

## Eksplorasi Pengalaman Pasien *Spinal Cord Injury* dalam Melakukan Adaptasi Rumah Pascaperawatan di RSUP Dr. Sardjito: Studi Kualitatif

### *Exploration of Spinal Cord Injury Patient Experiences in Adaptation to Home Post-Treatment at RSUP Dr. Sardjito: Qualitative Study*

Muhammad Azka Najhan<sup>1\*</sup>, Arifin Triyanto<sup>2</sup>, Sri Mulyani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.

<sup>2</sup>Departemen Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

<sup>3</sup>Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.

**Submitted:** 11 Februari 2026

**Revised:** 11 Maret 2026

**Accepted:** 31 Maret 2026

#### ABSTRACT

**Background:** Spinal cord injury (SCI) is a condition that causes physical, psychological, and social impairments and is a leading cause of disability. After hospital discharge, patients face challenges in adapting to the home environment, which may affect their independence and quality of life. Studies exploring the subjective experiences of patients with spinal cord injury in adapting to home environments after discharge in Indonesia remain limited.

**Objective:** This study aimed to explore the experiences of patients with spinal cord injury in adapting to home environments after discharge from RSUP Dr. Sardjito.

**Methods:** A qualitative study with a descriptive exploratory approach was conducted involving eight patients with spinal cord injury who had been treated at RSUP Dr. Sardjito between January 2024 and October 2025. Participants were selected using purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. Data were collected through semi-structured interviews. Data analysis followed the stages proposed by Erlingsson and Brysiewicz.

**Results:** The analysis identified four main themes: (1) limitations in physical adaptation; (2) psychological conditions, including emotional responses, expectations, and coping strategies; (3) the adaptation environment, reflecting spatial adjustments, the use of assistive devices, rehabilitation processes, as well as family and social support; and (4) determinants of adaptation, including home-related barriers and economic conditions influencing the ability to adapt.

**Conclusion:** Patients with spinal cord injury experience a complex process of home adaptation involving physical, psychological, social, and environmental aspects.

**Keywords:** Home adaptation; qualitative; spinal cord injury.

#### INTISARI

**Latar belakang:** *Spinal cord injury* (SCI) merupakan cedera yang menimbulkan gangguan fisik, psikologis, dan sosial serta menjadi penyebab utama kecacatan. Setelah keluar dari rumah sakit, pasien menghadapi tantangan dalam beradaptasi di rumah yang dapat memengaruhi kemandirian dan kualitas hidup. Penelitian yang mengeksplorasi pengalaman subjektif pasien *spinal cord injury* dalam melakukan adaptasi rumah pascaperawatan di Indonesia masih terbatas.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman pasien *spinal cord injury* dalam melakukan adaptasi rumah pascaperawatan di RSUP Dr. Sardjito

**Metode:** Penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif eksploratif melibatkan delapan pasien *spinal cord injury* yang pernah dirawat di RSUP Dr. Sardjito pada Januari 2024-Oktober 2025. Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur. Analisis data mengikuti tahapan Erlingsson dan Brysiewicz.

**Hasil:** Analisis data menghasilkan empat tema utama, yaitu: (1) keterbatasan adaptasi fisik; (2) situasi psikologis yang meliputi respons emosional, harapan, dan strategi koping; (3) suasana adaptasi yang mencerminkan penyesuaian ruang, penggunaan alat bantu, proses rehabilitasi, serta dukungan keluarga dan sosial; dan (4) penentu adaptasi yang mencakup hambatan di rumah serta kondisi ekonomi yang memengaruhi kemampuan adaptasi.

**Simpulan:** Pasien *spinal cord injury* mengalami proses adaptasi rumah yang kompleks yang melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.

**Kata kunci:** Adaptasi rumah; kualitatif; *spinal cord injury*.

## PENDAHULUAN

*Spinal cord injury* (SCI) merupakan masalah kesehatan global yang berdampak besar terhadap fungsi fisik, psikologis, dan sosial individu. World Health Organization (WHO) melaporkan lebih dari 15 juta orang di dunia hidup dengan *spinal cord injury*, dengan insidensi tahunan sekitar 40-80 kasus per satu juta penduduk.<sup>1</sup> Di Amerika Serikat, sekitar 17.000 kasus baru terjadi setiap tahun, dengan lebih dari 280.000 individu hidup dengan *spinal cord injury*.<sup>2</sup> Di Indonesia, data epidemiologi *spinal cord injury* masih sangat terbatas dan belum terkumpul secara optimal, meskipun laporan rumah sakit menunjukkan adanya kasus *spinal cord injury* baik traumatik maupun nontraumatik.<sup>3</sup>

*Spinal cord injury* merupakan kerusakan pada medula spinalis yang menyebabkan gangguan fungsi sensoris dan motorik, bersifat sementara maupun permanen, serta menjadi salah satu penyebab utama kecacatan akibat trauma.<sup>4</sup> Dampak *spinal cord injury* bersifat multidimensional, meliputi gangguan fisik, psikologis, dan sosial, seperti keterbatasan mobilitas, depresi, kecemasan, serta isolasi sosial.<sup>5</sup>

Setelah keluar dari rumah sakit, pasien *spinal cord injury* menghadapi tantangan besar dalam beradaptasi di lingkungan rumah. Transisi dari lingkungan rehabilitasi yang terstruktur ke rumah sering menimbulkan stres, penurunan motivasi, dan ketergantungan pada keluarga.<sup>6</sup> Adaptasi rumah pascaperawatan menjadi faktor penting dalam meningkatkan kemandirian, keselamatan, dan kualitas hidup pasien.<sup>7</sup> Adaptasi rumah sejalan dengan teori adaptasi Roy yang memandang individu sebagai sistem adaptif biopsikososial dalam merespons perubahan lingkungan.<sup>8</sup> Rumah berperan sebagai stimulus yang menuntut respons adaptif dalam aspek fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.<sup>9</sup>

Penelitian yang mengeksplorasi pengalaman subjektif pasien *spinal cord injury* dalam melakukan adaptasi rumah pascaperawatan di Indonesia masih terbatas. Oleh karena itu, penelitian terkait pengalaman subjektif pasien SCI di RSUP Dr Sardjito penting untuk dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman pasien *spinal cord injury* dalam melakukan adaptasi rumah pascaperawatan di RSUP Dr. Sardjito.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain eksploratif. Penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2025 hingga Januari 2026. Pengambilan data dilakukan

di rumah masing-masing partisipan, sementara identifikasi dan penentuan karakteristik partisipan dilakukan melalui data yang diperoleh dari Instalasi Catatan Medik serta Poliklinik Orthopedi dan Traumatologi RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Populasi penelitian adalah pasien spinal cord injury yang sudah pernah di rawat di RSUP Dr. Sardjito pada Januari 2024 hingga Oktober 2025. Partisipan yang digunakan berjumlah 8 orang. Teknik yang digunakan adalah menggunakan teknik *purposive sampling maximum variation sampling* berdasarkan inklusi mencakup pasien dewasa berumur >18 tahun, pasien didiagnosis *spinal cord injury* berdasarkan data dari Januari 2024 hingga Oktober 2025, pasien berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dengan baik, dan berdomisili di Yogyakarta. Kriteria eksklusi mencakup pasien *spinal cord injury* yang memiliki masalah kesehatan mental berat dan keterbatasan komunikasi verbal.

Variabel yang digunakan adalah pengalaman pasien *spinal cord injury* dalam melakukan adaptasi rumah pascaperawatan di RSUP Dr. Sardjito. Pengambilan data dengan wawancara semi terstruktur dengan panduan wawancara dan lembar observasi.

*Trustworthiness* penelitian dijaga melalui empat kriteria yaitu *credibility*, *transferability*, *dependability*, dan *confirmability*. *Credibility* dilakukan melalui *member checking* kepada partisipan dan triangulasi data. *Transferability* dicapai dengan menyajikan deskripsi yang jelas mengenai konteks penelitian dan karakteristik partisipan. *Dependability* dilakukan dengan mendokumentasikan proses penelitian secara sistematis serta melakukan diskusi dengan dosen pembimbing. *Confirmability* dijaga dengan memastikan bahwa temuan penelitian berasal dari data partisipan melalui proses kode, kategorisasi, dan pengembangan tema.

Peneliti dan asisten menyamakan persepsi terkait prosedur penelitian. Peneliti kemudian memberikan penjelasan kepada partisipan, dilanjutkan dengan pengisian *informed consent*, wawancara, observasi, transkripsi wawancara, peringkasan data, serta *member checking* dan triangulasi data. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi setelah memperoleh persetujuan dari komisi etik serta surat izin penelitian. Peneliti dibantu oleh satu orang asisten penelitian yang memiliki pengalaman sebagai asisten pada penelitian sebelumnya, memahami penelitian kualitatif, serta memiliki kemampuan komunikasi yang baik. Asisten bertugas mencatat dan mendokumentasikan proses pengambilan data.

Analisis data dilakukan berdasarkan tahapan yang dikemukakan oleh Erlingsson & Brysiewicz,<sup>10</sup> yaitu membaca dan membaca ulang data untuk menemukan makna, melakukan pengodean (*coding*), mengelompokkan kode ke dalam kategori, serta mengembangkan tema. Proses analisis data dilakukan dengan bantuan *microsoft excel*.

Penelitian ini telah mendapatkan izin dari Komisi Etik FK-KMK UGM dengan nomor KE/FK/1681/EC/2025 dan telah mendapatkan surat izin penelitian dari RSUP Dr. Sardjito dengan nomor DP.04.03/D.XI.2/35233/2025. Peneliti menjelaskan kepada calon partisipan terkait tujuan dan hak serta kewajiban sebagai partisipan penelitian. Setelah bersedia menjadi partisipan penelitian mereka menandatangani *informed consent*.

## HASIL

Penelitian ini melibatkan delapan partisipan (P1 - P8) yang merupakan penyintas *spinal cord injury* (SCI) dengan latar belakang penyebab cedera yang beragam, mulai dari jatuh dari pohon, kecelakaan lalu lintas, hingga cedera saat berolahraga. Karakteristik klinis menunjukkan variasi antara paraplegia dan tetraplegia, dengan tingkat keparahan yang bersifat *complete* maupun *incomplete*. Seluruh partisipan tinggal dalam struktur keluarga *nuclear family*, kecuali satu partisipan yang berada dalam *extended family*. Gambaran karakteristik partisipan ditampilkan pada Tabel 1.

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Partisipan

	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Tingkat Cedera	Penyebab	Lama Rawat Jalan
P1	L	49	SLTA	Tukang kayu	T11-12/AIS A	Jatuh dari pohon	6 bulan
P2	L	41	S1	Penyuluh agama	C6/AIS C	Kecelakaan	22 bulan
P3	L	67	SLTA	Pensiun PNS	C5/AIS B	Jatuh bermain tenis	6 bulan
P4	L	26	SMK	Kurir	T10/AIS A	Kecelakaan	22 bulan
P5	L	54	SMP	Buruh	C5/AIS B	Jatuh dari pohon	15 bulan
P6	L	60	SLTA	Petani	L4/AIS A	Jatuh dari pohon	20 bulan
P7	L	47	SD	Buruh	C4-6/AIS D	Jatuh dari pohon	22 bulan
P8	L	25	SMK	Petugas kebersihan	C2-3/AIS A	Kecelakaan	21 bulan

### Tema 1: Keterbatasan Adaptasi Fisik

Tema ini menggambarkan tuntutan penyesuaian yang muncul akibat konsekuensi langsung dari perubahan kondisi fisik dan psikologis partisipan pascacedera dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

1. Keterbatasan mobilitas fisik. Partisipan mengalami perubahan tubuh drastis yang membatasi ruang gerak. Kelumpuhan, baik paraplegia maupun tetraplegia, sering disertai hilangnya sensasi (mati rasa) dan kontrol motorik. Kondisi ini mengubah persepsi partisipan terhadap rumah pada elemen fisik seperti jarak antarruang dan tata letak furnitur yang sebelumnya netral kini menjadi hambatan nyata.

*"Dulu itu, semua badan ngga ada yang kerasa... tangan sampai dada, perut... kalau dipegang ngga terasa, terus digerakin juga gabisa." (P2).*

2. Perubahan perawatan diri. Gangguan fungsi otonom memaksa partisipan bergantung pada alat bantu eliminasi (kateter dan popok). Keterbatasan akses ke kamar mandi menyebabkan aktivitas sanitasi berpindah ke tempat tidur, yang secara fungsional mengubah kamar tidur menjadi ruang semi-medis. Hal ini dilakukan untuk menjaga martabat dan kebersihan partisipan di tengah keterbatasan fisik.

*"Sementara ini dari dulu ngga pernah kesitu (kamar mandi) soalnya ini BAB disini, kencing di sini (di kasur)." (P1).*

## Tema 2: Situasi Psikologis

Tema ini menggambarkan perubahan psikologis partisipan pasca *spinal cord injury* (SCI) di rumah. Respons emosional berkembang dari negatif menjadi lebih adaptif seiring munculnya harapan dan strategi koping. Kondisi ini memengaruhi penerimaan diri, rehabilitasi, dan kemampuan beradaptasi.

1. Respons psikologis. Pascacedera *spinal cord injury* (SCI), partisipan mengalami guncangan psikologis mendalam yang ditandai dengan perasaan syok, sedih, dan ketakutan akan hilangnya fungsi tubuh secara permanen. Fase awal ini diwarnai oleh distress emosional berupa keputusasaan dan kekhawatiran terhadap ketergantungan jangka panjang. Lingkungan rumah yang belum aksesibel sering kali memperparah kondisi ini, menciptakan perasaan terisolasi yang menghambat keterlibatan awal dalam rehabilitasi.

*"Yaa... bingung mas dulu awalnya saya kondisinya... saya ini kenapa gitu... sedih juga, pernah dibuat bingung..." (P5).*

2. Harapan. Seiring berjalannya waktu, muncul fase adaptif yang ditandai dengan tumbuhnya harapan. Harapan dalam konteks ini tidak hanya merujuk pada kesembuhan fisik total, tetapi lebih kepada pencapaian kemandirian parsial dalam aktivitas sehari-hari (ADL). Motivasi ini menjadi titik balik bagi partisipan untuk menerima modifikasi lingkungan hunian. Perubahan tata ruang rumah mulai dipandang secara positif sebagai sarana pendukung untuk meningkatkan kualitas hidup, bukan lagi sebagai simbol disabilitas.

*"Harapan saya yaa... bisa sembuh walaupun hanya 95%, kemudian bisa ikut kembali ke kegiatan-kegiatan sosial yang menggunakan fisik..." (P2).*

3. Strategi koping. Untuk menjaga keseimbangan emosional, partisipan menerapkan strategi koping proaktif. Koping distraksi dilakukan melalui aktivitas ringan dan interaksi sosial guna mengalihkan fokus dari penyakit. Namun, strategi yang paling dominan adalah koping religius dan spiritual. Praktik ibadah dan penerimaan terhadap takdir Tuhan membantu partisipan membangun makna positif atas cederanya. Hal ini menciptakan ketenangan batin yang memperkuat ketangguhan mental dalam menghadapi keterbatasan fisik di lingkungan rumah.

*"...tapi kan semua kembali kepada Yang Kuasa mas, kita gabisa mengelak takdir, sehat kembali." (P6).*

## Tema 3: Suasana Adaptasi

Tema ini menggambarkan tindakan nyata yang dilakukan oleh lingkungan (fisik, keluarga, dan sosial) untuk mendukung proses rehabilitasi partisipan.

1. Perubahan ruang dan bangunan. Keluarga melakukan intervensi fisik seperti pembuatan *ramp* (*tlosoran*), pemasangan WC duduk, dan pembuatan alat latihan mandiri (*paralel bar*

dari bambu). Strategi yang paling umum adalah memindahkan tempat tidur ke ruang tamu agar partisipan tidak merasa terisolasi dan lebih mudah diawasi.

*"Kasur yang saya pakai sekarang ini, dulu kasurnya di kamar... terus saya pindah ke luar sini (ruang tamu) supaya tahu pohon-pohon itu... supaya fresh." (P1).*

2. Proses rehabilitasi. Partisipan menjalani latihan bertahap mulai dari latihan pasif hingga berjalan dengan bantuan fisioterapis atau mandiri. Meskipun terdapat risiko jatuh, komitmen terhadap kontrol rutin dan terapi (medis maupun alternatif) tetap diupayakan sebagai jalan menuju kemandirian.

*"Saya kan ada fisioterapi...dilatih duduk dulu...dulu tiap seminggu dua kali...terus yang lain, berdiri dulu terus berdiri duduk itu..." (P2).*

3. Alat bantu. Alat bantu seperti *walker*, kursi roda, *ankle foot orthosis* (AFO), dan korset menjadi "perpanjangan tubuh" partisipan. Kehadiran alat-alat ini menuntut penataan ulang interior rumah agar tersedia ruang *manuver* yang cukup bagi alat bantu tersebut.

*"Ada walker, ada AFO, terus biasanya saya pake...korset hoooh, sama kursi roda ini" (P4).*

4. Dukungan keluarga. Keluarga inti berperan sebagai *caregiver* utama yang menyediakan dukungan fisik dan emosional. Dalam kondisi rumah yang tidak aksesibel, keluarga melakukan "adaptasi perilaku" dengan membantu seluruh aktivitas mobilitas dan personal partisipan secara manual.

*"Kalau mandi makan pagi sore semuanya ibunya mas, pokoknya semuanya saling mendukung mas, saling menyemangati." (P3).*

5. Dukungan sosial. Dukungan dari tetangga, teman, dan komunitas (seperti ambulans desa atau bantuan fisik dari warga) menjadi jaring pengaman yang mengurangi perasaan terisolasi. Relasi sosial yang positif memberikan penguatan spiritual dan membantu proses transisi dari rumah sakit ke lingkungan rumah.

*"Lha itu sama tetangga itu di bantu, pake bed nya itu, diturunkan sampe di kamar, iyaaa dibantu warga sampe ke kamar sini." (P4).*

#### **Tema 4: Penentu Adaptasi**

Tema ini menjelaskan latar belakang dan faktor-faktor yang memengaruhi bagaimana keputusan adaptasi rumah diambil oleh partisipan dan keluarga.

1. Hambatan rumah. Rumah asli yang dibangun sebelum cedera menjadi penghalang utama karena struktur yang kaku, pintu sempit, lantai dengan perbedaan ketinggian (undakan), serta letak kamar mandi yang jauh. Hal ini menciptakan isolasi fisik di mana partisipan

merasa "terjebak" di satu titik ruang saja.

*"Kalo area yang susah di akses, dibelakang rumah sih mas, soalnya kan ada tangganya gitu to, itu saya gabisa itu lewat sana..." (P4).*

2. Kapasitas dan prioritas ekonomi. Kondisi finansial menjadi variabel kunci. Penurunan produktivitas kerja memaksa keluarga memprioritaskan dana untuk kebutuhan medis harian dan kelangsungan hidup (makan) dibandingkan renovasi fisik bangunan yang ideal. Adaptasi sering kali terbatas pada perubahan fungsional minim biaya.

*"Piye carane (gimana caranya) biar bisa kontrol... istilahnya gali lobang tutup lobang, pinjem sini, besok ada dikembalikan." (P6).*

## PEMBAHASAN

Penelitian ini berhasil mengidentifikasi empat tema sentral dalam pengalaman adaptasi rumah pada penyintas *spinal cord injury* (SCI): keterbatasan adaptasi fisik, situasi psikologis, suasana adaptasi, dan penentu adaptasi. Secara keseluruhan, proses ini menggambarkan transisi kompleks dari lingkungan medis rumah sakit menuju lingkungan domestik yang sering kali tidak siap menghadapi perubahan fungsi tubuh penyintas.

Temuan penelitian sejalan dengan temuan Hertig-Godeschalk *et al.*,<sup>11</sup> menunjukkan bahwa *spinal cord injury* menyebabkan perubahan tubuh drastis berupa kelumpuhan (paraplegia atau tetraplegia) yang disertai komplikasi fisik seperti nyeri kronis dan hilangnya kontrol motorik. Dalam perspektif teori adaptasi Roy, kondisi ini merupakan stimulus fokal yang menjadi tantangan utama yang paling langsung memengaruhi sistem adaptif partisipan.<sup>12</sup> *Spinal cord injury* secara universal menciptakan jarak antara kapasitas fisik tubuh dengan desain bangunan standar, sehingga adaptasi rumah menjadi kebutuhan struktural yang mendesak. Hambatan aksesibilitas hunian merupakan faktor utama yang memengaruhi kualitas hidup penyintas *spinal cord injury* secara global.<sup>4</sup>

Selain mobilitas, gangguan fungsi otonom memaksa partisipan bergantung pada alat medis dalam rutinitas eliminasi dan perawatan luka. Fenomena unik ditemukan di mana tempat tidur bertransformasi menjadi unit "perawatan intensif domestik" karena sulitnya akses ke fasilitas sanitasi. Temuan ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Abu-Baker *et al.*,<sup>13</sup> yang mencatat tingkat ketergantungan moderat hingga berat pada penyintas *spinal cord injury* dalam *self-care*. Strategi mengubah fungsi ruang ini merupakan bentuk kompensasi terhadap hilangnya fungsi sensoris dan motorik tubuh yang memerlukan keterampilan *self-management* yang kuat.<sup>14</sup>

Respons psikologis awal partisipan yang didominasi oleh syok dan distres emosional mencerminkan kompleksitas penyesuaian diri pasca *spinal cord injury*. Gejala depresi dan kecemasan merupakan inti dari gangguan adaptasi emosional yang memengaruhi fungsi sosial penyintas. Ketika lingkungan rumah tidak mendukung mobilitas, rumah menjadi simbol

keterbatasan yang memperparah isolasi sosial.<sup>15</sup> Temuan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Muthu *et al.*,<sup>16</sup> yang menyatakan bahwa individu dengan *spinal cord injury* berisiko tinggi mengalami gangguan mental seperti PTSD dan depresi, yang secara signifikan dapat menghambat keterlibatan aktif dalam proses rehabilitasi serta memperlambat fase penerimaan kondisi disabilitas jangka panjang.

Seiring munculnya harapan, terjadi pergeseran persepsi terhadap lingkungan hunian. Harapan tidak lagi terbatas pada kesembuhan fisik total, melainkan pada pencapaian kemandirian fungsional. Tingkat harapan yang tinggi mendorong individu menggunakan strategi koping proaktif seperti evaluasi ulang positif terhadap lingkungan fisiknya. Dengan demikian, adaptasi rumah mulai dimaknai sebagai sarana pendukung pemulihan, bukan sekadar simbol keterbatasan.<sup>15</sup> Temuan ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Muthu *et al.*,<sup>16</sup> yang menyatakan bahwa individu yang memiliki harapan tinggi cenderung lebih efektif dalam memanfaatkan sumber daya lingkungan untuk mendukung peran sosial mereka.

Di sisi lain, dominasi koping religius dan spiritual dalam penelitian ini menunjukkan bahwa aspek transendental menjadi penyangga utama dalam menghadapi ketidakpastian kesehatan. Strategi ini memungkinkan partisipan membangun makna positif atas cedera yang dialami sebagai bagian dari takdir. Keyakinan spiritual meningkatkan motivasi penyintas untuk mencapai kemandirian.<sup>17</sup> Secara lebih luas, spiritualitas berkontribusi pada ketahanan mental dan kepuasan hidup yang lebih tinggi. Pada akhirnya, integrasi antara dukungan psikososial, koping spiritual, dan adaptasi lingkungan fisik rumah menjadi faktor krusial dalam membentuk kualitas hidup yang holistik bagi penyintas *spinal cord injury*.<sup>18</sup>

Respons lingkungan diwujudkan melalui perubahan ruang secara aktif, seperti pemasangan *ramp*, perluasan pintu, dan pemindahan area tidur ke ruang tamu. Adaptasi fisik ini merupakan upaya untuk menyelaraskan kembali kapasitas tubuh dengan tuntutan lingkungan binaan.<sup>2</sup> Peneliti mencatat bahwa pemindahan fungsi ruang tamu menjadi area perawatan adalah solusi kreatif sekaligus pragmatis akibat keterbatasan ruang kamar standar.<sup>19</sup>

Proses ini berjalan simultan dengan rehabilitasi fisik yang terstruktur. Penggunaan alat bantu mobilitas (*wheelchair*, *walker*, AFO) menuntut penyesuaian tata letak interior sebagai standar sirkulasi baru. Penelitian yang dilakukan oleh Bonanno *et al.*,<sup>20</sup> bahwa alat bantu bukan sekadar instrumen fisik, melainkan bagian dari *assistive technology* yang memperluas ruang partisipasi penyintas. Latihan fungsional di rumah, dengan dukungan fisioterapis, terbukti efektif mengurangi risiko komplikasi sekunder seperti luka tekan.<sup>21</sup>

Terakhir, peran keluarga dan dukungan sosial muncul sebagai "jembatan" yang menutupi kekurangan aksesibilitas fisik bangunan. Ketika modifikasi struktural terbatas, keluarga melakukan adaptasi perilaku untuk menjamin keamanan penyintas.<sup>22</sup> Dukungan sosial dari tetangga dan komunitas, termasuk fasilitas ambulans desa, berfungsi sebagai fasilitator krusial dalam masa transisi.<sup>23</sup> Kehadiran jaringan sosial yang kuat terbukti mampu memoderasi dampak hambatan fisik dan menjaga kesejahteraan psikologis penyintas *spinal cord injury*

tetap stabil di tengah keterbatasan lingkungan domestik mereka.<sup>24</sup>

Hambatan adaptasi rumah dalam penelitian ini adalah realitas bangunan fisik yang kaku (pintu sempit, lantai berundak, kamar mandi jauh) yang menciptakan isolasi fisik. Secara teoritis, hal ini sesuai dengan biopsikososial model yang menunjukkan bahwa lingkungan fisik rumah adalah determinan utama keterbatasan partisipasi. Pengalaman "terjebak di rumah sendiri" ini tidak hanya membatasi gerak, tetapi juga memutus interaksi sosial penyintas.<sup>25</sup>

Namun, realisasi adaptasi fisik tersebut sangat bergantung pada kapasitas ekonomi keluarga. Penurunan produktivitas kerja memaksa keluarga memprioritaskan biaya medis harian daripada renovasi ideal. Biaya seumur hidup penyintas *spinal cord injury* yang sangat tinggi, tingginya biaya menjadi beban finansial yang nyata.<sup>26</sup> Di negara berpenghasilan rendah dan menengah, pengeluaran pribadi yang tinggi sering kali memicu "kekerasan ekonomis" yang membatasi pilihan adaptasi menjadi sekadar improvisasi minimalis.<sup>27</sup>

## SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini mengidentifikasi empat tema utama dalam pengalaman adaptasi rumah pasien *spinal cord injury*, yaitu keterbatasan adaptasi fisik, situasi psikologis, suasana adaptasi, dan penentu adaptasi yang berkaitan dengan hambatan lingkungan rumah serta kondisi ekonomi. Temuan ini menunjukkan bahwa proses adaptasi pasien tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi fisik, tetapi juga oleh dukungan psikologis, lingkungan rumah, serta sumber daya yang dimiliki pasien. Oleh karena itu, rumah sakit disarankan untuk memperkuat edukasi dan perencanaan pemulangan yang mencakup persiapan adaptasi rumah, penggunaan alat bantu, serta keterlibatan keluarga. Tenaga kesehatan diharapkan menerapkan pendekatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, psikologis, dan sosial pasien selama proses rehabilitasi. Penelitian selanjutnya disarankan memperluas jumlah dan karakteristik partisipan serta mempertimbangkan penggunaan *mixed method* untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai adaptasi rumah pasien *spinal cord injury*.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada partisipan dan seluruh staf RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah bersedia membantu dalam proses penelitian ini. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan dari bantuan dana hibah penelitian departemen keperawatan FK-KMK UGM.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Lu Y, Shang Z, Zhang W, Pang M, Hu X, Dai Y, et al. Global Incidence and Characteristics of Spinal Cord Injury since 2000-2021: A Systematic Review and meta-analysis. *BMC Med.* 2024;22(1):285. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03514-9>.
2. Benneth J, Das JM, Emmady PD. *Spinal cord injuries*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
3. Tulaar AB, Karyana M, Wahyuni LK, Paulus AF, Tinduh D, Anestherita F, et al. People with Spinal Cord Injury in Indonesia. *Am J Phys Med Rehabil.* 2017;96(1):74-77. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000660>.
4. Sivakumaran S, Kebede T, Yuzwa KE, Wong ECN, Sheppard CL, Guilcher SJT, et al. A Scoping Review On The Influence of Housing on The Health and Well-Being of People with A Spinal Cord Injury/Dysfunction.

- Healthcare (Basel). 2024;12(24):2537. <https://doi.org/10.3390/healthcare12242537>.
5. Galehdar N, Heydari H. Exploring Caregivers' Perceptions of Community-Based Service Requirements of Patients with Spinal Cord Injury: A Qualitative Study. *BMC Prim Care*. 2023;24:94. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02051-3>.
  6. Weber L, Voldsgaard NH, Holm NJ, Schou LH, Biering-Sørensen F, Møller T. Exploring the Contextual Transition from Spinal Cord Injury Rehabilitation to The Home Environment: A Qualitative Study. *Spinal Cord*. 2021;59(3):336-346. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00608-y>.
  7. Cleland J, Hutchinson C, Williams PAH, Manuel K, Laver K. The experience of using home automation by individuals with disability. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2024;19(6):2389-96. <https://doi.org/10.1080/17483107.2023.2288391>.
  8. Afiyah RK. Dukungan Keluarga Mempengaruhi Kemampuan Adaptasi (Penerapan Model Adaptasi Roy) pada Pasien Kanker di Yayasan Kanker Indonesia Cabang Jawa Timur. *J Health Sci*. 2017;10(1). <https://doi.org/10.33086/jhs.v10i1.150>.
  9. Kirana SAC, Martyastuti NE, Lestari AS, Achjar KAH, Nuryanti Y, Gama IK, et al. *Falsafah & teori keperawatan*. Jakarta: PT Sonpedia Publishing Indonesia; 2023.
  10. Erlingsson C & Brysiewicz P. A Hands-On Guide to Doing Content Analysis. *African Journal of Emergency Medicine*. 2017;7(3):93-99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>.
  11. Hertig-Godeschalk A, Gemperli A, Arnet U, Hinrichs T. Availability and Need of Home Adaptations for Personal Mobility Among Individuals With Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med*. 2018;41(1):91-101. <https://doi.org/10.1080/10790268.2017.1308995>.
  12. Galvis Aparicio M, Kunz S, Morselli D, Post MWM, Peter C, Carrard V. Adaptation During Spinal Cord Injury Rehabilitation: The Role of Appraisal and Coping. *Rehabil Psychol*. 2021;66(4):507-519. <https://doi.org/10.1037/rep0000410>.
  13. Abu-Baker NN, Al-Zyoud NH, Alshraifeen A. Quality of Life and Self-Care Ability among Individuals with Spinal Cord Injury. *Clin Nurs Res*. 2021;30(6):883-891. <https://doi.org/10.1177/1054773820976623>.
  14. Conti A, Clari M, Kangasniemi M, Martin B, Borraccino A, Campagna S. What Self-Care Behaviours are Essential for People with Spinal Cord Injury? A Systematic Review and Meta-Synthesis. *Disabil Rehabil*. 2022;44(7):991-1006. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1783703>.
  15. Liu H, Ni Y, Xie Y, Xie Y, Fan C, Li Y, et al. The Network and Interactive Pattern of Social Adjustment and Psychological Symptoms in Patients with Spinal Cord Injury: A Network Analysis. *BMC Psychol*. 2025;13(1):774. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03105-0>.
  16. Muthu S, Viswanathan VK, Palani B, Theiss S, Chandra SKR, Sharun K, et al. Mental Health Problems in Traumatic Spinal Cord Injury Patients: An Umbrella Systematic Review. *Global Spine J*. 2025;0(0). <https://doi.org/10.1177/21925682251407983>.
  17. Hajjaghababaei M, Saberi H, Rahnama P, Montazeri A. Spiritual Well-Being and Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: A Study from Iran. *J Spinal Cord Med*. 2018;41(6):653-8. <https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1466479>.
  18. Jones K, Simpson GK, Briggs L, Dorsett P. Does Spirituality Facilitate Adjustment and Resilience Among Individuals and Families After SCI? *Disabil Rehabil*. 2016;38(10):921-35. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066884>.
  19. Levinson R, Salas L, Zanca JM. The Experience of Using A Hospital Bed Alternative at Home Among Individuals with Spinal Cord Injury: A Case Series. *J Spinal Cord Med*. 2023;46(2):204-214. <https://doi.org/10.1080/10790268.2021.1937454>.
  20. Bonanno M, Saracino B, Ciancarelli I, Panza G, Manuli A, Morone G, et al. Assistive Technologies for Individuals with A Disability from A Neurological Condition: A Narrative Review on The Multimodal Integration. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(13):1580. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131580>.
  21. Florio J, Arnet U, Gemperli A, Hinrichs T. Need and Use of Assistive Devices for Personal Mobility by Individuals with Spinal Cord Injury. *J Spinal Cord Med*. 2016;39(4):461-470. <https://doi.org/10.1080/10790268.2015.1114228>.
  22. Rodriguez L, Pardo Rios M, Leal Costa C, Castillo Hermoso M, Perez Alonso N, Diaz Agea JL. Relatives of People with Spinal Cord Injury: A Qualitative Study of Caregivers' Metamorphosis. *Spinal Cord*. 2018;56(6):548-59. <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0092-0>.
  23. Olgun Y, Yılmaz H, Göksu H, Akkurt HE. Perceived Social Support and Related Factors in Patients with Spinal Cord Injury. *Neurology Asia*. 2024;29(4):1155-1162. <https://doi.org/10.54029/2024ian>.
  24. McLeod J, Davis CG. Community Peer Support Among Individuals Living with Spinal Cord Injury. *J Health Psychol*. 2023;28(10):943-955. <https://doi.org/10.1177/13591053231159483>.
  25. Tsai IH, Graves DE, Chan W, Darkoh C, Lee MS, Pompeii LA. Environmental Barriers and Social Participation in Individuals with Spinal Cord Injury. *Rehabil Psychol*. 2017;62(1):36-44. <https://doi.org/10.1037/rep0000117>.
  26. Diop M, Epstein D. A Systematic Review of the Impact of Spinal Cord Injury on Costs and Health-Related Quality of Life. *Pharmacoecoon Open*. 2024;8(6):793-808. <https://doi.org/10.1007/s41669-024-00517-3>.
  27. Mullerpatan R, Ryain A, Padia N, Salgotra KR. Patient-reported Challenges in Spinal Cord Injury Rehabilitation and Integration within The Community of A Lower Middle-Income Country: Opportunities for Changing Lives. *Brain Spine*. 2025;5:104299. <https://doi.org/10.1016/j.bas.2025.104299>.