

Original Research

Pengobatan Pasien Gangguan Jiwa yang Dipasung oleh Keluarga: Studi Kasus di Kabupaten Trenggalek

Sulisetiorini^{1*}, Adji Prayitno², Yosi Irawati Wibowo²

¹ Program Studi Magister Farmasi, Universitas Surabaya, Surabaya-Indonesia

² Fakultas Farmasi, Universitas Surabaya, Surabaya-Indonesia

*corresponding author: sulisetiorini@gmail.com

Abstract—In Trenggalek Regency, East Java Province, psychotic patients are still found on pasung by their families even though the Free Pasung Program has been intensively carried out since 2015 by The Indonesian Government. This research aims to identifying the characteristics and status of pasung, medication history, and patient's adherence to medication. The data collection was carried out through interviews with family members of patients with pasung and observation of medical records. A total of 14 psychotic patients were included in this study. Patients were in the productive age of 30-60 years (100%), not working (92.86%), the ratio of patients on pasung and with history of pasung was 1:1, the highest educational level was elementary school (71.43%), and family history (14.29%). Out of 14 patients, 3 patients received no medications, 4 patients received both oral and injectable medications, and 7 patients received oral medications; the majority of patients were given complementary medications (64.29%). The most common injections given were haloperidol decanoate and long-acting flufenazine decanoate; while oral medications frequently given were risperidone, chlorpromazine, trihexiphenidyl, haloperidol and trifluoperazine. Patients' medication adherence rate was 63,64%. This finding indicated the importance of pharmacists' role in providing drug information and counseling services to improve medication adherence of patients with psychotics.

Keywords: adherence, pasung, pharmacist, psychotic

Abstrak—Di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur masih ditemukan pasien gangguan jiwa psikotik yang dipasung oleh keluarga meskipun Program Bebas Pasung sudah gencar dilakukan sejak tahun 2015 oleh pemerintah Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik dan status pasung, riwayat pengobatan, serta kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Metode pengumpulan data melalui wawancara anggota keluarga pasien dengan pasung dan pengamatan rekam medis. Empat belas pasien gangguan jiwa psikotik terlibat dalam penelitian ini. Pasien berusia produktif 30-60 tahun (100%), tidak bekerja (92,86%), rasio status pasien dalam pasung dan riwayat pasung adalah 1:1, riwayat pendidikan terbanyak adalah sekolah dasar (71,43%), dan riwayat keluarga (14,29%). Dari 14 pasien, 3 pasien tidak menerima pengobatan, 4 pasien menerima pengobatan oral dan suntikan, dan 7 pasien menerima pengobatan oral; mayoritas pasien menerima pengobatan komplementer (64,29%). Obat suntikan yang paling umum diberikan adalah haloperidol dekanat dan flufenazine dekanat kerja panjang; sedangkan obat oral yang sering diberikan adalah risperidon, klorpromazin, triheksifenidil, haloperidol dan trifluoperazin. Tingkat kepatuhan pengobatan pasien adalah 63,64%. Temuan ini menunjukkan pentingnya peran apoteker dalam memberikan informasi obat dan layanan konseling untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien gangguan jiwa psikotik.

Kata kunci: apoteker, kepatuhan, pasung, psikotik

PENDAHULUAN

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, di Indonesia orang yang terganggu kesehatan jiwanya dikenal dengan istilah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) [1]. Pada ODGJ dikenal ada istilah psikosis atau psikotik. Istilah ini merupakan gejala umum dari banyak kondisi gangguan kesehatan jiwa yang digunakan untuk menggambarkan kondisi pikiran yang mengalami kehilangan kontak dengan kenyataan/realita dan disebut dengan episode psikotik [2]. Manifestasi klinis psikotik ini dapat dialami oleh ODGJ dengan diagnosis yang berbeda. Menurut *The America Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) ada delapan dari sepuluh kategori gangguan jiwa dalam Spektrum Skizofrenia dan Gangguan Psikotik Lainnya yang memiliki episode psikotik, yaitu (1) *delusional disorder*, (2) *brief psychotic disorder*, (3) *schizophreniform disorder*, (4) skizofrenia, (5) *schizoaffective disorder*, (6) *substance/medication induced psychotic disorder*, (7) *psychotic disorder due to another medical condition*, dan (8) *other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder* [3].

ODGJ di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah terus mengalami banyak pelanggaran hak asasi manusia [4-7]. Pria, wanita, dan anak-anak dirantai atau dikurung di ruang terbatas di 60 negara di Asia, Afrika, Eropa, Timur Tengah, dan Amerika, hanya karena mereka memiliki penyakit mental [8]. Di Cina, 96% pasien skizofrenia pernah mengalami pengekangan di rumah, sedangkan Pemerintah Indonesia memperkirakan ada 18.800 ODGJ di seluruh Indonesia yang secara fisik mengalami pemasangan di masyarakat [5,9]. Meskipun pasung telah secara resmi dilarang di Indonesia sejak tahun 1977, praktiknya terus berlanjut dan angka temuannya terus meningkat [10]. Hingga saat ini, belum ada data yang secara akurat menunjukkan jumlah pasung di Indonesia. Kementerian Kesehatan Indonesia memperkirakan bahwa ada sekitar 57.000 ODGJ yang dipasung setidaknya sekali seumur hidup pada tahun 2014 dan 18.880 sedang dipasung [9,11]. Sedangkan data dari Survei Kesehatan Nasional (RISKESDAS) memperkirakan bahwa sekitar 14 persen rumah tangga Indonesia dengan seseorang yang didiagnosis dengan penyakit mental berat, termasuk skizofrenia, psikosis, gangguan bipolar dan gangguan skizoafektif memiliki pengalaman dengan pasung dengan tingkat pasung lebih tinggi di daerah pedesaan, yaitu 18,2% dibandingkan perkotaan sebesar 10,7% [5,12,13]. Namun, ODGJ yang dipasung mungkin jauh lebih banyak dari jumlah yang diperkirakan karena mayoritas penyandang disabilitas disembunyikan oleh keluarganya dan tidak diketahui oleh masyarakat sekitar karena budaya dan masyarakat yang umumnya menganggap gangguan jiwa sebagai hal yang memalukan [14,15].

Pasung merupakan bentuk pengekangan yang secara tradisional digunakan di Indonesia, karena tidak adanya akses ke perawatan kesehatan mental dan layanan pendukung lainnya, untuk membatasi aktivitas ODGJ di dalam atau di luar rumah. Pasung dapat berupa merantai atau mengunci mereka di kamar, gudang, kandang atau tempat penampungan hewan (termasuk kandang ayam, kandang babi, atau kandang kambing) untuk jangka waktu mulai dari beberapa jam atau hari hingga bertahun-tahun [16,17]. Keterbatasan ruang menyebabkan ODGJ perlu duduk atau berbaring di lantai dalam durasi panjang sehingga korban pasung ditemukan kekurangan gizi, kelelahan fisik, sakit, dan terkadang meninggal [14,18]. ODGJ dapat mengalami pemasangan tidak hanya sekali oleh keluarga. Kejadian pasung berulang atau *re-pasung* dilakukan berdasarkan kondisi ODGJ setelah pulang dari rumah sakit yang dikarenakan terbatasnya perawatan, dukungan masyarakat (meliputi status sosial ekonomi, wilayah geografis, identitas budaya, inklusi dan integrasi sosial, literasi, dan infrastruktur), stigma, tidak dapat diaksesnya layanan kesehatan mental, beban ekonomi dan terbatasnya regulasi kebijakan yang bertujuan untuk mengatasi pasung [10,19,20]. Kondisi ODGJ yang berperilaku agresif dan untuk mengamankan ODGJ sendiri menjadi alasan keluarga melaksanakan pasung berulang [21]. Keluarga ODGJ sering merasa kesulitan dalam melanjutkan perawatan pasien terkait biaya perawatan dan ketidakberdayaan keluarga dalam mengawasi pasien pasca-pasung menjadi faktor pendorong utama pelaksanaan pasung berulang [19]. Pengobatan yang tidak berkelanjutan atau menghentikan asupan pengobatan menyebabkan masalah kesehatan mental berulang ODGJ, seperti kekerasan, dan halusinasi [22].

Ketidapatuhan terhadap pengobatan menjadi tantangan dalam pengelolaan ODGJ non-pasung secara umum [23-25] (ketidapatuhan pengobatan pasien skizofrenia adalah 56%) [25]. Berbagai faktor terkait pasien, faktor terkait terapi, faktor terkait penyakit, faktor terkait dokter/sistem perawatan kesehatan, dan faktor sosial dan ekonomi yang berkontribusi terhadap ketidapatuhan pengobatan ODGJ telah diidentifikasi [26]. Ketidapatuhan pengobatan ODGJ memiliki efek merugikan secara keseluruhan pada pemulihan dan fungsi pasien, seperti menyebabkan risiko kambuh, rawat inap, bunuh diri yang lebih besar [27,28], mengurangi efektivitas pengobatan/kurang responsif terhadap pengobatan berikutnya [29,30]. Namun, belum ada penelitian yang mengidentifikasi/mengukur tingkat kepatuhan ODGJ yang dipasung.

Pemasangan pasien gangguan jiwa psikotik oleh pihak keluarga juga masih ditemui di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur. Menurut data terbaru dari Dinas Sosial Kabupaten Trenggalek pada bulan Februari 2023 ada 166 pasien ODGJ psikotik yang memiliki riwayat pasung/sedang dipasung [31]. Pemerintah Provinsi Jawa Timur menargetkan wilayahnya bakal bebas pasung pada tahun 2023 guna menyikapi banyaknya temuan pemasangan pasien gangguan jiwa psikotik oleh keluarga yang bertujuan untuk mengembalikan hak atas pelayanan kesehatan jiwa demi tercapainya kesehatan mental seperti yang dicanangkan oleh WHO [18]. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi karakteristik, riwayat pengobatan dan kepatuhan pasien ODGJ psikotik yang dipasung oleh keluarga di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur terhadap pengobatannya. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat mengeksplorasi faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien ODGJ yang dipasung oleh keluarga sehingga diharapkan di masa depan ada perbaikan dalam sistem pelayanan kesehatan jiwa guna meningkatkan kepatuhan pasien ODGJ psikotik terhadap pengobatannya sehingga masalah kesehatan mental berulang (seperti kekerasan, dan halusinasi) dapat dicegah.

METODE

Desain dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologis [32]. Pendekatan fenomenologis dipilih karena dapat memberikan pemahaman yang mendalam terkait suatu fenomena [32], yang dalam hal ini adalah fenomena pasung pasien ODGJ oleh keluarga di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini telah mendapatkan izin penelitian oleh Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Trenggalek (Nomor 070/120/406.030/2023 dan 070/176/406.030/2023).

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Trenggalek, salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Timur, Indonesia, dengan luas wilayah 1.261,40 km² dengan total populasi 751.079 penduduk [33]. Kabupaten Trenggalek dibagi dalam 14 kecamatan; fasilitas kesehatan milik pemerintah terdiri atas 22 Puskesmas dan satu rumah sakit umum daerah (RSUD) [33]. Data pasung pasien ODGJ dari Dinas Sosial Kabupaten Trenggalek per bulan Februari 2023 adalah sebagai berikut: 3 pasien sedang dipasung, 2 pasien pemasangan kembali/*re*-pasung, 133 pasien riwayat pasung (berhasil dibebaskan sejak tahun 2015), 5 pasien sedang menjalani perawatan, dan 23 orang meninggal dunia [31].

Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* [34,35] dilakukan di 5 Puskesmas di Kabupaten Trenggalek, yaitu: Watulimo, Pucanganak, Kampak, Tugu dan Rejowinangun dengan kriteria inklusi: (1) anggota keluarga pasien gangguan jiwa psikotik yang pernah/sedang melakukan pemasangan satu atau lebih dari satu pasien gangguan jiwa psikotik yang memiliki ayah dan ibu yang sama (pasien satu dengan yang lain merupakan saudara kandung satu ayah dan satu ibu), (2) berperan besar di keluarga dalam memutuskan untuk melakukan pemasangan pasien gangguan jiwa psikotik, dan (3) menyetujui keikutsertaan dalam penelitian dengan menandatangani "Surat Pernyataan Persetujuan Untuk Ikut Serta Dalam Penelitian (*Consent-Form*)". Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 15 Maret sampai dengan 20 Juni 2023.

Pengambilan sampel dilakukan melalui konsultasi dengan Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) Kabupaten Trenggalek sebagai pendamping pasung Provinsi Jawa Timur dengan mempertimbangkan maksimum variasi karakteristik pasien ODGJ yang dipasung di Kabupaten Trenggalek, meliputi: (1) status pasung (sedang dipasung/repasung, atau memiliki riwayat pasung/lepas pasung), (2) status pengobatan (sedang atau lepas pengobatan farmakologis), (3) riwayat keluarga (anggota keluarga ada yang dipasung atau tidak), dan (4) riwayat pendidikan (tamat SD, SMP, SMA dan kuliah) dimana total didapatkan 14 pasien.

Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu melalui penelusuran rekam medis pasien dan melalui proses wawancara *in-depth semi structured*/semi-terstruktur. Penelusuran rekam medis pasien meliputi diagnosis dan pengobatan farmakologis terakhir. Wawancara semi-terstruktur dilakukan dengan panduan wawancara kepada anggota keluarga pasien ODGJ yang dipasung ($n=14$) yang selanjutnya disebut responden penelitian untuk mengidentifikasi karakteristik, riwayat pengobatan dan kepatuhan pasien ODGJ yang dipasung oleh keluarga di Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur terhadap pengobatannya. Sebelum wawancara, peneliti menghubungi setiap calon responden penelitian dengan bantuan perawat jiwa di Puskesmas dan/atau Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan/TKSK Trenggalek. Peneliti memberikan informasi secara lisan dan tertulis terkait tujuan penelitian dan meminta kesediaan calon responden; jika calon responden bersedia, maka diminta memberikan *written informed-consent*.

Wawancara dilakukan di rumah masing-masing responden; wawancara dilakukan sekitar 30-60 menit dan direkam. Pada akhir wawancara, peneliti mengumpulkan data karakteristik pasien (meliputi: jenis kelamin, usia, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status pernikahan, status pasung dan riwayat keluarga dengan ODGJ) dan responden penelitian (meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, serta hubungan dengan pasien). Peneliti juga mengidentifikasi Nomor induk kependudukan/NIK pasien untuk menelusuri rekam medis pasien di Puskesmas dan RSUD untuk mendapatkan riwayat pengobatan pasien dan tingkat kepatuhan terhadap pengobatan. Tingkat kepatuhan terhadap pengobatan diukur melalui 2 cara, yaitu (1) ketersediaan obat di rumah sesuai dengan tanggal terakhir pengambilan obat, dan (2) catatan pengobatan dalam rekam medis pasien di Puskesmas atau RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Kepatuhan pasien terhadap pengobatan dikategorikan baik jika pasien berobat secara rutin sesuai dengan catatan pengobatan dalam rekam medis dan obat tersedia di rumah. Sedangkan pasien dikatakan lepas pengobatan apabila memenuhi 2 kriteria: (1) hasil wawancara responden apabila mengatakan tidak ada obat di rumah, dan (2) tidak ada catatan pengobatan dalam rekam medis pasien.

Dalam penelitian ini status pasung dibedakan menjadi dua, yaitu sedang dipasung/*re*-pasung dan riwayat pasung. *Re*-pasung atau pemasangan kembali pasien dikarenakan sesuai data dari Dinas Sosial Kabupaten Trenggalek bahwa seluruh sampel pasien gangguan jiwa psikotik yang terlibat dalam penelitian ini pernah dibebaskan pasung melalui program bebas pasung sejak tahun 2015 [31]. Riwayat pasung adalah pasien pernah mengalami segala bentuk pemasangan di masa lalu. Karakteristik status pasung pasien diidentifikasi sesuai hasil observasi penulis selama proses wawancara.

Analisis Data

Data karakteristik, riwayat pengobatan dan kepatuhan pasien gangguan jiwa psikotik terhadap pengobatan dilakukan dengan analisis deskriptif.

HASIL

Jumlah sampel pasien gangguan jiwa psikotik yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 8,43% dari total populasi pasien ODGJ dengan riwayat pasung sebanyak 166 orang di seluruh Kabupaten Trenggalek Provinsi Jawa Timur. Penelitian ini melibatkan 12 responden penelitian dengan total pasien ODGJ adalah 14 orang. Ada dua responden memiliki lebih dari satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa psikotik, yaitu responden nomor 3 (pasien nomor 3 dan 4) dan 5 (pasien nomor 6 dan 7). Ada dua pasien yang memiliki nenek dengan gejala sakit yang sama (pasien nomor 11 dan 13); dua pasien memiliki riwayat penggunaan narkoba/pil "*koplo*" (pasien nomor 2 dan 14); serta memiliki gejala mengurung diri di dalam rumah/tidak mau keluar rumah (pasien nomor 3 dan 4). Detil karakteristik pasien

gangguan jiwa psikotik yang dipasung atau responden penelitian dapat dilihat pada Tabel 1 (lihat lampiran).

Responden penelitian sebagian besar adalah orang tua kandung dengan tingkat pendidikan bervariasi dari tidak sekolah sampai tamat SMA (sekolah menengah atas). Sebagian besar pasien gangguan jiwa psikotik adalah laki-laki (64,29%), usia produktif 30-60 tahun (92.86%), riwayat pendidikan tamat SD/sekolah dasar (71.43%), dan semuanya tidak bekerja; rasio status pasien pasung (repasung atau saat ini dipasung) dan riwayat pasung adalah 1:1.

Pasien gangguan jiwa psikotik yang terlibat dalam penelitian ini mendapatkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas (pasien nomor 1, 5, 6, 9, 12, dan 14) atau RSUD (pasien nomor 2, 3, 4, 10, dan 11). Sebagian besar pasien berada dalam pengobatan farmakologis (11 orang/14,78.57%), dan memiliki tingkat kepatuhan yang baik (7/11, 63.64%). Selain pengobatan farmakologis, 64.29% pasien menggunakan pengobatan alternatif. Dari 11 orang yang menerima pengobatan didiagnosis (a) 9 orang skizofrenia (pasien nomor 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, dan 14), (b) 1 orang psikotik akut (pasien nomor 11), dan (c) 1 orang tidak ada catatan diagnosis (pasien nomor 6). Empat orang pasien memiliki riwayat pengobatan kombinasi oral dan injeksi (pasien nomor 2, 5, 6, dan 9), sedangkan 7 orang pasien menerima terapi secara oral. Obat injeksi yang pernah didapatkan oleh pasien adalah haloperidol dekanoat (APG-I) dan flufenazin dekanoat kerja panjang (APG-II). Sedangkan, obat oral yang diperoleh pasien skizofrenia adalah: (1) antipsikotika generasi pertama (APG-I), yaitu klorpromazin, haloperidol dan trifluoperazin; (2) antipsikotika generasi kedua (APG-II), yaitu klozapin, risperidon dan olanzapin; (3) antidepresan golongan SSRI, yaitu sertraline; (4) natrium divalproat, (5) antikolinergik, yaitu triheksifenidil. Pasien dengan diagnosis psikotik akut mendapatkan kombinasi APG-II, risperidon dan vitamin B6 seperti dapat dilihat dalam Tabel 2 (lihat lampiran).

Ada 3 orang sedang tidak menerima pengobatan farmakologis, yaitu pasien nomor 7, 8 dan 13, saat ini 2 pasien masih tidak terkontrol dan dipasung (pasien nomor 8 dan 13). Pada saat proses wawancara responden, penulis bertemu dan berkomunikasi dengan pasien nomor 7 yang merasa tidak sakit, tidak pernah mendapat penjelasan dari dokter yang merawat, perlu mendapatkan perawatan umum dan tidak ada keluhan. Menurut pengakuan responden, pasien nomor 7 dapat mandi, makan dan tidur dengan baik, tidak bersikap agresif bahkan dapat pergi ke hutan sesekali untuk mencari kayu bakar. Menurut pengakuan responden, pasien nomor 8 dirantai kakinya dengan tali rantai cukup panjang yang memungkinkan pasien dapat berjalan keluar dari ruangan, pasien tidak pernah mengamuk hanya kadang bicara sendiri, menyanyi, makan pisang bersama kulitnya dan tidak bisa mengenali responden. Sedangkan pasien nomor 13 dalam kondisi telanjang dan dikurung dalam sebuah ruangan.

Dalam penelitian ini ditemukan adanya fenomena pemasungan yang dialami oleh 5 dari 11 pasien yang sedang menerima pengobatan (pasien nomor 1, 5, 9, 12, dan 14). Dari kelima pasien tersebut, tingkat kepatuhan terhadap pengobatan baik untuk pasien nomor 1, 12, dan 14. Hal ini berbanding terbalik dengan pasien nomor 11 dengan tingkat kepatuhan tidak baik, namun pasien tidak mengalami pemasungan oleh keluarga. Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa fenomena pemasungan tidak ada hubungan dengan ada/tidaknya pengobatan, yaitu yang ditunjukkan oleh pasien nomor 7 yang sedang lepas pengobatan tetapi tidak mengalami repasung oleh keluarga. Hal ini berbanding terbalik dengan pasien nomor 8 dan 13 yang sedang tidak menerima pengobatan dan mengalami *re-pasung*.

BAHASAN

Dalam penelitian ini tidak dilakukan analisis faktor genetika, penggunaan ganja dan isolasi sosial dalam etiologi skizofrenia yang dialami oleh sebagian besar pasien (9/11, 81.82%). Namun, menurut hasil penelitian ada 2 pasien yang memiliki nenek dengan gejala sakit yang sama; 2 pasien memiliki riwayat penggunaan narkoba/pil "*koplo*"; serta memiliki gejala mengurung diri di dalam rumah/tidak mau keluar rumah. Faktor genetika berperan dalam etiologi skizofrenia dengan prevalensi sebesar 40% jika kedua orang tua mengidap skizofrenia

[36]. Penggunaan ganja dan isolasi sosial berhubungan dengan peningkatan risiko skizofrenia [36-38]. Pasien ODGJ berjenis kelamin pria ditemukan lebih banyak yang mengalami pemasungan oleh keluarga (9/14, 64,29%), hal ini sesuai dengan angka prevalensi kejadian skizofrenia pada pria sedikit lebih tinggi daripada perempuan [39], namun belum ada bukti yang mendukung hubungan jenis kelamin ODGJ dengan angka pemasungan yang terjadi.

Perlu adanya studi penelitian lokal lebih lanjut terutama di negara berkembang seperti Indonesia oleh para peneliti lokal (budaya/wilayah geografis sama dengan pasien gangguan jiwa psikotik repasung/riwayat pasung) supaya dapat lebih andal menjelaskan interaksi antara penyakit, sosial ekonomi dan budaya. Hal ini dikarenakan manifestasi gangguan jiwa psikotik khususnya diagnosis skizofrenia bervariasi antar-budaya dan wilayah geografis sehingga konsep pengobatan Barat sulit diterapkan di Indonesia jika tidak mempertimbangkan faktor budaya dan ekonomi. Meskipun tidak ada bukti yang menghubungkan etiologi skizofrenia dengan faktor budaya atau sosial, namun fakta budaya memengaruhi hasil menunjukkan masih banyak yang harus dipelajari tentang peran budaya dalam skizofrenia [40].

Orang yang didiagnosis dengan gangguan spektrum psikotik sering mengekspresikan konten agama dalam delusi atau halusinasi. Ada dua pertanyaan penting terkait hal itu, khususnya bagi dokter. Yang pertama menyangkut hubungan antara delusi agama dan konteks budaya. Baik frekuensi maupun isi delusi agama tampak bervariasi secara signifikan antar budaya. Yang kedua apakah adanya delusi agama atau halusinasi memprediksi kemungkinan respons seseorang terhadap pengobatan. Hal ini dikarenakan ada laporan tentang orang-orang yang memutilasi diri mereka sendiri (pengebirian diri), atau mencoba bunuh diri atau pembunuhan sebagai tanggapan atas halusinasi perintah (misalnya suara halusinasi yang memberi tahu orang untuk membunuh seorang anak yang dicap "jahat" atau "kerasukan setan") [41].

Menurut hasil survei global menunjukkan bahwa orang tidak yakin sains dapat membantu dalam mengatasi masalah kesehatan mental [42]. Perbedaan keyakinan lintas budaya memengaruhi masyarakat dalam mencari bantuan di luar sistem kesehatan formal misalnya melalui tradisional atau pengobatan komplementer atau kemandirian [43] seperti yang dilakukan oleh pasien nomor 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, dan 14 yang pernah mencoba pengobatan alternatif ke dukun dan/atau pemuka agama. Praktik keagamaan dan spiritual dianggap memengaruhi psikopatologi, mencari bantuan, jalur perawatan, dan putus perawatan/pengobatan pada pasien skizofrenia [44]. Spiritualitas dan religiusitas telah diidentifikasi sangat penting dalam proses psikologis pemulihan dari gangguan mental berat seperti skizofrenia, karena dapat memberikan makna dan harapan dalam penderitaan [45].

Agama dan spiritualitas berkontribusi untuk membentuk representasi penyakit dan sikap terhadap perawatan medis pada pasien skizofrenia. Dimensi ini harus menjadi agenda dokter jiwa yang bekerja dengan pasien skizofrenia [46]. Namun, peran atau pengaruh praktik keagamaan dan spiritual pada kepatuhan pengobatan pasien skizofrenia kurang dieksplorasi. Beberapa penelitian yang tersedia menunjukkan bahwa agama dan spiritualitas memiliki peran protektif dalam kepatuhan pengobatan [46-49]. Tingkat religiusitas dan spiritualitas yang lebih tinggi dikaitkan dengan kepatuhan pasien skizofrenia terhadap pengobatan yang lebih baik [45]. Pendekatan agama dapat digunakan untuk memberikan pengetahuan kepada pasien dan responden terkait penyakit dan pengobatan skizofrenia supaya dapat memahami dan tercapainya tujuan pengobatan.

Dalam penelitian ini ditemukan ada tiga orang pasien yang mengalami *re-pasung* meski tingkat kepatuhan terhadap pengobatan baik (pasien nomor 1, 12, dan 14), perlu dilakukan kajian lebih lanjut apakah hal ini disebabkan adanya stigma baik stigma diri (pasien ODGJ) maupun stigma publik (responden/keluarga pasien ODGJ dan masyarakat). Stigma adalah sikap dan keyakinan yang membawa orang untuk menolak, menghindari atau takut terhadap mereka yang dianggap berbeda [50]. Proses stigma terjadi mulai *labeling*, *stereotip* dan *separation*, kehilangan status (*loss status*) dan selanjutnya perilaku diskriminasi kepada pasien

gangguan jiwa [51]. ODGJ dengan gejala psikotik berisiko lebih tinggi mengalami stigma publik yang selanjutnya dapat mengarah ke stigma diri [52].

Stigma dapat memperburuk proses penyakit dan menambah banyak beban sosial ekonomi, psikososial, dan kesehatan ODGJ, termasuk berkurangnya pencapaian pendidikan, paparan stresor psikososial, dan tantangan dalam mengakses layanan kesehatan [26]. Seluruh pasien ODGJ yang terlibat dalam penelitian ini tidak bekerja/dalam kondisi pengangguran sehingga memiliki fungsi yang rendah sebagai individu yang berhubungan dengan stigma diri [53]. Hasil tinjauan sistematis yang dilakukan pada tahun 2021 menunjukkan bahwa stigma diri yang tinggi pada pasien dengan gangguan mental berat, seperti skizofrenia rata-rata mencapai 31,3% dengan frekuensi tertinggi berada di Asia Tenggara (39,7%) dan Timur Tengah (39%) [54]. Adanya stigma dari responden dan masyarakat tentang pasien dengan gangguan jiwa memotivasi untuk merasa takut, menolak, menghindar, dan mendiskriminasi pasien skizofrenia [55]. Stigma keluarga terhadap pasien skizofrenia juga mempengaruhi keluarga untuk melakukan pemasangan [51,56].

Namun, dalam penelitian ini tidak dilakukan analisis pengaruh faktor stigma terhadap tindakan pemasangan yang dilakukan responden kepada pasien ODGJ. Masyarakat umumnya merasa takut dan jijik yang berdampak pada berkurangnya kontak dengan individu dengan penyakit mental dan meminimalkan peluang mereka untuk mengalami pertumbuhan hidup. Tiga pendekatan telah diidentifikasi dapat mengurangi aspek stigma publik yang dialami oleh orang-orang dengan penyakit mental, yaitu protes, pendidikan dan kontak. Sedangkan untuk mengurangi stigma diri dengan pendekatan *cognitive reframing*, keputusan tentang pengungkapan dan program pemberdayaan dalam kebijakan publik [53,54,57].

Ketiga pasien yang lepas pengobatan (pasien nomor 7, 8 dan 13) perlu dilakukan asesmen kembali oleh dokter jiwa terutama pengobatan farmakologis yang diperlukan untuk mengatasi gejala psikotik pasien dan mencapai tujuan pengobatan sesuai dengan diagnosis (hanya pasien nomor 13 yang diketahui diagnosis nya, yaitu skizofrenia). Tujuan pengobatan skizofrenia adalah mencapai remisi dan *recovery*. Konsep medis remisi diartikan sebagai kondisi stabil dari suatu penyakit yang ditandai dengan tidak adanya perburukan secara signifikan dan mencapai tingkat fungsional tertentu. Remisi berbeda dengan konsep medis *recovery*/pemulihan yang berarti penghentian total tanda dan gejala patologi (berbeda dengan penyembuhan/*cure* karena kekambuhan mungkin masih bisa terjadi pada *recovery*). Kondisi remisi sebisa mungkin harus dapat meningkatkan kualitas hidup dan memiliki tujuan hidup terkait dengan mampu membuat keputusan, hidup mandiri, memiliki tujuan yang ditentukan sendiri dan mampu bertanggung jawab terhadap perawatan [58].

Asesmen kembali oleh dokter jiwa dengan diagnosis skizofrenia juga diperlukan untuk menentukan fase pengobatan pasien. Penatalaksanaan skizofrenia terbagi menjadi tiga, yaitu fase akut, fase stabilisasi dan fase rumatan. Pada fase akut terapi bertujuan mencegah pasien melukai dirinya atau orang lain, mengendalikan perilaku yang merusak, mengurangi beratnya gejala psikotik dan gejala terkait lainnya misalnya agitasi, agresi dan gaduh gelisah. Tujuan terapi pada fase stabilisasi adalah mempertahankan remisi gejala atau untuk mengontrol, meminimalisasi risiko atau konsekuensi kekambuhan dan mengoptimalkan fungsi dan proses kesembuhan (*recovery*). Pada fase rumatan dosis obat mulai diturunkan secara bertahap sampai diperoleh dosis minimal yang masih mampu mencegah kekambuhan [59].

Peran apoteker dapat dioptimalkan untuk memantau kepatuhan penggunaan obat dan memonitor hasil terapi atau kejadian efek samping guna mencapai tujuan pengobatan baik secara individu atau sebagai kolaborator interprofesional dengan profesional kesehatan lainnya (dokter, perawat, tenaga medis lain dan pemegang program kesehatan jiwa) [58,60-62]. Hasil tinjauan sistematis menunjukkan bahwa apoteker terbukti secara efektif (signifikan secara statistik) berperan dalam rasionalitas penggunaan obat ODGJ dengan gejala psikotik serta meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan melalui pelayanan konseling obat [61,63]. Konseling obat diberikan pada saat pasien akan keluar rumah sakit dengan menjelaskan pentingnya kepatuhan untuk mencegah eksaserbasi atau rawat inap.

Hasil tinjauan sistematis menunjukkan bahwa penggunaan teknologi dengan mengirimkan pesan singkat (*short messaging service* atau SMS) melalui telepon genggam dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan setidaknya satu hasil klinis yang signifikan ODGJ [64]. Efektivitas pengobatan ketiga pasien yang mengalami *re*-pasung meski tingkat kepatuhan terhadap pengobatan baik (pasien nomor 1, 12, dan 14) perlu dilakukan kajian oleh apoteker bersama interprofessional lain dikarenakan dosis obat golongan APG-I kurang dari dosis anjuran harian [59]. Apoteker juga dapat berperan dalam memonitoring penggunaan obat golongan antipsikotika (APG-I: 63,64%; APG-II: 81,82%) dan antidepresan (2/11, 18,18%) dikarenakan adanya efek samping berupa penambahan berat badan yang terjadi dalam beberapa bulan pertama [65,66]. Empat pasien ODGJ (pasien nomor 1, 9, 12, dan 14) mendapatkan terapi antikolinergik, yaitu triheksifenidil 1-4 mg/hari yang dindikasikan untuk mengatasi efek samping ekstrapiramidal berupa akatisia, distonia dan parkinsonisme.

Faktor risiko efek samping akatisia merupakan yang terbesar memengaruhi tingkat kepatuhan pasien [63], namun dalam penelitian ini hanya pasien nomor 9 yang tidak patuh sedangkan ketiga pasien lainnya patuh terhadap pengobatannya. Apoteker juga dapat berperan dengan melakukan skrining faktor risiko kardiometabolik atau sindrom metabolik ODGJ akibat penggunaan antipsikotika atau antidepresan jangka panjang [62]. Hal ini dikarenakan ODGJ berat seperti skizofrenia memiliki harapan hidup yang lebih pendek hingga 20% dibandingkan dengan populasi umum akibat penyakit kardiovaskular, bahkan 75% pasien skizofrenia meninggal akibat penyakit kardiovaskular dibandingkan populasi umum sebesar 33% [67-70].

Dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa fenomena pemasungan tidak ada hubungan dengan ada/tidaknya pengobatan, yaitu yang ditunjukkan oleh pasien nomor 7 yang sedang lepas pengobatan tetapi tidak mengalami *re*-pasung oleh keluarga. Penyakit mental menghadirkan fenomena kompleks yang memengaruhi kehidupan manusia seperti pedang bermata dua. Di satu sisi, penyakit dan efek samping pengobatan berdampak negatif pada emosi, kemampuan kognitif, memori, keterampilan memecahkan masalah, kemampuan pengambilan keputusan, keterampilan sosial, keterampilan komunikasi dan domain lainnya. Di sisi lain, stigma mengarah pada diskriminasi yang menghilangkan peluang pasien skizofrenia untuk mencapai dan mempertahankan tujuan hidup. Intervensi yang komprehensif dibutuhkan untuk penanganan kedua masalah tersebut [59].

Pencegahan fenomena pemasungan di masa yang akan datang dapat dilakukan dengan upaya kesehatan jiwa secara promosi dan preventif [50]. Upaya kesehatan promosi dapat dimulai dengan memberikan wawasan tentang kesehatan jiwa di tingkat pendidikan SMP atau SMA sehingga generasi yang akan datang dapat mengenali secara dini tanda dan gejala gangguan kesehatan jiwa serta mencari pengobatan yang efektif. Sedangkan, upaya kesehatan preventif dapat dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan menyediakan layanan pendidikan yang memadai, berkualitas dan dapat diakses oleh seluruh masyarakat sehingga di masa depan lahir generasi penerus yang mampu bersaing dan bekerja secara produktif.

SIMPULAN

Pasien gangguan jiwa psikotik yang dipasung oleh keluarga di Kabupaten Trenggalek berusia produktif namun tidak bekerja sejak menunjukkan gejala psikotik dengan tingkat pendidikan terbanyak adalah sekolah dasar dan tinggal bersama keluarga kandung seperti ibu, ayah, saudara, dan keponakan. Kepatuhan pengobatan pasien gangguan jiwa yang dipasung oleh keluarga juga masih cukup rendah. Hasil temuan ini menunjukkan apoteker perlu berperan aktif dalam meningkatkan kepatuhan minum obat dengan memberikan konseling kepada pasien dan keluarga tentang tujuan pengobatan sehingga pasien mampu bertanggungjawab terhadap perawatan kesehatan jiwanya sendiri. Fenomena pemasungan tidak ada hubungan dengan ada/tidaknya pengobatan karena ditemukan pasien mengalami *re*pasung baik yang sedang menerima pengobatan farmakologis maupun yang sedang lepas

pengobatan. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif pertama yang bertujuan untuk mengidentifikasi kepatuhan pengobatan pasien gangguan jiwa yang dipasung oleh keluarga di Kabupaten Trenggalek sehingga perlu dilakukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi faktor yang memengaruhi ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan sehingga dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada kedua belas responden yang telah bersedia diwawancara, Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan/TKSK Trenggalek Kabupaten Trenggalek, Kecamatan Trenggalek dan Kecamatan Kampak yang telah mendampingi penulis selama proses wawancara responden penelitian serta Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan izin penelitian.

PUSTAKA ACUAN

1. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.
2. National Institute of Mental Health. *Understanding Psychosis*. NIH Publication No. 23-MH-8110, Revised 2023. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>.
3. American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA.
4. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. *Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis*. *Lancet*. 2011 Nov;378(9803):1664–1675. doi:10.1016/S0140-6736(11)61458-X.
5. Guan L, Liu J, Wu XM, Chen D, Wang X, Ma N, et al. *Unlocking Patients with Mental Disorders Who Were in Restraints at Home: A National Follow-Up Study of China's New Public Mental Health Initiatives*. *PLoS One*. 2015;10(4). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121425>.
6. Read UM, Adii bokah E, Nyame S. *Local suffering and the global discourse of mental health and human rights: an ethnographic study of responses to mental illness in rural Ghana*. *Glob Health*. 2009;5:13. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-13>.
7. Suryani LK, Lesmana CBJ, Tiliopoulos N. *Treating the untreated: applying a community-based, culturally sensitive psychiatric intervention to confined and physically restrained mentally ill individuals in Bali*. Indonesia. *Europ Arch Psychiatr Clin Neuroscience*. 2011;261:140–4. doi: 10.1007/s00406-011-0238-y.
8. Human Rights Watch. *Living in chains: shackling of people with psychosocial disabilities worldwide*. New York. 2020. <https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide>.
9. Sharma, K. *Living in hell: Abuses against People with Psychosocial Disabilities in Indonesia*. 2016. In: *Human Rights Watch*.
10. Human Right Watch. *Indonesia Shackling reduced but persist: Oversight Crucial to End Abuse of People with Disabilities*. 2018. <https://www.hrw.org/news/2018/10/02/indonesia-shackling-reduced-persists>. Accessed 27 Sept 2023.
11. Kemenkes R. *Indonesia Bebas Pasung: Pencapaian Program*. 2016. <http://sehat-jiwa.kemkes.go.id/direktorat/artikel/7>.
12. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.
13. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta.
14. Broch HB. *The Villagers' Reactions Towards Crazyness: an Indonesian Example*. *Transcult Psychiatr*. 2001;38(3):275–305. <https://doi.org/10.1177/136346150103800301>.
15. Nurjannah I, Bsn M, Mills J, PhD RN, Bn MN, Med G, et al. *Human rights of the mentally ill in Indonesia*. *Int Nurs Rev*. 2015;62(2):153–61.

16. *Human Rights Watch. Living in Hell How people with mental health conditions in Indonesia are treated.* 2016. <https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>.
17. Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. *Coercion in community mental health care: International perspectives.* 2016. Oxford University Press.
18. Yusuf A, Tristiana DT. Fenomena pasung dan dukungan keluarga terhadap pasien gangguan jiwa pasca pasung. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran.* 2018;5(3). <https://doi.org/10.24198/jkp.v5i3.653>.
19. Katuuk HM, Daulima NHC, Wardani IY. *Families' experience caring for mentally ill patients with re-pasung.* *Enfermeria Clinica.* 2019;29(S2):270-274. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.032>.
20. Hidayat MT, Lawn S, Muir-Cochrane E, Oster C. *The use of pasung for people with mental illness: a systematic review and narrative synthesis.* *Int J Ment Health Syst.* 2020 Dec 7;14(1):90. doi: 10.1186/s13033-020-00424-0.
21. Puteh I, Marthoenis M, Minas H. *Aceh free pasung: releasing the mentally ill from physical restraint.* *Int J Ment Health Syst.* 2011;5. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-5-10>.
22. Hofer A, Radner V, Edlinger M, Kemmler G, Rettenbacher MA, Fleischhacker WW. *Why do individuals with schizophrenia drop out of observational clinical trials?* *Psychiat Res.* 2017;256:1-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.010>.
23. Direktorat Pelayanan Kefarmasian. 2021. *Pedoman Pelayanan Kefarmasian pada Pasien Gangguan Jiwa.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
24. Ramamurthy P, Jayasree A, Solomon S, Rudravaram VV, Menon V, Thilakan P. *Medication nonadherence and its associated factors in psychiatric patients in India: A systematic review and meta-analysis.* *Indian J Psychiatry.* 2023 May;65(5):506-525. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_249_22.
25. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. *Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis.* *Syst Rev.* 2020;9:17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>.
26. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* 2008;4:269–86. doi: 10.2147/tcrm.s1458.
27. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2013;3:200–18. doi: 10.1177/2045125312474019.
28. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010;176:109–13. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.004.
29. Al-Qasem A, Smith F, Clifford S. *Adherence to medication among chronic patients in Middle Eastern countries: review of studies.* *East Mediterr Heal J.* 2011;17(4):356–63.
30. Lindstrom E, Bingefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia: economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics.* 2000; 18(2):106–24. doi: 10.2165/00019053-200018020-00002.
31. Dinas Sosial Kabupaten Trenggalek. Laporan pasien dengan gangguan mental. Trenggalek: Dinas Sosial Kabupaten Trenggalek; 2022.
32. Creswell J. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London 2013.
33. Pemerintah Kabupaten Trenggalek (trenggalekkab.go.id)
34. Campbell S, Greenwood M, Prior S, Shearer T, Walkem K, Young S, et al. *Purposive sampling: complex or simple? Research case examples.* *Journal of Research in Nursing.* 2020 Jun;0(0):1-10. doi: 10.1177/174498712092720.

35. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. *Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. Adm Policy Ment Health.* 2015 Sep;42(5):533-544. doi: 10.1007/s10488-013-0528-y.
36. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. *Schizophrenia.* StatPearls Publishing; 2022. p. 11. Tersedia dari: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/#_NBK539864_pubdet_
37. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, et al. *A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. Neurosci Biobehav Rev.* 2016 Jun;65:185-94. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.03.017.
38. Messias EL, Chen CY, Eaton WW. *Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. Psychiatr Clin North Am.* 2007 Sep;30(3):323-38. doi: 10.1016/j.psc.2007.04.007.
39. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, et al. *Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. PLoS One.* 2012;7(3):e31660. doi: 10.1371/journal.pone.0031660.
40. Vahia VN, Vahia IV. *Schizophrenia In Developing Countries.* In: Mueser KT, Jeste DV, Editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia.* New York: The Guilford Press; 2008. p. 549-555.
41. Fallot RD. *Spirituality and Religion.* In: Mueser KT, Jeste DV, Editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia.* New York: The Guilford Press; 2008. p. 592-603.
42. Guba EG, Lincoln YS. *Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies?* In: Fetterman DM, editor. *Qualitative approaches to evaluation in education.* New York: Praeger; 1988. p. 89-115.
43. Shi W, Shen Z, Wang S, Hall BJ. *Barriers to professional health help seeking among Chinese adults: a systematic review. Front. Psychiatry.* 2020;11:442. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC32508688/>. doi:10.3389/fpsyt.2020.00442.
44. Grover S, Davuluri T, Chakrabarti S. *Religion, spirituality, and schizophrenia: A review. Indian J Psychol Med.* 2014;36:119-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24860209/>. doi: 10.4103/0253-7176.130962.
45. Fallot RD. *Spirituality and religion in recovery: some current issues. Psychiatr Rehabil J.* 2007;30:261-270. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17458450>. doi: 10.2975/30.4.2007.261.270.
46. Borrás L, Mohr S, Brandt PY, Gilliéron C, Eytan A, Huguélet P. *Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. Schizophr Bull.* 2007 Sep;33:1238-1246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632364/>. doi: 10.1093/schbul/sbl070.
47. Sariah AE, Outwater AH, Malima KIY. *Risk and protective factors for relapse among individuals with schizophrenia: A qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. BMC Psychiatry.* 2014;14:240-252. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25168715>. doi: 10.1186/s12888-014-0240-9.
48. Tham XC, Xie H, Chng CML, Seah XY, Lopez V, Klainin-Yobas P. *Exploring predictors of medication adherence among inpatients with schizophrenia in Singapore's mental health settings: A non-experimental study. Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32:536-548. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30029745>. doi: 10.1016/j.apnu.2018.02.004.
49. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, Huguélet P. *Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry.* 2006;163:1952-1959. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17074947>. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1952.
50. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa.
51. Risna, Mudatsir, Kamil H, Jannah SR, Tahlil T. Stigma Keluarga terhadap Penderita Skizofrenia Ditinjau dari Aspek Sosial Budaya dengan Pendekatan Sunrise Model. Prosiding Seminar Nasional Pascasarjana (SNP); 12 April 2017; Unsyiah. Banda Aceh, Indonesia;

- B121-128. <https://adoc.pub/queue/stigma-masyarakat-terhadap-penderita-skizofrenia.html>.
52. Yang LH, Anglin DM, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Greenspoon M, Corcoran CM. *Public stigma associated with psychosis risk syndrome in a college population: implications for peer intervention*. *Psychiatr Serv*. 2013;64(3):284–288. doi: 10.1176/appi.ps.003782011.
53. Fond G, Vidal M, Joseph M, Etchecopar-Etchart D, Solmi M, Yon DK, et al. *Self-stigma in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of 37 studies from 25 high- and low-to-middle income countries*. *Mol Psychiatry*. 2023 Mar 8. doi: 10.1038/s41380-023-02003-4.
54. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. *Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences*. *Schizophr Bull*. 2021 Aug 21;47(5):1261-1287. doi: 10.1093/schbul/sbaa181.
55. Stuart GW. *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa* Stuart. Edisi Indonesia pertama. Budi Anna Keliat dan Jesika Pasaribu. Singapore: Elsevier;2009.
56. Jayanti DMAD, Dharmawan PH. *Family Stigma Correlation with Shackling in Schizophrenia Patients in Psychiatric Hospital of Bali Province*. *JNKI*. 2018;6(2):97-104. <http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI>.
57. Corrigan PW, Larson JE. *Stigma*. In: Mueser KT, Jeste DV, Editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press; 2008. p. 533-540.
58. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa.
59. Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa. 2012. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa/Psikiatry (PNPK Jiwa/Psikiatry).
60. Direktorat Pelayanan Kefarmasian. 2021. Pedoman Pelayanan Kefarmasian pada Pasien Gangguan Jiwa. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
61. Ng R, El-Den S, Stewart V, Collins JC, Roennfeldt H, McMillan SS, et al. *Pharmacist-led interventions for people living with severe and persistent mental illness: A systematic review*. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Sep;56(9):1080-1103. doi: 10.1177/00048674211048410.
62. Sud D, Laughton E, McAskill R, Bradley E, Maidment I. *The role of pharmacy in the management of cardiometabolic risk, metabolic syndrome and related diseases in severe mental illness: a mixed-methods systematic literature review*. *Syst Rev*. 2021 Mar 31;10(1):92. doi: 10.1186/s13643-021-01586-9.
63. Yalcin N, Ak S, Gurel SC, Celiker A. *Compliance in schizophrenia spectrum disorders: The role of clinical pharmacist*. *International Clinical Psychopharmacology*. 2019 Nov;34(6):298-304. doi: 10.1097/YIC.0000000000000280.
64. Simon E, Edwards AM, Sajatovic M, Jain N, Montoya JL, Levin JB. *Systematic Literature Review of Text Messaging Interventions to Promote Medication Adherence Among People With Serious Mental Illness*. *Psychiatr Serv*. 2022 Oct 1;73(10):1153-1164. doi: 10.1176/appi.ps.202100634.
65. Cooper SJ, Reynolds GP, Barnes TRE, England E, Haddad PM, Heald A, et al. *BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment*. *J Psychopharmacol*. 2016 Aug;30(8):717-748. doi: 10.1177/0269881116645254.
66. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. *Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder*. *World Psychiatry*. 2015; 14(2):119–36. doi: 10.1002/wps.20204.
67. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153–60. doi: 10.1002/wps.20128.
68. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. *Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with*

- specific illnesses. Am J Psychiatry.* 2014 Apr;171(4):453-462. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13030325.
- 69.Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, *et al.* *Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry.* 2017;16(1):30–40. doi: 10.1002/wps.20384.
- 70.Walker ER, McGee RE, Druss BG. *Mortality in mental disorders and global disease burden implications a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry.* 2015 Apr;72(4):334-341. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.

Lampiran

Tabel 1

Karakteristik Pasien Gangguan Jiwa Psikotik yang dipasung dan Responden Penelitian

Karakteristik	n (%)
Pasien ODGJ yang dipasung (n=14)	
Jenis kelamin	
Laki-laki	9 (64.29)
Perempuan	5 (35.71)
Usia	
30-40 tahun	3 (21.43)
>40-50 tahun	5 (35.71)
>50-60 tahun	5 (35.71)
>60 tahun	1 (7.14)
Riwayat pendidikan	
Tamat SD	10 (71.43)
Tamat SMP	2 (14.29)
Tamat SMA	1 (7.14)
Tamat kuliah	1 (7.14)
Status pernikahan	
Menikah	1 (7.14)
Pernah menikah (janda/duda)	5 (35.71)
Tidak menikah	8 (57.14)
Riwayat pekerjaan	
Pernah	11 (78.57)
Tidak pernah	3 (21.43)
Status pasung	
Ya (sedang dipasung atau repasung)	7 (50.00)
Tidak (riwayat pasung)	7 (50.00)
Riwayat keluarga dengan gejala sakit yang sama	
Ada	2 (14.29)
Tidak	12 (85.71)
Status pengobatan	
Sedang dalam pengobatan	11 (78.57)
Lepas pengobatan	3 (21.43)
Layanan kesehatan jiwa yang diakses (sedang dalam pengobatan, n=11)	
Puskesmas	6 (54.55)
RSUD	5 (45.45)
Diagnosis (sedang dalam pengobatan, n=11)	
Skizofrenia	9 (81.82)
Psikotik akut	1 (9.09)
Tidak ada data	1 (9.09)
Kepatuhan terhadap pengobatan (sedang dalam pengobatan, n=11)	
Patuh	7 (63.64)
Tidak patuh	4 (36.36)
Pengobatan alternatif	
Menggunakan pengobatan alternatif	9 (64.29)
Tidak menggunakan pengobatan alternatif	5 (35.71)
Responden penelitian (n=12)	
Jenis kelamin	
Laki-laki	5 (41.67)
Perempuan	7 (58.33)
Usia	
30-50 tahun	3 (25.00)
>50-70 tahun	4 (33.33)
>70 tahun	5 (41.67)
Riwayat pendidikan	
Tidak sekolah/tidak tamat SD	3 (25.00)
Tamat SD	3 (25.00)
Tamat SMP	4 (33.33)
Tamat SMA	2 (16.67)
Pekerjaan	
Petani	5 (41.67)
Wiraswasta	5 (41.67)
Mengurus rumah tangga	2 (16.67)
Hubungan keluarga dengan pasien	
Ayah/ibu kandung	7 (58.33)
Kakak kandung	1 (8.33)
Anak kandung	1 (8.33)
Selain <i>direct family</i> (keponakan/saudara ipar)	3 (25.00)

Tabel 2

Pengobatan Farmakologis Terakhir Pasien Psikotik Repasung/Riwayat Pasung

Nama Obat	Dosis harian/bulanan	Kode Pasien	n (%)
Antipsikotika Generasi Pertama (APG-I)			
Klorpromazin	100 mg/hari	14	4 (36,36)
	200 mg/hari	1	
	300 mg/hari	2	
	Tidak diketahui	12	
Haloperidol	3 mg/hari	1	3 (27,27)
	10 mg/hari	6	
	15 mg/hari	2	
Trifluoperazin	5 mg/hari	12	2 (18,18)
	10 mg/hari	14	
Injeksi kerja panjang flufenazin dekanooat	25 mg/bulan	2,5,6,9	4 (36,36)
Antipsikotika Generasi Kedua (APG-II)			
Klozapin	25 mg/hari	9	4 (36,36)
	50 mg/hari	5	
	100 mg/hari	3	
	300 mg/hari	2	
Risperidon	2 mg/hari	9,11	8 (72,73)
	4 mg/hari	2,3,4,5,6,14	
Olanzapin	10 mg/hari	10	1 (9,09)
Antidepresan golongan <i>selective serotonin reuptake inhibitors</i> (SSRI)			
Sertralin	50 mg/hari	3,4	2 (18,18)
Natrium divalproat	500 mg/hari	2	1 (9,09)
Antikolinergik			
Triheksifenidil	1 mg/hari	9	4 (36,36)
	2 mg/hari	12	
	4 mg/hari	1,14	
Vitamin B6	10 mg/hari	11	1 (9,09)