

MASALAH ETIKA DI PUSAT RAWATAN PESAKIT MENTAL: SATU KAJIAN PEMERHATIAN LANGSUNG (DIRECT OBSERVATION)

Yohan Kurniawan & Thana Abdullah
Center for Language Studies and Generic Development
Universiti Malaysia Kelantan
Malaysia

ABSTRACT

Skizofrenia merupakan keadaan gangguan mental atau emosi yang dialami oleh seseorang. Ciri khas penyakit ini adalah pesakit akan kehilangan tahap kesedaran dan mengalami perubahan personaliti. Selain itu, pesakit biasanya menghadapi keadaan yang tidak logik seperti mendengar suara, berilusi, dan gangguan emosi. Setakat ini kualiti rawatan pesakit Skizofrenia telah bertambah baik, akan tetapi keadaan pesakit tidak menunjukkan perubahan selari. Oleh itu etika dan pengamal perubatan tertarik untuk melihat lebih dekat bagaimana pesakit-pesakit Skizofrenia mendapatkan rawatan. Salah satu isu menarik dan penting untuk dibincangkan adalah etika dalam merawat para pesakit Skizofrenia. Objektif kajian ini adalah untuk mengenal pasti pelanggaran etika di Pusat Rawatan Skizofrenia: "AdiTama" di Bandar Gresik, Jawa Timur, Indonesia. Penyelidikan menggunakan kaedah pemerhatian langsung, seramai 9 orang kakitangan pusat yang terlibat; 4 kakitangan perubatan, 5 kakitangan sokongan dan 15 pesakit yang menderita Skizofrenia. Para pesakit yang terlibat dalam kajian ini adalah pesakit yang pernah menjalani rawatan di hospital sakit mental, tetapi belum pulih sepenuhnya. Kajian menunjukkan terdapat beberapa pelanggaran etika di pusat rawatan iaitu kakitangan (kakitangan perubatan dan sokongan) memandang rendah terhadap pesakit, menjadikan pesakit bahan "permainan", serta "mendera" mereka secara lisan dan fizikal. Kakitangan di pusat rawatan tersebut mempunyai latar belakang pendidikan dan pengalaman yang berbeza-beza, dan hanya seorang daripada mereka mempunyai pengalaman bekerja di hospital mental sebagai jururawat. Kajian ini menyimpulkan bahawa pelanggaran etika terjadi kerana kekurangan kesedaran dan pemahaman mengenai etika dalam merawat pesakit mental.

Kata kunci. Pelanggaran etika, kekurangan kesedaran dan pengetahuan di kalangan kakitangan

1. Pengenalan

Data kajian menunjukkan kadar Pesakit Skizofrenia adalah pada tahap konsisten untuk seluruh dunia bagi setengah abad terakhir ini. Skizofrenia menjejaskan sekitar 0,3-0,7% orang pada satu ketika dalam hidup mereka, atau 24 juta orang di seluruh dunia pada tahun 2011 (kira-kira satu pesakit daripada setiap 285 orang) (Wikipedia, 2012).

Kadar skizofrenia berbeza sehingga tiga kali ganda bergantung pada bagaimana ia ditakrifkan. Kira-kira 20,000 orang pesakit mental yang teruk (Skizofrenia) hidup di Indonesia. Ketidaktahuan masyarakat mengenai penyakit Skizofrenia ini, kekangan ekonomi, serta kesukaran akses untuk mendapat rawatan bagi penyakit ini terutama pesakit di luar bandar, serta kos bayaran yang mahal mengakibatkan hanya beberapa orang sahaja yang menerima rawatan. Pesakit seringkali bersikap

agresif, emosi, paranoid, dan memusuhi orang lain. Keadaan ini menunjukkan ciri-ciri gangguan mental yang teruk, dan ada pihak yang telah memasung keluarga mereka yang mengalami gangguan mental ini. (Eric, 2011).

Masyarakat masih menganggap Skizofrenia sebagai "penyakit" yang disebabkan oleh iblis atau sumpahan, dan bukannya suatu penyakit medikal. Hal ini mengakibatkan usaha perubatan secara medik ditolak oleh keluarga. Hasil kajian yang dijalankan oleh Persatuan Penyelidikan Kesihatan 2007 Kementerian kesihatan Indonesia menunjukkan jumlah pesakit Skizofrenia di Indonesia mencapai 0.46 peratus, atau kira-kira 1 juta orang. Jumlah pesakit tertinggi adalah di Jakarta (2.03 peratus), Aceh (1.9 peratus), dan Sumatera Barat (1.6 peratus). Di samping memberi kesan kepada penurunan kemampuan fizik, Penyakit Skizofrenia ini menyebabkan pelbagai isu sosial, yang terdiri daripada perceraian, bunuh diri, pergaduhan, keganasan rumah tangga, isu dadah dan ketagihan, pengangguran dan kemiskinan.

Kemudahan kesihatan untuk pesakit mental adalah terhad, yang mana pada masa ini terdapat 48 hospital mental dengan 7716 katil mengakibatkan layanan dan rawatan Pesakit Skizofrenia sangat kurang, ditambah lagi peranan sektor swasta juga masih kecil. Walau bagaimanapun, pada masa ini hospital pesakit mental telah mencadangkan perubahan status ke hospital awam bagi membantu hospital umum dalam merawat pesakit mental dan memberi rawatgan yang maksimum kepada pesakit.

Permasalahan lain di Pusat Rawatan Pesakit Mental di Indonesia adalah jumlah kakitangan pusat rawatan yang sangat terhad. Menurut Pertubuhan Kesihatan Sedunia (WHO) nisbah yang ideal bagi pakar kesihatan mental (psikiatri) dan penduduk ialah 1: 30,000. Walau bagaimanapun, di Indonesia, nisbah pakar psikiatri dan penduduk adalah 0,22: 100,000 (Eric, 2011).

Memahami Konsep Skizofrenia berdasarkan gejala fenomenologi adalah penting. Ia diperolehi daripada hasil temubual psikiatri terperinci, dan berdasarkan persempadanan Kraepelin praecox Demensia serta manik-depresif penyakit dari fungsi psikosis. Daripada segi sejarah, psikosis telah dibahagikan kepada dua kumpulan iaitu Psikosis Organik (contohnya penyakit Alzheimer, psikosis epilepsi), dan Fungsi Psikosis, yang mana berdasarkan sejarah kumpulan ini mudah dikenalpasti daripada patologi otak atau gangguan yang dirakamkan oleh electrophysiological atau metabolik dalam psikosis organik (Naqvi, 2008).

Ciri-ciri penting Skizofrenia terdapat dalam ICD-10 (WHO, 1993) dan DSM-IV (APA, 1994), dan telah diterima secara umum bahawa tiada ujian tunggal untuk menubuhkan kesahihan konsep penyakit atau klasifikasi diagnostik dalam bidang psikiatri (Kendell, 1975 di Naqvi, 2008).

2.1 Keabnormalan Fungsi Kognitif dalam Skizofrenia

Fungsi kognitif dalam skizofrenia dicirikan oleh latar belakang kemerosotan kepintaran am (IQ) yang mana umumnya sisihan piawai IQ pesakit dan batasan IQ normal adalah lebih rendah daripada ukuran normal, ditambah lagi prestasi yang lemah pada bahagian perhatian, ingatan, pemikiran abstrak, memori spatial bekerja, dan fungsi eksekutif. Kemunduran kemampuan ini timbul pada permulaan penyakit dan ianya bersifat berterusan. Bukti sokongan daripada pernyataan di atas adalah kajian yang dijalankan kepada bahagian otak dan mendapati bahawa kecederaan lobus frontal (terutamanya dorsolateral prefrontal korteks [DLPFC]) dalam kehidupan dewasa boleh meniru 'sindrom defisit' skizofrenia. (Naqvi, 2008).

Dalam satu kajian yang dijalankan di UK ke atas lebih kurang 15,000 kanak-kanak yang dilahirkan di sana dalam satu minggu Mac 1958 (terutamanya kanak-kanak lelaki), telah dikesan mengalami skizofrenia ketika mereka dewasa. Keadaan ini telah diketahui oleh guru-guru mereka semasa pesakit ini berusia 7 tahun daripada nilai IQ yang 5 hingga 10 mata lebih rendah dibandingkan rakan-rakannya, dan secara saraf, kanak-kanak ini menunjukkan perkembangan fizik dan aktiviti saraf yang lambat. Kanak-kanak ini juga tidak mampu menyesuaikan diri dengan rakan-rakan atau persekitarannya di sekolah. Sedangkan gejala Skizofrenia pada kanak-kanak perempuan telah dikesan sejak usia belasan tahun, yang mana mereka seringkali mengalami keadaan tertekan pada umur tersebut (Naqvi, 2008).

2.2 *Abnormal Neurologi*

Walaupun pemeriksaan neurologi boleh mendedahkan asimetri kecil refleks dalam pesakit menderita Skizofrenia, pemeriksaan konvensional pesakit dengan masalah ini menghasilkan agak sedikit jika seseorang bergantung kepada data yang diperolehi dengan tukul refleks, oftalmoskop, dan garpu penalaan, armamentaria klasik neurologi yang (Naqvi, 2008).

2.3 *Tanda-tanda Okular*

Tanda-tanda okular yang biasa digunakan untuk mengenali pesakit Skizofrenia adalah pandangan yang tidak bermaya, mengelakkan kontak mata, merenung untuk tempoh yang lama ke arah atas / langit. Perilaku merenung untuk tempoh yang lama biasanya digunakan sebagai petunjuk awal terjadinya Skizofrenia, dan ianya berlaku di bahagian *Amygdala*. Selain sebagai tanda terjadinya Skizofrenia, tanda ini juga dapat menjadi tanda untuk penyakit *epilepsi petit mal*. Berbeza dengan penyakit sawan, penyakit skizofrenia *amygdala* dikesan dengan pelepasan EEG kortikal.

Bagi yang dewasa normal, biasanya mereka berkedip enam hingga 12 kali seminit, tetapi Pesakit Skizofrenia kronik menunjukkan perilaku berkedip sebanyak 60 hingga 80 kali seminit (Naqvi, 2008).

2.4 Perubahan Struktur Otak

Teknik *neuro imaging* moden telah menunjukkan hampir setiap kawasan otak terjejas pada Pesakit Skizofrenia. Pada Pesakit Skizofrenia kronik dan Pesakit Skizofrenia pada tahap pertama, menunjukkan perubahan yang meluas dalam saiz ventrikular dan pada bahagian kortikal kelabu. Dibandingkan kira-kira 5% keseluruhan perubahan pada daerah kelabu di otak, Pesakit Skizofrenia rata-rata menunjukkan perubahan di otak yang tidak seimbang, secara amnya dalam lingkungan 15% dalam temporal mesial, kawasan *neocortical*, *prefrontal*, *Thalamus*, *Ganglia Basal* dan otak kecil. (Naqvi, 2008).

2.5 Gejala Skizofrenia

Seseorang yang didiagnosis dengan Penyakit Skizofrenia seringkali mengalami halusinasi (paling kerap adalah mendengar suara), delusi (sering pelik atau menindas dalam alam semula jadi), pemikiran and ucapan yang tidak teratur. Gejala terakhir ini terdiri daripada kehilangan kemampuan berfikir, ketidaksinambungan perkataan dalam kes-kes yang teruk, hubungan sosial, berpakaian tidak senonoh/ tidak berpakaian, tidak mengambil berat masalah kebersihan, kehilangan motivasi dan melakukan penghakiman kepada orang lain (Carson, 2000).

Ciri-ciri lain yang Pesakit Skizofrenia adalah kesukaran mengawal emosi, contohnya kurangnya sifat responsif (Hirsch & Weinberger, 2003), kemerosotan dalam kognisi sosial (Brunet & Decety, 2006), seperti gejala *Paranoid*; pengasingan sosial biasanya berlaku. Kesukaran dalam bekerja dan kemampuan ingatan jangka panjang, merosotnya tahap perhatian dan kelajuan pemprosesan (Hirsch & Weinberger, 2003). Dalam satu masa, pesakit Skizofrenia biasanya menunjukkan perilaku bisu, kekal bergerak dengan gerakan yang pelik, dan mempamerkan semua tanda-tanda terjadinya Catatonia (Ungvari et., 2010).

Daripada 40% lelaki dan 23% wanita yang didiagnosis menderita Skizofrenia, menunjukkan tanda-tanda penyakit tersebut adalah sebelum usia 19 tahun. Untuk meminimumkan gangguan pada Pesakit Skizofrenia yang mengalami gejala psikotik atau pesakit yang menghadkan diri dari persekitarannya, dan menunjukkan gejala yang tidak spesifik pengeluaran sosial, cepat marah, *dysphoria*, dan kecuaiian semasa fasa *prodromal* (wikipedia, 2012).

2.7 Klasifikasi Skizofrenia oleh Schneider

Pada awal abad ke-20, pakar psikiatri, Kurt Schneider menyenaraikan bentuk gejala psikotik, yang mana dia berfikir bahawa Skizofrenia dapat dibezakan daripada gangguan psikotik yang

lain. Hal ini disebut gejala awal Schneider (wikipedia, 2012). Gejala tersebut antaranya ialah delusi - suatu kepercayaan bahawa minda sedar seseorang telah dikawal oleh kuasa dari luar, kepercayaan bahawa pemikiran seseorang diberitahukan kepada orang lain, dan mendengar suara-suara (halusinasi) (Sneider, 1959 di Wikipedia, 2012).

Satu kajian kajian diagnostik yang dijalankan antara tahun 1970 dan 2005 mendapati bahawa pengkaji menolak tuntutan Schneider, dan mencadangkan bahawa gejala pertama Skizofrenia harus ditekankan kepada sistem diagnostik masa hadapan (Nordgaard, 2008).

Table 1. Gejala Skizofrenia menurut Schneider (Naqvi, 2008)

Gejala-gejala Skizofrenia
1. Fikiran Mendengar itu bercakap dengan kuat di kepala seseorang.
2. Mendengar suara berhujah.
3. Mendengar suara yang mengulas mengenai apa yang seseorang itu lakukan.
4. Pengalaman pengaruh badan (bahawa fungsi tubuh yang terjejas oleh agensi luar).
5. Pengalaman bahawa pemikiran seseorang ditarik balik atau bahawa pemikiran dimasukkan ke dalam minda seseorang.
6. Penyebaran pemikiran atau pengalaman bahawa pemikiran seseorang siaran lain.
7. Persepsi delusional (atribusi kepentingan khas untuk persepsi tertentu).
8. Perasaan atau volitions mengalami seperti yang dikenakan ke atas pesakit oleh lain.

2.8. Etika dalam Perkhidmatan Pemulihan

Hal-hal yang berhubungan dengan kesihatan seringkali membangkitkan isu-isu etika. Disiplin ilmu yang menangani isu-isu etika pada masa kini disebut dengan bioetika. Bidang ini bidang amalan, penyelidikan, dan pendidikan yang mempengaruhi dasar awam dan perundangan, serta penyelidikan klinikal dan penjagaan. Ia berasaskan falsafah, undang-undang, dan sains sosial, serta dalam penjagaan kesihatan sains, seperti perubatan dan kejururawatan. Kontemporari bioetika melibatkan institusi sosial seperti jawatankuasa bioetika, perunding bioetika, kod profesional bioetika, persatuan bioetika, dan teks bioetika (Beauchamp & Childress, 2001).

Etika secara umum termasuk bioetika berusaha menangani masalah moral, dan kadang-kadang terjadi dilema dalam menyelesaikan masalah etika. Masalah moral ini terdiri daripada konflik nilai-nilai atau prinsip-prinsip yang diterima dan timbul dalam keadaan tertentu. Dalam konteks rawatan kesihatan, situasi seperti itu sering berkaitan dengan akhir hayat seseorang seperti dalam kes *euthanasia* (pembunuhan secara terancang bagi orang-orang dengan penyakit teruk). Konflik juga terjadi ketika nilai memelihara kehidupan bertemu dengan nilai mengurangkan penderitaan atau untuk permulaan kehidupan, seperti dalam kes pengguguran bayi. Konflik ini terjadi apabila

berlaku usaha untuk melindungi janin berbanding usaha untuk melindungi wanita hamil (Rundick & Weijer 2009).

Pelanggaran etika mudah berlaku di hospital dan pusat rawatan pesakit mental yang mana salah satu sebab kerana mereka tidak memahami pesakit, dan mereka fikir pesakit tidak akan memberitahukan apa yang mereka lakukan kepada orang lain.

3. Objektif Penyelidikan

Objektif kajian ini adalah mengetahui dan mempelajari isu-isu etika yang berlaku di Pusat Rawatan Pesakit Mental "Adi Tama" Skizofrenia di Bandar Gresik dan Bandar Tretes, Indonesia.

4. Metodologi Penyelidikan

Penyelidikan yang dijalankan berbentuk pemerhatian langsung untuk mengumpulkan data kajian. Kajian dijalankan di 2 (dua) tempat iaitu Pusat Rawatan "Adi Tama" di Bandar Gresik dan Bandar Tretes.

Rajah 1. Pusat Rawatan "Adi Tama" di Gresik





Rajah 2. Pusat Rawatan “Adi Tama” di Bandar Tretes



4.1 Responden Penyelidikan

Responden penyelidikan ini adalah

- (1) 9 kakitangan pusat yang terdiri daripada: 4 kakitangan perubatan, 5 kakitangan sokongan, dan
- (2) 15 pesakit menderita Skizofrenia.

4.2 Tempoh Penyelidikan

Kajian ini dijalankan dalam masa 5 bulan, dan dibahagikan kepada 3-bulan pemerhatian di Pusat Rawatan "Adi Tama" di Bandar Gresik, dan 2 bulan pemerhatian di Pusat Rawatan "Adi Tama" di Bandar Tretes.

4.3 Tahap Pengukuran pelanggaran etika

Semua maklumat dan bentuk pelanggaran etika di pusat rawatan telah pun direkodkan. Penyelidik juga melakukan temu bual dengan pesakit mental untuk mengenal pasti jenis pelanggaran etika yang telah mereka alami. Dari hasil penyelidikan telah diketahui, bentuk pelanggaran etika yang berlaku di pusat arawatan pesakit mental adalah:

Tabel 2. Bentuk Keganasan di Pusat Rawatan Skizofrenia

Form	Violence
1. Lisan	Berkata kasar Bertekak Menghina Mengugut Memaki
2. Fizik	Memukul Menendang Membaling benda Menampar Memulas telinga

5. Perbincangan dan Kesimpulan

Hasil observasi yang dilakukan di Pusat Rawatan Pesakit Mental “Adi Tama” menunjukkan telah terjadi pelanggaran etika oleh kakitangan pusat, baik staf medik mahupun staf sokongan. Bentuk pelanggaran etika yang terjadi berbentuk kekerasan verbal mahupun kekerasan fizikal. Keadaan ini menunjukkan kurangnya pemahaman tentang etika pengurusan pesakit mental dan mereka memiliki konsep rawatan, pengurusan serta pola hubungan yang salah. Mereka berfikiran dengan cara kekerasan, para pesakit akan mudah dikawal.

Kurangnya pendidikan dan latihan daripada pihak pengurusan pusat rawatan merupakan salah satu permasalahan terjadinya pelanggaran etika oleh kakitangan pusat rawatan kepada pesakit mental. Selain itu pelantikan kakitangan yang tidak mempunyai pengalaman dan latar belakang pengetahuan dalam bidang psikiatrik, psikologi, dan kerja sosial juga menyumbang kepada terjadinya pelanggaran etika di pusat rawatan pesakit mental.

Dalam proses pengambilan kerja (recruitment) tahap mentaliti dan kematangan kakitangan wajib diambil kira bagi memastikan individu yang menjalankan dan menguruskan tugas-tugas rawatan adalah orang-orang yang tepat dan berkebolehan. Hal ini bertujuan agar objektif pusat dapat tercapai dan menghindari terjadinya pelanggaran etika semasa menjalankan proses rawatan.

Keadaan pesakit yang tidak normal sepenuhnya dan kesilapan pandangan kakitangan pusat rawatan terhadap pesakit merupakan salah satu punca berlakunya pelanggaran etika. Kakitangan pusat

berpandangan bahawa pesakit tidak akan berani melawan tindakan/arahan yang diberikan dan tindakan yang dilakukan tersebut seringkali dipandang logik walaupun mengandungi unsur kekerasan.

Jumlah kakitangan, bebanan tugas, dan masa bekerja di pusat rawatan juga memberi sumbangan kepada terjadinya pelanggaran etika. Jumlah tugas dan beban kerja yang berat dengan jumlah kakitangan yang kurang mengakibatkan berlakunya peningkatan tekanan kerja dikalangan kakitangan. Akibat tekanan tersebut dapat mengakibatkan kakitangan hilang kawalan diri sehingga terjadi pelanggaran etika semasa menajalankan tugas-tugas rawatan kepada pesakit.

Ketiadaan unit kawalan etika di pusat rawatan tersebut juga menyumbang kepada terjadinya pelanggaran etika. Hal ini disebabkan tidak adanya individu atau kumpulan yang mengawasi perilaku kakitangan pusat rawatan dan pesakit, dan tidak adanya panduan etika secara khas untuk menjalankan aktiviti di pusat rawatan.

Kesimpulan daripada kertas pembentangan ini adalah pelanggaran etika mudah terjadi dikalangan pesakit mental, yang mana ianya dilakukan oleh kakitangan pusat rawatan. Pelanggaran etika di pusat rawatan ini terjadi kerana kurangnya kesedaran tentang pentingnya menjaga etika semasa menjalankan rawatan kepada pesakit mental, latar belakang pengetahuan serta pengalaman kakitangan pusat rawatan yang tidak bersesuaian dengan kerja-kerja di pusat rawatan pesakit mental, kekurangan kakitangan, dan ketiadaan unit kawalan etika di pusat berkenaan.

6. Rujukan:

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Brunet-Gouet E, Decety J. Social brain dysfunctions in Skizofrenia: a review of neuroimaging studies. *Psychiatry Res.* 2006;148(2-3):75-92.

Carson, V.B. 2000. *Mental health nursing: the nurse-patient journey*. W.B. Saunders, p.1182

Eric, About 20,000 People with Severe mental Disorder (Skizofrenia) in Indonesia Live in The Stocks. Online: <http://autobacklinkdirectory.blogspot.com/2011/10/about-20000-people-with-severe-mental.html>, open: 2-11-2012

Hirsch, S. R. and Weinberger, D. R.. 2003. *Skizofrenia*. John Wiley & Sons, p.768

Navqi, H.A. 2008. *Skizofrenia: A Concept*. Journal of Pakistan Medical Association, Vol. 58, No. 3, March 2008.

Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J. [The diagnostic status of first-rank symptoms](#). *Skizofrenia Bulletin*. 2008;34(1):137–54.

Rundick, A. & Weijer, C. 2009. Ethics, <http://www.health.am/psy/more/ethics/>, November, 3, 2012

Ungvari G.S, Caroff S.N, & Gerevich J. 2010. The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. *Schizophr Bull.*;36(2):231–8

Wikipedia, 2012. Skizofrenia. <http://en.wikipedia.org/wiki/Skizofrenia>, July, 3, 2012