

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI SOSIAL
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 12 TAHUN 2018
TENTANG
PEDOMAN PENCEGAHAN DAN
PENANGANAN PEMASUNGAN BAGI
PENYANDANG DISABILITAS MENTAL.

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

1. Umum

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 terdapat sekitar 35.000.000 (tiga puluh lima juta) orang terkena depresi, 60.000.000 (enam puluh juta) orang terkena bipolar, 21.000.000 (dua puluh satu juta) orang terkena skizofrenia, serta 47.500.000 (empat puluh tujuh juta lima ratus ribu) orang terkena dimensia. Berdasarkan berbagai faktor biologis, psikologis, sosial, dan keanekaragaman penduduk di Indonesia menyebabkan jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia. Orang dengan gangguan jiwa merupakan bagian dari penyandang disabilitas mental yang menurut Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas yaitu mereka yang terganggu dalam fungsi pikir, emosi, dan perilaku antara lain meliputi gangguan psikososial seperti skizofrenia, bipolar, depresi, ansietas, dan gangguan kepribadian serta perkembangan disabilitas yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial diantaranya autisme dan hiperaktif.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Tahun 2013, terdapat 1,7 (satu koma tujuh) dari 1.000

(seribu) penduduk mengalami gangguan jiwa berat. Sebanyak 14,3% (empat belas koma tiga persen) dari penduduk yang mengalami gangguan jiwa berat (>57.000 orang) tercatat pernah mengalami pemasungan atau disebutkan dari sekitar 400.000 (empat ratus ribu) orang dengan gangguan jiwa berat, 1 (satu) di antara 7 (tujuh) orang tersebut pernah mengalami pemasungan.

Pemasungan banyak terjadi disebabkan perilaku gaduh gelisah pada Penyandang Disabilitas Mental, sehingga pemasungan seringkali ditujukan untuk alasan perlindungan bagi keluarga dan masyarakat juga bagi penyandang disabilitas mental itu sendiri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa alasan utama tindakan pemasungan pada lebih dari 90% (sembilan puluh persen) kasus yaitu adanya perilaku kekerasan atau kondisi gaduh gelisah yang mengakibatkan keluarga dan masyarakat terancam, dan sebaliknya penyandang disabilitas mental juga terancam menjadi korban kekerasan dari lingkungan.

Pemasungan merupakan salah satu bentuk praktik perlakuan salah pada penyandang disabilitas mental karena seharusnya penyandang disabilitas mental yang mengalami kondisi gaduh gelisah atau tidak tenang memperoleh penanganan kesehatan, sehingga dapat lebih tenang dan tidak membahayakan. Tindakan pemasungan dapat dicegah karena sebagian besar gangguan jiwa yang dialami mudah untuk dikenali dan dapat dikurangi risikonya dengan tata laksana yang baik dan tepat (*adekuat*).

Jika dikaji lebih dalam, pemasungan oleh keluarga utamanya ditujukan untuk memberikan perlindungan, baik bagi penyandang disabilitas mental itu sendiri maupun bagi orang lain (anggota keluarga lainnya dan masyarakat). Perlindungan untuk penyandang disabilitas mental di antaranya yaitu menghindarkan penyandang disabilitas mental dari berbagai risiko tindak kekerasan dari masyarakat, risiko hilang (karena pergi dan tidak tahu jalan pulang), dan risiko terjatuh atau mengalami kecelakaan karena ketidakmampuan mengidentifikasi risiko bahaya di lingkungan sekitarnya. Perlindungan bagi orang lain atau masyarakat yaitu

melindungi orang lain dari potensi perilaku kekerasan yang mungkin dilakukan oleh penyandang disabilitas mental, akibat ketidakmampuan mereka mengontrol impuls (dorongan) kemarahan yang dimilikinya.

Berdasarkan Survei Sensus Nasional (Susenas) dari Badan Pusat Statistik Tahun 2012, dari total populasi penyandang disabilitas 6.008.640 (enam juta delapan ribu enam ratus empat puluh) orang, populasi penyandang disabilitas mental berjumlah 170.120 (seratus tujuh puluh ribu seratus dua puluh) orang. Survei yang dilakukan terhadap penyandang disabilitas mental menggunakan kategori sulit mengurus diri sendiri dengan klasifikasi ringan sejumlah 129.239 (seratus dua puluh sembilan ribu dua ratus tiga puluh sembilan) orang dan klasifikasi berat sejumlah 40.881 (empat puluh ribu delapan ratus delapan puluh satu) orang. Dari jumlah 40.881 (empat puluh ribu delapan ratus delapan puluh satu) orang penyandang disabilitas mental berat, kemungkinan besar mengalami pemasungan. Angka ini menunjukkan masih besarnya jumlah penyandang disabilitas mental di Indonesia, sehingga pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus menyediakan layanan kesehatan jiwa bagi penyandang disabilitas mental.

Kondisi penyandang disabilitas mental saat ini masih membutuhkan perhatian yang cukup serius. Kasus penelantaran dan pemasungan masih terjadi di sebagian besar wilayah Indonesia terutama di daerah pedesaan dan pada kelompok ekonomi lemah. Secara dominan disebabkan oleh ketidaktahuan dan ketidakberdayaan keluarga untuk merawat penyandang disabilitas mental, masih minimnya akses terhadap layanan dalam pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas mental seperti hak untuk mendapatkan identitas, akses informasi, layanan kesehatan, layanan sosial, serta akses layanan lainnya yang sesuai kebutuhan. Terbatasnya jaminan kesehatan serta minimnya sarana dan prasarana kesehatan menjadi hambatan bagi kesinambungan pengobatan yang mengakibatkan lambatnya proses pemulihan penyandang disabilitas mental. Pendampingan sosial yang dilakukan

oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah bagi penyandang disabilitas mental dan keluarga juga belum hadir secara penuh sehingga menambah beban keluarga dan lingkungan sekitar, dan menjadi faktor yang mendukung terjadinya kasus pemasungan.

Kementerian Sosial berupaya mengatasi masalah penyandang disabilitas mental dengan membuat regulasi dan kebijakan, yang ditindaklanjuti dengan peningkatan kapasitas layanan, kapasitas sumber daya, kerja sama lintas sektor baik di tingkat pusat maupun daerah. Kementerian Sosial mencanangkan Gerakan Stop Pemasungan yang di *launching* oleh Menteri Sosial pada Januari 2016. Implementasi dari kebijakan tersebut salah satunya dengan membangun regulasi yang kuat, sehingga dibuat Nota Kesepahaman antara Kementerian Sosial, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kepolisian Negara Republik Indonesia dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan Nomor 01 Tahun 2017, Nomor HK.03.01/MENKES/28/2017, Nomor 03/MOU/0117, Nomor B/18/II/2017 dan Nomor 440/899/SJ tentang Pencegahan dan Penanganan Pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental/Orang dengan Gangguan Jiwa. Nota Kesepahaman ini bertujuan untuk menjamin terlaksananya berbagai bentuk upaya bagi pencegahan dan penanganan pemasungan penyandang disabilitas mental secara terpadu, terkoordinasi, dan berkesinambungan. Nota Kesepahaman ini diharapkan akan meningkatkan kapasitas semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam meningkatkan akses layanan yang berkualitas di semua tingkat layanan, menyediakan skema pembiayaan yang memadai, meningkatkan kerja sama dan koordinasi lintas sektor, serta mengupayakan terselenggaranya sistem pemantauan dan evaluasi secara berkelanjutan.

Pemasungan merupakan pelanggaran terhadap hak asasi manusia. Dengan adanya Gerakan Stop Pemasungan diharapkan dapat menurunkan angka pemasungan terhadap penyandang disabilitas mental. Untuk itu perlu adanya Peraturan Menteri yang menjadi acuan bagi para pihak terkait untuk melaksanakan upaya pencegahan dan penanganan pemasungan.

2. Karakteristik Pemasungan

Pemasungan penyandang disabilitas mental dapat dikategorikan pada tindakan berupa:

- a. kaki atau anggota tubuh lainnya dirantai;
- b. kaki atau anggota tubuh lainnya diikat pada balok/kayu; dan/atau
- c. pembatasan gerak/pengisolasian dengan mengurung di kamar, rumah, atau tempat tertentu.

3. Penyebab Pemasungan

Beberapa faktor penyebab pemasungan diantaranya:

- a. ketidaktahuan pihak keluarga dan masyarakat tentang gangguan jiwa, yang bisa berakibat pada pendekatan yang salah diantaranya menganggap pemasungan sebagai bentuk terapi (mengikat “roh jahat” yang ada di dalam diri penyandang disabilitas mental, dan lain-lain);
- b. rasa malu pihak keluarga serta persepsi negatif dan salah mengenai gangguan jiwa, baik oleh keluarga maupun masyarakat;
- d. penyakit yang tidak kunjung sembuh, tidak adanya biaya pengobatan, dan tindakan keluarga untuk mengamankan lingkungan;
- e. perawatan kasus psikiatri dikatakan mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang. Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat dan jasa konsultasi, tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya, sehingga keluarga lebih memilih memasung penyandang disabilitas mental; dan
- f. Keluarga tidak mampu merawat dan membantu penyandang disabilitas mental terus-menerus karena keluarga harus bekerja, berusia lanjut, merasa lelah dan jenuh dengan kondisi yang ada terutama bila penyandang disabilitas mental bergantung total pada orang lain dan berlangsung menahun.

4. Alasan keluarga melakukan pemasangan:

- a. mencegah penyandang disabilitas mental melakukan tindak kekerasan yang dianggap membahayakan dirinya atau orang lain;
- b. mencegah penyandang disabilitas mental meninggalkan rumah dan mengganggu orang lain;
- c. mencegah penyandang disabilitas mental menyakiti diri sendiri seperti membuat cedera dan bunuh diri;
- d. ketidaktahuan serta ketidakmampuan keluarga menangani penyandang disabilitas mental apabila sedang kambuh;
- e. faktor kemiskinan sehingga tidak mampu berobat;
- f. terbatasnya layanan dan fasilitas yang diberikan pemerintah dalam menangani penyandang disabilitas mental;
- g. tidak mampu atau sulit untuk mengakses dan menjangkau layanan kesehatan, baik untuk mendapatkan layanan pertama kali maupun layanan lanjutan;
- h. layanan kesehatan belum optimal membantu mengatasi masalah yang dialami penyandang disabilitas mental. Sebagai contoh, obat yang diberikan tidak mengatasi gejala atau justru membuat kondisi makin buruk (karena penyandang disabilitas mental mengalami efek samping obat); dan
- i. keluarga belum memahami cara merawat ketika penyandang disabilitas mental pulang dari perawatan atau rumah sakit.

5. Penyandang Disabilitas Mental yang Sering Mengalami Pemasungan

a. Gangguan skizofrenia

Gangguan skizofrenia merupakan gangguan jiwa terbanyak yang mengalami pemasangan. Lebih dari 90% (sembilan puluh persen) penyandang disabilitas mental mengalami gangguan ini. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling mudah dikenali dan berisiko untuk melakukan tindakan kekerasan akibat dari gejalanya. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang memiliki sifat dapat kambuh, menahun, dan bila kekambuhan semakin sering maka orang dengan skizofrenia akan mengalami penurunan fungsi yang semakin berat.

b. Gangguan Jiwa Lainnya dengan Perilaku Gaduh Gelisah dan Kekerasan

Gejala perilaku berupa gaduh gelisah dan kekerasan bukanlah monopoli gangguan skizofrenia. Gaduh gelisah dapat diartikan sebagai kumpulan gejala agitasi yang ditandai dengan perilaku yang tidak biasa, meningkat, dan tanpa tujuan. Tidak harus berkaitan namun dapat menjadi gejala awal dari perilaku agresif yaitu agresifitas verbal maupun gerak/motorik, namun tidak ditujukan untuk mencederai seseorang (contoh: mengumpat, melempar, atau merusak barang) dan perilaku kekerasan yaitu perilaku yang ditujukan untuk mencederai baik dirinya maupun orang lain (memukul, melukai diri, atau membunuh).

Beberapa contoh gangguan gaduh gelisah yang mengakibatkan pemasungan:

1) Gangguan Demensia

Demensia merupakan kumpulan gejala akibat gangguan pada struktur otak yang bersifat menahun, menurunkan fungsi, dan mengganggu kegiatan sehari-hari akibat penurunan fungsi luhur (kognitif), termasuk daya ingat/memori (kesulitan mengingat hal-hal yang baru dipelajari bahkan dalam kondisi yang lebih berat, ingatan sebelumnya juga hilang), konsentrasi, orientasi, kemampuan memahami, mengidentifikasi risiko dan konsekuensi (berpikir kritis, menyusun rencana), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, yang berdampak pada kemampuan pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi. Problem perilaku dan psikologik yang sering ditemukan pada orang dengan demensia di antaranya gangguan persepsi, proses pikir, suasana perasaan, dan perilaku yang sering disalahartikan sebagai skizofrenia.

2) Gangguan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA)

Gangguan penyalahgunaan NAPZA berhubungan dengan 2 (dua) kondisi utama yaitu intoksikasi dan putus NAPZA. Intoksikasi adalah kumpulan gejala akibat penyalahgunaan NAPZA yang mempengaruhi satu atau lebih fungsi mental berupa memori,

orientasi, *mood*, perilaku, sosial, dan pekerjaan. Kondisi ini baru ditegakkan bila ada bukti nyata penggunaan NAPZA dengan dosis cukup tinggi untuk menimbulkan intoksikasi sesuai NAPZA yang dipakai. Intoksikasi dapat menimbulkan gangguan kesadaran, kognisi, persepsi, perasaan, atau perilaku yang secara klinis bermakna.

3) Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan jiwa ini bersifat episodik, dapat kambuh, namun berpotensi baik untuk penyembuhan cepat, bila mendapatkan tata laksana yang adekuat dan segera. Namun bila tidak, dapat berdampak besar untuk timbulnya kematian. Gangguan ini terutama berhubungan dengan gejala suasana perasaan gembira berlebihan (manik), hipomanik, sedih berlebihan (depresi), atau campuran 2 (dua) kutub emosi dalam satu episode. Disebut sebagai gangguan bila gejala manik berlangsung paling sedikit 1 (satu) minggu, atau 4 (empat) hari untuk gejala hipomanik, atau 2 (dua) minggu untuk gejala depresi dan mengakibatkan gangguan aktivitas serta fungsi sehari-hari. Dalam kondisi yang berat, dapat disertai gejala psikotik, risiko bunuh diri, maupun risiko melukai orang lain. Kondisi tersebut tentu saja membutuhkan perawatan yang lebih intensif. Risiko lain dalam kelompok gangguan ini adalah penyalahgunaan obat, NAPZA, dan alkohol yang berujung pada perilaku berisiko lainnya seperti seks bebas.

4) Retardasi Mental

Gangguan ini ditandai oleh kurangnya kemampuan mental dan keterampilan yang diperlukan seseorang untuk menjalankan kehidupan termasuk menyelesaikan masalah, ditandai dengan gangguan keterampilan pada beberapa area perkembangan seperti kognitif, bahasa, motorik, dan sosial selama periode perkembangan. Ciri utamanya adalah ketidaksesuaian usia yang sesungguhnya dengan kemampuan yang dimiliki. Sebagai contoh, seorang anak memiliki kemampuan yang sesuai untuk anak umur di bawah 3 (tiga) tahun, padahal usia sesungguhnya anak tersebut adalah 5 (lima) tahun. Kondisi ini mengakibatkan

keterbatasan fungsi intelegensia (penyelesaian masalah) dan fungsi perilaku adaptif (penyesuaian diri). Penegakan diagnosis retardasi mental terutama dilakukan melalui pemeriksaan *Intelegent Quotient*.

5) Gangguan Perilaku pada Anak dan Remaja

Gangguan perilaku pada anak dan remaja yang dapat menyebabkan perilaku gaduh gelisah, agresif, dan kekerasan di antaranya adalah gangguan perilaku menentang, gangguan atensi yang berat dan hiperaktif, serta gangguan autisme.

Gejala-gejala yang biasanya menyertai meliputi:

- a) gangguan dalam perilaku sosial, komunikasi dan bahasa;
- b) gangguan dalam atensi yang berat dan tidak mampu untuk fokus, berhenti mengerjakan tugas sebelum menyelesaikannya, dan pindah mengerjakan tugas lainnya;
- c) aktivitas berlebihan yang berat seperti lari-lari berputar yang tidak bisa dikontrol, sulit untuk duduk diam, bicara, atau bergerak terus;
- d) impulsifitas berlebihan seperti melakukan sesuatu tanpa berpikir terlebih dahulu;
- e) perubahan yang tiba-tiba dalam perilaku atau hubungan dengan teman sebaya termasuk kemarahan dan penarikan diri; dan
- f) perilaku antisosial, agresif, atau menentang yang berulang dan menetap, seperti berkelahi atau mengganggu anak-anak lain yang berlebihan, kejam terhadap binatang atau orang lain, senang merusak barang-barang, bermain api, mencuri, sering berbohong, membolos, kabur dari rumah, perilaku provokatif yang menyimpang, serta terus menerus tidak patuh atau menentang.

6. Akibat Pemasungan

Pemasungan terhadap penyandang disabilitas mental dapat mengakibatkan:

- a. kondisi fisik dan kejiwaan penyandang disabilitas mental semakin buruk, hal ini disebabkan lingkungan tak sehat akibat aktivitas

- hidup di satu tempat membuat penyandang disabilitas mental rentan terhadap penyakit lain;
- b. perilaku penyandang disabilitas mental menarik diri dari lingkungan karena selama ini hidup di dunianya, berbicara sendiri, hingga tak kenal lagi orang yang dulu dekat. Kondisi tersebut membuat penyandang disabilitas mental tidak dapat bersosialisasi dengan lingkungan secara optimal;
 - c. keluarga tetap menanggung beban psikologis yang berkepanjangan, sehingga dapat mengganggu keharmonisan dan keberfungsian keluarga;
 - d. lingkungan dimana penyandang disabilitas mental tinggal dapat dikategorikan tidak bersih dan tidak sehat, karena selama ini hampir seluruh aktivitas orang yang mengalami pemasangan melakukan seluruh aktivitas fisiknya di tempat yang sama, termasuk buang air besar dan kecil; dan
 - e. adanya stigma dari masyarakat, bahwa penyandang disabilitas mental yang mengalami pemasangan ini menakutkan dan membahayakan bagi lingkungan. Sehingga sampai kapanpun penyandang disabilitas mental yang mengalami pemasangan tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki kondisinya.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Peraturan Menteri ini dimaksudkan sebagai acuan penyelenggaraan Gerakan Stop Pemasungan dalam upaya pencegahan dan penanganan pemasangan bagi penyandang disabilitas mental.

2. Tujuan

- a. Tersedianya peraturan menteri bagi pelaksana kegiatan pelayanan bagi penyandang disabilitas mental korban pemasangan.
- b. Terciptanya kesamaan pemahaman dalam pencegahan dan penanganan masalah pemasangan.
- c. Terciptanya mekanisme kerja yang efektif dan efisien dalam pencegahan dan penanganan masalah pemasangan.

C. SASARAN

Sasaran pengguna buku peraturan menteri ini yaitu:

1. Pemerintah Pusat
Kementerian Sosial dan kementerian/lembaga lainnya yang terkait dalam pencegahan dan penanganan pemasungan.
2. Pemerintah Daerah
Dinas Sosial dan dinas lainnya yang terkait dalam pencegahan dan penanganan pemasungan.
3. Masyarakat
Unsur di masyarakat baik kelembagaan/yayasan/organisasi maupun perorangan yang memiliki perhatian terhadap masalah pemasungan.
4. Keluarga
Keluarga yang memiliki anggota keluarga penyandang disabilitas mental.

D. BATASAN PENGERTIAN

1. Pencegahan adalah berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya tindakan pemasungan.
2. Penanganan adalah proses, cara, tindakan untuk menangani permasalahan pemasungan dari mulai penjangkauan korban pemasungan, rehabilitasi sosial, pendampingan keluarga, serta rujukan yang memungkinkan korban pemasungan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya.
3. Pemasungan adalah segala macam bentuk pengekangan fisik dan pembatasan seseorang yang menderita gangguan jiwa/sakit mental oleh keluarganya atau masyarakat lingkungannya dalam berbagai bentuk pengekangan/pembatasan fisik.
4. Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

5. Penyandang Disabilitas Mental adalah orang dengan masalah kejiwaan/orang dengan gangguan jiwa yang dalam berinteraksi dengan lingkungan, mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.
6. Rehabilitasi Sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.
7. Gerakan Stop Pemasungan adalah gerakan masyarakat yang secara spesifik berfokus pada isu penanganan Penyandang Disabilitas Mental, dengan menolak pemasungan dan mengkampanyekan sebuah perubahan sosial dalam penanganan Penyandang Disabilitas Mental melalui pengembangan layanan dasar yang terintegrasi.
8. Pendamping sosial adalah seseorang yang memiliki kepedulian terhadap penanganan Penyandang Disabilitas Mental dan sudah mendapatkan pelatihan di bidang rehabilitasi sosial bagi Penyandang Disabilitas Mental.
9. Pekerja Sosial Profesional yang selanjutnya disebut Pekerja Sosial adalah seseorang yang bekerja, baik di lembaga pemerintah maupun swasta yang memiliki kompetensi dan profesi pekerjaan sosial, dan kepedulian dalam pekerjaan sosial yang diperoleh melalui pendidikan, pelatihan, dan/atau pengalaman praktik pekerjaan sosial untuk melaksanakan tugas-tugas pelayanan dan penanganan masalah sosial.
10. Penyuluh Sosial adalah seseorang yang mempunyai tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk melaksanakan kegiatan penyuluhan sosial di bidang penyelenggaraan kesejahteraan sosial.
11. Relawan Sosial adalah seseorang dan/atau kelompok masyarakat baik yang berlatar belakang pekerjaan sosial maupun bukan, tetapi melaksanakan kegiatan penyelenggaraan di bidang sosial bukan di instansi sosial pemerintah atas kehendak sendiri dengan atau tanpa imbalan.

E. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pedoman ini meliputi:

1. pencegahan pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental; dan
2. penanganan pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental.

BAB II
PENCEGAHAN DAN PENANGANAN PEMASUNGAN BAGI
PENYANDANG DISABILITAS MENTAL

A. PENCEGAHAN PEMASUNGAN

Pencegahan pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental merupakan upaya yang ditujukan untuk mencegah terjadinya tindakan pemasungan, sehingga memperluas kesempatan Penyandang Disabilitas Mental untuk mengakses layanan yang mendorong pemulihan seoptimal mungkin. Negara melalui berbagai produk hukum dan regulasinya telah memberikan perlindungan bagi Penyandang Disabilitas Mental.

Fakta yang terjadi dalam fenomena pemasungan pada Penyandang Disabilitas Mental di masyarakat menunjukkan bahwa praktik tersebut sebenarnya dapat dicegah. Optimalisasi upaya pencegahan tidak hanya melindungi Penyandang Disabilitas Mental dari tindakan pemasungan, namun juga dapat bermakna upaya untuk menghentikan pemasungan kembali, serta peningkatan mutu layanan pada berbagai sektor secara umum. Pencegahan pemasungan sebenarnya merupakan upaya untuk meningkatkan status kesehatan Penyandang Disabilitas Mental, melalui kesempatan untuk mengakses layanan medis maupun layanan sosial yang dibutuhkan, sehingga Penyandang Disabilitas Mental memiliki kesempatan lebih luas untuk dapat kembali keberfungsian sosialnya. Pencegahan pemasungan bagi Penyandang Disabilitas Mental dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Berikut ini akan diuraikan berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya praktik pemasungan di masyarakat, berupa:

1. Sosialisasi dan Edukasi

Sosialisasi dan edukasi perlu dilakukan agar masyarakat secara umum menyadari bahwa pemasungan masih terjadi di masyarakat. Masyarakat juga perlu paham bahwa melakukan pemasungan adalah melanggar hak asasi manusia yang mengakibatkan Penyandang Disabilitas Mental tidak memiliki kesempatan untuk memperoleh kehidupan yang lebih baik. Sosialisasi dan edukasi dapat dilakukan

dengan berbagai metode, yang tujuan utamanya adalah penyampaian informasi ke masyarakat, sekaligus juga menjadi media edukasi.

a. Teknik sosialisasi

- 1) Teknik langsung melalui penyuluhan, dilakukan dengan target sasaran tertentu, misalnya di wilayah yang masih terdapat banyak pemasangan atau banyak Penyandang Disabilitas Mental yang berisiko mengalami pemasangan. Penyuluhan juga dapat berbentuk kampanye mengenai pemasangan, misalnya melakukan kampanye pada hari-hari penting, seperti hari kesehatan sedunia, atau peringatan Hari Kesetiakawanan Sosial Nasional, hari penyandang disabilitas internasional, dan lain-lainnya.
- 2) Teknik tidak langsung melalui media cetak, media elektronik, dan media papan. Media cetak diantaranya adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik (tulisan pada surat kabar), dan/atau poster yang di tempel di tembok/tempat umum. Media elektronik dapat memanfaatkan televisi dan radio. Sedangkan media papan (*bill board*) digunakan untuk menempelkan informasi yang memungkinkan dibaca semua orang.

b. Materi sosialisasi dan edukasi berisi beberapa topik di bawah ini:

- 1) Penyandang Disabilitas Mental;
- 2) hak-hak Penyandang Disabilitas Mental;
- 3) wawasan kesehatan jiwa;
- 4) pemasangan bagi Penyandang Disabilitas Mental;
- 5) pengenalan dini, faktor penyebab, dan risiko pemasangan;
- 6) penanganan pemasangan Penyandang Disabilitas Mental; dan
- 7) alur pengaduan untuk pemasangan.

c. Sasaran sosialisasi dan edukasi

- 1) Penyandang Disabilitas Mental
- 2) keluarga Penyandang Disabilitas Mental
- 3) masyarakat

d. Indikator keberhasilan kegiatan sosialisasi dan edukasi

- 1) Pemahaman keluarga dan masyarakat mengenai dampak pemasangan terhadap Penyandang Disabilitas Mental.
- 2) Keluarga dan masyarakat pro aktif untuk bertanya ataupun menyampaikan mengenai masalah pemasangan.
- 3) Keluarga dan masyarakat mampu mencegah tindakan pemasangan dan juga proaktif dalam upaya pelepasan pemasangan.

2. Melakukan advokasi mengenai pemasangan

Advokasi sosial dimaksudkan untuk untuk melindungi dan membela penyandang disabilitas mental, keluarga, kelompok, dan/atau masyarakat yang dilanggar haknya. Advokasi kesehatan jiwa dimaksudkan sebagai upaya untuk mengubah hambatan struktural dan sikap yang menghalangi tercapainya kesehatan jiwa yang positif di masyarakat. Advokasi dilakukan oleh Pemerintah, dan Pemerintah Daerah.

a. Teknik advokasi

- 1) Teknik langsung yaitu bersama-sama dengan tim penjangkauan pemasangan melakukan upaya secara langsung dengan menjangkau, bernegosiasi, dan/atau memfasilitasi proses penyusunan peraturan atau kebijakan.
- 2) Teknik tidak langsung yaitu melalui media surat menyurat, media cetak, dan media elektronik. Media cetak diantaranya *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran) dan/atau poster. Media elektronik dengan memanfaatkan alat komunikasi, televisi, dan/atau radio.

b. Materi advokasi

- 1) Pentingnya masalah kesehatan jiwa.
- 2) Program penjangkauan dan tata laksana penanganan pemasangan.
- 3) Ketersediaan dan keberlangsungan sistem layanan, penyediaan infrastruktur.

- 4) Kerja sama lintassektor, lintasprogram, lintasprofesi, lintasagama, dan/atau lintaskultural.
- 5) Upaya rehabilitasi, penyediaan lapangan kerja, dan integrasi ke masyarakat.
- 6) Peningkatan mutu layanan.

c. Sasaran advokasi

Sasaran advokasi dalam pembebasan pemasangan sebagai berikut:

1) Advokasi ke tenaga kesehatan dan kesehatan jiwa

Advokasi ini bertujuan untuk meningkatkan komitmen keterlibatan tenaga kesehatan dan kesehatan jiwa dalam penyediaan layanan kesehatan/kesehatan jiwa serta memberdayakan Penyandang Disabilitas Mental dan keluarga dalam merencanakan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi manajemen terapi.

2) Advokasi ke Pemerintah

Advokasi ini bertujuan untuk melibatkan Penyandang Disabilitas Mental dan keluarga dalam proses penyusunan regulasi, kebijakan, perencanaan dan program, implementasi, pengawasan, serta evaluasi.

3) Advokasi ke kelompok Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya

Advokasi ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman mengenai kesehatan dan kesehatan jiwa, meningkatkan kapasitas untuk melakukan komunikasi dan menyampaikan pendapat, serta untuk mendapatkan dukungan keluarga dalam proses pemulihan Penyandang Disabilitas Mental.

4) Advokasi ke masyarakat

Advokasi ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai kesehatan jiwa serta kebutuhan Penyandang Disabilitas Mental untuk berpartisipasi dalam aktivitas sosial, religi, dan/atau kultural secara inklusif.

5) Advokasi melalui media

Advokasi ini bertujuan untuk mengembangkan media edukasi publik. Untuk mencapai tujuan tersebut media perlu mendapatkan informasi yang akurat.

d. Indikator keberhasilan kegiatan advokasi

- 1) Tenaga kesehatan dan kesehatan jiwa responsif dalam memberikan layanan bagi Penyandang Disabilitas Mental.
- 2) Penyandang Disabilitas Mental dilibatkan dalam penyusunan regulasi, kebijakan, perencanaan dan program, implementasi, pengawasan, serta evaluasi.
- 3) Kelompok Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya membangun suasana kondusif dalam proses pemulihan Penyandang Disabilitas Mental.
- 4) Masyarakat memahami masalah kesehatan jiwa dengan menghilangkan stigma dan diskriminasinya.
- 5) Media informasi memuat berita tentang kesehatan jiwa atau edukasi tentang kesehatan jiwa.

3. Menjamin Penyandang Disabilitas Mental terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

Penyandang Disabilitas Mental diharapkan terdaftar dalam Jaminan Kesehatan Nasional baik terdaftar secara mandiri, pekerja penerima upah, atau sebagai Penerima Bantuan Iuran.

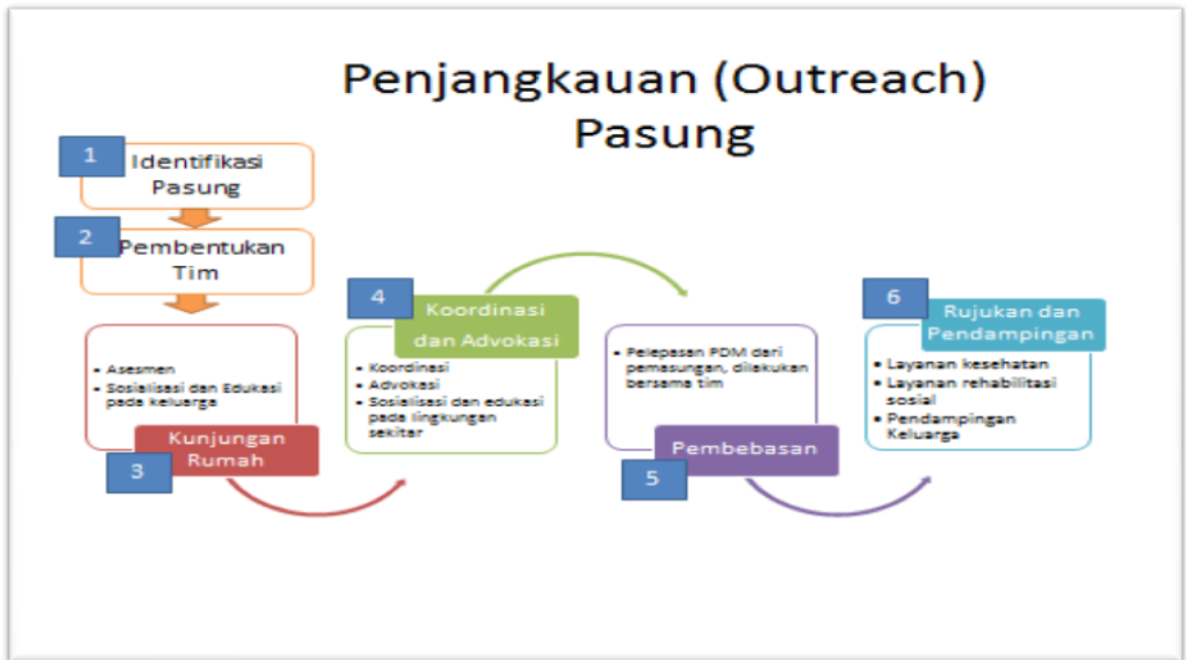
B. PENANGANAN PEMASUNGAN

Penanganan pemasangan bagi Penyandang Disabilitas Mental dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat. Penanganan pemasangan bagi Penyandang Disabilitas Mental dilakukan dengan Penjangkauan dan Rehabilitasi Sosial.

1. Penjangkauan

Penjangkauan adalah cara untuk menjangkau Penyandang Disabilitas Mental yang mengalami pemasangan dan tidak mampu mengakses layanan yang dibutuhkannya. Proses penjangkauan pemasangan

merupakan upaya pelepasan pemasangan dengan mengikuti skema berikut:



Gambar 1. Penjangkauan Pemasungan

Penjelasan skema di atas, sebagai berikut:

a. Identifikasi Pemasangan

Identifikasi pemasangan adalah upaya untuk menindaklanjuti laporan maupun informasi tentang keberadaan korban pemasangan. Pada tahap identifikasi ini Pekerja Sosial, Tenaga Kesejahteraan Sosial, dan/atau Relawan Sosial melakukan pengecekan ke lapangan untuk mengetahui kebenaran informasi.

b. Pembentukan Tim

Pembentukan tim dilakukan setelah proses identifikasi dan diketahui kebenaran informasi. Pekerja Sosial, Tenaga Kesejahteraan Sosial, dan/atau Relawan Sosial melaporkan ke dinas sosial daerah kabupaten/kota tentang keberadaan korban pemasangan dan pembentukan tim penjangkauan pemasangan.

Tim yang dibentuk berasal dari unsur:

- 1) dinas sosial;
- 2) dinas kesehatan;
- 3) pekerja Sosial dan/atau Penyuluh Sosial;
- 4) tenaga kesehatan dari unit layanan pemerintah daerah;
- 5) Tenaga Kesejahteraan Sosial;

- 6) Relawan Sosial;
- 7) Kepolisian/TNI;
- 8) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; dan/atau
- 9) tokoh masyarakat lainnya.

Tim ini dikoordinasikan dinas sosial setempat agar setiap unsur dapat berperan sesuai dengan tugas dan fungsi untuk melakukan langkah selanjutnya dalam penjangkauan korban pemasungan.

c. Kunjungan Rumah (*Home Visit*)

1) Membangun Kedekatan/Kepercayaan Keluarga (*Trust*)

Membangun *trust* atau kepercayaan dari keluarga adalah langkah pertama yang harus dilakukan ketika melakukan kunjungan rumah (*home visit*). Beberapa hal yang harus dilakukan dalam membangun kepercayaan keluarga sebagai berikut:

- a) Menciptakan komunikasi yang menyenangkan.
- b) Menghindari praduga/prasangka.
- c) Menghindari sikap/perilaku menyalahkan.
- d) Tidak mengintimidasi atau melakukan penekanan.

2) Asesmen

Secara umum asesmen yang dilakukan oleh Pekerja Sosial atau Tenaga Kesejahteraan Sosial dilakukan untuk mengkaji beberapa aspek sebagai berikut:

- a) Identitas korban pemasungan dan identitas keluarga secara umum.
- b) Kondisi penyandang disabilitas mental; fungsi fisik, fungsi kognitif, fungsi psikologis, fungsi sosial dan perilaku korban pemasungan.
- c) Latar belakang pemasungan.
- d) Sistem sumber di keluarga (anggota keluarga, kondisi ekonomi, orang yang merawat, dan sebagainya).
- e) Harapan keluarga.

3) Melakukan pemeriksaan kesehatan awal

Pemeriksaan fisik dilakukan oleh dokter puskesmas atau oleh perawat kesehatan jiwa. Pemeriksaan fisik ditujukan untuk memantau kondisi penyandang disabilitas mental secara umum.

4) Sosialisasi dan edukasi

Sosialisasi dan edukasi pada kegiatan kunjungan rumah (*home visit*) difokuskan pada keluarga. Tujuan sosialisasi dan edukasi pada keluarga untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan pada keluarga sehingga diperoleh pola pemikiran baru terkait masalah anggota keluarganya yang mengalami masalah pemasangan dan jaminan kesehatan. Melalui proses edukasi diarahkan untuk membantu keluarga menilai risiko dan memberikan berbagai alternatif pilihan, sehingga diharapkan keluarga paham dan menyetujui atau berkeinginan untuk melakukan pembebasan pemasangan.

Materi edukasi difokuskan pada:

- a) pengetahuan keluarga tentang Penyandang Disabilitas Mental;
- b) pengetahuan keluarga tentang hak-hak Penyandang Disabilitas Mental;
- c) pengetahuan tentang kebijakan/aturan yang melandasi pembebasan pemasangan dan proses pembebasan pemasangan;
- d) peran keluarga dalam pembebasan pemasangan dan perawatan pasca pembebasan pemasangan;
- e) negosiasi dengan keluarga terkait pembebasan pemasangan;
- f) pengetahuan keluarga mengenai pemanfaatan fasilitas rehabilitasi sosial, kesehatan dan rujukan;
- g) pengetahuan keluarga mengenai pentingnya penanganan masalah Penyandang Disabilitas Mental oleh tenaga ahli dalam bidang kesehatan jiwa; dan
- h) pembiayaan pengobatan melalui Jaminan Kesehatan Nasional dan kepesertaan dalam Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Pelaksanaan sosialisasi dan edukasi pada keluarga seringkali dihadapkan dengan berbagai kendala. Beberapa kemungkinan kendala yang ditemukan dalam proses edukasi dan advokasi pada tahap penanganan meliputi:

a) Penolakan dari keluarga

Keluarga menolak dilakukannya proses pembebasan pemasungan karena ketidaktahuan, stigma, keputusasaan akibat lamanya merawat Penyandang Disabilitas Mental. Keterbatasan anggota keluarga atau tidak ada anggota keluarga yang dapat merawat apabila Penyandang Disabilitas Mental tidak dipasung, serta penolakan dan tekanan dari masyarakat akibat perilaku Penyandang Disabilitas Mental yang dianggap mengganggu.

b) Latar belakang budaya yang mendukung pemasungan.

Budaya sangat kuat mempengaruhi persepsi keluarga bahwa Penyandang Disabilitas Mental mendapatkan gangguan jiwa akibat kutukan atau disebabkan kekuatan jahat, sehingga pemasungan menjadi alternatif. Dukun dan pengobatan alternatif lainnya menjadi pilihan utama. Di sisi lain rendahnya pengetahuan keluarga dan masyarakat mengenai penanganan masalah Penyandang Disabilitas Mental.

d. Koordinasi dan advokasi

Koordinasi dan advokasi dilakukan untuk mempermudah atau memperlancar proses pelepasan pemasungan dan akses Penyandang Disabilitas Mental ke layanan yang dibutuhkan.

1) Koordinasi

Koordinasi dilakukan dengan berbagai pihak yang terlibat dalam upaya pembebasan pemasungan. Beberapa pihak yang menjadi sasaran koordinasi yaitu:

a) Layanan Kesehatan

Untuk melakukan pemeriksaan kesehatan awal maupun lanjutan dan keperluan rujukan ke Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa.

b) Kelurahan dan Kecamatan

Untuk mengurus kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dan surat-surat lainnya yang diperlukan untuk keperluan akses pelayanan kesehatan.

c) Lembaga rehabilitasi sosial

Untuk menerima Penyandang Disabilitas Mental secara langsung atau pascarehabilitasi psikiatrik.

2) Advokasi Sosial

Advokasi sosial dimaksudkan untuk melindungi dan membela Penyandang Disabilitas Mental yang dilanggar haknya.

Beberapa kegiatan advokasi sosial yang perlu dilakukan:

(1) Advokasi sosial kepada aparat desa dan kecamatan

Advokasi sosial kepada aparat desa dan kecamatan ditujukan untuk mempermudah administrasi kependudukan, pengurusan surat-surat untuk jaminan pembiayaan kesehatan. Kepesertaan Penyandang Disabilitas Mental dalam Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sangat penting, untuk mendapatkan layanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga. Perawatan Penyandang Disabilitas Mental di rumah sakit menuntut adanya jaminan pembayaran dan biaya perawatan yang tidak sedikit, sehingga pada keluarga yang kurang mampu secara ekonomi, kondisi ini akan sangat memberatkan.

Peran aparat desa sangat strategis dalam membantu mendapatkan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional. Bagi yang mampu, aparat desa cukup mendorong kepesertaan perorangan. Bagi Penyandang Disabilitas Mental yang masuk kategori fakir miskin dapat diusulkan untuk masuk dalam Basis Data Terpadu. Aparat desa harus mengenali situasi sosial ekonomi warganya sehingga dapat memberikan masukan yang akurat pada saat pendataan.

(2) Advokasi sosial kepada masyarakat

Masyarakat seringkali memiliki stigma yang kuat terhadap Penyandang Disabilitas Mental maupun terhadap keluarganya. Tujuan advokasi sosial kepada masyarakat adalah menurunkan kekhawatiran dan penilaian negatif masyarakat terhadap Penyandang Disabilitas Mental dan tindakan pemasungan, serta mau berperan aktif dalam pelepasan pemasungan. Standar advokasi sosial yang dilakukan pada perangkat tokoh masyarakat, tokoh agama ataupun tokoh wanita adalah dengan menemui dan menjelaskan tujuan pelepasan pemasungan melalui pendekatan yang dilakukan kepada keluarga dan masyarakat. Pemberian advokasi sosial kepada masyarakat dilakukan dengan memberikan:

- (a) pengetahuan yang proporsional mengenai Penyandang Disabilitas Mental dan pemasungan;
- (b) pengetahuan tentang peraturan perundang-undangan dan pelanggaran Hak Asasi Manusia terhadap pemasungan;
- (c) pengetahuan mengenai buruknya stigma dan perlunya dukungan masyarakat terhadap keluarga dan Penyandang Disabilitas Mental yang mengalami pemasungan;
- (d) mekanisme pelaporan terhadap temuan pemasungan di masyarakat;
- (e) pendampingan kepada keluarga yang anggota keluarganya mengalami pemasungan; dan
- (f) keterlibatan masyarakat dalam pembebasan pemasungan.

e. Pembebasan Pemasungan

Pembebasan pemasungan merupakan tindakan melepaskan Penyandang Disabilitas Mental dari pemasungan. Pada saat pelepasan harus ada petugas kesehatan yang memberikan obat untuk menenangkan Penyandang Disabilitas Mental. Strategi pembebasan adalah melepas pemasungan dengan pendekatan kooperatif pada keluarga dan masyarakat.

Beberapa kemungkinan setelah pelepasan pemasangan:

- 1) Penyandang Disabilitas Mental tetap di rumah, rawat rumah dengan pendampingan kesehatan dan sosial;
- 2) akses layanan rehabilitasi sosial ke rumah singgah, pusat rehabilitasi sosial, unit informasi dan layanan sosial, panti sosial; dan
- 3) akses layanan rehabilitasi medis (psikiatrik dan psikososial).

f. Rujukan dan Pendampingan

Rujukan disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi Penyandang Disabilitas Mental. Sebelum dilakukan rujukan maka perlu dipersiapkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) pernyataan persetujuan dari keluarga untuk dilakukan rujukan;
- 2) melengkapi persyaratan administrasi rujukan;
- 3) mempersiapkan keluarga untuk ikut serta dalam proses rujukan; dan
- 4) penyiapan transportasi.

Beberapa rujukan yang dapat dilakukan:

- 1) Rujukan dari layanan rehabilitasi sosial masyarakat ke layanan rehabilitasi milik pemerintah atau sebaliknya. Rujukan ke layanan rehabilitasi sosial milik pemerintah, apabila Penyandang Disabilitas Mental membutuhkan layanan rehabilitasi dengan tempat tinggal yang menetap dalam jangka waktu cukup lama, atau Penyandang Disabilitas Mental membutuhkan layanan rehabilitasi sosial yang memiliki sarana prasarana yang lebih komprehensif.
- 2) Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa
Rujukan vertikal dilaksanakan melalui rujukan sarana pelayanan kesehatan jiwa paling dasar yakni puskesmas ke sarana pelayanan kesehatan jiwa setingkat Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa. Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit Jiwa dilakukan apabila kondisi Penyandang Disabilitas

Mental tidak memungkinkan untuk rawat jalan dengan pendampingan dari dokter Puskesmas.

3) Dari Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa ke Puskesmas Rujukan ini apabila Penyandang Disabilitas Mental sudah keluar dari Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa dan mendapatkan surat rujuk balik kepada puskesmas asal.

4) Rujukan dari Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa ke panti rehabilitasi sosial

Rujukan ini dilakukan apabila Penyandang Disabilitas Mental sudah pada fase pemeliharaan, yang ditandai dengan menurun/hilangnya gejala-gejala yang dialami oleh Penyandang Disabilitas Mental.

2. Rehabilitasi Sosial

Rehabilitasi Sosial merupakan proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat.

Rehabilitasi sosial Penyandang Disabilitas Mental disesuaikan dengan hasil asesmen, sehingga upaya yang dilakukan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan. Layanan rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan di panti sosial, pusat rehabilitasi sosial, atau rehabilitasi sosial berbasis masyarakat.

Layanan rehabilitasi sosial melalui panti sosial atau pusat rehabilitasi sosial dapat dilakukan di panti sosial milik pemerintah pusat, pemerintah daerah ataupun milik masyarakat. Tujuannya agar Penyandang Disabilitas Mental mampu mandiri dan berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat.

Rehabilitasi sosial melalui Unit Pelaksana Teknis milik Kementerian Sosial mempunyai tugas:

a. Memberikan bimbingan, pelayanan dan rehabilitasi sosial bagi Penyandang Disabilitas Mental

- b. Melakukan pengkajian dan penyiapan standar pelayanan, pemberian informasi dan rujukan.

Bentuk kegiatan rehabilitasi:

- a. pendekatan awal;
- b. penerimaan;
- c. asesmen;
- d. bimbingan meliputi fisik, mental, sosial, keterampilan;
- e. resosialisasi;
- f. pemulangan;
- g. bimbingan Lanjut; dan
- h. terminasi.

Layanan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat yang dapat dijangkau oleh Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya adalah sebagai berikut:

a. Unit Informasi dan Layanan Sosial

Unit Informasi dan Layanan Sosial bagi Penyandang Disabilitas Mental merupakan unit kegiatan yang berisi rangkaian layanan yang terdiri dari berbagai program rehabilitasi sosial yang komprehensif dan terfokus untuk mengembalikan fungsi sosial sehari-hari, pelibatan Penyandang Disabilitas Mental dalam menentukan pilihan baik pilihan medis maupun sosial dan kepatuhan minum obat.

Selanjutnya layanan yang dapat di akses oleh Penyandang Disabilitas Mental, meliputi layanan keterampilan sesuai dengan minat dan bakat, layanan peningkatan aktifitas sehari-hari, layanan konsultasi sosial, psikologis, dan kesehatan. Bimbingan yang diberikan meliputi bimbingan psikososial, bimbingan keterampilan kerja, bimbingan keterampilan sosial, bimbingan keagamaan, advokasi sosial, terminasi dan rujukan.

Sasaran pelayanan Unit Informasi dan Layanan Sosial, antara lain:

- (1) Penyandang Disabilitas Mental yang tinggal dalam keluarga sendiri atau keluarga pengganti;

- (2) Penyandang Disabilitas Mental yang tidak perlu rawat inap di Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa;
- (3) Penyandang Disabilitas Mental yang masih mengkonsumsi obat atau dalam proses resosialisasi; dan
- (4) Penyandang Disabilitas Mental yang berasal dari Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa, rujukan Tim Reaksi Cepat, Panti sosial, Pusat Rehabilitasi Sosial dan rujukan dari Puskesmas.

b. Layanan Rumah Singgah

Rumah singgah dimaksudkan sebagai suatu tempat tinggal sementara bagi penerima pelayanan yang dipersiapkan untuk mendapat pelayanan lebih lanjut.

Untuk mencapai pemulihan yang optimal setelah mendapatkan perawatan medis diperlukan tempat tinggal, aktifitas, dan dukungan dari lingkungan. Sebagian besar Penyandang Disabilitas Mental tidak memiliki atau kehilangan tempat tinggal karena keluarga dan/atau masyarakat sekitarnya tidak menghendaki Penyandang Disabilitas Mental untuk pulang ke rumahnya kembali dengan alasan trauma dengan perilaku sebelumnya. Dalam kondisi tersebut Penyandang Disabilitas Mental harus kehilangan tempat tinggal dan hidup terlantar. Hal ini sering mengakibatkan Penyandang Disabilitas Mental tinggal bertahun-tahun di rumah sakit atau meninggalkan rumah sakit tanpa izin dan kemudian hidup menggelandang di jalan. Sistem perawatan di rumah sakit saat ini belum bisa mengakomodasi kebutuhan tempat tinggal bagi Penyandang Disabilitas Mental terlantar. Sebagian besar Rumah Sakit mengharuskan pasien untuk pulang ke keluarga, jika tidak punya keluarga direkomendasikan ke panti sosial.

Berikut ini adalah layanan yang dapat diberikan oleh rumah singgah:

- 1) memberikan layanan rawat inap berjangka waktu tertentu dalam upaya pemulihan setelah rehabilitasi psikiatrik di rumah sakit/rumah sakit jiwa, untuk belajar mengenali gejala-gejala,

- cara mengelola gejala, melatih kemampuan merawat diri, dan mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan;
- 2) dukungan sosial untuk meningkatkan keterampilan sosial serta mengurangi ketergantungan terhadap orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari;
 - 3) tempat untuk mengembangkan kemampuan interaksi/penyesuaian sosial sebagai latihan untuk kembali kepada keluarga dan kehidupan di masyarakat sehingga dapat berpartisipasi penuh dalam setiap aspek kehidupan;
 - 4) tempat pemulihan yang mudah untuk diakses lokasinya berada di tengah-tengah komunitas;
 - 5) tempat yang dapat berfungsi memberikan edukasi terhadap keluarga penyandang disabilitas mental dalam hal keterampilan perawatan, pencegahan stigma dan diskriminasi, serta dukungan krisis; dan
 - 6) tempat melakukan proses pendampingan sosial secara intensif bagi Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya.

Penyandang Disabilitas Mental yang dapat mengakses rumah singgah yaitu yang berada pada fase stabilisasi, kondisi Penyandang Disabilitas Mental sudah mulai mampu mengatasi gejala-gejala yang dialaminya, sehingga tidak terlalu mengganggu. Pada fase ini dilakukan pengobatan optimal yang berkelanjutan, edukasi terhadap Penyandang Disabilitas Mental dan keluarga tentang gejala dan efek samping pengobatan, dan mulai membantu Penyandang Disabilitas Mental untuk kembali pada fungsi psikososialnya yang optimal. Penyandang Disabilitas Mental yang berada pada fase ini dapat ditangani secara khusus pada rumah singgah untuk dapat dilatih dalam mengenali gejala-gejala, cara mengelola gejala, melatih kemampuan merawat diri, dan mengembangkan kepatuhan menjalani pengobatan.

2. Tindak Lanjut Penanganan Pascapemasungan

Penanganan pascapemasungan tidak hanya dengan memperhatikan Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya saja, namun perlu

ditindaklanjuti dengan penanganan pascapemasungan, sehingga pemulihan Penyandang Disabilitas Mental dapat optimal dan tidak terjadi pemasungan kembali. Penanganan pascapemasungan bertujuan untuk:

- a. terjaganya aksesibilitas dan ketersediaan layanan medis/psikiatrik di lingkungan tempat tinggal Penyandang Disabilitas Mental;
- b. tersedianya obat-obatan yang diperlukan Penyandang Disabilitas Mental di puskesmas terdekat;
- c. meningkatkan kapasitas sumber daya manusia tenaga pendamping sosial mengenai pola perlakuan dan penanganan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif bagi Penyandang Disabilitas Mental;
- d. meningkatkan kualitas dan kuantitas layanan rehabilitasi sosial;
- e. meningkatkan sinergitas antarlembaga pemerintah terkait penanganan yang cepat, tepat dan terarah;
- f. memenuhi jaminan hidup kebutuhan dasar bagi Penyandang Disabilitas Mental terlantar dan/atau kondisi mental kategori berat; dan
- g. penguatan usaha ekonomi produktif bagi Penyandang Disabilitas Mental miskin dan keluarganya.

BAB III

PEMANTAUAN, EVALUASI, DAN PELAPORAN

Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan program dilakukan secara berkala. Keseluruhan proses ini akan memastikan bahwa kegiatan pencegahan dan penanganan pemasangan dilakukan secara profesional dan memberikan umpan balik positif bagi upaya perbaikan layanan.

A. PEMANTAUAN

Pemantauan merupakan kegiatan untuk mengetahui pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan pemasangan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Sosial ini.

1. Ruang lingkup pemantauan

- a. proses layanan yang dilakukan dalam kegiatan penjangkauan pemasangan;
- b. proses layanan pendampingan keluarga; dan
- c. proses layanan rehabilitasi sosial.

2. Pelaksana pemantauan

- a. petugas Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan;
- b. petugas Dinas Sosial dan Kesehatan provinsi/kabupaten/kota; dan
- c. tim pemantauan yang telah ditunjuk.

3. Pelaksanaan pemantauan

Dilaksanakan pada saat kegiatan berlangsung hingga selesainya kegiatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

a. secara langsung:

- 1) mengobservasi kinerja pekerja sosial atau tim pencegahan dan penanganan pemasangan;
- 2) berdiskusi langsung dengan tim pembebasan pemasangan dan terhadap keluarga Penyandang Disabilitas Mental;
- 3) mengobservasi kegiatan pendampingan keluarga dan rehabilitasi sosial; dan
- 4) berdiskusi langsung dengan keluarga Penyandang Disabilitas Mental.

b. secara tidak langsung dengan menganalisis catatan dan laporan.

B. EVALUASI

Evaluasi merupakan proses kegiatan yang dilaksanakan untuk menilai hasil kegiatan yang telah dicapai. Dari kegiatan evaluasi ini dapat diperoleh informasi kesesuaian atau penyimpangan dalam pencapaian tujuan, hambatan yang dihadapi serta perubahan yang diperlukan untuk penyesuaian program sebagai bahan untuk pembuatan kebijakan selanjutnya.

1. Ruang lingkup evaluasi:

- a. proses penyelenggaraan kegiatan penjangkauan pemasangan, pendampingan keluarga dan rehabilitasi sosial;
- b. capaian indikator keberhasilan dan tujuan;
- c. kondisi Penyandang Disabilitas Mental dan keluarganya untuk mengetahui apakah layanan yang diberikan telah mempunyai nilai manfaat dan sesuai dengan kebutuhannya; dan
- d. faktor pendukung dan penghambat.

2. Pelaksana Evaluasi

- a. petugas Kementerian Sosial dan Kementerian Kesehatan.
- b. petugas Dinas Sosial dan Kesehatan provinsi/kabupaten/kota.
- c. tim evaluasi yang telah ditunjuk.

3. Pelaksanaan Evaluasi

Dilaksanakan secara berkala saat kegiatan berlangsung maupun setelah selesainya kegiatan.

4. Metode Evaluasi

- a. secara langsung:
 - 1) mengobservasi kinerja pekerja sosial atau tim pencegahan dan penanganan pemasangan;
 - 2) berdiskusi langsung dengan tim pembebasan pemasangan dan juga terhadap keluarga Penyandang Disabilitas Mental;
 - 3) mengobservasi kegiatan pendampingan keluarga dan rehabilitasi sosial; dan
 - 4) berdiskusi langsung dengan keluarga atau Penyandang Disabilitas Mental.

b. secara tidak langsung dengan menganalisis catatan dan laporan

C. PELAPORAN

Pelaporan merupakan penyampaian informasi mengenai kegiatan yang sudah dilaksanakan, hambatan atau masalah yang dihadapi, alternatif dan usulan untuk mengatasi masalah. Pelaporan dilakukan oleh dinas sosial daerah kabupaten/kota dan dinas sosial daerah provinsi secara berjenjang. Laporan dilakukan paling sedikit 1(satu) kali dalam 1(satu) tahun atau sesuai dengan kebutuhan.

BAB IV
PENUTUP

Peraturan Menteri ini diharapkan dapat membantu penyelenggara negara dan masyarakat dalam masalah pemasangan, peluang, dan tantangan untuk program gerakan stop pemasangan yang melibatkan kementerian/lembaga, pemerintah daerah, dan masyarakat. Peraturan Menteri ini berfungsi sebagai acuan untuk mengimplementasikan pencegahan dan penanganan pemasangan bagi Penyandang Disabilitas Mental.

MENTERI SOSIAL REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

IDRUS MARHAM