4. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan sub spesialis.
5. Rumah Sakit Khusus.
Rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu.

Berdasarkan Pemilik Swasta

Rumah Sakit Swasta dibagi menjadi 3 kelas, yaitu :

1. Kelas Pratama, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik yang bersifat umum.
2. Kelas Madya, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik yang bersifat umum dan spesialistik sekurang-kurangnya 4 cabang.
3. Kelas Utama, mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik yang bersifat umum, spesialistik, dan sub spesialistik.

1.4. Klasifikasi Tingkat Pelayanan Medis

Umum Pemerintah Berdasarkan Jumlah Tempat Tidur

Jenis Rumah sakit umum pemerintah berdasarkan jumlah tempat tidur.⁶

1. Rumah Sakit Kelas A

Yaitu rumah sakit dengan pelayanan lebih dari 12 orang ahli spesialis + sub spesialis dan sebagai rumah sakit pendidikan, dengan pelayanan kesehatan yang spesialisasi dan spesialisitas luas.

Kapasitas : Diatas 1000 Tempat Tidur (TT).

BOR : 70% - 80%.

Kemampuan Rujukan : Internasional dan Nasional.

2. Rumah Sakit Kelas B

Yaitu rumah sakit pendidikan dengan pelayanan minimal 11 orang ahli spesialis + sub spesialis.

Kapasitas : 400 tt - 1000 tt.

BOR : 70% - 80%.

⁶ Pen. Men Kes RI No. 159b/Men Kes/Per/II/1988.

Kemampuan Rujukan : Nasional dan Provinsi.

3. Rumah Sakit Kelas C

Yaitu rumah sakit dengan pelayanan minimal 4 spesialis yaitu bedah, anak, kebidanan dan jiwa.

Kapasitas : maksimal 500 tt.

BOR : 70% - 80%.

Kemampuan Rujukan : Provinsi.

4. Rumah Sakit Kelas D

Yaitu rumah sakit dengan pelayanan umum.

Kapasitas : 100 - 400 tt.

BOR : 70% - 80%.

Kemampuan Rujukan : Kabupaten

5. Rumah Sakit Kelas E

Yaitu rumah sakit khusus atau spesialis untuk pelayanan penyakit/disiplin ilmu khusus, contohnya : Jiwa, Paru-paru, Mata, Anak, serta kebidanan atau kandungan.

Kapasitas : minimal 50 tt.

BOR : 70% - 80%.

Kemampuan Rujukan : Provinsi.

1.5. Jenis Perawatan

Jenis perawatan di rumah sakit dibedakan menjadi 2 bagian, yaitu :

1. Perawatan tinggal (In Patient).

Yang dimaksud rawat tinggal ialah pasien yang karena penyakitnya harus tinggal di rumah sakit, selama proses penyembuhan berlangsung, pasien berada dibawah pengawasan tenaga medis/para medis. Perawatan tinggal ada 2 macam yang dibedakan berdasarkan fase penyakit pasien dan frekuensi pengawasan terhadap pasien, yaitu:

1. Rawat penyakit biasa (umum).
2. Rawat penyakit menular/membahayakan (ICU).

2. Perawatan jalan (Out Patient)

Yang dimaksud rawat jalan adalah pasien yang karena penyakitnya tidak harus tinggal di rumah sakit. Selama proses penyembuhan berlangsung pasien berada dibawah pengawasan tenaga medis/para medis secara berkala.

2. TINJAUAN RUMAH SAKIT JiWA

2.1. Pengertian Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa adalah rumah sakit yang melakukan pelayanan kesehatan jiwa yang mencakup pelayanan kesehatan jiwa seperti komponen pelayanan medik psikiatrik, pelayanan penunjang medik rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit-unit rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, dan rawat rehabilitasi, disamping itu juga diperhatikan adanya gangguan fisik pada pasien kejiwaan.⁷ menurut who.⁸

“the hospital is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for the population complete health. care both curative and preventive, whose out patient servise reach out to family and its home environment.the hospital is also a centre for the training of health workers and for biosocial research”.

“Rumah sakit tidak hanya menampung orang sakit saja (kuratif) tapi lebih luas lagi bergerak secara preventiv dalam bidang kesehatan masarakat. usaha-usaha preventiv ini meliputi penyuluhan dan pendidikan kesehatan dikalangan masarakat luas, juga meliputi usaha pemberantasan penyakit menular dari sisi lain juga dicetuskan satu fungsi untuk maksud-maksud peningkatan pelayanan medis masarakat, yaitu dengan adanya pusat-pusat kerja bagi tenaga medis dan paramedis serta adanya tempat penelitian bagi pengembangan pengetahuan tentang kesehatan masarakat”.

⁷ Seminar, Perkembangan Rumah Sakit Jiwa, Dep kes, RI.

⁸ Ibid.

Menurut keputusan raker Direktur Rumah Sakit Vertikal dan provinsi, April 1978, maka Rumah sakit Jiwa termasuk Klasifikasi Rumah Sakit klas E, yaitu Rumah sakit Khusus yang memberikan pelayanan Medis dalam bidang pelayanan medis tertentu.⁹

Jadi Rumah Sakit Jiwa adalah suatu ruangan atau kompleks yang dipergunakan khusus untuk merawat dan menampung penderitaan gangguan jiwa. secara luas memberikan perawatan pengobatan dan rehabilitasi penderita gangguan jiwa untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwanya agar dapat diterima kembali dilingkungan keluarga dan masyarakat.

Rumah Sakit Jiwa sebagai pusat pelayanan kesehatan jiwa dalam melaksanakan upaya preventiv, kurativ, rehabilitativ pelayanan kesehatan jiwa masarakat dan melaksanakan sistem rujukan dalam proses organo-psikososial yang kegiatannya menjangkau masuk ke dalam masarakat.¹⁰

2.2. Standar Rumah Sakit Jiwa¹¹

Sarana untuk Rumah Sakit Jiwa merupakan alat yang pokok untuk terlaksananya keggiatan. Oleh karena itu harus disesuaikan dengan keggiatan yang ada (intramural dan ekstramural). Sarana ini meliputi : tanah, bangunan, perlengkapan dan peralatan, tenaga dan biaya.

1. Sarana lokasi dan tanah

Perawatan di dalam rumah sakit jiwa sekarang dan dalam masa mendatang telah/akan mengalami perubahan yang sangat besar, sehingga fungsi Rumah Sakit Jiwa tidak hanya dititik beratkan pada perawatan penyakit, tetapi juga usaha-usaha ektramural serta sebagai sarana pendidikan.

⁹ Ibid.

¹⁰ Pedoman Standarisasi Rumah sakit Jiwa. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta 1986

¹¹ Pedoman Standarisasi Rumah Sakit Umum, Type C. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta 1989

2. Lokasi

Rumah sakit jiwa modern harus bersifat "memasyarakatkan" hingga mudah dijangkau oleh masyarakat, dan tidak jauh dari pusat kota. Dan lokasi harus ditunjang fasilitas, antara lain :

- 2.1. Komunikasi dan atau transportasi mudah.
- 2.2. Air dari PDAM bila memungkinkan atau sumber lain (sumur arteis).
- 2.3. Listrik.
- 2.4. Telpon.
- 2.5. Kebisingan suara kurang dari 40 db.
- 2.6. Tanah
- 2.7. Luas tanah 6 - 10 ha
- 2.8. Kesuburan tanah diperlukan untuk pengembangan fasilitas rehabilitasi mental serta latihan kerja
- 2.9. Drinase cukup baik

3. Bangunan

3.1. Corak bangunan

Menggambarkan sifat sesuai dengan lingkungannya secara serasi dan seimbang

3.2. Warna

Sebaiknya menggunakan warna-warna yang memberikan ketenangan dan membangkitkan semangat pada pasien, seperti kuning gading.

3.3. Interior

Interior dimungkinkan dapat menghilangkan sebanyak mungkin sudut karena selain demi keamanan pasien juga untuk memberikan kesan semangat bersahabat.

3.4. Pagar lingkungan

Menggunakan soft material dan tidak telalu terkesan terkurung.

4. Bentuk

Bentukan dasar harus mempertimbangkan orientasi terhadap lingkungan, arah angin, dan matahari serta tidak membahayakan pasien, secara

umum bangunan tidak bertingkat, dan apabila terpakai dimungkinkan untuk bangunan utama dan auditorium.

5. Fungsi¹²

- 5.1. Gedung administrasi
- 5.2. Bangsal perawatan
- 5.3. Ruang terapy kerja
- 5.4. Ruang rekreasi
- 5.5. Ruang Hydro terapy
- 5.6. Ruang serbaguna
- 5.7. Tempat ibadah
- 5.8. Dapur
- 5.9. Laundry
- 5.10. Menara air
- 5.11. Kamar mayat
- 5.12. Ruang disel / UPS
- 5.13. Lapangan Volly
- 5.14. Gardu jaga
- 5.15. Selasar
- 5.16. Pagar
- 5.17. Saluran air kotor
- 5.18. Gorong-gorong

6. Luas bangunan¹³

Untuk menghitung/menentukan luas masing-masing ruang diperlukan didasarkan pada kapasitas tempat tidur RSJ dan standar yang berlaku atau berdasarkan studi tertentu. Penentuan penting agar setiap bangunan/ruang dapat bermanfaat dengan baik dan dapat menanggung beban tugas yang ada. Beberapa rumah sakit telah ada yang ditetapkan dengan jelas oleh pemerintah, tentang rumah dinas dan gedung pemerintah.

¹² Laporan Ankuatanbilitas, Rumah Sakit Grasia, Yogyakarta. 2001.

¹³ Pokok Pedoman Arsitektur medik Rumah Sakit Khusus, Direktorat Jendral pelayanan medik, Depaatemen Kesehatan RI

2.3. Tugas, Fungsi, Kedudukan Rumah Sakit Jiwa

2.3.1. Tugas Rumah Sakit Jiwa

*Tugas Rumah Sakit Jiwa.*¹⁴

1. Peningkatan kesehatan (promotif).
2. Pencegahan penyakit (preventif).
3. Penyembuhan penyakit (kuratif) pengobatan/penyembuhan.
4. Pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

2.3.2. Fungsi Rumah Sakit Jiwa

Untuk mencapai optimalisasi efektifitas serta efisiensi pelayanan kesehatan jiwanya masyarakat rumah sakit memiliki beberapa fungsi¹⁵ :

1. melaksanakan usaha pelayanan jiwa pencegahan.
2. melaksanakan usaha pelayanan jiwa pemulihan.
3. melaksanakan usaha pelayanan jiwa rehabilitasi.
4. melaksanakan usaha pelayanan jiwa kemasarakatan.
5. melaksanakan system rujukan (system referal).

2.4. Klasifikasi Rumah Sakit Jiwa

Berdasarkan standar klasifikasi jenis Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa termasuk rumah sakit khusus, Type E (melayani penyakit jiwa), kapasitas minimal 50 TT dengan pelayanan rujukan tingkat provinsi. klasifikasi pelayanan lebih terarah. Adapun memperjelas sebagai berikut:

Rumah Sakit Jiwa menurut SK Mentri Kesehatan RI No : 135/Men.Kes/SK/78 Tahun 1978, Pasal 4. dibagi menjadi tiga klasifikasi pelayanan, antara lain :

1. Rumah Sakit Jiwa Klas A adalah Rumah Sakit Jiwa yang mempunyai spesialisasi luas dalam bidang kesehatan jiwa, serta dipergunakan untuk

¹⁴ Ranu Haryangshah. (hal 10/KP/UII/2001).

¹⁵ Jatmiko Adi Suryabrata. (10750/TA/UGM/1985)

- tempat pendidikan dan latihan bagi tenaga di bidang kesehatan jiwa dan melaksanakan pelaksanaan kesehatan jiwa intramural dan extramural.
2. Rumah Sakit Jiwa klas B adalah rumah sakit yang belum mempunyai spesialisasi luas, tetapi melaksanakan usaha-usaha kesehatan jiwa, dan intramural dan extramural.
 3. Rumah Sakit Jiwa klas C adalah Rumah Sakit jiwa yang hanya memberikan pelayanan kesehatan jiwa intramural.

2.5. Kelembagaan Rumah Sakit Jiwa

2.5.1. Penyelenggara Rumah Sakit Jiwa

Bentuk institusi pada Rumah Sakit di Indonesia, dapat berupa :

1. Intitusi pemerintah.
2. Intitusi swasta dengan subsidi pemerintah.
3. Intitusi swasta tanpa subsidi pemerintah.

Sampai sekarang bentuk instuisi dari Rumah Sakit Jiwa yang telah didirikan di Indonesia merupakan intusisi pemerintah dibawah Depkes RI, khususnya Direktorat Kesehatan Jiwa.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa masarakat dalam jangka panjang, maka pemerintah bermaksud mengatur pengelolaan RSJ diseluruh Indonesia lewat Direktorat Kesehatan Jiwa dengan pengadaan standarisasi pola pelayanan kesehatan jiwa. Dengan demikian semua kebutuhan RSJ, baik dana maupun kelengkapan fasilitas perawatan, serta standarisasi pola perawatannya merupakan tanggung jawab pemerintah.

2.5.2. Sistem Pelayanan Rumah Sakit Jiwa

Rumah Sakit Jiwa bertujuan menjalankan program-program pelayanan perawatan dan pengobatan penderita gangguan jiwa dengan segala fasilitasnya,

meliputi usaha-usaha preventif, kuratif, rehabilitatif, penelitaian dan pendidikan kesehatan maupun program-program konsultatif.¹⁶

Bentuk pelayanan :

1. Pelayanan keluar (*ekstaramural*)

Kegiatan pelayanan keluar yang dilakukan oleh rumah sakit jiwa meliputi usaha-usaha :

1. Memberi penyuluhan dan konsultasi yang menunjang usaha preventif dan promotif kesehatan jiwa.
2. Mendeteksi gangguan jiwa yang ada di masyarakat.
3. Memberikan perawatan dan pengobatan yang memadai bagi pasien rawat jalan.
4. Melaksanakan usaha rehabilitatif dan perawatan lanjutan (aftercare).

Bentuk-bentuk kegiatannya meliputi :

- 4.1. Pembinaan pelayanan kesehatan jiwa Rumah Sakit Umum.
- 4.2. Pembinaan pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas.
- 4.3. Penyuluhan.
- 4.4. Home visit dan job visit.
- 4.5. Case finding.
- 4.6. Kerjasama lintas sektor, khususnya BP-KJM.

2. Pelayanan kedalam (*intramural*)

Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan kedalam meliputi :

1. Memberikan pelayanan perawatan dan pengobatan.
2. Memberikan pelayanan rehabilitasi.
3. Melayani pengawasan penyaluran kembali penderita kedalam lingkungan masyarakat

¹⁶ Jatmiko Adi Suryabrata. (10750/TA/UGM/1985)

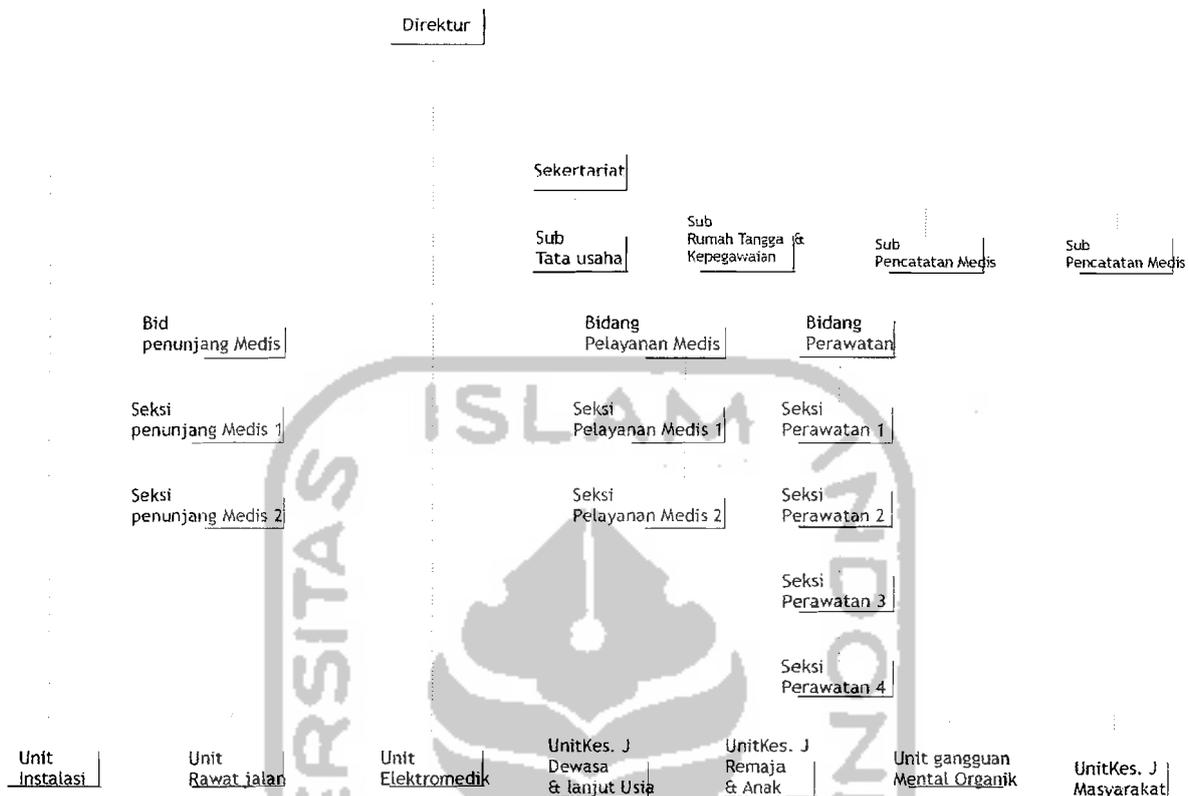
2.5.3. Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa

Aturan yang dipakai ialah “Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Nomor : 135/Men.Kes./SK/IV/ tahun 1978. Tentang Susunan Organisasi Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa. Pada pasal 5 berisikan, :

Rumah sakit Jiwa Klas B terdiri dari:

1. Direktur Dan Wakil Direktur;
2. Sub Bagian Tata Usaha
3. Seksi Pelayanan Medis
4. Seksi Penunjang Medis
5. Seksi Perawatan
6. Unit Pelaksana Fungsional Terdiri dari;
 - 6.1. Unit Rawat Jalan Dan Elektromagnetis;
 - 6.2. Unit Kesehatan Jiwa Rawat Inap;
 - 6.3. Unit Rehabilitasi;
 - 6.4. Unit Kesehatan Jiwa Masyarakat;
 - 6.5. Unit Instalasi Terdiri Dari :
 - 6.5.1. Instalasi Laboratorium;
 - 6.5.2. Instalasi Apotik;
 - 6.5.3. Instalasi Dapur Gizi;
 - 6.5.4. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR);

Untuk alur susunan organisasi lebih jelasnya terlihat dari skema, seperti dibawah ini :



Skema II-1 : Skema Rumah Sakit Jiwa Type B.
Sumber : Pedoman Rehabilitasi Mental (umum), 1985.

2.6. Kegiatan Rumah Sakit Jiwa

2.6.1. Jenis Kegiatan Rumah Sakit Jiwa

Kegiatan medis

a. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan yang diberikan :

- 1) Pemeriksaan perkembangan mental, surat keterangan sehat mental.
- 2) Pengobatan jalan pasien pediatri, dewasa, geriatri.
- 3) Perawatan lanjutan setelah keluar dari rumah sakit.
- 4) tes psikologi, tes kecerdasan.
- 5) Pemeriksaan laboratorium.
- 6) Pelayanan EKG, EEG, Fisioterapi.

b. Pelayanan Rawat Inap

Pasien pada pelayanan ini biasanya merupakan kelanjutan dari pelayanan rawat jalan, yang menurut hasil diagnosa, pasien memerlukan perawatan secara intensif dalam jangka waktu tertentu sehingga harus menginap di rumah sakit.

Pelayanan yang diberikan :

- 1) Ruang Hydro terapi
- 2) Ruang Terapi Kerja

Kegiatan Penunjang Non Medis

1. Dapur

Dapur kotor menyediakan makanan diet atau biasa untuk pasien rawat inap, staf medis dan para medis.

2. Laundry

Melayani pencucian dan menyetrika jas kerja dokter dan pakaian pasien.

3. Sanitasi

4. Bengkel atau maintenance

Melayani perbaikan alat-alat, kereta, kursi roda, dan mobil rumah sakit yang rusak.

5. kamar jenazah

Melayani penyediaan tempat dan perawatan pasien yang meninggal, pembedahan mayat untuk visum dokter apabila diperlukan.

6. gudang

Melayani penyimpanan perlengkapan-perengkapan rumah sakit yang sementara belum diperlukan.

7. Parkir

Menyediakan fasilitas untuk parkir kendaraan karyawan, staf medis, dan paramedic, pasien, ambulance, dan kendaraan servis.

8. Mechanical elektrik.

2.6.2. Pelaku Kegiatan Rumah Sakit Jiwa

Ada beberapa klasifikasi pelaku yang senantiasa saling berhubungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan kegiatan. Dan memiliki peranan yang besar terhadap Rumah Sakit Jiwa.¹⁷

1. *Rehabilitan*

Merupakan pasien mental yang sedang menghadapi proses rehabilitasi. Di unit rehabilitasi pada sebuah unit rumah sakit jiwa atau tempat-tempat perawatan tertentu. Rehabilitan dapat dibedakan atas kelompok umur pada saat ia mengalami kelainan kejiwaan antara lain:

- 1.1. *Anak-anak*, pasien ini disediakan perawatan karena biasanya anak-anak belum menunjukkan abnormal sehingga hanya perawatan dalam keluarganya.
- 1.2. *Dewasa*, hampir semua jenis pasien yang dirawat tergolong dalam kelompok ini dan terdapat berbagai jenis penyakit yang diderita baik besar maupun ringan.
- 1.3. *Geriatric*, adalah usia 65 tahun keatas yang permulaannya sindroma otak, sehingga ada gejala penyakitnya pada usia muda namun dibawa pada usia tua.

2. *Staf ahli*.

Adalah orang yang menanganai dan menjalankan program rehabilitasi

3. *Pengelola Rumah Sakit Jiwa*

Tugas pengelola secara garis besar dibagi terbagi atas 2 garis besar antara lain:

- 3.1.1. Perawatan dan penggarapan dalam melayani pasien lebih banyak bersifat kelompok dan dikelola oleh sebuah tim kerja dari pihak Rumah Sakit Jiwa
- 3.1.2. Mengadakan evaluasi dan penelitian terhadap kondisi pasien.

¹⁷ Sofyan Nursetyawan, Redesain Unit Rehabilitasi RSJ Magelang/TA/UJII/2000.

4. *pengunjung dan keluarga*

- 4.1. Pengunjung merupakan individu atau beberapa orang yang dapat merupakan keluarga dari pasien ataupun bukan.
- 4.2. Menunggu adalah individu atau beberapa orang yang berada diruangan yang telah disediakan menunggu rehabilitasi yang dirawat.
- 4.3. Pelaku pada Rumah Sakit Jiwa terutama rehabilitasi mendapatkan pertimbangan secara khusus dalam kontrolnya terhadap keamanan. Karena pelaku-pelaku yang lain pergerakan dan mobilitasnya masih bisa diprediksi dan dikelola melalui pemerdayaan fungsi-fungsi tertentu. Sehingga akan terdapat fungsi kontrol terhadap para rehabilitasi dalam penanganan masalah keamanan yang mendukung terhadap penyembuhan.

2.7. **Persyaratan Fisik Rumah Sakit Jiwa**

Tata ruang dalam memiliki peranan dan interaksi yang intensif dengan pasien atau pun pelaku yg lain sehingga ada persyaratan-persyaratan tertentu yang harus dipenuhi (menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, Depkes RI 1996) persyaratan antara lain:

1. Lantai

terbuat dari bahan yg kuat dan kedap air, permukaan rata, tidak licin, dan mudah untuk dibersihkan.

2. Dinding

permukaan dinding harus rata, berwarna terang, dicat tembok dan mudah untuk dibersihkan.

permukaan dinding yang selalu terkena percikan air harus terbuat dari bahan yg kuat dan kedap air.

3. Langit-Langit

kuat berwarna terang dan mudah dibersihkan.

tinggi minimal 2,5 meter dari lantai dan tidak terlalu tinggi.

kerangka kayu langit-langit terbuat dari bahan anti rayap.

4. Pintu

kuat dapat menahan masuknya serangga, tikus dan binatang pengganggu. bila menggunakan cat diharuskan menggunakan cat anti rayap.

5. Pencahayaan

NO	Ruang/unit	Pencahayaan (LUX)	Keterangan
1	Ruang Pasien	100-200	Warna cahaya sedang
	Saat tidak tidur	Maksimal 50	-
	Saat tidur		
2	Ruang Operasi	300-500	Warna cahaya sedang
	Umum	10.000-20.000	Tanpa bayangan
	Meja operasi	300	-
3	Anestesi, pemulihan, Ruang balut		-
	Endoscopy, Laboratorium		-
4	X-ray	300-500	-
5	Koridor	75-100	-
6	Tangga	Minimal 60	-
7	Kantor	Minimal 100	Malam
8	Ruang alat/gedung	Minimal 100	-
9	Ruang farmasi	Minimal 100	-
10	Dapur	Minimal 200	-
11	Ruang cuci	Minimal 200	-
12	Ruang toilet	Minimal 200	-
13	Ruang isolasi khusus	Minimal 100	-
		0,1-1,5	Warna cahaya biru

Table III-1 : Standart pencahayaan ruang dalam Rumah Sakit Jiwa.

Sumber : Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (Peraturan Menteri kesehatan RI, Depkes RI 1996).

6. Penghawaan

No	Ruang /Unit	Suhu (°C)	Kelembaban (%)
1	Laboratorium	22 - 25	50 - 60
2	Pemulihan	24 - 25	50 - 60
3	Perawatan	26 - 27	40 - 55

Table III-2 : Standart Penghawaan Ruang Dalam Rumah Sakit Jiwa.

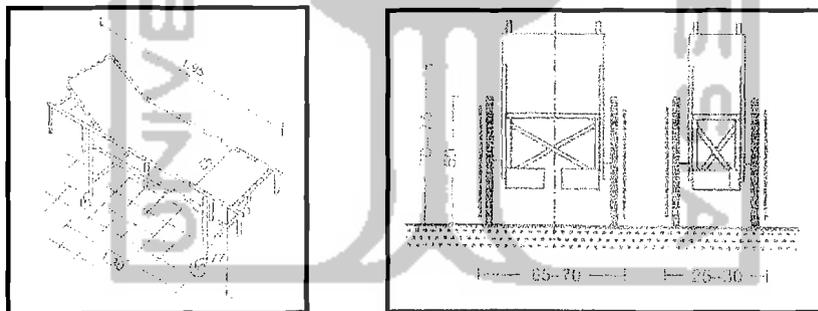
Sumber : Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (Peraturan Menteri kesehatan RI, Depkes RI 1996).

2.8. Aksesibilitas Rumah Sakit Jiwa

Untuk mencapai kemudahan dan sirkulasi yang jelas pada bangunan rumah sakit standar sirkulasi untuk pasien difabel, harus dipertimbangkan. Sirkulasi horizontal dengan pengguna pasien berbaring dan duduk.

1. Ramp

Ramp sangat dibutuhkan sebagai sirkulasi horisontal untuk kursi roda atau tempat tidur dorong. Panjang max ramp adalah 9 m diluar jalur landing min 106.7 cm dengan sudut tidak boleh $\geq 8\%$. Pada bagian atas sebaiknya disediakan tempat datar sepanjang +180 cm. dan pada jalur melereng yang panjang akan memerlukan tempat datar untuk istirahat, terutama pada tempat-tempat membelok. Tidak disediakan perubahan kemiringan pada jalur yang sama.



Gambar II-1 : Standart alat penunjang aksesibilitas
Sumber : Time Saver Standart

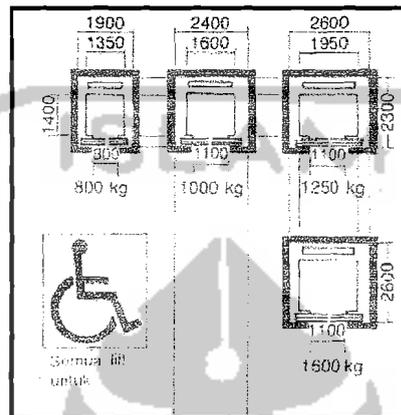
2. Tangga

Tangga adalah elemen sirkulasi vertikal yang menghubungkan dua bagian ruang yang berbeda ketinggian atau lantai. Berdasarkan aturan konvensi dan langkah orang dewasa (30 cm) pada waktu menaiki tangga, maka :

Lebar anak tangga + 2 (tinggi anak tangga) = 60 cm

Elevator atau Lift

Lift merupakan alternatif lain selain ramp dan tangga. Terutama untuk pengguna sirkulasi dengan keadaan khusus seperti pengguna kursi roda dan tempat tidur dorong. Ukuran standart lift dikolompokkan menurut jenis pengguna dan kepadatan sirkulasi.

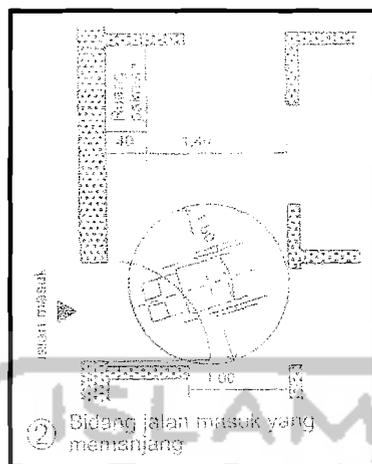


Gambar II-2 : Standar penggunaan besaran lift
Sumber : Time Saver Standart

3. Pintu

Pintu merupakan elemen penghubung antara dua ruang yang terpisah, karena fungsi pintu adalah sebagai pemisah, dimana pintu dapat memberikan sifat privat dan memperkuat kesan ruang. Yang harus dihindari dalam merancang pintu adalah :

1. pintu dorong.
2. pintu yang cenderung berat, sehingga sulit untuk dibuka dan ditutup.
3. pintu dengan dua daun pintu berukuran kecil.
4. pintu yang dapat dibuka kedua arah tanpa dilengkapi dengan panel atau bukaan.



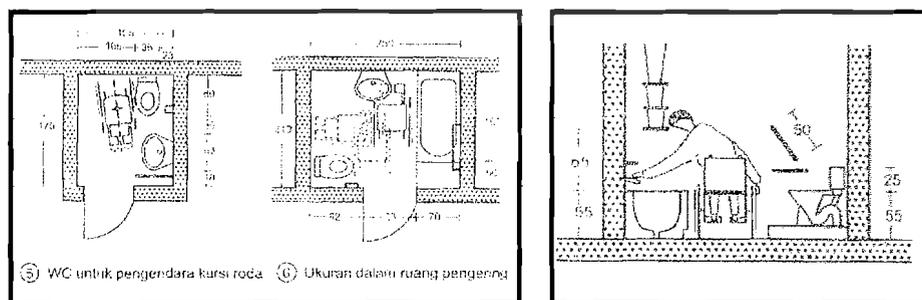
Gambar II-3 : Standar manuver untuk kursi roda
Sumber : *Time Saver Standart*

5. Koridor atau selasar

Biasanya disetiap rumah sakit terdapat *selasar* yang fungsinya sebagai penghubung antar bangunan. Dalam menentukan besaran atau luasan harus mampu dilewati oleh 2 tempat tidur dorong (min 250 cm) dan 2 kursi roda (min 155 cm), koridor juga bisa digunakan sebagai tempat duduk.

6. Toilet

Toilet yang aksesibel harus dilengkapi dengan tampilan tanda atau gambar symbol universal (kursi roda) pada bagian luarnya, dilengkapi dengan pegangan yang memiliki posisi dan ketinggian yang disesuaikan dengan pengguna kursi roda dan disarankan bentuk pegangan berbentuk siku-siku mengarah keatas untuk membentuk perpindahan menyamping dari kursi roda. Lebar pintu min 80 cm



Gambar II-4 : Standar penggunaan WC
Sumber : *Time Saver Standart*

3. TINJAUAN RAWAT INAP

3.1. Pengertian Rawat Inap

Salah satu pelayanan yang diberikan rumah sakit, yang membedakannya dengan fasilitas kesehatan lainnya adalah pelayanan rawat inap (E.Todd Wheeler, 1964). Unit rawat inap merupakan salah satu bagian terpenting dari keseluruhan fasilitas rumah sakit yang tidak lepas dari ketergantungan pada bagian lainya. Sebagian besar bentuk massa rumah sakit ini ditentukan oleh bentuk unit rawat inap. (Boucentrum, 1961).

Pengertian unit rawat inap dalam rumah sakit jiwa dapat di jelaskan, sebagai berikut:

Unit rawat inap adalah suatu unit perawatan bagi orang yang masuk rumah sakit dan menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, perawatan, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medis dan atau pelayanan kesehatan lainnya.¹⁸

Unit rawat inap adalah sekelompok ruang yang diatur sedemikian hingga sejumlah perawat dapat menjaga sejumlah pasien dibawah pengawasan seorang kepala perawat, dimana kapasitas kerja perawat menentukan besaran unit rawat inap.¹⁹

3.2. Fungsi Rawat Inap

Unit rawat inap berfungsi sebagai pusat rumah sakit jiwa tempat penyelenggaraan diagnosis dan perawatan medis bagi pasien.

Tujuan perawatan adalah :

1. Untuk menyembuhkan pasien dari penyakit jiwa dideritanya (kurativ).
2. Untuk memulihkan kesehatan pasien secara keseluruhan agar kondisi
3. Pasien baik fisik maupun mental kembali seperti sediakala (rehabilitasi).

¹⁸ pt.coritihan infopharma corpora, Studi Tentang Rumah Sakit di Indonesia, Jilid 1 Jakarta. 1990.

¹⁹ bouwcebrum, General Hospitals, Elsevier Publishing Company, New York, Rotterdam, 1996.

3.3. Tata Letak Rawat Inap

Letak rawat inap harus diarahkan untuk:

1. Dekat dengan bagian diagnostik.
2. Dekat dengan bagian administrasi.
3. Dekat dengan bagian-bagian lain, seperti bagian servis.
4. Memberikan ketenangan pada pasien.
5. Relatif jauh atau tidak langsung melihat kamar jenazah .
6. Tata letak unit rawat inap rumah sakit jiwa didasarkan pada pola kegiatannya operasionalnya.

3.4. Besaran Rawat Inap

Besaran unit rawat inap adalah besaran unit yang terbentuk dari jumlah tempat tidur yang dilayanani. menurut Departemen Kesehatan RI, besaran unit rawat inap yang baik tidak lebih dari 40 tempat tidur, dan menurut Boucentrum dalam General Hospital, besaran unit rawat inap tidak boleh dari 32 tempat tidur.

3.5. Standar Rawat Inap²⁰

Syarat khusus dalam merencanakan unit rawat inap perlu ditetapkan dalam prinsip-prinsip perencanaan instalasi rawat inap, adalah :

1. Konsep perawatan yang baik, merupakan sebuah perawatan terpadu (integrated care) untuk meningkatkan efisiensi penempatan ruang.
2. Standar luas ruang adalah
 - 2.1. Luas VIP 21,5 m²
 - 2.2. Luas klas I 15 m²
 - 2.3. Luas klas II 10 m²
 - 2.4. Luas klas III 8 m²

²⁰ Pokok Pedoman Arsitektur medik Rumah Sakit, Direktorat Jendral pelayanan medik, Depaatemnen Kesehatan RI

3. Khusus untuk pasien tertentu dipisahkan. Spt :
 - 3.1. Pasien menderita penyakit menular.
 - 3.2. Pasien yang menimbulkan bau.
 - 3.3. Pasien gaduh gelisah (mengeluarkan suara).
4. Ruang rawat inap sebaiknya dikelompokkan dalam bagian sebagai berikut,
 - 4.1. Ruang rawat inap, terletak blok jendela, kamar berorientasi pandangan luar yang lapang , ketajaman dengan jumlah pasien VIP 1 orang dengan fasilitas KM/WC didalam.
 - 4.2. Ruang klas I dan II dalam blok.
 - 4.2.1. Klas I untuk 2 TT.
 - 4.2.2. Klas II untuk 4 TT.
 - 4.3. Ruang Klas IIIa dan IIIb boleh digabung a dan dapat pula dipusat.
 - 4.3.1. Klas IIIa untuk 6 TT.
 - 4.3.2. Klas IIIb untuk 8 TT.
5. Stasiun perawat maksimum melayani 40 TT, letak stasiun perawat harus terletak dipusat blok. agar dapat mengawasi pasien secara aktif dan efektif.

Untuk bangunan perawat kelas yang berupa 1 blok maka dibuatkan 1 blok perawatan.
6. Bila ruang perawat tidak dilantai dasar harus ada akses yang mudah bagi pelayanan dengan roda/lift khusus.
7. Akses pencapaian kesetiap ruang/blok harus dapat dicapai ddengan mudah.

3.6. Bentuk Rawat Inap

Berdasarkan bentuk hubungan dengan unit lain dalam rumah sakit, unit rawat inap dapat dibedakan atas:

1. Unit rawat inap ruang menyatu, yaitu rawat inap yang hanya dipisahkan secara fisik melalui dinding pembatas dan perbedaan ketinggian lantai.

Unit rawat inap ini umumnya memiliki akses yang tinggi, dan privasi yang

rendah, seperti kebisingan unit lain akan mengganggu pasien yang sedang beristirahat.

2. Unit rawat inap yang terpisah, yaitu unit rawat inap yang memiliki massa bangunan berdiri sendiri dengan sistem struktur menyebar terpusat.
3. unit rawat inap ini memiliki akses dan privasi yang tinggi dalam berbagai variasi rancangannya. Berdasarkan bentuk dasar selasarnya, unit rawat inap dapat dibedakan atas :
 1. Unit rawat inap dengan selasar tunggal, yaitu unit rawat inap yang dilayani oleh sebuah selasar memanjang. Bentuk ini memungkinkan pemanfaatan penghawaan dan pencahayaan alami. Jarak terjauh dari ruang perawat keruang perawatan adalah 30 m. Unit ini efisien, tetapi kurang merata dalam pelayanan perawatan.
 2. Unit rawat inap dengan selasar ganda, yaitu unit rawat inap yang dilayani oleh dua selasar. Bentuk ini tidak memungkinkan penghawaan dan pencahayaan alami akibat adanya ruang tengah yang diapit oleh dua selasar. Jarak terjauh dari ruang perawat keruang perawatan adalah 18 m. Unit rawat inap ini lebih merata dalam pelayanan perawatan.
 3. Unit rawat inap terpusat, yaitu rawat inap dengan ruang perawat dan selasar yang dikelilingi oleh ruang perawatan. Bentuk ini tidak dapat memanfaatkan penghawaan dan pencahayaan alami dengan baik pada bagian inti bangunan. Jarak dari ruang perawat ke ruang perawatan lebih dekat.
 4. Unit rawat inap berbentuk persegi panjang, yaitu unit rawat dengan fleksibilitasnya tinggi, tetapi tingkat pengawasannya secara visual tidak tercapai.
 5. Unit rawat inap berbentuk Lingkaran, dimana tingkat efisiensinya tergantung pada diameter lingkarannya yang harus dapat menyeimbangkan antara jumlah ruang perawatan dan ruang pendukungnya.

6. Unit rawat inap berbentuk Bersegi banyak, dimana tingkat efisiennya tergantung pola susunan ruangnya.
7. Unit rawat inap berbentuk segitiga, dimana tingkat efisiennya dan pola sirkulasinya terbaik, baik jumlah maupun aksesibilitas ruang perawatannya.
8. Unit rawat inap berbentuk Radial, dimana pola sirkulasinya baik, tetapi pengawasan secara visual hanya mencapai ruang perawatan disekitar kegiatan dalam unit rawat inap.

3.7. Kegiatan Rawat Inap

3.7.1. Jenis Kegiatan Dalam Rawat Inap

Jenis kegiatan dalam unit rawat inap meliputi :

1. Kegiatan medis, yaitu kegiatan yang menghubungkan unsur-unsur medis terutama peralatan dan pengawasan pasien.
2. Kegiatan non medis, yaitu kegiatan ruang menghubungkan unsur-unsur non medis, terutama pengolahan dan pencatatan rekam medis untuk pasien.
3. Kegiatan pendidikan dan penelitian, yaitu kegiatan yang menghubungkan unsur-unsur pendidikan bagi calon tenaga kerja bidang spesialisasi penyakit jiwa, dan penelitian dalam bidang kejiwaan.

Kegiatan dalam unit rawat inap secara terperinci digambarkan dalam :

Secara umum, kegiatan di dalamnya berlangsung selama 24 jam dengan pengawasan dokter dan perawat secara bergiliran. Pemeriksaan pasien dilakukan oleh dokter dua kali dalam sehari, sedangkan pergantian perawat dilakukan tiga kali sehari dengan lama kerja masing-masing 8 jam.

3.7.2. Fasilitas Dalam Rawat Inap

Fasilitas kegiatan dalam unit rawat inap meliputi:

1. Ruang perawatan,
berfungsi sebagai tempat perawatan pasien dengan pengelompokan berdasarkan umur, jenis kelamin, sosial ekonomi dan kondisi pasien.
2. Pantry (Serving Kitchen),
berfungsi sebagai pengaturan makanan, dimana makanan dari dapur utama dipanaskan dan dibagikan kepada masing-masing pasien sesuai dengan petunjuk dokter dan pelayanan keperluan tenaga kerja rumah sakit.
3. Kamar mandi (toilet)
 1. Kamar mandi untuk pasien, harus berdekatan dengan tempat tidur dalam tiap ruang perawatan, dimana masing-masing tipe dilengkapi dengan satu unit kamar mandi.
 2. Kamar mandi staff.
 3. Kamar mandi untuk pengunjung.
4. Ruang pemeriksaan dan pengobatan pasien,
berfungsi sebagai tempat konsultasi, pemeriksaan dan pengobatan khusus bagi pasien rawat inap, yang diletakan dekat pintu masuk unit rawat inap.
5. Ruang staff perawat (nurse station),
berfungsi sebagai kantor bagi staf perawat dalam pelaksanaan perawatan dan komunikasi dengan keluarga pasien.
6. Ruang kepala perawat, berfungsi sebagai kantor bagi kepala perawat dalam pengawasan terhadap unit rawat inap.
7. Ruang kerja staf perawat (Workroom for nursing staff),
berfungsi sebagai tempat penerimaan atau penyimpanan alat-alat steril untuk pengobatan pasien yang letaknya langsung berhubungan dengan nurse station.

8. Ruang loker,
berfungsi sebagai tempat mengganti pakaian bagi para staf yang ditempatkan pada tiap unit perawatan.
9. Ruang tunggu pengunjung (keluarga),
berfungsi sebagai tempat akomodasi keluarga pasien yang berada dalam kondisi kritis.
10. Ruang linen bersih,
berfungsi sebagai tempat penyimpanan linen bersih untuk keperluan pasien tiap-tiap unit rawat inap.
11. Ruang linen kotor,
berfungsi sebagai tempat pembersihan dan penyimpanan peralatan sanitasi pasien, seperti alat urinal pasien, dll.
12. Ruang makan disediakan bagi pasien self care yang berkeinginan makan diluar ruang perawatan.
13. Ruang santai (day room),
berfungsi sebagai tempat duduk, santai, nonton televisi, dll. Bagi pasien dewasa sepanjang hari.
14. Gudang
Gudang perlengkapan kamar, berfungsi sebagai tempat penyimpanan perlengkapan kamar, seperti tempat tidur, kasur, bantal, dll.
Gudang peralatan, berfungsi sebagai tempat penyimpanan peralatan, seperti brankas, kursi roda untuk pengangkutan pasien dari dan ke unit rawat inap atau lainnya, yang diletakan dekat dengan pintu masuk.
15. Selasar,
Harus cukup lebar untuk kemudahah gerak staf, dengan lebar efektif menurut Boucentrum dalam General Hospital-nya 2,4 m.

3.7.3. Sirkulasi Dalam Rawat Inap

Sirkulasi keggiatan dalam unit rawat inap dapat dibedakan atas :

1. Sirkulasi dalam tiap-tiap unit rawat inap (tiap lantai).
2. Jalur sirkulasi primer untuk tenaga kerja medis, para medis, dan non medis dengan penggunaan frekuensi tinggi.
3. Jalur sirkulasi skunder untuk pengunjung dengan penggunaan frekuensi rendah. Sirkulasi antar unit rawat inap (antar lantai)
4. Jalur sirkulasi vertikal untuk pasien, tenaga medis, para medis, dan non medis berupa elevator orang dan ramp dengan ukuran peralatan *Strecher*.
5. Jalur sirkulasi vertikal untuk bagian servis berupa elevator barang dan tangga.
6. Jalur sirkulasi vertikal untuk pengunjung berupa elevator orang atau tangga.

3.8. Sistem Ruang Perawatan Rawat Inap

Faktor-faktor yang menentukan sistem ruang perawatan adalah privasi, jenis perawatan, efisiensi ruang dan prinsip ekonomi. Berdasarkan jumlah tempat tidur didalamnya, sistem ruang perawatan dapat dibedakan atas :

1. Tempat tidur tunggal (*single bedroom*), dimana tiap ruang perawatan dihuni oleh seorang pasien, dengan dilengkapi berbagai fasilitas, seperti televisi, telepon, lemari es, dll. Kelebihannya adalah tingkat privasi dan ketenangan yang tinggi. Kekurangannya adalah pembiayaan yang mahal dan terciptanya perasaan terisolasi dari pasien lain.
2. Tempat tidur ganda (*double bedroom*), dimana tiap ruang perawatan dihuni oleh dua orang pasien. Kelebihannya adalah masih terciptanya suasana privasi oleh dua orang pasien. Kelebihannya adalah masih terciptanya suasana privasi dan keintiman diantara dua pasien. Kekurangan adalah pembiayaan yang mahal dan pengawasan yang kurang efektif.

3. Bangsal perawatan (multi bedroom), dimana tiap ruang perawatan dihuni oleh empat, enam, atau delapan pasien. Kelebihannya adalah pembiayaan yang ringan (ekonomis), pemakaian fasilitas secara kolektif dan kemudahan dalam pengawasan. Kekurangan adalah tingkat privasi dan ketenangan rendah.

Berdasarkan jenis perawatannya, sistem ruang perawatan dibedakan atas :

1. Ruang perawatan untuk intensive care (ICCU), yaitu ruang perawatan untuk pasien yang masih tergantung pada peralatan medis dalam pengawasan ketat.
2. Ruang perawatan untuk Intermediate care, yaitu ruang perawatan untuk pasien yang tidak tergantung pada peralatan medis lagi, tetapi belum boleh melakukan kegiatan sendiri tanpa pengawasan staff.
3. Ruang perawatan untuk self care, yaitu ruang perawatan untuk pasien yang hampir pulang atau chek up, dimana pasien melakukan kegiatannya sendiri.

4. TINJAUAN PENYAKIT MENTAL

4.1. Pengertian HYGENE MENTAL

Hygiene Mental merupakan ilmu yang mempelajari masalah kesehatan jiwa bertujuan untuk mencegah timbulnya gangguan/penyakit mental dan gangguan emosi, dan berusaha mengurangi atau menyembuhkan penyakit mental. Serta memajukan kesehatan jiwa masyarakat.

Etymologis mental hygiene berasal dari kata : mental dan hygiene

Hygeia ialah nama dewi kesehatan Yunani. Dan hygiene berarti ilmu kesehatan. Sedang mental (dari kata latin mens, mentis) artinya : jiwa, nyawa, sukma roh, semangat. Mental Hygiene sering juga disebut psiko-hygiene. psyche (dari kata Yunani psuche) artinya : nafas, asas-kehidupan, hidup, jiwa, roh, sukma, semangat.²¹

²¹ kartono., Kartini, Drs. hygiene mental, hal 3, 2000.

Cabang ilmu kesehatan mental erat hubungan dengan *tekanan-tekanan batin, konflik pribadi, dan kompleks terdesak*, dalam yang terdapat dalam diri manusia. Dengan demikian Mental Hygiene mempunyai tema sentral: Bagaimana caranya orang memecahkan segenap keruwetan batin manusia yang ditimbulkan oleh kesulitan hidup manusia, dengan usaha mendapatkannya dengan cara.²² yaitu:

1. Keseimbangan jiwa.
2. Menegakan kepribadian yang terintegrasi dengan baik, serta.
3. Mampu memecahkan segala kesulitan hidup dengan *kepercayaan diri dan keberanian*.

4.2. Sejarah Gerakan HYGENE MENTAL

Sebagai suatu gerakan terorganisir dengan selubung nama baru “HYGENE MENTAL” berkembang sejak kurang dari 50 tahun yang lalu, hakekatnya ilmu ini dipandang sebuah penamaan baru bagi ilmu pengetahuan yang menyelidiki masalah kehidupan manusia. Dan berkembang sejalan waktu-nya dengan sejarah psikiatri dan psikologi abnormal. CLIFFORD WHITE TINGHAM BEERS (1876-1943), mengatakan dalam bukunya “*A mind that found itself*” melontarkan terhadap tindakan-tindakan kejam dan tidak berperilaku kemanusiaan dalam asyulum-asyulum tadi, tapi juga menyarankan program-program perbaikan yang definitif dengan cara pemeliharaan dan cara penyembuhan. Pengalaman pribadinya itu meyakinkan, bahwa penyakit mental dapat dicegah dan dapat disembuhkan.²³ Dengan cara :

1. Perbaikan dalam pemeliharaan dan penyembuhan para penderita mental.
2. Kampanye memberikan informasi-informasi, agar orang mau bersikap lebih inteligen, dan lebih human atau berperilaku kemanusiaan terhadap orang sengsara penderita penyakit emosi dan penyakit mental.

²² Ibid., Hal, 10.

²³ Ibid., Hal, 14.

3. Memperbanyak riset untuk menyelidiki sebab-masusabab timbulnya penyakit mental, dan mengembangkan terapi penyembuhannya.
4. Memperbesar usaha-usaha edukatif dan penerangan guna mencegah timbulnya penyakit mental dan gangguan-gangguan emosi.

Berdasarkan uraian dari CLIFFORD WHITE TINGHAM BEERS, maka para psikolog besar WILLIAMM JAMES dan ADOLF MEYER menyarankan "MENTAL HYGENE" di populerkan sebagai gerakan kemanusiaan yang baru. Tahun 1908 terbentuk organisasi "*conectitude society for mental hygine*". Lalu pada tahun 1909 berdiri The NATIONAL COMMITTEE for MENTAL HYGENE.

4.3. Penilaian Miring HYGENE MENTAL

Penyakit mental merupakan suatu noda, atau merupakan akibat dosa yang diperbuat manusia. Karena itu masarakat menanggapi para penderita mental dengan rasa takut dan dengan rasa jijik. Beberapa anggapan yang salah mengenai masalah Hygiene Mental antara lain :

1. Penyakit mental adalah hereditier, merupakan warisan atau keturunan.
2. Penyakit mental tidak bisa disembuhkan.
3. Penyakit mental itu timbul dan menyerang tiba-tiba.
4. Penyakit mental merupakan noda hitam.
5. Penyakit mental merupakan tunggal.
6. Seks merupakan sebab dari timbulnya penyakit mental.

4.4. Definisi Penyakit Mental

Definisi :

Mental Disorder gangguan, kekalutan, penyakit mental itu adalah bentuk ketidak mampuan meyesuaikan diri yang serius sifatnya terhadap tuntutan dan kondisi lingkungan yang mengakibatkan ketidak mampuan tertentu. Sumber gangguan/kekacauannya bisa bersifat psikogenetis atau organis.

penyakit mental merupakan istilah umum bagi sembarang reaksi psikotis yang serius baik yang bersifat psikogenetis maupun organis sifatnya (MENTAL

DISORDER) untuk penyakit mental, disebabkan oleh implikasi somatis atau organisasinya dalam penggunaan istilah "PENYAKIT".

Disorder Mental adalah bentuk penyakit, gangguan dan kekacauan fungsi mental atau kesehatan mental disebabkan oleh reaksi mekanisme adaptasi dari fungsi-fungsi kejiwaan/mental terhadap stimulus ekstern dan ketegangan-ketegangan ; sehingga muncul gangguan fungsional atau gangguan struktural dari satu bagian, satu orang, atau system kejiwaan/mental.

Penyebab disorder mental :

Ada tiga faktor yang menyebabkan timbulnya kekalutan mental,²⁴ yaitu :

1. *Predisposisi Struktur* biologis/jasmani yang "minder". Mental/kepribadian yang lemah, atau kombinasi dari keduanya menimbulkan gangguan mental. Jadi, memang ada kombinasi *pembawaan yang lemah*. Lalu di tambah dengan jasmani yang lemah.
2. *Pemaksaan Batin* yang keliru dari pengalaman, atau pencernaan pengalaman dalam diri subyek dengan cara yang salah. Pusat gangguan jiwa terletak pada "KEPRIBADIAN" sendiri dalam bentuk kesalahan karakter yang serius. Biasanya gangguan mental itu selalu berkaitan dengan gangguan selalu berkaitan dengan gangguan internal berupa *motivasi yang tidak riil*.
3. Faktor sosio-kultural atau faktor external. Persaingan hidup merupakan *kebudayan eksplosive atau bertegangan tinggi*, yaitu kebudayaan dengan ancaman bahaya. Sebabnya antara lain ialah : orang berlomba-lomba memburu keuntungan komersil, memotong kiri melanggar kanan. Bagi penderita mula-mula menderita NEOROTIC NUCLEUS yaitu stadium penuh rasa ketaakutan, frustasi, rendah diri, ketegangan batin. Disusul dengan penggunaan defece mechanism dan escape mechanism negatif, sehingga cara penyelesaian semangkin tidak wajar.

Pada penderita kekalutan mental (mental disorder) banyak terdapat pada kalangan :

²⁴ Ibid., Hal,18.

1. Di kota-kota besar, lebih banyak terdapat penderita kekalutan mental dari pada di desa-desa. Sebabnya, di kota-kota yang penuh padat dengan unsur asing.
2. Pada orang dewasa, penderita kekalutan metal paling banyak kalangan orang-orang dewasa dan tua usia. Faktor percentus sosial dan cultural.
3. Para remaja. Simptom gangguan mental banyak terdapat di kalangan anak remaja, usia puber dan adolenes, dan orang-orang usia klimakterium (40-65 tahun pada periode peralihan, dimana periode haid sudah berhenti).
4. Kalangan dinas militer. Hal ini disebabkan oleh ketidak mampuan orang menyesuaikan diri dalam kelompok dengan disiplin yang ketat, peraturan dinas yang keras, serta suasana otoriter.
5. Orang-orang dengan status ekonomi rendah dan mata pencaharian minimum. Mereka secara fisik dan material selau hidup berkekurangan, juga mengalami banyak tekanan lahir-batin serta frustasi.
6. Di kalangan kaum gelandangan dan migran dari desa yang pindah ke kota-kota, yang tidak bisa menyesuaikan diri terhadap tuntutan sosial yang baru.
7. Kaum wanita penderita psikomatisme. Disebakan oleh beratnya beban dan kewajibannya ditengah liangkungan keluarga.
8. Rumah tangga berantakan, broken homes dan keluarga radikal (family radicalism) banyak memproduksi kasus disorder mental.
9. Orang yang tidak beragama atau atheisme. Karena tidak memiliki kader refrensi ultimatum (kaitan terakhir), dan tidak punya tiang sandaran absolute.
10. Orang-orang yang superektrim fanatik terhadap doktrin-doktrin dan ide-ide politik tanpa menggunakan nalar sehat, sehingga tindakan sering kejam saditis dan cenderung bertentangan dengan hati nurani sendiri.

Beberapa bentuk kekalutan mental

Beberapa bentuk dapat dikemukakan, adalah :

Gejala psikopat

Psikopat adalah bentuk kekalutan mental ditandai tidak adanya pengorganisasian dan pengintegrasian pribadi. orangnya tidak pernah bisa bertanggung jawab secara moral, dan selau berkonflik dengan norma-norma sosial dan hukum, karena sepanjang hidupnya berada dalam "*lingkungan sosial yang abnormal dan immoral*" yang diciptakan oleh angan-angan sendiri. Untuk gejala sipmtonya, antara lain²⁵:

1. Tingkah laku dan relasi sosialnya selau a-sosial, eksentrik (kegila-gilaan), dan khoronis patologis.
2. Sikapnya aneh dan sering berbuat kasar, bertingkah laku kegila-gilaan, kurang ajar, dan ganas buas terhadap siapapun tanpa sebab.
3. Suka ngleloyor atau mengebara atau mengebra kemana-mana tanpa tujuan: dan berbahaya tidak bisa diperbaiki lagi.
4. Pribadinya tidak stabil responya selau tidak kuat/tepat. Tidak bisa dipercaya.
5. Disorientasi terhadap lingkungan, dengan gejala siptomatik, dan psikoneorotis.
6. Tidak pernah bersikap loyal terhadap seseorang, kelompok atau kode etik tertentu.
7. Emosi tidak matang ; sering tanpa perasaan. Dia tidak pernah bisa bertanggung jawab, dan selalu memakai mekanisme rasionalisi untuk membenarkan tingkah lakunya yang kegila - gilaan.
8. Perilakunya mengalami penyimpangan seksualitas dalam bentuk: homoseksualitas, tranvestisme (nafsu patologis untuk memakai dari jenis-kelamin lawanya dan mendapatkan kepuasan seks dengannya).

Gejala Shizofrenia

Schizophrenia istilah yang dianjurkan oleh Eugen Bleuler (1857-1938), karena nama ini dengan tepat sekali menonjolkan gejala utama penyakit ini,

²⁵ Ibid., Hal,91.

yaitu jiwa yang terpecah-belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. (schizos = pecah belah atau bercabang, phren= jiwa).²⁶

Schizophrenia adalah nama umum untuk sekelompok reaksi-reaksi psikotis, dicirikan oleh gangguan/kekacauan pada kehidupan emosional dan efektif. Disertai halusinasi dan delusi-delusi tingkah laku negativitas, dan kerusakan/kemunduran jiwani yang progresif.²⁷

Schizophrenia adalah bentuk kegilaan dengan disintegrasi pribadi tingkah laku emosional dan intelektual yang ambigu (majemuk) dan terganggu secara serius; mengalami regresi atau demensia total. Pasien banyak melarikan diri dari kenyataan hidup, dan berdiam dalam dunia fantasi.²⁸

Inti gangguan terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu ide belum selesai diutarakan, sudah timbul idea lain.²⁹

Simptom umum shizofrenia ialah³⁰

Simptom fisik :

Adanya gangguan motorik berupa retardasi jasmaniah lamban gerak-geriknya. Tingkah lakunya jadi stereotips, yaitu kadang-kadang ada gerak-gerak motorik lamban, tidak teratur, tidak teratur, dan kaku : tingkah lakunya menjadi aneh-aneh eksentrik.

Simptom psikis :

1. Intelek dan ingatannya menjadi mundur. Ia menjadi introvert dan pemimpi siang (day dreamer) Tidak ada/sedikit sekali berkontak dengan lingkungannya. Tendensi menjadi Autis sangat kuat.
2. Penderita mengalami regresi atau degenerasi mental, sehingga menjadi acuh tak acuh dan apatis, tanpa minat dunia sekitarnya.

²⁶ J. P. Chaplin, 1981.

²⁷ kartono., Kartini, Drs. Hygiene Mental, Hal, 131, 2000.

²⁸ Wikipedia, The Free Encyclopedia.

²⁹ www.shizofrenia.org.

³⁰ kartono., Kartini, Drs. Hygiene Mental, Hal, 131, 2000.

3. Afeksi dan perasaan kemesraannya menipis. Menjadi jorok: tidak tahu malu, suka memperlihatkan alat kelaminnya
4. Dia dihinggapi bermacam-macam angan-angan dan fikiran keliru, halusinasi, delusi, dan ilusi yang salah, misalnya: delusion of persecution (seperti dikejar-kejar), dan delusion of grandeur (merasa paling super).
5. Ia suka mengarang kata-kata atau istilah baru, tanpa mengandung arti sesuatupun (neologisme): atau kata kata pendek "ditelan"nya.
6. Emosinya banyak terganggu. Dia menjadi acuh tak acuh sama sekali terhadap diri sendiri dan lingkungannya, apatis dan introvert sekali. Ada tendens-tendens a-sosial. Emosinya sangat tidak congruent/sesuai: yaitu bila ada kejadian yang menyenangkan, dia malah bersedih hati, atau sebaliknya.
7. Gangguan kepribadian berupa breakdown mental secara total. Tiba-tiba ia dihinggapi perasaan kebencian dan dendam yang meluap-luap. Sering dibarengi ketakutan dan kebingungan, sehingga dia menjadi ekspulsif sekali dan sangat berbahaya. Dia bias membunuh atau melukai orang disekitarnya.

Untuk lebih memperjelas gambaran dari bentuk kekalutan mental,³¹ yaitu :

1. Psikopat (pribadi yang sosiopatik, pribadi yang anti social/a-sosial/dissosial)
2. Psikonerosa: hysteria.
3. Bentuk-bentuk dissosiasi kepribadian.
4. Funge.
5. Somabolisme.
6. Multiplepersonality.
7. Psikastenia yang sering dibarengi dengan simpton-simpton :
 - 7.1.Fhobia.
 - 7.2.Obsesi.
 - 7.3.Kompulsi.
8. Tics atau gangguan gerak-gerak facial.

³¹ Ibid., Hal, 153.

9. Hipokondria.
10. Neurastenia.
11. Anxety neurosia.
12. Psikomatisme :
 - 12.1. Hypertension & effort syndrome.
 - 12.2. Peptic ulcer.
13. Psikosa fungsional, terdiri dari atas :
 - 13.1. Schizophrenia :
 - 13.1.1. Schizophrenia hebefrenic.
 - 13.1.2. Schizophrenia catatonic.
 - 13.1.3. Schizophrenia paranoid

4.5. Penyebab Gangguan Mental ³²

Faktor penyebab gangguan jiwa, biasanya tidak ada faktor tunggal yang mengakibatkan gangguan jiwa seseorang, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus mempengaruhi, atau memang timbul bersamaan. Secara lebih terperinci, sumber penyebab gangguan jiwa dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Faktor organo biologik (somatik/somatogenikl)
 - 1.1. Neuroanatomi.
 - 1.2. Neurofisiologi.
 - 1.3. Neurokimia.
 - 1.4. Tingkat kematangan dan perkembangan organik.
 - 1.5. Faktor-faktor pre dan peri-natal.
2. Faktor psikis (psikologik/psikogenetik)
 - 2.1. Interaksi ibu-anak: normal (rasa percaya dan aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi dan keadaan yang terputus (perasaan tidak percaya atau kebimbangan).
 - 2.2. Peranan ayah.
 - 2.3. Persaingan antar saudara kandung.

³² Jatmiko Adi Suryabrata. (10750/TA/UGM/1985)
RUMAH SAKIT JiWA | Sugeng Riyadi
01 512 246

- 2.4. Intelegensi.
 - 2.5. Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan dan masyarakat.
 - 2.6. Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, dan depresi, rasa malu, atau rasa salah.
 - 2.7. Konsep diri : pengertian indentitian diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu.
 - 2.8. Keterampilan, bakat dan kreativitas.
 - 2.9. Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap budaya.
 - 2.10. Tingkat perkembangan emosi.
3. faktor sosio-budaya (sosiogenetik)
- 3.1. Kestabilan keluarga.
 - 3.2. Pola mengasuh anak.
 - 3.3. Perumahan : perkotaan melawan pedesaan.
 - 3.4. Masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka dan fasilitas kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan yang tidak memadai.
 - 3.5. Pengaruh rasial dan keagamaan.
 - 3.6. Nilai-nilai.

4.6. **Klassifikasi Gangguan Mental**

Coleman (1972) secara garis besar menggolongkan/mengklasifikasi gangguan jiwa/prilaku abnormal sebagai berikut :

1. Gangguan prilaku karena goncangan situasi (transsient situqasional disorder).
2. Reaksi traumatik terhadap pertempuran
3. Reaksi terhadap bencana kehidupan sipil (kecelakaan penerbangan, bencana alam, kebakaran, dan sejenisnya).
4. Reaksi terhadap stress yang kronis.
5. Neorosis

5. TINJAUAN REHABILITASI MENTAL

5.1. Pengertian Rehabilitasi

Rehabilitasi mempunyai arti umum, yaitu “pengembalian kemampuan seseorang sebagai semula, baik fisik maupun mental” kemudian kata rehabilitasi masuk dan mempunyai arti yang khusus dalam bidang kesehatan, terutama setelah Perang Dunia II masalah rehabilitasi dalam bidang kesehatan mulai ramai diperbincangkan dan upaya rehabilitasi berkembang dimana-mana.³³

Dalam sejarah perawatan pasien mental terkenal adanya perlakuan dari masyarakat yang kejam, penuh penderitaan dan cacian yang mengharukan dalam memperlakukan pasien. Usaha untuk merubah mulai diperjuangkan pada awala abad ke-19. oleh sosiawan dan cendikiawan dengan menuntut perbaikan-perbaikan perlakuan dalam perawatan pasien mental. Kearah peningkatan derajat kemanusiaan.

Rehabilitasi dalam bidang kesehatan jiwa *tidak apriori* memerlukan atau mementingkan usaha “rekonstruksi” kepribadian (personality reconstructions) atau “motivasi tak sadar” (incounscious motivation). Ini berarti bahwa upaya rehabilitasi kita senantiasa bertemu dengan dan berhadapan dengan pasien mental yang telah mengalami “ruda paksa kepribadian “ (personality destruction) yang parah karena mengalami *kerusakan* (damage) baik yang bersifat metal atau fisik”³⁴.

Rumusan pengertian rehabilitasi pasien mental dalam psikatri yang cukup lengkap adalah yang diberikan oleh L.E. Hinsie dan R.J. Champbell dalam “*Psychiatric Dictionary*” sebagi berikut :

“Rehabiliatsi ialah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vokasional sebagi usaha memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara maksimal dan untuk mempersiapkan pasien secara fisik, mental, sosial dan

³³ Pedoman Rehabiliasi Pasien Mental Rumah Sakit Jiwa, Depkes, 1985. Hal 4.

³⁴ Ibid., Hal, 8.

vokasional untuk suatu kehidupan dan ketidak mampuan kearah : Mencapai perbaikan fisik sebenar-benarnya, Penempatan vokasional sehingga dapat berkerja dengan kapasitas maksimal Penyesuaian diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan sehingga dapat berfungsi sebagai warga masarakat yang berguna”.

Dalam usaha kesehatan jiwa, yang dirintis oleh Direktorat Kesehatan Jiwa, pengertian rehabilitasi pasien mental sudah dirumuskan dalam Rapat Kerja Nasional Kesehatan Jiwa 1970 dan disempurnakan oleh Badan Kordinasi Penderita Penyakit Jiwa sebagai berikut :

“Rehabilitasi adalah usaha mengembalikan pasien ke masyarakat untuk menjadikanya sebagai warga yang swasembada dan berguna. Untuk mencapai tujuan tersebut maka perlu :

1. Mempersiapkan pasien agar sejauh mungkin dapat menyesuaikan diri kepada keluarga dan masyarakatnya, sesuai dengan situasi dan kondisi kesehatan jiwa dan raganya.
2. Sedapat mungkin mengadakan perubahan sikap suasana didalam keluarga dan masyarakatnya untuk membantu upaya rehabilitasi pasien mental.
3. Bersama-sama dengan keluarganya dan masyarakat merencanakan serta mengatur perikehidupan dan penghidupan rehabilitan sesuai situasi dan kondisi jiwa raganya.
4. Membimbing, membina serta mengawasi perkembangan hubungan rehabilitan dengan keluarga dan masyarakat secara kontinu dan bila perlu mengambil langka-langkah untuk kebaikan rehabilitasi.
5. Untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut, upaya rehabilitasi dibagi tiga tahap :
 - 5.1. Tahap persiapan.
 - 5.2. Tahap penyaluran/penempatan.
 - 5.3. Tahap pengawasan.

5.2. Konsep Dasar Rehabilitasi Pasien Mental³⁵

Pasien mental, termasuk semua jenis gangguan jiwa pada prinsipnya pada satu saat memerlukan upaya rehabilitasi. Terutama yang masuk golongan kronik, yang tidak jelas perjalanan penyakitnya dan yang menimbulkan disabilitas psikososial.

Lingkup rehabilitasi psikososial :

1. Pasien mental/psikatrik khususnya yang kronik:
2. 60% pasien yang dirawat di RS Jiwa adalah pasien kronik yang memerlukan upaya rehabilitasi.
3. Pasien psikotik pasung yang terdapat secara “sporadik” di Indonesia dan “endemik” di daerah tertentu (Sumatra Barat, Yogyakarta).
4. Pasien psikotik gelandangan, yang umumnya terdapat di kota-kota terutama yang mengalami urbanisasi yang pesat.
5. Pasien penyalahgunaan obat, narkotik, alkohol, dan bahan berbahaya lain.
6. Pasien keterberlaksanaan mental.
7. Pasien usia lanjut dengan gangguan psikososial (psyco-geriatric).
8. Pasien mental organik, termasuk disini :
 - 8.1. Pasien dengan gangguan serebral karena trauma kapitis (kecelakaan).
 - 8.2. Pasien dengan gangguan konvulsi kronik (epilepsy).
 - 8.3. Pasien dengan “organic brain syndrome”.

5.3. Maksud Dan Tujuan Rehabilitasi

WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation memberikan batasan rehabilitasi, sebagai berikut :

“serangkaian usaha yang terkordinasi yang terdiri dari upaya medis, sosial, edukasional dan vokasional, untuk melatih kembali seseorang (yang handicap) untuk dapat mencapai kemampuan fungsional pada taraf setinggi mungkin”

Oleh karena itu dapat ditinjau definisi yang diberikan oleh Maxwell Jones, Leonardo Mayo dan Hinsie & Campbell, yaitu :

³⁵ Ibid., Hal, 15.

1. Rehabilitasi ditunjukkan pada cacat, disabilitas dan handicap (pasienya disebut rehabilitant).
2. Rehabilitasi merupakan pertolongan yang diberikan berdasarkan pada pemberian hak asasi manusia, bukan pada filantropi (charity).
3. Rehabilitasi bertujuan akhir untuk mengembalikan individu berperan sebagai manusia normal ; berswasembada dan berguna.
4. Rehabilitasi merupakan upaya yang terpadu dan terkordinasi meliputi berbagai aspek dan perlu dijalankan menurut sistem dan metode tertentu dan bertahap.

Adapun beberapa aspek untuk rehabilitasi mempunyai tujuan khusus :

1. Aspek medis : bertujuan mengurangi invaliditas serta meningkatkan validitas yang ada.
2. Aspek psikologik dan sosial : bertujuan kearah tercapainya penyesuaian diri, tercapainya harga diri dan juga tercapainya pandangan dan sikap yang sehat dari masyarakat dan rehabilitan.
3. Aspek vokasional dan re-eduksi : bertujuan kearah tercapainya kecakapan yang produktif dan berguna.
4. Aspek legislatif dan administratif : bertujuan kearah terbentuknya peraturan perundangan-undangan yang mengatur rehabilitasi pasien mental.

Jadi tegas bahwa tujuan rehabilitasi pasien mental adalah mengembalikan fungsi individu melalui proses yang terencana dan bertahap sehingga rehabilitan kembali kemasyarakat sebagai warga yang mandiri dan berguna.

5.4. Aspek-Aspek Rehabilitasi

Rehabilitasi penderita cacat adalah multi-komplek. Artinya persoalannya tidak melulu dalam bidang medis, tetapi juga dalam bidang-bidang lain, misalnya bidang sosio-kultural, bidang psikologik, bidang pendidikan dan vokasional. Semua usaha pertolongan untuknya harus dikordinasikan menjadi

satu proses yang “integrated” dengan tujuan untuk mengembalikan mereka menjadi warga yang berswasembada dan berguna bagi masyarakat.³⁶

Adapun program rehabilitasi haruslah berupa pertolongan-pertolongan (facilities, servise) yang bersifat :

1. Medik.
2. Psikologik dan sosial.
3. Re-edukatif dan vokasional.
4. Legetatif.

5.5. Sarana Fisik Rehabilitasi Pasien Mental

Tempat kerja yang diperlukan upaya rehabilitasi pasien metal adalah :

Ruang seleksi dan pemilihan pekerjaan (work assement).

1. Ruang terapi kerja.
2. Ruang latihan kerja.
3. Ruang kerja untuk “sheltered workshop”.
4. Ruang untuk resosialisasi.

5.6. Kegiatan Pasien Mental

Dalam proses rehabilitasi pasien mental merupakan rangkaian dan kordinasi usaha-usaha yang bersifat medis-psikatris, sosial, pendidikan vokasional untuk melatih dan atau mendidik (mendidik kembali/reduksi), seseorang untuk mencapai kemampuan fungsional setinggi mungkin.

5.6.1. Tahap Persiapan

Tahap persiapan merupakan rangkaian upaya untuk mempersiapkan rehabilitan agar selanjutnya dapat disalurkan kedalam masyarakat, melalui kegiatan :

1. Seleksi ,evaluasi dan uji kerja (work assessment).
2. Terapi kerja.

³⁶ Ibid,. Hal, 26.

3. Latihan kerja.

Pelaksanaan ketiga macam kegiatan tersebut belum memadai tanpa ditunjang oleh kegiatan lain, baik yang dilakukan sebelumnya atau bersamaan dengan ketiga kegiatan tersebut diatas²⁰, adapun keggiatan yang dilakukan itu adalah :

1. Terapi/pelayanan medis-psikatrik yang bersifat organo-biologik (“maintenance therapy” dengan obat psikofarma, ECT, dll).
2. Terapi psikologi (psikoterapi individual dan kelompok/terapi keluarga).
3. Terapi sosial lain : terapi rekreasi, terapi kesenian, terapi olah raga, dll.
4. Terapi fisik : fisioterpi, terapi gerak (bewegings therapie).

Berbagai pelayanan tersebut merupakan program untuk mempersiapkan, psikososial dan vokasional dari rehabilitasi sehingga memiliki kemampuan untuk hidup dan berguna dalam masarakat.

5.6.2. Tahap Penempatan

Setelah rehabilitan dipersiapkan melalui kegiatan seleksi terapi dan latihan kerja, maka langkah selanjutnya adalah penempatan (placement) kedalam masyarakat. Usaha penempatan ini tidak lain meruapakn tujuan akhir upaya rehabilitasi kemasyarakat sebagai warga yang mandiri dan berguna.

1. Penyaluran ke Keluarga atau Masyarakat

Dalam usaha penyaluran, tujuan utama adalah pemulangan rehabilitan Ke keluarga. Bila mengalami kesulitan penyaluran ke instansi lain seperti perusahaan atau panti rehabilitasi.

2. Penyaluran ke Bengkel Kerja Terlindungi (Sheltered Workshop)

Bengkel kerja terlindungi yang diselenggarakan di dalam Unit rehabilitasi merupakan bagian Rumah Sakit Jiwa sedangkan rehabilitan yang berkerja masih berstatuskan pasien.

5.6.3. Pengawasan

Pengawasan (supervision) terhadap rehabilitan sudah dilakukan sejak mengikuti persiapan rehabilitasi. Dengan adanya pengawasan dimaksudkan agar kondisi kesehatan rehabilitan selalu terjaga baik fisik maupun mentalnya. Pengawasan dapat dilakukan dalam dua bentuk :

1. Pengawasan kedalam yang bertujuan memelihara kesehatan fisik dan mental rehabilitan, dengan mengadakan pelayanan medik-psikatrik dan usaha-usaha lain.
2. Pengawasan keluar yaitu ditunjukkan kepada rehabilitan yang sudah disalurkan, hal ini dapat dilakukan dengan mengadakan Home Visit atau Job Visit dan mengadakan After Care.
 - 2.1. Kunjungan rumah (Home Visit)
 - 2.2. Kunjungan ketempat kerja/tempat penyaluran untuk mengetahui kemajuan rehabilitan setelah disalurkan, home visit dapat dijalankan sebagai persiapan awal persiapan agar petugas home visit (social worker) dapat mengadakan manipulasi situasi keluarga .
 - 2.3. Rawat jalan (After Care)
 - 2.4. Merupakan perawatan lanjutan bagi rehabilitan/pasien, pelayan ini dilakukan secara periodik dan teratur agar setiap rehabilitant yang sudah disalurkan diberi kesempatan untuk kontrol kembali agar keadaan kesehatan tetap terjaga dan dapat lebih ditingkatkan.
 - 2.5. Rawat Siang/Rawat Malam (Day care/Night Care)

Perawatan rawat siang dilakukan untuk pasien/rehabilitan yang sudah dipulangkan atau pernah berobat ke Rumah Sakit kadang-kadang masih memerlukan perawatan pada siang hari terutama mengikuti kegiatan - kegiatan rehabilitasi baik dalam terapi kerja, latihan kerja, atau sheltered workshop.

5.7. Tenaga

Untuk menyelenggarakan upaya rehabilitasi pasien mental memerlukan berbagai jenis tenaga (disiplin) yang sesuai dengan kebutuhan terapi medik - psikiatrik, psikologik, sosial, edukasional, dan vokasional, serta aspek lain yang membantu keberhasilan rehabilitasi tersebut.³⁷

Untuk setiap Rumah Sakit Jiwa di Indonesia tenaga - tenaga pokok (baku), seperti : psikater/dokter, psikolog, Perawat Psikatri, Social Worker, Occupational Therapiest (Okupaterpis), Instruktur Kerja, Pembantu Instruktur (tukang), serta ahli yang dapat membantu kelancaran upaya rehabilitasi. Sebagai gambaran kebutuhan tenaga tersebut sesuai dengan ratio rehabilitan yang ditangani adalah sebagai berikut :

5.7.1. Jenis Dan Ratio

Jenis tenaga	Jumlah yang dibutuhkan	
	Minimal	Optimal
Psikater/dokter	1/Unit	1 : 50
Psikolog	1/Unit	1 : 50
Sosial Worker	1/Unit	1 : 50
Perawat psikatri	1 : 10	1 : 3
Occupational Therapiest	1/Unit	1 : 20
Pelatih Kerja (instruktur)	—	1/10
Pembatu Pelatih/Tukang	—	1/jenis pekerjaan
Fisioterapis	—	1 : 60
Petugas rekreasi	—	1/jenis kegiatan
Petugas terapisosial	—	1/jenis kegiatan

Table II-3 : Ratio Tenaga.

Sumber : *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental (umum)*, 1985.

5.7.2. Peran Tiap Jenis Tenaga

Peran tiap jenis tenaga yang berkerja dalam Unit Rehabilitasi Pasien Mental disesuaikan dengan pola pelayanan dan program rehabilitasi yang

³⁷ Ibid,. Hal, 37.

dijalankan di Rumah Sakit Jiwa, sehingga masing-masing mempunyai tugas dan tanggung jawab,³⁸ sbb :

1. *Psikater/dokter*; berperan dalam perencanaan program, kordinator team rehabilitasi, kounsultan, serta membuat diagnosa dan terapi medis psikatrik serta menentukan tindakan rehabilitasi.
2. *Psikolog* (Ahli Psikologi Klinis), berperan dalam seleksi, work assemmet, evaluasi perkembangan rehabilitan, melakukan bimbingan dan penyuluhan kejuruan (Vocational guidance dan counseling), terapi kelompok, pengembangan instrumen-instrumen untuk menilai kemampuan rehabilitan/perkembangan tingkah laku rehabilitan.
3. *Social Worker* (Pembimbing sosial Psikatrik), berperan dalam melaksanakan resosialisasi dan memecahkan masalah-masalah sosial dalam diri rehabilitan, keluarga dan masyarakat.
4. *Perawat Psikatrik*, berperan dalam perawatan/pemeliharaan kesehatan rehabilitan, melaksanakan perawatan lanjutan dan membantu dokter/psikater dalam observasi psikatrik.
5. *Occupational therapiest* (okupaterpies), berperan melaksanakan terapi kerja sesuai dengan keadan pasien/rehabilitan, baik dalam arti terapi maupun persiapan rehabilitasi kearah vocational training yang diperlukan, membantu mengembangkan adaptasi rehabilitan terhadap lingkungan sosial, keluarga daan lingkungan kerja.
6. *Instruktur* (pelatih kerja), berperan untuk melaksanakan latihan kerja bagi para rehabilitan yang telah ditentukan agar melalui latihan kerja tersebut mereka memperoleh bekal latihan untuk hidup setelah mereka disalurkan.
7. *Fisioterapi*, berperan dalam melaksanakan fisioterapi bagi pasien/rehabilitan yang mengalami disabilitas fisik.

³⁸ Ibid, . Hal, 38.

8. *Pembantu Instruktur* (tukang), berperan dalam membantu melaksanakan bermacam-macam pekerjaan yang dilakukan baik dalam terapi kerja maupun dalam bengkel kerja terlindung.
9. *Petugas Terapi rekreasi*, berperan untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan rekreasi untuk pasien/rehabilitasi baik “di dalam” maupun “ diluar ” Rumah Sakit Jiwa, untuk melaksanakan terapi.
Petugas Terapi Sosial, berperan merencanakan dan melaksanakan kegiatan resosialisasi bagi para rehabilitan, baik didalam maupun diluar Unit Rehabilitasi.

6. TINJAUAN PENDUKUNG PROSES PENYEMBUHAN

Pengertian Penyembuhan dan pemulihan pasien adalah suatu kondisi yang dialami oleh rehabilitan (pasien mental) dengan cara melakukan terapi ataupun melakukan berbagai latihan kerja secara bertahap dan seksama untuk pemulihan dan kesembuhan rehabilitan dapat mencapai manusia normal biasa. Dalam pemulihan pasien mental disesuaikan dengan kondisi dari tingkat ketergantungan kejiwaan yang didalamnya, setiap pasien memiliki karakteristik yang berbeda.

6.1. Karakter Dan Tingkat Kejiwaan Pasien Mental³⁹

1. Golongan gaduh dan gelisah (*intensive care*)

Setiap kejiwaan labil, mudah tersinggung akibat stress, tingkah lakunya dapat membahayakan dan mengganggu lingkungan sekitarnya serta banyak diam. (Karakter kejiwaan yang dialami pasien tergantung dari kondisi penyakitnya).

Sikap penanganannya diberikan pengawasan yang intensive untuk melihat perkembangan pasien diruang perawatan isolasi serta dengan pendekatan yang

³⁹ Ibid., Hal, 38.

akrab, tenang, nyaman, dan komunikatif sehingga rehabilitan merasa diperhatikan.

2. Golongan tenang (*intermediate care*)

Kejiwaan sudah tidak membahayakan bagi lingkungan sekitarnya, dapat berkomunikasi, keadaan tenang, dan suka melakukan kegiatan yang bermanfaat.

Pengawasan yang dilakukan susah agak longgar, sehingga pasien sudah diperbolehkan keluar ruangan dengan tujuan perawatan terapi agar dapat beraktifitas dengan baik dan memulihkan kondisi pasien yang dideritanya.

Sehingga dari karakter dan tingkat kejiwaan pasien mental akan membuat perbedaan dalam menangani pasien mental tersebut dari sisi control keamanan yang diberikan oleh ruangan luar dan ruangan dalam.

1. *Faktor non fisik*

Faktor non fisik yang mendukung terhadap penyembuhan pasien⁴⁰ adalah segala usaha kegiatan berupa pemberian pendidikan yang berguna melalui :

1. Usaha mengadakan komunikasi sebanyak-banyaknya dengan lingkungan.
2. Pembentukan teurapetik community dengan jalan pasien diberi aktifitas yang terarah, seperti kegiatan kerajinan, pertukangan, pertanian dan lain-lain.
3. Memberikan pekerjaan yang mudah dalam dan sesuai dengan kondisi pasien sampai pasien merasa bosan dalam melakukan kegiatan, seperti : menyapu, mengepel dan lain-lain.

Selain itu ada beberapa bentuk terapi yang dapat dilakukan oleh para rehabilitan dalam proses penyembuhan sehingga dalam proses pelaksanaan terapi ini fungsi kontrol terhadap keamaan akan sangat berperan besar. Adapun bentuk terapi yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa, antara lain :

1. *Maintanace therapy* dengan obat psikofarma berupa pelayanan medis yang bersifat organo biologic.

⁴⁰ Ranu Haryangsah. (hal 19/KP/UII/2001).

2. *Group pcyhoterapy* yakni suatu psikoterpi yang dilakukan atas kelompok penderita bersama-sama dengan jalan berdiskusi biasa disebut terapi psikologi (psikologi individual dan kelompok/terapi keluarga).
3. *Terapi sosial* lain : terapi rekreasi, terapi kesenian, terapi olah raga dan lain-lain.
4. *Terapi fisik* : psioterapi, terapi gerak (*bewegings therapie*).

2. Faktor fisik

Rehabilitan akan memiliki perasan jiwa yang sangat sensitif dan peka sehingga dalam kesehariannya pasien mental akan bersentuhan baik secara langsung ataupun tidak langsung dengan ruang luar dan ruang dalam. sehigga secara fisik bangunan Rumah Sakit Jiwa haruslah dapat memberikan efek-efek penyembuhan⁴¹, antara lain :

1. Kesan dari tempat kerja tersebut dapat memberikan pandangan sebagai tempat belajar, berkerja sehingga ketika pasien masuk keruang latihan kerja tersebut segera timbul minat untuk melakukan kegiatan ruang tersedia sehingga wadah kegiatan tidak membosankan dan menjengkelkan.
2. Untuk menciptakan suasana kerja seperti diatas maka alat-alat dan bahan-bahan kerja serta sarana lain hendaknya diatur agar menarik untuk belajar berkerja.
3. Suasana yang tenang aman dalam menciptakan suasana proses pemulihan.
4. Memberikan kesan keterbukaan visual penderita dan menghindari kesan murung sehingga rehabilitan akrab dengan lingkungannya.
5. Dapat memberikan kegiatan dalam suatu ruangan yang akrab dan bersahabat.

Dari faktor fisik dan non fisik yang mendukung terhadap penyembuhan ada beberapa bagian yang bersentuhan langsung dengan pengendalian terhadap

⁴¹ Rumah Sakit Jiwa Sebagai lingkungan Therapeuik, Jatmiko A.s 1985.

keamanan. Sehingga akan ada perhatian khusus terhadap bentuk-bentuk terapi yang diberikan kepada rehabilitan.

6.2. Aspek Tata Ruang Berpengaruh Pada Penyembuhan

Aspek tata ruang yang akan sangat berpengaruh pada penyembuhan dan pemulihan pasien. Untuk sebuah bangunan tidak hanya dikaitkan dengan hal bersifat fisik, pertimbangan perasaan, seperti proporsi, bentuk, warna, tekstur, pencahayaan dan penghawaan. Dari beberapa hal tersebut menunjang proses penyembuhan pasien yang bersifat arsitektural.

Sebagai bahan pertimbangan dalam aspek tata ruang dalam yang mendukung penyembuhan pasien adalah sebagai berikut ;

1. Tenang, nyaman dan aman.
2. Akrab dan terbuka.
3. Kreatif dan aktif.

6.2.1. Proporsi

Adalah perbandingan ukuran yang seimbang, sehingga suasana ruang yg diakibatkan oleh proporsi dapat menimbulkan efek psikologis pada pasien mental. Ada beberapa skala yang dapat menimbulkan efek psikologis, diantaranya :

1. Intim, berkesan.
2. Normal, berkesan normal dan akrab.
3. Monumental, berkesan agung, seram dan tegang.

Jadi unit rehabilitasi ini diharapkan dapat memberikan kesan yang bisa diterima oleh rehabilitan agar senang atau tidak dalam melakukan kegiatan yang diinginkan dan sebagai bahan penilaian terhadap proporsi diterapkan dalam tabel penilaian :

Kriteria penyembuhan dan pemulihan	Aspek proporsi		
	Intim	Normal	Monumental
Tenang, nyaman dan aman	x	√	x
Akrab dan terbuka	x	√	x
Kreatif dan aktif	x	√	x

Table II-4: Penilaian Terhadap Pengolahan Proporsi. √ : mendukung x : tidak mendukung
Sumber : Analisa.

Dari analisa diatas, maka proporsi yang mendukung penyembuhan dan pemulihan pasien jiwa dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Tenang nyaman dan aman dapat diwakili dengan skala berkerja orang normal, karena dengan kondisi ini rehabilitan merasa seperti orang normal biasa berkerja.
- b. Akrab dan terbuka diekpresikan dengan skala yang bersahabat dapat berkomunikasi baik dengan antar rehabilitan, pengelola maupun dengan pengunjung rehabilitan.
- c. Kreatif dan aktif bisa diekpresikan dengan orang normal yang dapat berkerja bebas tanpa ada yang membatasinya/melingkupinya.

6.2.2. Bentuk

Bentuk bangunan akan bisa terlihat dalam pandangan akan bisa terlihat dalam pandangan atau persepsi baru apabila ditampilikan secara keseluruhan akan lebih mengekpresiakan isinya, sehingga komunikasi dari arsitek terhadap perasaan dari bentuk akan semakin tegas.

Bentuk merupakan karakter yang menimbulkan sifat-sifat tersendiri dan dapat dikebangkan kedalam pengolahan bentuk dan denah. Bentuk dasar itu adalah lingkaran, segi empat sama sisi, persegi panjang, segitiga, selanjutnya keempat bentuk ini akan diolah dengan cara penambahan dan pengurangan, perputaran, atau rotasi, pegeseran, penumpukan, penggabungan dari berbagi bentuk dasar.

Maka pengolahan bentuk pada bangunan Rumah Sakit Jiwa diharapkan dapat mendukung penyembuhan dan pemulihan pasien. Penilaian aspek bentuk dapat dirinci dalam table berikut :

Kriteria penyembuhan dan pemuliahan	Bentuk dasar				Alternatif pengolahan bentuk				
	○	□	▭	△	Tambah/kurang	Rotasi	Tumpuk	Geser	Gabung
Tenang, nyaman dan aman	x	✓	✓	x	✓	x	x	x	✓
Akrab dan terbuka	✓	x	✓	x	✓	x	x	x	x
Kreatif dan aktif	✓	x	✓	x	✓	x	x	x	x

Table II-5: Penilaian Terhadap Pengolahan Bentuk. ✓ : mendukung x : tidak mendukung
Sumber : Analisa.

Dari analisa diatas maka tranformasi kedalam bentuk bangunan, bentuk-bentuk yang bisa mewakili suasana yang mendukung penyembuhan dan pemulihan dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Tenang, nyaman dan aman menggunakan bentuk ruang yang sederhana tidak berbelit belit sehingga rehabilitn merasa betah dan senang.
- b. Akrab dan terbuka dengan melakukan penambahan dan atau pengurangan bentuk agar mudah dimengerti oleh rehabilitan terhadap kondisi terbuka dan bebas.
- c. Kreatif dan aktif diekpresikan dengan bentuk yang tidak monoton, tidak dinamis, akan tetapi menimbulkan kesan selalu senang dan selalu ingin kreatif.

6.2.3. Warna

Warna merupakan suatu yang dapat dirasakan oleh panca indra karena dengan warna, efek psikologis pasien mental mendapat stimulus kearah pemulihan. Untuk itu kesan warna yang ditimbulkan adalah warna bersahabat,

warna lembut, megundang, dinamis, anggun, warna enerjik, dan warna tenang. Penilaian aspek bentuk dapat dirinci dalam tabel berikut :

Kriteria penyembuhan dan pemulihan	Efek warna						
	Sahabat	Lembut	Megundang	Dinamis	Anggun	Enerjik	tenang
Tenang, nyaman dan aman	✓	x	x	x	x	x	✓
Akrab dan terbuka	✓	x	✓	x	x	x	✓
Kreatif dan aktif	✓	x	✓	✓	x	✓	✓

Table II-6: Penilaian Terhadap Pengolahan Warna. ✓ : mendukung x : tidak mendukung
Sumber : Analisa.

Dari analisa di atas maka warna yang dapat mempengaruhi proses pemulihan dan penyembuhan pasien adalah warna yang mempengaruhi suasana kegiatan dalam unit rehabilitasi, diantaranya :

- a. Tenang, nyaman dan aman dapat diekpresikan dengan warna-warna tenang seperti biru, merah muda, orange, serta warna yang lembut, sehingga dapat memperlancar kegiatan rehabilitasi pasien.
- b. Akrab dan terbuka menggunakan warna-warna bersahabat dan warna-warna tenang tenang yang dimaksud rehabilitasi dapat bersosialisasi dengan baik.
- c. Kreatif dan aktif dapat diekspresikan dengan warna-warna enerjik, warna-warna dinamis sehingga menimbulkan rehabilitan untuk aktif dalam melakukan kegiatan rehabilitasi.

6.2.4. Tekstur

Tekstur adalah kesan permukaan yang dapat dirasakan dan diraba. Dalam memberikan dukungan terhadap pemulihan dan penyembuhan pasien normal maka tekstur dapat memberikan kesan yang berbeda-beda, karena tekstur dapat menguatkan atau mengurangi kesan secara kasar yang ditimbulkan oleh bangunan yakni kasar atau halus. Adapun sebagai penilaian terhadap bentuk dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Kriteria penyembuhan dan pemuliahan	Efek tekstur	
	Halus	Kasar
Tenang, nyaman dan aman	✓	x
Akrab dan terbuka	✓	x
Kreatif dan aktif	✓	x

Table II-7 : Penilaian Terhadap Pengolahan Tekstur. ✓ : mendukung x : tidak mendukung
Sumber : Analisa.

Dalam berbagai alternative tekstur diatas yang merupakan tindakan dalam mendukung terjadinya proses penyembuhan dan pemulihan pasien, sehingga diharapkan kegiatan rehabilitasi dapat dilaksanakan dengan baik tanpa adanya penghalang/gangguan.

- a. Tenang, nyaman dan aman dapat diekspresikan dalam penggunaan tesktur halus. Karena dapat menimbulkan rehabilitan berkonsentrasi secara penuh pada kegiatan rehabilitasi tersebut.
- b. Akrab dan terbuka menggunakan tesktur halus agar dengan mudah bersosialisasi kegiatan terapi kelompok atau kegiatan rehabilitasi lainnya.
- c. Kreatif dan aktif diekspresikan dengan menampilkan menarik perhatian, kekuatan, betah, dan aktif dengan menggunakan tekstur halus.

6.2.5. Pencahayaan

Pencahayaan merupakan salah satu aspek bangunan yang cepat ditangkap oleh rehabilitan dalam melakukan keggiatan rehabilitasi. Adapun pengaruh pencahayaan terhadap psikologis pasien, yakni pencahayaan alami, pencahayaan buatan, dan gabungan antara pencahayaan alami dan pencahayaan buatan. Adapun sebagai penilaian terhadap bentuk dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut :

Kriteria penyembuhan dan pemuliahan	Efek pencahayaan		
	Alami	Buatan	Gabungan
Tenang, nyaman dan aman	✓	✓	x
Akrab dan terbuka	✓	x	x
Kreatif dan aktif	✓	x	✓

Table II-8: Penilaian Terhadap Pengolahan Pencahayaan. ✓ : mendukung x : tidak mendukung
Sumber : Analisa.

Dari analisis diatas, maka untuk system pencahayaan yang digunakan pada ruangan rehabilitasi pasien menggunakan system pencahayaan yang dapat menunjang terjadinya proses pemulihan pasien, sehingga pencahayaan dapat dilihat jelas dari kegiatan yang dilakukannya. Misalkan, kegiatan bengkel yang memerlukan penerangan yang cukup dan dapat digunakan pencahayaan alami.

- a. Tenang, nyaman dan aman dapat diekspresikan dengan penggunaan pencahayaan yang cukup sehingga mendukung kelancaran rehabilitasi.
- b. Akrab dan terbuka lebih ditonjolkan penggunaan pencahayaan alami pada ruangan kerjanya dengan menggunakan bukaan-bukaan jendela yang cukup.
- c. Kreatif dan aktif dengan pengolahan pencahayaan yang merata ke seluruh ruangan kerja rehabilitasi serta adanya pergerakan yang cenderung rehabilitasi untuk berkreasi dan menjalankan proses pemulihan.

6.2.6. Penghawaan

Sistem penghawaan merupakan suatu pengkondisian dalam suatu ruangan, sehingga dapat berpengaruh pada kenyamanan ruangan kegiatan rehabilitasi. Dalam hal ini, penghawaan terdapat dua macam, yakni penghawaan alami dan penghawaan buatan. Penghawaan buatan yakni menggunakan air conditioner (AC) digunakan pada sebagian ruang administrasi, karena ini dapat membantu kelancaran kerjadalam mengelola unit rehabilitasi ini, sehingga untuk perencanaan besar penghuni harus

mempunyai >3.00 M² (110 ft²)/orang dengan kadar pemasukan udara 20 M²/hour/orang untuk ruangan dimana di dalamnya tidak boleh merokok. Untuk penghawaan alami digunakan hampir semua ruangan kegiatan rehabilitasi dengan mengatur pelubangan pada dinding sehingga kenyamanan kegiatan yang dicapai tergantung pada besar kecilnya bukaan pada dinding.

