

2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention On The Rights Of Persons With Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas) (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 107, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5251);
6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);

9. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 69, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5871);
10. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2015 tentang Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia Tahun 2015-2019 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 144)
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 231);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1676);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1223);
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENANGGULANGAN PEMASUNGAN PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.
2. Orang Dengan Gangguan Jiwa yang selanjutnya disingkat ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia.
3. Pemasungan adalah segala bentuk pembatasan gerak ODGJ oleh keluarga atau masyarakat yang mengakibatkan hilangnya kebebasan ODGJ, termasuk hilangnya hak atas pelayanan kesehatan untuk membantu pemulihan.
4. Penanggulangan Pemasungan adalah upaya pencegahan, penanganan, dan rehabilitasi bagi ODGJ dalam rangka penghapusan Pemasungan.
5. Rehabilitasi adalah bagian dari rangkaian proses terapi untuk pemulihan ODGJ melalui pendekatan secara fisik, psikologis dan sosial.
6. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

7. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
8. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
9. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

Pasal 2

Pengaturan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ ditujukan untuk:

- a. menjamin pelayanan kesehatan bagi ODGJ berdasarkan hak asasi manusia;
- b. menjamin ODGJ mencapai kualitas hidup yang sebaik-baiknya dan menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan terhadap Pemasungan dan tekanan akibat Pemasungan; dan
- c. memberikan acuan bagi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah serta pemangku kepentingan lainnya untuk menghapuskan Pemasungan pada ODGJ.

BAB II

PENYELENGGARAAN

Pasal 3

- (1) Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam menyelenggarakan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ secara komprehensif dan berkesinambungan untuk mencapai penghapusan Pemasungan.
- (2) Penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan melibatkan masyarakat.

- (3) Dalam penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan koordinasi dan integrasi dengan lintas program dan lintas sektor.

Pasal 4

- (1) Penanggulangan Pemasungan dilakukan melalui:
 - a. pencegahan Pemasungan;
 - b. penanganan Pemasungan; dan
 - c. Rehabilitasi.
- (2) Penanggulangan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan terhadap ODGJ, keluarga, dan masyarakat.
- (3) Penanggulangan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bersinergi dengan lintas program melalui pendekatan keluarga.

Pasal 5

- (1) Pencegahan Pemasungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf a ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan ODGJ sehingga dapat berfungsi optimal baik bagi diri sendiri, keluarga, dan masyarakat.
- (2) Pencegahan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan:
 - a. advokasi dan sosialisasi;
 - b. fasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan;
 - c. penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau;
 - d. pemberian tata laksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi maupun non medikasi; dan
 - e. pengembangan layanan rawat harian (*day care*).

Pasal 6

- (1) Penanganan Pemasungan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf b ditujukan untuk membebaskan ODGJ dari Pemasungan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan haknya.
- (2) Penanganan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada

ayat (1) dilakukan melalui kegiatan:

- a. advokasi dan sosialisasi;
- b. fasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan;
- c. pemeriksaan dan tata laksana awal di komunitas;
- d. rujukan ke rumah sakit umum (RSU) atau rumah sakit jiwa (RSJ);
- e. kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*);
- f. pengembangan layanan di tempat kediaman (*residensial*) termasuk layanan rawat harian (*day care*); dan
- g. pengembangan kapasitas tenaga kesehatan dan kader.

Pasal 7

- (1) Rehabilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c ditujukan untuk mencegah terjadinya kembali praktik Pemasangan pada ODGJ dan pemberdayaan ODGJ dalam proses reintegrasi ke masyarakat serta peningkatan kualitas hidup.
- (2) Rehabilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan:
 - a. advokasi dan edukasi;
 - b. fasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan;
 - c. penyediaan akses ke layanan kesehatan termasuk jaminan keberlanjutan terapi baik fisik maupun jiwa;
 - d. tata laksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi dan non medikasi;
 - e. kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*);
 - f. Rehabilitasi vokasional dan okupasional;
 - g. fasilitasi ODGJ dalam memperoleh modal usaha mandiri atau lapangan pekerjaan;
 - h. pengembangan layanan di tempat kediaman (*residensial*) termasuk layanan rawat harian (*day care*);

- i. pengembangan kelompok bantu diri serta organisasi konsumen dan keluarga; dan
- j. fasilitasi proses kembali (reintegrasi) ke keluarga dan masyarakat.

Pasal 8

Ketentuan lebih lanjut mengenai Penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 sampai dengan Pasal 7 diatur dalam pedoman tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

BAB III

TUGAS DAN WEWENANG PEMERINTAH PUSAT DAN PEMERINTAH DAERAH

Pasal 9

Dalam penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ, Pemerintah Pusat memiliki tugas dan wewenang sebagai berikut:

- a. mendorong pelaksanaan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- b. membuat kebijakan dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif;
- c. melakukan koordinasi dan kerjasama antar kementerian/lembaga;
- d. melakukan advokasi dan bimbingan teknis kepada Pemerintah Daerah provinsi dalam mengimplementasikan kebijakan dan percepatan pencapaian tujuan Penanggulangan Pemasungan ODGJ;
- e. melakukan pemetaan terhadap masalah Pemasungan secara nasional;
- f. meningkatkan kemampuan sumber daya manusia bidang Kesehatan Jiwa di tingkat pusat dan provinsi;
- g. menjamin ketersediaan sarana dan prasarana termasuk

- obat dan alat kesehatan yang diperlukan secara nasional;
- h. menyediakan dukungan pembiayaan;
- i. mengembangkan sistem data dan informasi; dan
- j. melakukan pemantauan dan evaluasi.

Pasal 10

Dalam Penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ Pemerintah Daerah provinsi memiliki tugas dan wewenang sebagai berikut:

- a. menetapkan kebijakan pelaksanaan Penanggulangan Pemasungan ODGJ dengan mengacu pada Peraturan Menteri ini;
- b. melakukan koordinasi dan jejaring kerja dengan Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) terkait serta melakukan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat maupun akademisi yang relevan;
- c. melakukan advokasi dan bimbingan teknis kepada Pemerintah Daerah kabupaten/kota dalam mengimplementasikan kebijakan dan percepatan pencapaian tujuan Penanggulangan Pemasungan ODGJ;
- d. melakukan pemetaan terhadap masalah Pemasungan pada lingkup provinsi;
- e. meningkatkan kemampuan sumber daya manusia bidang Kesehatan Jiwa di tingkat provinsi dan kabupaten/kota;
- f. menjamin ketersediaan sarana dan prasarana termasuk obat dan alat kesehatan yang diperlukan di tingkat provinsi;
- g. menjamin ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat rujukan dalam melakukan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ sesuai dengan kemampuan;
- h. menyediakan dukungan pembiayaan;
- i. mengimplementasikan sistem data dan informasi; dan
- j. melakukan pemantauan dan evaluasi.

Pasal 11

Dalam Penyelenggaraan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ Pemerintah Daerah kabupaten/kota memiliki tugas dan

wewenang sebagai berikut:

- a. menetapkan kebijakan pelaksanaan Penanggulangan Pemasungan ODGJ dengan mengacu pada Peraturan Menteri ini;
- b. melakukan koordinasi dan jejaring kerja dengan Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) terkait serta melakukan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat maupun akademisi yang relevan;
- c. melakukan bimbingan teknis kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam mengimplementasikan kebijakan dan percepatan pencapaian tujuan Penanggulangan Pemasungan ODGJ;
- d. melakukan pemetaan terhadap masalah Pemasungan pada lingkup kabupaten/kota;
- e. meningkatkan kemampuan sumber daya manusia bidang Kesehatan Jiwa di tingkat kabupaten/kota;
- f. menjamin ketersediaan sarana dan prasarana termasuk obat dan alat kesehatan yang diperlukan di tingkat kabupaten/kota;
- g. menjamin ketersediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat primer dan rujukan dalam melakukan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ sesuai dengan kemampuan;
- h. menyediakan dukungan pembiayaan;
- i. mengimplementasikan sistem data dan informasi; dan
- j. melakukan pemantauan dan evaluasi.

BAB IV

PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 12

- (1) Setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap kegiatan Penanggulangan Pemasungan secara berkala.
- (2) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. identifikasi tindakan Pemasungan;

- b. proses perawatan;
 - c. tindak lanjut perawatan; dan
 - d. hasil perawatan.
- (3) Pencatatan dan pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditujukan kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setiap bulan.
 - (4) Dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan kompilasi pelaporan yang disampaikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut serta melaporkannya ke dinas kesehatan daerah provinsi setiap 3 (tiga) bulan sekali.
 - (5) Dinas kesehatan daerah provinsi melakukan kompilasi pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (4), dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut serta melaporkannya ke Menteri setiap 6 (enam) bulan sekali.

BAB V

MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 13

- (1) Dalam penyelenggaraan penanggulangan Pemasungan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah melakukan monitoring dan evaluasi.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menilai keberhasilan program penanggulangan Pemasungan pada ODGJ.
- (3) Dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dapat melibatkan pemangku kepentingan terkait.

BAB VI

PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 14

Peran serta masyarakat dalam Penanggulangan Pemasungan dilaksanakan melalui:

- a. keterlibatan dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan;
- b. pemberian informasi, edukasi, dan bimbingan;
- c. pemberian dukungan dalam bentuk finansial, materiil, dan sosial;
- d. pembentukan dan pengembangan kelompok bantu diri serta organisasi konsumen dan keluarga; dan
- e. sumbangan pemikiran dan pertimbangan berkenaan dengan penentuan kebijakan teknis dan/atau pelaksanaan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ.

BAB VII PENDANAAN

Pasal 15

Pendanaan kegiatan Penanggulangan Pemasungan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, masyarakat dan/atau sumber dana lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VIII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 16

- (1) Menteri, gubernur, dan bupati/walikota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (2) Menteri, gubernur, dan bupati/walikota dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat melibatkan organisasi profesi dan/atau tenaga ahli di bidang Kesehatan Jiwa.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk:

- a. advokasi dan sosialisasi;
 - b. bimbingan teknis; dan
 - c. pelatihan.
- (4) Pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk:
- a. monitoring dan evaluasi; dan
 - b. verifikasi laporan kegiatan.
- (5) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diarahkan untuk mencapai tujuan Penanggulangan Pemasungan ODGJ.

BAB IX

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 17

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 54 TAHUN 2017
TENTANG
PENANGGULANGAN PEMASUNGAN
PADA ORANG DENGAN GANGGUAN
JIWA

PEDOMAN PENANGGULANGAN PEMASUNGAN PADA ORANG DENGAN
GANGGUAN JIWA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemasungan pada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) merupakan pelanggaran hak asasi manusia berat, karena dilakukan pada orang dengan disabilitas yang mengakibatkan tidak mampu mengakses layanan yang dapat mengurangi tingkat disabilitasnya. Tindakan pemasungan adalah “upaya pengikatan atau pekekangan fisik pada orang dengan gangguan jiwa dan orang agresif/“berbahaya“ di komunitas yang berakibat hilangnya kebebasan untuk mengakses layanan yang dapat membantu pemulihan fungsi ODGJ tersebut.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, dari sekitar 400.000 orang dengan gangguan jiwa berat, satu di antara 7 ODGJ tersebut pernah mengalami pemasungan dan peluang pemasungan tersebut lebih besar pada kelompok yang tinggal di pedesaan atau berasal dari sosial ekonomi bawah. Kedua fakta tersebut menggambarkan semakin jelas tentang faktor risiko terjadinya tindak pemasungan yang sebagian besar dilakukan oleh keluarga inti sebagai upaya perlindungan terhadap perilaku kekerasan yang berpotensi dilakukan oleh ODGJ akibat gejala yang dialami dan tidak dapat teratasi karena kesulitan akses dan keterjangkauan ke layanan kesehatan. Hal ini tentu saja sangat memprihatinkan mengingat gejala tersebut sebagian besar dapat diatasi dengan tata laksana yang adekuat.

Tidak teraksesnya tata laksana yang adekuat menyebabkan tingginya angka pemasangan ODGJ di Indonesia. Gangguan jiwa yang tidak tertatalaksana dengan baik dapat mengakibatkan gejala semakin sulit untuk diatasi, gangguan menahun, dengan penurunan fungsi sosial dan okupasional yang semakin berat. Kondisi tersebut tentunya akan semakin mempertinggi beban keluarga secara ekonomi maupun waktu dan tenaga akibat perawatan yang harus dilakukan karena ketergantungan yang terjadi. Ketergantungan tersebut akan semakin meningkat akibat pemasangan yang dilakukan. Pemasangan lama berdampak pada timbulnya disabilitas fisik, penyakit fisik kronik akibat infeksi, malnutrisi, dan dehidrasi yang sering berujung pada kecacatan permanen dan kematian. Pemasangan juga mengakibatkan ODGJ semakin sulit untuk melakukan integrasi ke masyarakat akibat disabilitas secara sosial, ekonomi, spiritual, dan budaya. Kesemua jenis disabilitas ini tentu saja mengakibatkan beban yang sangat besar bagi individu, keluarga, masyarakat sekitar, dan negara. Stigma juga semakin besar terjadi bagi ODGJ maupun keluarganya yang berujung pada perlakuan salah termasuk penelantaran.

Menyadari bahwa pemasangan adalah pelanggaran terhadap hak asasi manusia pada kelompok rentan dengan faktor risiko yang sebenarnya dapat diturunkan risikonya sehingga tidak perlu mengakibatkan dampak dan beban yang besar terutama bagi ODGJ dan keluarganya, Kementerian Kesehatan mencanangkan program “Indonesia Bebas Pasung” tahun 2010 diperkuat dengan pencanangan program “Stop Pemasangan” oleh Kementerian Sosial pada tahun 2016. Secara garis besar kedua program bertujuan untuk meningkatkan kapasitas semua pemangku kepentingan yang terlibat, meningkatkan akses ke layanan yang berkualitas di semua tingkat layanan, menyediakan skema pembiayaan yang memadai, terselenggaranya kerja sama dan koordinasi lintas sektor untuk menjamin terlaksananya berbagai bentuk upaya kesehatan jiwa, pengembangan rumah antara, dan terselenggaranya sistem pemantauan dan evaluasi secara berkelanjutan.

Berbagai aktivitas dan program telah diselenggarakan terutama oleh Kementerian Kesehatan, mulai dari penguatan dari sisi regulasi dan kebijakan, kapasitas sumber daya, pengembangan berbagai modalitas layanan, kerja sama lintas sektor, baik di tingkat pusat maupun di tingkat

daerah untuk mencapai Indonesia benar-benar bebas dari berbagai praktik pemasungan. Pencapaian yang berhasil didokumentasikan di antaranya:

1. dilengkapinya berbagai peraturan perundang-undangan yang telah ada sejak Undang-undang Dasar 1945, terbitnya Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang disusul oleh berbagai rancangan peraturan pemerintah baik di tingkat pusat maupun daerah menjadi dasar pengembangan yang sangat baik;
2. meningkatnya jumlah provinsi yang memiliki regulasi lokal dan anggaran di bidang kesehatan jiwa;
3. ditemukannya 8690 kasus pemasungan di berbagai provinsi di Indonesia sejak tahun 2009 dan 92% di antaranya telah mendapatkan tatalaksana medis;
4. hampir 1500 orang dokter dan perawat serta 700 kader dari 15 provinsi di Indonesia telah mendapatkan peningkatan kapasitas lanjut tentang kesehatan jiwa dengan kurikulum yang lebih terstandar; dan
5. peningkatan jenis obat gangguan jiwa yang tersedia dalam formularium nasional.

Namun demikian, semua perkembangan di atas dirasakan belumlah cukup. Rasa belum cukup tersebut muncul dengan adanya berbagai fakta dan permasalahan yang masih ditemukan di lapangan baik yang berhubungan secara langsung dengan manajemen ODGJ maupun manajemen di bidang kesehatan jiwa secara menyeluruh. Permasalahan tersebut di antaranya meliputi:

1. masih rendahnya implementasi dan daya ungkit dari regulasi dan kebijakan yang berlaku akibat dari rendahnya distribusi pengetahuan dan kemampuan advokasi dari berbagai pemangku kepentingan;
2. syarat administrasi kependudukan dalam akses layanan kesehatan tidak terjangkau oleh ODGJ terlebih dalam kondisi terpasung, meskipun sumber pembiayaan kesehatan sudah tersedia;
3. masih belum optimalnya tingkat kolaborasi antar sektor, antar program, antar ketenagaan akibat kurangnya sistem komunikasi dan koordinasi di antara pemegang program dan penyedia layanan sehingga layanan yang tersedia saat ini dirasakan masih terkotak-kotak dan sulit dijangkau oleh ODGJ dan keluarga;
4. rendahnya pemberdayaan peran keluarga dan potensi masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan jiwa masyarakat akibat kurangnya pengetahuan dan tingginya stigma;

5. rendahnya cakupan layanan kesehatan jiwa yang salah satu buktinya adalah masih tingginya angka kesenjangan pengobatan (*treatment gap*) di Indonesia;
6. masih ditemukannya kasus pemasangan (termasuk pemasangan kembali) akibat terputusnya pengobatan;
7. sistem rujukan dua arah yang juga belum berjalan dengan mulus (*seamless*) antar tingkat layanan;
8. masih rendahnya pemanfaatan obat dan belum tersedianya obat untuk manajemen kedaruratan psikiatri sebagai alasan utama dilakukannya praktik pemasangan; dan
9. belum adanya sistem informasi yang mantap dan terpadu sehingga proses pemantauan dan evaluasi dapat dilakukan secara sinergis oleh berbagai pemangku kepentingan.

Berdasarkan beberapa permasalahan di atas, diperlukan adanya sebuah pedoman yang akan membantu para pemangku kepentingan untuk melaksanakan tugas dan fungsinya menuju satu tujuan bersama, yakni peningkatan mutu layanan bagi ODGJ untuk menjamin pemenuhan hak dan asasi bagi ODGJ dan keluarga.

B. Tujuan

Pedoman ini disusun dengan tujuan untuk menjawab kebutuhan para pemangku kepentingan dalam upaya peningkatan pengetahuan, memberikan arahan, membangun kreativitas dan mengembangkan sistem pencegahan dan penanggulangan pemasangan yang lebih baik melalui peningkatan:

1. pemahaman terhadap fenomena kasus pemasangan dan pelanggaran hak asasi manusia yang diakibatkan;
2. pemahaman tentang sistem kesehatan dan sosial yang dapat mencegah praktik pemasangan;
3. pemahaman terhadap berbagai upaya mencegah dan menanggulangi pemasangan yang dapat diselenggarakan;
4. pemahaman tentang pentingnya kolaborasi lintas program, lintas sektor, multidisiplin, dan berbagai pemangku kepentingan;
5. pemahaman peran masing-masing tingkat pemerintahan, sektor dan individu dalam upaya bebas pasung;
6. upaya pemberdayaan dan kolaborasi dengan ODGJ, keluarga, dan masyarakat untuk berpartisipasi dalam upaya bebas pasung;

7. pandangan, sikap, dan perilaku yang positif terhadap masalah kesehatan jiwa; dan
8. pemahaman tentang sistem pencatatan, pelaporan, pemantauan, dan evaluasi berbagai upaya bebas pasung.

C. Sasaran

Pedoman ini disusun untuk mengakomodir kebutuhan para pemegang program dalam menjalankan berbagai inisiatif program bebas pasung di seluruh wilayah di Indonesia sehingga diharapkan dapat bermanfaat bagi para pembuat dan pengambil keputusan di pemerintahan, para pemegang program kesehatan jiwa yang ada di Dinas Kesehatan baik di tingkat pusat maupun daerah.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penulisan pedoman ini meliputi berbagai upaya pencegahan dan penanggulangan pemasangan baik yang terjadi pada fase pencegahan pemasangan (prapemasangan), saat pemasangan (fase penanganan pemasangan), dan pasca pemasangan (fase rehabilitasi pasca pemasangan).

E. Pengertian Umum

1. Akses ke layanan kesehatan adalah kesempatan atau kemudahan konsumen atau komunitas dapat menggunakan layanan kesehatan yang sesuai dan sebanding dengan kebutuhan mereka.
2. Disabilitas adalah hasil dari interaksi antara orang-orang dengan keterbatasan kemampuan (hendaya) dan sikap dan lingkungan yang menghambat mereka untuk berpartisipasi penuh dan efektif di dalam masyarakat berdasarkan kesetaraan dengan orang lain.
3. Diskriminasi adalah perilaku yang diakibatkan oleh adanya stigma.
4. Gangguan jiwa atau penyakit jiwa adalah gangguan/penyakit yang dapat didiagnosis secara medis yang mengenai aspek kognitif/pikiran, emosi, atau perilaku seseorang.
5. Hak azasi manusia adalah hak-hak yang inheren melekat pada setiap manusia, apa pun kebangsaan, tempat tinggal, jenis kelamin, asal negara atau etnis, warna kulit, agama, bahasa, atau status lainnya.
6. Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga

individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

7. Kesenjangan pengobatan adalah proporsi orang yang memerlukan pengobatan tertentu tetapi tidak mendapatkannya. Cara menghitungnya adalah jumlah orang dengan penyakit tertentu dikurangi jumlah orang yang mendapat pengobatan untuk penyakit tersebut dibagi jumlah orang dengan penyakit tersebut kali 100%
8. Masalah psikososial adalah masalah psikologis dan masalah sosial yang saling mempengaruhi.
9. Pemasangan adalah segala bentuk pembatasan gerak ODGJ oleh keluarga atau masyarakat yang mengakibatkan hilangnya kebebasan ODGJ, termasuk hilangnya hak atas pelayanan kesehatan untuk membantu pemulihan.
10. 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.
11. Perilaku kekerasan (*violence*) didefinisikan oleh WHO sebagai penggunaan secara sengaja kekuatan fisik atau kekuasaan, sebagai ancaman atau diwujudkan, terhadap diri sendiri, orang lain, atau kelompok masyarakat, yang berdampak pada atau mempunyai kemungkinan tinggi untuk mengakibatkan cedera, kematian, luka psikologis, gangguan perkembangan, atau deprivasi.
12. Perlakuan salah adalah perlakuan yang tidak selayaknya, termasuk di sini adalah perlakuan yang melanggar hak azasi atau hak sipil seseorang (penganiayaan/*abuse*) dan kegagalan untuk menyediakan rawatan, bantuan atau bimbingan bagi orang dewasa atau anak yang bergantung/dependen oleh mereka yang bertanggung jawab terhadap perawatan mereka (*penelantaran/neglect*).
13. Rehabilitasi adalah bagian dari rangkaian proses terapi untuk pemulihan ODGJ melalui pendekatan secara fisik, psikologis dan sosial.

14. Stigma adalah sikap dan keyakinan yang membawa orang untuk menolak, menghindari atau takut terhadap mereka yang dianggap berbeda.

BAB II GAMBARAN UMUM PEMASUNGAN

Pemasungan merupakan salah satu bentuk praktik perlakuan salah pada ODGJ. Tindak pemasungan dapat dicegah karena sebagian besar gangguan jiwa yang dialami, mudah untuk dikenali dan dapat dikurangi risikonya dengan tatalaksana yang adekuat. Hasil penelitian menyebutkan berbagai jenis alasan pemasungan termasuk gangguan jiwa yang sering mengalami pemasungan sehingga dapat menjadi acuan dalam membantu mengembangkan berbagai upaya pencegahan pemasungan dengan memberdayakan potensi dan faktor pendukung yang ada.

A. Latar Belakang (Alasan) Tindakan Pemasungan

Penelitian menunjukkan bahwa alasan utama tindakan pemasungan pada lebih dari 90% kasus adalah adanya perilaku kekerasan. Jika dikaji lebih dalam, pemasungan oleh keluarga terutama ditujukan utamanya untuk memberikan perlindungan, baik bagi ODGJ maupun orang lain (masyarakat). Perlindungan untuk ODGJ di antaranya adalah menghindarkan ODGJ dari berbagai risiko tindak kekerasan dari masyarakat, risiko hilang (karena pergi dan tidak tahu jalan pulang), risiko terjatuh atau mengalami kecelakaan (karena ketidakmampuan mengidentifikasi risiko bahaya di lingkungan sekitarnya). Perlindungan bagi orang lain atau masyarakat adalah melindungi orang lain dari potensi perilaku kekerasan yang mungkin dilakukan oleh ODGJ, akibat ketidakmampuan ODGJ mengontrol impuls (dorongan) kemarahan yang dimilikinya.

Alasan-alasan lain tindakan pemasungan di antaranya adalah:

1. ketidaktahuan 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 ODGJ, dll)
2. persepsi negatif dan salah tentang gangguan jiwa, baik oleh keluarga maupun masyarakat
3. ketidakmampuan untuk mengakses atau menjangkau layanan kesehatan, baik untuk mendapatkan tatalaksana pertama kali maupun untuk tatalaksana lanjutan. Sebagai catatan, lebih dari 78%

kasus pemasangan, ODGJ sudah pernah mengakses layanan kesehatan untuk mendapatkan tatalaksana

4. merasa bahwa layanan kesehatan tidak membantu mengatasi masalah yang dialami ODGJ. Sebagai contoh: obat yang diberikan tidak mengatasi gejala, atau obat justru membuat kondisi ODGJ makin buruk (karena ODGJ mengalami efek samping obat), atau perawatan tidak membuat keluarga dapat memahami cara merawat ketika ODGJ pulang dari perawatan, atau merasa bahwa layanan di rumah sakit lebih tidak manusiawi
5. keluarga tidak mampu merawat dan membantu ODGJ terus-menerus karena keluarga harus bekerja, berusia lanjut, merasa lelah dan jenuh dengan kondisi ODGJ terutama bila ODGJ bergantung total pada orang lain dan berlangsung menahun

Memelajari alasan-alasan di atas, akan memberikan gambaran tentang berbagai upaya yang perlu dikembangkan untuk mencapai program bebas pasung di Indonesia.

B. Gangguan Jiwa yang Berisiko Untuk Mengalami Pemasungan

Penelitian yang dilakukan di Aceh, Samosir, Jawa Tengah, NTB, dan Jawa Barat menunjukkan bahwa tidak semua gangguan jiwa memiliki potensi untuk mendapatkan perlakuan salah pemasangan. Berikut akan dijabarkan berbagai gangguan jiwa yang sering mengalami pemasangan, mengenali tanda dan gejala utamanya serta dampak dari gejala yang dialami.

1. Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa terbanyak yang mengalami pemasangan (90% responden). Hal ini disebabkan karena skizofrenia berisiko melakukan tindakan kekerasan akibat dari gejalanya. Namun demikian, skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang paling mudah dikenali sehingga diharapkan dapat dilakukan tatalaksana sedini mungkin untuk menghindari risiko tersebut. Skizofrenia membutuhkan tata laksana jangka panjang karena merupakan gangguan yang bersifat menahun (kronis) dan bisa kambuh. Semakin sering kambuh, makin berat penurunan fungsi yang terjadi pada Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Skizofrenia termasuk dalam gangguan psikotik.

Gangguan psikotik secara garis besar memiliki gejala utama:

- a. mengalami gangguan pengenalan realita, tidak mampu membedakan mana yang nyata dan mana yang tidak nyata, yang ditunjukkan dengan adanya gejala:
 - 1) keyakinan yang salah yang tak terkoreksi (waham/delusi)
 - 2) bisikan tanpa sumber yang nyata, yang isinya menyuruh, mengomentari, atau mendiskusikan tentang ODS (halusinasi)
 - 3) emosi dan perilaku yang tidak sesuai (misalnya telanjang, tidak merawat diri, mengumpulkan sampah di dalam rumah, berbicara sendiri atau tertawa tanpa alasan yang jelas, dll)
- b. ketidakmampuan untuk menyadari bahwa dirinya sakit dan membutuhkan pertolongan

Pada Skizofrenia, gejala-gejala tersebut berlangsung selama satu bulan atau lebih.

Gejala-gejala pada skizofrenia secara rinci terbagi pada beberapa fase sebagai berikut:

- a. Fase Prodromal

Fase prodromal adalah fase sebelum sakit atau saat awal munculnya perubahan-perubahan pada ODS. Tanda dan gejala yang mungkin dapat dikenali dari fase ini adalah perubahan atau gangguan ringan-sedang pada pikiran, persepsi terhadap sesuatu yang diterima oleh panca indera, kemampuan berbahasa, pergerakan, sensasi tubuh, rentan terhadap stres, gangguan emosi, energi, konsentrasi, dan memori serta gangguan fungsi sosial.

Perubahan ini perlu dicermati pada kelompok yang memiliki risiko tinggi mengalami skizofrenia diantaranya adalah mereka yang memiliki riwayat keluarga dengan gangguan psikotik dan saat ini sedang mengalami penurunan fungsi, riwayat penyalahgunaan zat (narkoba), mereka yang memiliki isi pikir yang tidak biasa (kelompok yang eksentrik, penuh magis), mereka yang memiliki kecurigaan besar pada banyak hal (paranoid) atau mereka yang tidak mampu membina relasi dengan orang lain.

- b. Fase sakit

Fase sakit adalah saat gejala dan tanda muncul. Gejala yang dialami meliputi gangguan perasaan, perilaku, persepsi, pikiran, kognitif, dan motivasi. Rincian dari gangguan-gangguan tersebut adalah:

1) Gangguan perasaan

Gangguan perasaan sangat bervariasi mulai dari emosi yang meningkat (meledak-ledak) hingga emosi yang kosong (tanpa ekspresi). Respons emosi yang ditunjukkan juga bervariasi, bisa luas, menyempit, hingga mendatar sehingga ODS terlihat seperti tanpa ekspresi. Ekspresi emosi yang ditunjukkan bisa sesuai dengan situasi atau konteks, namun berlebihan (tanpa kendali/tanpa alasan yang jelas) atau tidak sesuai.

2) Gangguan perilaku

ODS cenderung menarik diri secara sosial. Seringkali ODS tidak memperhatikan penampilannya, tidak mampu merawat diri, menjaga kerapian dan kebersihan dirinya. Gejala-gejala perilaku yang dapat diamati terdiri atas:

Bentuk-bentuk Gejala Perilaku pada Gangguan Skizofrenia

Gejala perilaku	Definisi
Stupor	tidak bergerak, tidak berbicara, dan tidak berespons meskipun sepenuhnya sadar
Gaduh gelisah	aktivitas motorik yang tidak terkendali, hiperaktif, bergerak ke segala arah tanpa tujuan
Katalepsi	posisi badan yang dipertahankan dalam waktu lama
<i>Fleksibilitas cerea</i>	keadaan sikap tubuh yang dapat diatur tanpa perlawanan sehingga diistilahkan seluwes lilin
Stereotipi	gerakan berulang tanpa tujuan atau mengambil sikap badan tertentu
Manerisme	gerakan berulang dengan tujuan tertentu yang dapat dilihat dalam bentuk berjalan dan gaya jalan
Negativisme	menentang atau justru melakukan yang berlawanan dengan apa yang diminta
<i>Command automatism</i>	Semua perintah dilakukan secara otomatis
Ekopraxia	Meniru perilaku atau gerakan orang lain

3) Gangguan Persepsi

Persepsi merupakan sensasi yang diterima oleh panca indera (mata, telinga, hidung, lidah, kulit). ODS mengalami gangguan dalam persepsinya yang ditunjukkan dengan gejala sebagai berikut:

Bentuk-bentuk Gejala Gangguan Persepsi pada Gangguan Skizofrenia

Gangguan persepsi	Definisi
Halusinasi	Kesalahan persepsi tanpa ada stimulus (obyek) yang nyata. Halusinasi yang paling sering terjadi adalah halusinasi auditorik (pendengaran), ODS mendengar bisikan yang seringkali berkomentar atau menyuruh untuk melakukan tindakan membahayakan dirinya atau orang lain. Jenis halusinasi lain adalah halusinasi penglihatan, penciuman, pengecapan, dan rabaan/taktil.
Ilusi	Kesalahan persepsi yang timbul terhadap stimulus (obyek) yang nyata
Depersonalisasi	Mengalami atau merasakan bahwa dirinya tidak nyata, berubah bentuk, atau asing
Derealisasi	Merasakan bahwa lingkungan sekitarnya berubah, tidak nyata, atau asing

4) Gangguan Pikiran

Gangguan pikiran yang dialami Orang Dengan Skizofrenia (ODS) meliputi gangguan pada proses pikir dan isi pikir. Gejala pada proses pikir biasanya dikenali dari pembicaraannya, yang dilaporkan oleh keluarga atau masyarakat diantaranya: “bicara *ngaco* (kacau)”, “bicara berputar-putar”, “bicara muluk-muluk (ketinggian)”, “bicara tidak nyambung”, atau “kesambet”. Gejala-gejala yang sebenarnya perlu dikenali di antaranya:

Bentuk-bentuk Gejala Gangguan Proses Pikir pada Gangguan
Skizofrenia

Gangguan Proses Pikir	Definisi
Bicara tidak nyambung (asosiasi longgar, inkoherenasi)	Ide (tema) pembicaraan berpindah-pindah dari satu subyek ke subyek lain yang tidak berhubungan sama sekali. Dalam kondisi yang berat (inkoherenasi). Pembicaraan yang disampaikan secara umum tidak dapat dimengerti, antara ide yang satu dan ide lainnya tidak memiliki hubungan yang logis
Bicara berputar-putar (sirkumstansial, tangensial)	Pembicaraan berputar sehingga lambat mencapai inti pembicaraan yang dimaksud (sirkumstansial) atau berputar namun tidak pernah mencapai tujuan pembicaraan secara langsung dan seringkali pada akhirnya tidak mencapai poin yang diharapkan
Bicara kacau (<i>Neologisme</i>)	Membuat kata baru atau arti baru dari kata yang telah ada, yang hanya bisa dipahami oleh dirinya sendiri
Terhambat (<i>Blocking</i>)	Pembicaraan tiba-tiba berhenti, disambung kembali beberapa saat, namun tidak berhubungan dengan topik pembicaraan sebelumnya
Mutisme	Tidak mau berbicara sama sekali atau mau berbicara namun sangat minimal
Ekolalia	Menirukan kata-kata yang diucapkan orang lain

Gangguan isi pikir yang utama adalah waham, yaitu keyakinan salah yang tidak sesuai dengan fakta, budaya, agama, nilai-nilai, dan status pendidikan, namun tetap dipertahankan walaupun telah diberikan bukti-bukti yang jelas untuk mengoreksi keyakinan salahnya tersebut.

Jenis Waham	Definisi
Waham paranoid	<p data-bbox="667 642 1308 675">Merupakan kelompok waham yang meliputi:</p> <p data-bbox="667 692 1425 804">a. Waham kebesaran: keyakinan atau kepercayaan salah bahwa dirinya orang yang sangat kuat, berkuasa, penting, atau terkenal</p> <p data-bbox="699 829 1425 904">Contoh: ODS merasa yakin dirinya adalah Nabi besar</p> <p data-bbox="667 924 1425 1074">b. Waham kejaran (persekutodik): keyakinan salah bahwa ada orang yang bermaksud berbuat kurang baik pada dirinya (melukainya atau mendorong agar dirinya gagal).</p> <p data-bbox="699 1098 1425 1173">Contoh: ODS merasa yakin bahwa tetangganya ingin menyakiti</p> <p data-bbox="667 1193 1425 1343">c. Waham rujukan: keyakinan keliru yang menganggap bahwa tingkah orang lain ditujukan kepadanya, membicarakan dirinya, memfitnah, meminta untuk melakukan sesuatu</p> <p data-bbox="699 1368 1425 1480">Contoh: ODS merasa yakin dirinya dibicarakan oleh orang-orang di sekitarnya atau merasa penyiar TV memberikan pesan khusus</p> <p data-bbox="667 1500 1425 1612">d. Waham erotomania: keyakinan keliru, biasanya pada perempuan, merasa yakin bahwa seseorang mengejar-ngejar dan mencintainya.</p> <p data-bbox="699 1637 1425 1712">Contoh: ODS merasa yakin bahwa Agnes Monika mencintainya</p> <p data-bbox="667 1731 1425 1806">e. Waham cemburu: keyakinan keliru tentang pasangannya yang tidak setia</p> <p data-bbox="699 1831 1425 1906">Contoh: ODS merasa yakin bahwa kekasihnya berselingkuh</p>

Jenis Waham	Definisi
Waham kendali	<p>Keyakinan keliru bahwa keinginan, perasaan, dan pikirannya dikendalikan oleh kekuatan dari luar, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none">- “<i>thought echo</i>” yaitu keyakinan bahwa isi pikiran berulang dan bergaung di kepala <p>Contoh: ODS merasa yakin ada orang yang membuat ia memikirkan ide yang sama terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none">- “<i>thought insertion</i>” yaitu keyakinan bahwa isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya ditarik keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (<i>withdrawal</i>) <p>Contoh: ODS memiliki keyakinan seseorang menyisipkan atau menarik ide brilliant ke dalam otaknya</p> <ul style="list-style-type: none">- “<i>thought broadcasting</i>” yaitu keyakinan bahwa isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain dapat mengetahuinya <p>Contoh: ODS yakin seseorang mencuri karya-karya seninya</p>
Waham nihilistik	<p>Keyakinan keliru bahwa diri dan lingkungannya atau dunia tidak ada, lenyap, atau menuju kiamat</p> <p>Contoh: ODS menangis terus karena meyakini bahwa dunia telah kiamat dan habis</p>
Waham somatik	<p>Keyakinan salah terkait fungsi tubuh</p> <p>Contoh: ODS memiliki keyakinan bahwa ada bom di dalam perutnya</p>

5) Gangguan motivasi dan neurokognitif

Gejala lain pada ODS adalah gejala yang berhubungan dengan motivasi dan kognitif (kemampuan berpikir). Gejala yang berhubungan dengan motivasi di antaranya adalah tidak memiliki minat atau kehendak, tidak melakukan kegiatan (aktivitas), dan tidak mampu menyusun rencana sehingga menimbulkan disorganisasi (ketidakteraturan). Gejala yang berhubungan dengan gangguan kognitif adalah gangguan konsentrasi, atensi (perhatian), gangguan memori (daya ingat) terutama memori jangka segera/pendek, dan menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah.

Gejala-gejala pada gangguan skizofrenia sering mengakibatkan ODS berada dalam kondisi gaduh gelisah yang berisiko untuk

melakukan kekerasan dan sulit untuk dipahami sehingga menghambat pemberian bantuan (pertolongan). Kondisinya yang sering terlambat dikenali menyebabkan skizofrenia terkesan terjadi secara tiba-tiba dan berpotensi disalahartikan bahwa gangguan ini adalah bagian dari proses budaya dan spiritual, dianggap kesurupan, kemasukan roh/jin, keberatan nama/ilmu, bahkan tidak jarang pula dianggap sakti oleh keluarga dan masyarakat.

2. Gangguan Jiwa Lain dengan Perilaku Gaduh Gelisah dan Kekerasan

Gejala perilaku berupa gaduh gelisah dan kekerasan tidak hanya terjadi pada gangguan skizofrenia. Gaduh gelisah dapat diartikan sebagai kumpulan gejala agitasi (kegelisahan) yang ditandai dengan perilaku yang tidak biasa, meningkat, dan tanpa tujuan. Seringkali menjadi awal dari perilaku agresif (menyerang) maupun perilaku kekerasan. Perilaku agresif bisa berupa verbal/kata-kata (mengumpat, bicara kasar) maupun motorik/gerak (melempar, merusak barang), yang tidak bertujuan untuk mencederai seseorang. Sedangkan perilaku kekerasan ditujukan untuk mencederai, baik dirinya sendiri maupun orang lain (memukul, melukai diri, atau membunuh).

Berikut akan dipaparkan uraian singkat mengenai gangguan jiwa yang sering mengalami pemasungan akibat perilaku gaduh gelisah dan kekerasan yang dilakukan:

a. Gangguan Demensia (Kepikunan Berat)

Demensia merupakan kumpulan gejala yang disebabkan karena gangguan pada struktur otak yang mengakibatkan penurunan fungsi luhur (kognitif). Gangguan bersifat menahun yang menurunkan fungsi seseorang serta mengganggu kegiatan sehari-hari. Gejala terutama pada daya ingat/memori terutama kesulitan mengingat hal-hal yang baru dipelajari (ingatan jangka pendek). Namun dalam gangguan makin berat, ingatan yang sebelumnya (ingatan jangka panjang) juga hilang.

Manifestasi Klinis Gangguan Demensia

Gejala Kognitif	Gejala Psikologik	Gejala Perilaku
1. Mudah lupa terutama untuk daya ingat/memori baru/jangka pendek	1. Misidentifikasi 2. Waham/delusi 3. Halusinasi 4. Depresi	1. Perilaku agitasi, agresif 2. Pergi tanpa tujuan (<i>wandering</i>)

Gejala Kognitif	Gejala Psikologik	Gejala Perilaku
2. Kesulitan berkonsentrasi	5. Emosi labil	3. Gangguan tidur
3. Kebingungan (disorientasi waktu, tempat, orang)	6. Kecemasan/anxietas	4. Perilaku kekanak-kanakan (<i>regresi</i>)
4. Penurunan daya nilai (identifikasi risiko, memilih strategi, dan menimbang konsekuensi)	7. Perubahan kepribadian	5. Agresivitas verbal: berteriak, mengumpat, menyumpah
5. Penurunan kemampuan merencanakan	8. Keluhan somatik	
6. Kesulitan menemukan kata-kata atau memahami percakapan (<i>afasia</i>)		
7. Pikiran tersendat (<i>blocking</i>)		

Gejala dan hendaya harus sudah nyata setidaknya dalam waktu 6 bulan. Problem perilaku dan psikologik yang sering ditemukan pada orang dengan demensia di antaranya gangguan persepsi, proses pikir, suasana perasaan, dan perilaku sering pulan disalahartikan sebagai skizofrenia.

b. Gangguan Penyalahgunaan Zat (NAPZA)

Gangguan penyalahgunaan zat berhubungan dengan 2 kondisi utama yaitu intoksikasi (saat menggunakan zat) dan putus zat (*withdrawal*). Intoksikasi adalah kumpulan gejala akibat penyalahgunaan zat yang memengaruhi satu atau lebih fungsi mental berupa: memori, orientasi, mood (perasaan), perilaku, sosial dan pekerjaan. Kondisi intoksikasi baru ditegakkan bila ada bukti nyata penggunaan NAPZA saat ini dalam dosis cukup tinggi untuk menimbulkan intoksikasi sesuai zat yang dipakai. Gejala Putus Zat (*withdrawal*) adalah kumpulan gejala yang terjadi setelah menghentikan atau mengurangi penggunaan zat psikoaktif, sesudah penggunaan berulang kali yang berlangsung lama dan atau dalam jumlah yang banyak.

Gejala yang timbul sesuai dengan karakteristik zat psikoaktif yang dipakai.

Zat psikoaktif menurut cara kerjanya terbagi atas tiga, yaitu depresan (menurunkan aktivitas/respons), stimulant (meningkatkan aktivitas/respons) dan halusinogen (mengakibatkan halusinasi). Berdasarkan karakteristik efek yang ditimbulkan saat pemakaian secara garis besar, terdiri atas:

Zat Psikoaktif dan Efek yang Ditimbulkan

Depresan	Stimulan	Halusinogen
Alkohol	Amfetamin	LSD (<i>Lysergyc Acid Diethylamide</i>)
Benzodiazepin	Metamfetamin	PCP (<i>Phencyclidine</i>)
Opioid	Kokain	Kanabis (dosis tinggi)
Inhalan	Kafein	<i>Magic mushrooms</i>
Kanabis (dosis rendah)		Kecubung

Gejala Psikologis Akibat Intoksikasi Zat

	Persepsi	Pikiran	Afek	Psikomotor	Respons verbal
OPIOID		Gangguan daya nilai, perhatian, dan memori		Lesu, Agitasi	Bicara kacau
KANABIS	Halusinasi Depersonalisasi Derealisasi	Kecurigaan (ide paranoid) Sensasi waktu berjalan lambat	Perasaan meningkat, tidak terkendali	Agitasi	
ALKOHOL	Gangguan daya nilai	Tidak terkendali	Suasana perasaan labil	Agresif, Sempoyongan	Bicara pelo Suka berdebat
BENZODIAZEPIN		Gangguan daya ingat dan perhatian	Gangguan emosi	Perilaku kasar, Sempoyongan	Bicara cadel
INHALANSIA				Perilaku tak terkoordinasi, Sempoyongan, Refleks menurun, Tremor, Kelemahan otot menyeluruh	Bicara cadel
KOKAIN		Bingung Paranoid		Agitasi, Kelemahan otot, Diskinesia, Distonia	
AMFETAMIN	Ilusi Halusinasi	Ide kebesaran Ide paranoid	Euforia, marah/agresif Perasaan labil	Perilaku berulang	Berdebat
HALUSINOGEN		Bingung		Tremor,	Bicara cadel

	Persepsi	Pikiran	Afek	Psikomotor	Respons verbal
				Letargi, Perilaku tak terkoordinasi	

Kondisi yang tercantum dalam tabel dapat terjadi bertolak belakang pada saat putus zat, sehingga mengetahui jenis, dosis, dan waktu pemakaian sangatlah penting. Gejala yang terjadi sebenarnya tidak berlangsung lama, maksimal zat bertahan di dalam tubuh tidak lebih dari satu bulan, asalkan tidak ada pemakaian berulang.

Gejala Psikologis Akibat Putus Zat

	Persepsi	Pikiran	Afek	Psikomotor
OPIOID			Disforik	
KANABIS		Gangguan konsentrasi	Iritabel	Gangguan tidur Gangguan nafsu makan
ALKOHOL	Halusinasi Ilusi			Tremor Agitasi psikomotor
BENZODIAZEPIN	Halusinasi visual, taktil atau auditoria yang bersifat sementara Ilusi.		Anxietas	Hiperaktivitas autonom Tremor tangan Agitasi psikomotor
KOKAIN	Mimpi buruk yang terasa sangat nyata dan jelas	Paranoid	Disforik Depresi berat	Agitasi Penurunan aktivitas Gangguan tidur Perilaku kekerasan Risiko bunuh diri
AMFETAMIN	Mimpi aneh Keinginan kuat untuk menggunakan lagi		Disforik	Hambatan psikomotor

c. Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan afektif bipolar adalah gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan perasaan gembira berlebihan (manik), hipomanik, sedih berlebihan (depresi), atau campuran 2 kutub emosi tersebut dalam satu episode. Gangguan bersifat episodik, berisiko kambuh, namun juga punya potensi mencapai kesembuhan dengan cepat jika mendapatkan tatalaksana yang adekuat dan segera. Namun bila tidak, dapat berdampak besar untuk timbulnya kematian. Gejala-gejala tersebut ditetapkan

sebagai gangguan jika gejala manik berlangsung minimal 1 minggu, atau gejala hipomanik minimal 4 hari, atau gejala depresi minimal 2 minggu dan mengakibatkan gangguan aktivitas serta fungsi sehari-hari.

Jika gangguan berat, maka bisa disertai dengan gejala psikotik, risiko bunuh diri, maupun risiko melukai orang lain, yang membutuhkan perawatan lebih intensif. Risiko lain dalam kelompok gangguan ini adalah penyalahgunaan obat, zat, dan alkohol yang berujung pada perilaku berisiko lainnya seperti seks bebas.

d. Retardasi Mental

Retardasi mental adalah kurangnya kemampuan mental dan keterampilan yang diperlukan seseorang untuk menjalankan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Ditandai dengan gangguan pada beberapa area perkembangan seperti kognitif, bahasa, motorik, dan sosial selama periode perkembangan. Ciri utamanya adalah ketidaksesuaian usia kemampuan yang dimiliki dengan usia sesungguhnya. Sebagai contoh, seorang anak berusia 5 tahun, namun memiliki kemampuan yang sesuai untuk anak umur di bawah 3 tahun. Kondisi ini mengakibatkan keterbatasan fungsi intelegensia (penyelesaian masalah) dan fungsi perilaku adaptif (penyesuaian diri).

Secara umum, gejala dan tanda yang sering ditemukan pada seorang dengan retardasi mental di antaranya:

- 1) keterlambatan dalam perkembangan ketrampilan, seperti kemampuan untuk: berguling, duduk, merangkak, atau berjalan;
- 2) keterlambatan atau mengalami masalah dalam kemampuan berbicara/berbahasa;
- 3) keterlambatan untuk menguasai ketrampilan lain seperti *toilet training* (buang air besar/kecil pada tempatnya), berpakaian, makan, dan fungsi perawatan diri lainnya;
- 4) kesulitan untuk mengingat sesuatu, kesulitan untuk berkonsentrasi;
- 5) ketidakmampuan untuk menghubungkan antara apa yang akan dilakukan dan konsekuensinya;

- 6) masalah perilaku seperti luapan emosi yang meledak-ledak, agresif, ketidakmampuan untuk mengontrol/mengendalikan impuls (keinginan/dorongan);
- 7) kesulitan untuk memecahkan masalah atau berpikir logis yang mengakibatkan ketergantungan pada orang lain (tidak mandiri);
- 8) kurangnya rasa ingin tahu, bersikap pasif;
- 9) penarikan diri dari kegiatan atau lingkungan sosial, rendah diri;
- 10) kecenderungan melukai diri, toleransi yang rendah terhadap frustrasi; dan
- 11) keras kepala (sulit dinasehati/diberi masukan).

Penegakkan diagnosis retardasi mental terutama dilakukan melalui pemeriksaan IQ (tes intelegensia).

e. Gangguan terkait 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:

- 1) Gangguan dalam perilaku sosial, komunikasi dan Bahasa;
- 2) Gangguan dalam atensi (perhatian) yang berat dan tidak mampu untuk fokus, berhenti mengerjakan tugas sebelum menyelesaikannya dan pindah mengerjakan tugas lainnya;
- 3) Aktivitas berlebihan yang berat: lari-lari berputar yang tidak bisa dikontrol, sulit untuk duduk diam, bicara atau bergerak terus;
- 4) Impulsivitas berlebihan: melakukan sesuatu tanpa berpikir terlebih dahulu;
- 5) Perubahan yang tiba-tiba dalam perilaku atau hubungan dengan teman sebaya termasuk kemarahan dan penarikan diri; dan
- 6) Perilaku disosial, 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, terus menerus tidak patuh atau menentang.

Diperlukan waktu sedikitnya 6 bulan untuk menegakkan diagnosis tersebut sambil memerhitungkan tingkat perkembangan anak atau remaja.

C. Penanggulangan pemasungan

Penanggulangan pemasungan meliputi berbagai upaya pencegahan, dan penanggulangan pemasungan baik yang terjadi pada fase pencegahan pemasungan (pra-pemasungan), saat pemasungan (fase penanganan pemasungan), dan pasca pemasungan (fase rehabilitasi pasca pemasungan). Upaya, kegiatan, dan program-program tersebut meliputi:

1. Fase pencegahan pemasungan
 - a. Melakukan advokasi dan sosialisasi
 - b. Memfasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan
 - c. Menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau
 - d. Memberikan tatalaksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi maupun non medikasi termasuk untuk kondisi kedaruratan psikiatri
 - e. Mengembangkan layanan rawat harian (*day care*)
2. Fase penanganan pemasungan
 - a. Melakukan advokasi dan sosialisasi
 - b. Memfasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan
 - c. Melakukan pemeriksaan dan tatalaksana awal di komunitas
 - d. Melakukan rujukan ke Rumah Sakit Umum (RSU) atau Rumah Sakit Jiwa (RSJ)
 - e. Melakukan kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*)
 - f. Mengembangkan layanan residensial termasuk layanan rawat harian (*day care*)
 - g. Mengembangkan kapasitas tenaga kesehatan di layanan primer dan kader
3. Fase rehabilitasi pasca pemasungan
 - a. Melakukan advokasi dan edukasi
 - b. Memfasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan

- c. Menyediakan akses ke layanan kesehatan jiwa termasuk jaminan keberlanjutan terapi baik fisik maupun jiwa
- d. Memberikan tata laksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi dan non medikasi
- e. Melakukan kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*)
- f. Rehabilitasi vokasional dan okupasional
- g. Memfasilitasi ODGJ dalam memperoleh modal usaha mandiri atau lapangan pekerjaan
- h. Mengembangkan layanan di tempat kediaman residensial dan layanan rawat harian (*day care*)
- i. Mengembangkan kelompok bantu diri, organisasi konsumen dan keluarga
- j. Memfasilitasi proses kembali (re-integrasi) ke keluarga dan masyarakat

Rekapitulasi upaya-upaya di atas sesuai dengan fasenya dapat dilihat dalam lampiran

D. Tantangan Pasca Pemasungan

Upaya penatalaksanaan pasca pasung perlu memerhatikan berbagai tantangan baik yang dihadapi oleh ODGJ pasca pemasangan atau keluarga. Upaya penatalaksanaan pemasangan diharapkan mampu menjawab setiap kebutuhan yang diharapkan oleh ODGJ dan keluarga. Berikut ini akan dibahas tentang tantangan yang dihadapi oleh ODGJ pasca pemasangan dan tantangan yang dihadapi keluarga/pelaku rawat pasca pasung.

1. Tantangan yang dihadapi oleh ODGJ pasca pemasangan dan cara penyelesaiannya

Penatalaksanaan pemasangan bukan hanya terbatas pada upaya membebaskan pasien dari pasung, namun juga mencakup upaya pencegahan terjadinya pemasangan kembali dan pemberdayaan ODGJ pasca pemasangan. Berikut ini beberapa tantangan yang dihadapi ODGJ pasca pemasangan:

- a. Membina hubungan sosial

Hubungan sosial adalah hubungan timbal balik antara individu satu dengan individu yang lain dengan tujuan saling mempengaruhi satu sama lain. Peningkatan ketrampilan

membina hubungan sosial ODGJ pasca pemasangan diawali dengan meningkatkan komunikasi dengan anggota keluarga dan berkembang dengan ketrampilan hubungan sosial dengan masyarakat. Latihan peningkatan ketrampilan hubungan sosial dilakukan secara bertahap mulai dari keluarga, keterlibatan dalam kelompok dan berbagai kegiatan di masyarakat. ODGJ pasca pemasangan dianggap telah berhasil membina hubungan sosial jika telah mampu melakukan interaksi secara mandiri di masyarakat.

Latihan ketrampilan sosial ODGJ pasca pemasangan adalah kemampuan seorang untuk menyampaikan perasaannya atau mengkomunikasikan keinginannya kepada orang lain. Latihan interaksi sosial dibagi menjadi tiga tahapan. Tahap pertama adalah menerima ketrampilan interaksi sosial yaitu keterampilan untuk mengenali isyarat lingkungan sekitar dan hubungan interpersonal dengan orang lain. Tahap kedua adalah keterampilan pengolahan kemampuan diri untuk mengidentifikasi dan mengalokasikan sumber daya internal sebagai persiapan interaksi. Tahap ketiga adalah mengirimkan ketrampilan melalui pelaksanaan interaksi.

Keterampilan sosial terdiri atas dua keterampilan yaitu keterampilan ekspresif dan keterampilan reseptif. Keterampilan ekspresif lebih menitikberatkan pada tiga kelompok perilaku yang berkontribusi terhadap kualitas kinerja sosial yaitu perilaku verbal, perilaku paralinguistik, dan perilaku nonverbal. Perilaku verbal meliputi bentuk, struktur, isi dan jumlah kata yang digunakan selama percakapan. Penggunaan akurat dari perilaku verbal memungkinkan saling pengertian dan mempertahankan percakapan yang masuk akal. Perilaku paralinguistik menekankan pada karakteristik suara selama percakapan, termasuk volume, kecepatan, dan intonasi. penggunaan yang tepat dari perilaku paralinguistik memfasilitasi komunikasi yang akurat dari kasih sayang dan emosi. Perilaku nonverbal memberikan isyarat keadaan emosional seseorang. Perubahan otot halus di sekitar mulut dan mata mewakili suasana hati dan perasaan yang berbeda. Oleh karena itu, koordinasi yang baik dari perilaku nonverbal memberikan sinyal yang tepat untuk

menarik atau menolak orang untuk bercakap-cakap. Ketrampilan kedua adalah keterampilan reseptif yakni keterampilan yang membantu seorang individu untuk memahami situasi sosial secara akurat. Persepsi yang akurat dari situasi sosial memerlukan perhatian dari mitra interaksi, analisis situasi dan pengetahuan untuk melakukan penataan respon yang tepat.

Tahapan ketrampilan hubungan sosial pada ODGJ pasca pemasangan dilakukan dalam empat tahapan. Tahap pertama dimulai dengan mengajarkan ketrampilan sosial di dalam keluarga inti. Ketrampilan komunikasi dalam keluarga ini difokuskan pada komunikasi untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar dan menjalankan hidup sehari-hari. Tahap kedua adalah latihan komunikasi dalam pendidikan dan karir pekerjaan. Orang dengan gangguan jiwa pasca pemasangan diajarkan untuk mengenali situasi umum di tempat kerja atau sekolah, mengkomunikasikan situasi stress ditempat kerja atau sekolah, berkomunikasi dengan atasan, berkomunikasi dengan bawahan atau dengan rekan sejawat. Tahap ketiga adalah latihan ketrampilan komunikasi dalam rangka memuaskan hubungan sosial dan intim. Orang dengan gangguan jiwa diajarkan untuk melakukan hubungan dengan menitikberatkan pada rasa kasih sayang dan perhatian. Tahap keempat adalah ketrampilan komunikasi agar dapat berpartisipasi dalam kehidupan masyarakat dengan hak penuh.

Latihan ketrampilan sosial dalam rangka membantu ODGJ pasca pemasangan ini dilakukan oleh seluruh komponen dalam masyarakat. Perawat puskesmas mempunyai tanggung jawab utama untuk melakukan evaluasi dan pemantauan terhadap peningkatan ketrampilan ODGJ. Perawat perlu melibatkan seluruh unsur masyarakat untuk terlibat aktif dalam latihan ketrampilan sosial yang dilakukan oleh ODGJ. Dalam menjalankan tugasnya perawat perlu melibatkan kader kesehatan jiwa, keluarga dan masyarakat. Panduan evaluasi dapat diberikan kepada kader yang digunakan sebagai sarana evaluasi ketika kader melakukan proses kunjungan rumah.

- b. Stigma dalam diri

Stigma diri adalah internalisasi dampak psikologi dari sebuah penilaian negatif. Masalah kesehatan jiwa menyebabkan individu tidak diterima oleh lingkungannya sebagai teman, pekerja, tetangga atau pasangan. Kondisi ini yang menyebabkan penilaian individu menjadi tidak berguna sehingga sulit mengembangkan rasa percaya kepada orang lain, penurunan intelegensi dan penurunan kemampuan. Stigma diri terdiri atas empat komponen. Komponen pertama kesadaran, yaitu individu sadar bahwa stereotype berhubungan dengan masalah kesehatan jiwa. Stereotipe adalah sebuah pandangan atau cara pandang terhadap suatu kelompok sosial, dimana cara pandang tersebut lalu digunakan pada setiap anggota kelompok tersebut. Komponen kedua adalah persetujuan, bahwa individu setuju dengan stereotype yang disandang oleh ODGJ. Komponen ketiga adalah aplikasi, yakni individu tersebut menerapkan stereotype pada dirinya sendiri. Komponen keempat adalah membahayakan, yaitu ODGJ membahayakan harga diri dan *self efficacy* dengan pandangan yang disandang oleh dirinya.

Reduksi stigma diri dapat dilakukan dengan melakukan psikoedukasi kepada ODGJ pasca pemasangan. Materi yang diberikan pada psikoedukasi meliputi informasi terkait distress yang dialami oleh ODGJ, melatih individu dalam menyelesaikan konflik yang terjadi di dalam dirinya, memberi kesempatan dalam memvalidasi perasaan ODGJ dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas, meningkatkan coping individu dalam menghadapi distress dan meningkatkan penggunaan dukungan formal atau informal bagi ODGJ dan keluarga dalam mencari makna bagi ODGJ. Kegiatan reduksi stigma diri ini harus dilakukan secara bertahap untuk memberikan kesempatan kepada ODGJ mempelajari coping baru.

Proses reduksi stigma diri dilakukan baik oleh tenaga kesehatan maupun seluruh lapisan masyarakat. Keterlibatan keluarga untuk selalu menjadi pendamping utama ODGJ merupakan dukungan terbesar bagi ODGJ dalam mereduksi stigma yang dialami. Keluarga dan masyarakat bertugas untuk senantiasa memberikan pujian dan dukungan positif terhadap setiap keberhasilan yang dicapai oleh ODGJ.

- c. Menghadapi sikap keluarga dan konflik/ketegangan dalam keluarga

Trauma dimasa lalu akibat perilaku ODGJ yang membahayakan orang lain seringkali menimbulkan ketegangan dalam hubungan dengan keluarga. Keluarga merasa berada dalam bayangan masa lalu atas perilaku agresif dan tidak terkendali yang dilakukan oleh ODGJ. Kerugian ekonomi yang harus ditanggung oleh keluarga akibat kerusakan yang ditimbulkan menjadikan konflik bagi keluarga untuk menerima ODGJ kembali dalam keluarga.

Upaya yang harus dilakukan tenaga kesehatan bersama seluruh unsur lintas sektor adalah membangun rasa percaya terhadap perubahan perilaku adaptif yang terjadi pada ODGJ. Pendampingan keluarga secara terus menerus dengan terlibat dalam hubungan ODGJ dan keluarga harus dilakukan untuk menjalin interaksi yang harmonis. Tenaga kesehatan dapat melakukan upaya bertahap untuk membantu keluarga menurunkan atau mengurangi ketegangan yang terjadi dalam hubungan dengan keluarga. Tahapan reduksi konflik/ketegangan dalam keluarga pada ODGJ pasca pemasangan dapat dibaca dalam tabel berikut ini:

TAHAPAN	AKTIVITAS
Eksplorasi	<ol style="list-style-type: none">1. Eksplorasi ketegangan yang terjadi pada ODGJ dan keluarga2. Kaji penyebab utama ketegangan atau konflik yang dialami3. Diskusikan penilaian ODGJ terhadap sikap keluarga sebelum, selama dan pasca pemasangan4. Dorong ODGJ pasca pasang dan keluarga untuk mengidentifikasi aspek positif masing-masing
Partisipasi	<ol style="list-style-type: none">1. Dampingi ODGJ pasca pasang dalam menyiapkan seluruh keperluan rumah tangga dalam meningkatkan ketrampilan dan kemandiriannya2. Dampingi ODGJ pasca pasang keluarga dalam melakukan latihan ketrampilan dan kemampuan

TAHAPAN	AKTIVITAS
	3. Dampingi ODGJ pasca pasung setiap hari dalam evaluasi kemampuan dan ketrampilan
	4. Dorong ODGJ untuk melakukan komunikasi dengan keluarga dalam aktivitas sehari-hari
Resolusi	1. Dorong ODGJ pasca pasung untuk menyampaikan perasaan, permintaan dan penolakan yang dirasakan secara asertif
	2. Dorong ODGJ pasca pasung untuk mengkomunikasikan setiap keberhasilan dan hambatan yang dialami oleh ODGJ pasca pasung dalam meningkatkan kemampuan dan kemandiriannya kepada keluarga

d. Kontrol gejala dan cegah kambuh

Kekambuhan adalah peristiwa munculnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah membaik. Kekambuhan pada orang dengan skizoprenia diperkirakan mencapai 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua. Beberapa situasi atau kejadian dapat memicu terjadinya kekambuhan pada ODGJ. Berikut ini diuraikan beberapa penyebab terjadinya kekambuhan pada ODGJ pasca pasung:

- 1) Menghentikan obat atau tidak minum obat yang diresepkan
- 2) Menggunakan obat-obatan dan alkohol
- 3) Berada dalam situasi stress
- 4) Konflik dalam hubungan interpersonal baik dengan keluarga maupun lingkungan masyarakat
- 5) Penyakit atau kematian orang yang dicintai

Tiga aktivitas penting yang harus dilakukan dalam mencegah kekambuhan adalah mengenali tanda kambuh secara dini, melakukan tindakan saat kambuh dan mencari bantuan jika diperlukan. Pada pengenalan dini kambuh, keluarga dan masyarakat diajarkan oleh tenaga kesehatan untuk senantiasa mengenali tanda atau gejala yang mengarah pada kekambuhan. Tanda-tanda kambuh tersebut diantaranya:

- 1) Terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur
- 2) Menghentikan obat atau tidak mengkonsumsinya secara teratur

- 3) Merasa tegang, gugup, atau bermusuhan
- 4) Manarik diri dari lingkungan sosial
- 5) Penurunan motivasi kebersihan pribadi
- 6) Peningkatan paranoia, halusinasi, atau mendengar suara-suara
- 7) Isi pikir yang membingungkan atau tidak masuk akal
- 8) keyakinan palsu atau delusi (berpikir orang membicarakannya, menjadi terlalu percaya diri dengan kemampuannya)
- 9) Peningkatan perilaku yang merugikan diri atau orang lain (menghabiskan uang, menggunakan alkohol/obat-obatan)

Aktivitas kedua adalah melakukan tindakan saat terjadi kekambuhan. Aktivitas yang dilakukan diantaranya adalah membangun ketrampilan coping yang adaptif, mengidentifikasi situasi stress dan melakukan manajemen situasi yang penuh dengan tekanan. Membangun ketrampilan coping adaptif dapat dilakukan dengan cara menjaga pola makan yang sehat, olahraga secara teratur, tidur yang cukup, ketrampilan relaksasi dan ketrampilan berpikir positif. Identifikasi situasi stres dapat dilakukan dengan memahami berbagai gejala yang muncul baik secara fisik, maupun psikologis. Beberapa situasi stress yang mungkin dialami oleh ODGJ pasca pasung adalah memulai di sekolah atau pekerjaan yang baru, hubungan dengan orang lain, perubahan di dalam keluarga atau lingkungan sekitar dan berbagai masalah kesehatan fisik. Manajemen situasi yang penuh dengan tekanan dapat dilakukan dengan enam tahap kegiatan yaitu mengidentifikasi masalah, menetapkan tujuan, memikirkan cara penyelesaian masalah yang konstruktif, menilai pro dan kontra setiap solusi yang teridentifikasi, memilih solusi dan mengevaluasi hasilnya.

Salah satu tanggung jawab yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat kepada ODGJ pasca pasung adalah mencegah terjadinya kekambuhan melalui keterlibatan dalam mengendalikan gejala. Kegiatan pengontrolan gejala dapat dilakukan oleh seorang perawat dengan dukungan keluarga dan masyarakat. Strategi yang diajarkan kepada keluarga untuk mengurangi kekambuhan adalah memiliki

dukungan sosial, belajar tentang kondisi dan gejala yang dialami, berpartisipasi dalam perawatan suportif dan terapi, menemukan pilihan obat yang bekerja tepat untuk ODGJ, minum obat secara teratur sesuai yang diresepkan dan belajar mengelola stress. Perawat dapat mendukung penurunan kekambuhan dengan cara melakukan hubungan terapeutik, kunjungan rumah dan psikoedukasi.

Perawat dapat membantu ODGJ pasca pasung untuk melakukan latihan kontrol gejala. Beberapa latihan dilakukan sesuai dengan gejala yang ditemukan pada ODGJ seperti contoh berikut:

No	Gejala yang muncul	Aktivitas yang dilakukan untuk mengontrol gejala
1.	Perilaku kekerasan	<ul style="list-style-type: none">a. Melatih ODGJ mengidentifikasi tentang penyebab, gejala yang dirasakan, perilaku yang dilakukan, akibat perilaku kekerasan yang dilakukanb. Melatih mengontrol perilaku kekerasan dengan cara<ul style="list-style-type: none">1) Kegiatan penyaluran energi2) Kepatuhan terhadap medikasi3) Penyampaian rasa marah secara asertif4) Kegiatan spiritual
2.	Halusinasi	<ul style="list-style-type: none">a. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi tentang halusinasi yang dialamib. Melatih mengontrol halusinasi yang dialami dengan cara<ul style="list-style-type: none">1) Melakukan kompromi dengan halusinasi2) Kepatuhan terhadap medikasi3) Melakukan komunikasi dengan orang lain4) Melakukan aktivitas sehari-hari
3.	Perilaku menarik diri	<ul style="list-style-type: none">a. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi penyebab ODGJ pasca pasung menarik diri dari lingkungan sosialb. Mengajarkan ODGJ pasca pasung untuk mengenali setiap hal positif dari sebuah interaksi dan hal negatif yang terjadi jika tidak terlibat aktif dalam sebuah interaksi

No	Gejala yang muncul	Aktivitas yang dilakukan untuk mengontrol gejala
		c. Mengajarkan ODGJ pasca pasung untuk melakukan kegiatan interaksi secara bertahap mulai di dalam keluarga, kelompok, dan masyarakat
4.	Perasaan tidak berharga	a. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi adanya perasaan tidak berharga b. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi kemampuan positif yang masih dimiliki untuk dikembangkan c. Mengajarkan ODGJ pasca pasung untuk melakukan kegiatan positif yang masih dimiliki untuk mencapai kemandirian dan produktifitas.
5.	Perasaan ingin menyakiti diri	a. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi dan melakukan afirmasi terhadap kemampuan positif yang masih dimiliki b. Melatih ODGJ pasca pasung untuk mengidentifikasi dan melakukan afirmasi terhadap aspek positif keluarga dan lingkungan sekitar c. Mengajarkan ODGJ pasca pasung untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan positif yang masih dapat dilakukan.

- e. Mengatasi disabilitas atau masalah kesehatan fisik akibat pemasangan

Pemasangan seringkali memberikan dampak fisik bagi ODGJ pasca pasung. Pemasangan dapat mengakibatkan injuri dan kematian yang dihasilkan akibat penekanan pasung. Tidak jarang pasung menyebabkan kecacatan permanen yang dialami oleh ODGJ pasca pasung. Pemasangan juga sering dikaitkan dengan ancaman gangguan kesehatan fisik berupa penyakit. Latar belakang lingkungan tempat pemasangan yang kotor, lembab dan tanpa pencahayaan yang cukup sering ditengarai sebagai penyebab terjadinya penyakit fisik pada ODGJ pasca pemasangan. Sanitasi yang buruk dan kebersihan yang tidak memadai menambah deretan penderitaan ODGJ dengan pemasangan.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi disabilitas dan masalah kesehatan fisik dilakukan dengan melakukan pemeriksaan secara teratur kondisi fisik ODGJ pasca pemasangan. Advokasi kepada keluarga dan lintas sektor

dilakukan dalam upaya untuk menyediakan perumah yang layak bagi ODGJ pasca pemasangan. Latihan dan terapi fisik dilakukan untuk mengoptimalkan kondisi fisik ODGJ.

f. Melakukan perawatan diri

Pemasangan seringkali menyisakan masalah bagi ODGJ dalam ketrampilan perawatan diri. Lamanya durasi pemasangan yang dialami oleh ODGJ mengakibatkan penurunan kemampuan ODGJ dalam hal perawatan diri. Seringkali ODGJ ditemukan dalam kondisi tanpa pakaian, rambut gimplal, kuku kotor, gigi kotor, badan bau dan penuh kotoran. Perawat dan keluarga mempunyai tanggung jawab untuk membantu ODGJ menggunakan kemampuannya dalam rangka meningkatkan ketrampilan perawatan diri.

Peningkatan ketrampilan perawatan diri dimulai dengan memberikan pemahaman perawatan diri kepada ODGJ didampingi oleh keluarga. Perawat membantu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki oleh ODGJ dalam melakukan perawatan diri. Kemampuan yang dimiliki selanjutnya dikembangkan untuk melakukan proses perawatan diri. Latihan melakukan perawatan diri dimulai dengan mengenalkan alat yang digunakan dalam rangka melakukan perawatan diri. Aktivitas kedua adalah penjelasan prosedur yang benar untuk melakukan perawatan diri. Pada langkah kedua ini perawat memberikan contoh tentang cara perawatan diri yang benar. ODGJ pasca pemasangan melakukan demonstrasi tentang cara perawatan diri. Setelah ODGJ pasca pemasangan telah memahami seluruh proses maka tahap selanjutnya adalah mendorong ODGJ mengaplikasikan secara nyata dalam kehidupan sehari-hari.

Keluarga sebagai sumber dukungan utama bertanggung jawab untuk menjadi pendamping bagi ODGJ pasca pemasangan dalam melakukan perawatan diri. Perawatan diri yang dilakukan tidak hanya terbatas pada mandi, namun juga termasuk berdandan, mengajarkan kemampuan makan secara benar dan pemanfaatan toileting secara tepat. Evaluasi harian dilakukan oleh keluarga sedangkan evaluasi mingguan dapat dilakukan oleh kader kesehatan jiwa dan perawat. Evaluasi kemampuan ODGJ

dilakukan secara terus menerus sampai dengan ODGJ mampu secara mandiri dan tepat melakukan perawatan diri.

g. Mendapatkan kepercayaan dari keluarga dan masyarakat

Stigma diartikan sebagai kondisi individu yang dilabel negatif oleh lingkungan sosial. Bagi masyarakat, ODGJ dirasakan sebagai ancaman dan sering membuat resah karena dianggap sering berperilaku membahayakan. Perilaku membahayakan ODGJ seringkali dianggap permanen dan tidak akan dapat diatasi dengan cara apapun. Akibatnya ODGJ jarang mendapat kepercayaan dari keluarga. Kemampuan ODGJ seringkali dipandang sebelah mata. Pertanyaan yang sering disampaikan adalah “apakah dia bisa?” sering membuat ODGJ semakin tidak percaya dengan keyakinannya.

Langkah yang dilakukan untuk membangun kepercayaan keluarga dan masyarakat adalah dengan melakukan orientasi kemampuan ODGJ secara bertahap. Pemberian tanggung jawab secara bertahap dinilai dapat membangun kepercayaan keluarga dan masyarakat terhadap kemampuan ODGJ. Berikut ini adalah langkah-langkah yang dilakukan oleh perawat dalam rangka membantu ODGJ untuk membangun kepercayaan dari orang di sekitarnya adalah sebagai berikut:

- 1) Bantu ODGJ pasca pemasangan untuk mengidentifikasi berbagai kemampuan yang dapat dilakukan
- 2) Dorong ODGJ pasca pemasangan untuk memilih satu tanggung jawab yang akan dilakukan dimulai dari hal yang sederhana misalnya mandi tanpa diminta oleh orang sekitar secara benar.
- 3) Tingkatkan tanggungjawab yang dilakukan oleh ODGJ tidak hanya terbatas pada aktivitas perawatan diri, namun juga aktivitas sehari-hari di rumah, tanggung jawab dalam kelompok sampai dengan tanggung jawab dalam masyarakat.
- 4) Evaluasi secara berkesinambungan setiap tanggung jawab yang dijalankan dan minta ODGJ menceritakan setiap keberhasilan dan kendala yang dialami.

h. Mendapatkan pekerjaan atau membuka usaha

Mengerjakan sesuatu pekerjaan merupakan salah satu upaya rehabilitasi yang dilakukan kepada ODGJ pasca pasung untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Kegiatan yang berarti, seperti sekolah, kerja sukarela, bekerja paruh waktu dan pekerjaan penuh waktu memungkinkan ODGJ pasca pemasangan untuk bertemu orang baru dan membangun hubungan pertemanan. Setiap orang membutuhkan beberapa kegiatan yang berarti dalam kehidupannya untuk memberikan kepuasan dalam perjalanan hidupnya. Beberapa ODGJ pasca pemasangan mampu untuk kembali bekerja dengan cara yang sama mereka lakukan sebelumnya. Pekerjaan memainkan peran penting dalam pemulihan. Terkadang pemasangan telah memberikan dampak yang besar bagi ODGJ seperti kehilangan pekerjaan dan merasa tidak percaya diri.

Tanggung jawab untuk mendapatkan pekerjaan sesuai dengan kemampuan ODGJ memerlukan kerjasama dengan berbagai pihak. Berikut ini merupakan tahapan yang dapat dilakukan untuk membantu ODGJ dalam rangka mendapatkan pekerjaan atau membuka usaha.

- 1) Tenaga kesehatan dan peran lintas sektor membantu menyiapkan ODGJ pasca pemasangan untuk bekerja, menemukan dan mempertahankan pekerjaan dan berkembang di lingkungan kerja. Pada tahap pertama ini perlu dilakukan penilaian minat karir, keterampilan kerja, dan tantangan kerja yang kemungkinan dialami oleh ODGJ pasca pemasangan
- 2) Pemilihan jenis pekerjaan apakah lebih terfokus pada pekerjaan paruh waktu atau penuh. Pertimbangan yang harus dipikirkan adalah apakah kemampuan dan stamina yang dimiliki memungkinkan ODGJ pasca pemasangan siap untuk bekerja penuh waktu, paruh waktu atau membuka usaha sendiri.
- 3) Latihan kerja yang dibantu oleh peran lintas sektor seperti dinas sosial, dinas tenaga kerja, pemberdayaan masyarakat atau relawan dalam mengasah ketrampilan ODGJ
- 4) Advokasi kepada berbagai perusahaan sesuai dengan minat kerja ODGJ

5) Penyaluran ODGJ pasca pemasangan untuk bekerja secara mandiri baik melalui perusahaan maupun usaha pribadi.

i. Terlibat dalam aktivitas masyarakat (budaya, religi, politik)

Keterlibatan ODGJ pasca pemasangan dilakukan untuk mengembalikan kemampuan sosialisasi di tengah kehidupan bermasyarakat. Persiapan untuk melibatkan ODGJ pasca pemasangan dalam aktivitas dapat dilakukan melalui memberikan terapi aktivitas kelompok kelompok, pelatihan keterampilan sosial, penatalaksanaan pengobatan, sosialisasi dan rekreasi. Terapi aktivitas kelompok diberikan oleh perawat di masyarakat dalam rangka membangun kepercayaan masyarakat terhadap kemampuan yang dimiliki ODGJ. Keterampilan sosial sederhana seperti melibatkan ODGJ pada kegiatan keagamaan seperti sholat bersama di masjid atau beribadah bersama di gereja, kegiatan peringatan hari besar seperti terlibat dalam karnaval atau kerja bakti warga diharapkan mampu mengembalikan kemampuan ODGJ dalam hidup bermasyarakat. ODGJ juga diberikan kesempatan untuk menjalankan haknya dalam kehidupan berpolitik seperti mempunyai hak pilih. Kegiatan rekreasi bersama dapat digunakan sebagai sarana untuk mendekatkan ODGJ dengan lingkungannya.

Perawat harus menyediakan sumber-sumber pendukung bagi ODGJ dimasyarakat dalam rangka membangun keterlibatannya di masyarakat. Nomer telepon yang dapat dihubungkan saat krisis akan membantu ODGJ belajar untuk terlibat dalam kehidupan bermasyarakat. Terbentuknya tim di masyarakat yang turut bertanggung jawab untuk menjadi pendamping ODGJ menguatkan potensi untuk terlibat dalam aktivitas masyarakat. Keterampilan yang harus diberikan diantaranya menjalankan ibadah keagamaan bersama, kegiatan kesenian, terapi fisik berupa olah raga, keterampilan, berbagai macam kursus, bercocok tanam, dan rekreasi.

j. Mengakses layanan publik (termasuk layanan kesehatan, sosial) secara mandiri

Kemandirian ODGJ pasca pemasangan dapat dinilai dari pemanfaatan layanan publik. Sejak terbebas dari pasung, ODGJ

dihadapkan pada fakta bahwa dirinya merupakan individu mandiri yang harus mampu melakukan akses ke layanan publik. Keterbatasan kemampuan seringkali menghambat proses peningkatan kemandirian ODGJ dalam memanfaatkan layanan publik.

Orang dengan gangguan jiwa diajarkan untuk belajar mengakses layanan publik secara mandiri. Tahap yang pertama dapat dilatih adalah membuat jadwal kunjungan ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan secara mandiri. Penilaian didasarkan pada kepatuhan dan kemampuan untuk menjelaskan kondisi selama dirumah, menceritakan hasil dari perawatan dan pengobatan yang dijalani serta aktivitas yang dilakukan memberikan kepercayaan bagi ODGJ pasca pasung untuk memanfaatkan fasilitas publik. Latihan dapat ditingkatkan dengan memberikan tanggung jawab seperti memanfaatkan fasilitas kantor pos, pasar, bank dan fasilitas publik lainnya. Perawat atau pekerja sosial dapat melakukan pendampingan terlebih dahulu dengan menjelaskan tentang bagaimana pemanfaatan masing-masing fasilitas publik, prosedur yang harus dijalani ketika menggunakan fasilitas publik dan keuntungan yang diperoleh dari masing-masing fasilitas publik yang digunakan. Keluarga dan masyarakat berperan aktif untuk membantu ODGJ pasca pemasangan untuk memperoleh ketrampilan mengakses layanan publik secara benar.

- k. Keputusasaan dan kebosanan yang bersangkutan dalam melanjutkan pengobatan

Orang dengan gangguan jiwa masih dapat dioptimalkan kemampuannya dengan syarat pengobatannya baik dan tidak terlambat. Jika syarat tersebut dapat dipenuhi 25 persen penderita skizofrenia bisa disembuhkan. Sayangnya fakta di masyarakat kita seringkali menemukan kondisi putus obat yang disebabkan karena ketidaktahuan dan ketidakmampuan ODGJ mempertahankan pengobatan secara benar. Banyak ODGJ yang kemudian menghentikan sendiri pengobatannya ketika merasa sedikit lebih baik karena alasan bosan mengkonsumsi obat secara rutin.

Faktor yang dapat memengaruhi kepatuhan ODGJ terhadap pengobatan dibagi menjadi lima dimensi yakni

- 1) karakteristik pasien (misalnya, sikap terhadap penyakit dan obat-obatan, pertimbangan sosial ekonomi, pengawasan sosial)
- 2) manajemen perawatan (misalnya, perawatan dikomunitas dibandingkan dengan rawat inap atau rawat jalan)
- 3) karakteristik obat (misalnya, efek samping, sensitivitas individu terhadap efek samping,);
- 4) gambaran klinis dari gangguan (misalnya, kronisitas, perasaan bersalah yang berlebihan pada individu dengan depresi, paranoid pada skizofrenia, penyalahgunaan zat dan komorbiditas kecemasan)
- 5) keahlian dokter (misalnya, pengetahuan tentang farmakologi, kemampuan empati, kemampuan menanamkan harapan, keberhasilan integrasi farmakologi dan psikoterapi).

Berikut ini merupakan beberapa pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi keputusasaan dan kebosanan terkait pengobatan yang dijalani oleh ODGJ.

- 1) lakukan skrining sejak dini tentang pemahaman ODGJ tentang jenis pengobatan yang diterima, manfaat yang didapat dan efek samping yang mungkin ditemui selama mengkonsumsi obat
- 2) identifikasi faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dalam mengkonsumsi obat
- 3) sediakan akses yang mudah bagi ODGJ jika ditemukan masalah dalam pengobatan seperti memberikan nomor telepon yang mudah dihubungi ketika terjadi masalah pada saat pengobatan
- 4) dorong komunikasi secara teratur dengan tenaga kesehatan setiap perkembangan terkait pengobatan yang dijalani
- 5) lakukan intervensi untuk meningkatkan kepatuhan ODGJ mengkonsumsi obat:
 - a) menyediakan form monitoring dan kalender besar dengan pena untuk mencatat pengobatan yang dijalani

- b) menyediakan kontainer obat dengan alarm untuk mengingatkan waktu minum obat
 - c) memberikan label wadah dosis tunggal untuk mencegah pengambilan dosis obat tambahan
 - d) membuat catatan harian untuk merekam efek samping yang dialami sebagai bahan diskusi dengan dokter pada saat kunjungan klinik
 - e) melibatkan keluarga sebagai pendamping minum obat
2. Tantangan yang dihadapi oleh keluarga/pelaku rawat pasca pemasangan dan cara penyelesaiannya

Keluarga sebagai pelaku rawat bagi pelaku rawat pasca pemasangan. Merawat ODGJ memberikan beberapa dampak bagi keluarga. Dampak pertama dikaitkan dengan konsekuensi waktu perawatan yang panjang dengan hasil perawatan yang kurang optimal, *burden of disease*, dan memberikan konsekuensi fisik, emosi dan perilaku bagi keluarga sebagai *caregiver*. Berikut ini merupakan beberapa tantangan yang harus dihadapi oleh keluarga sebagai pelaku rawat pasca pemasangan

- a. Akses ke layanan baik kesehatan maupun non kesehatan termasuk ancaman ketidakberlanjutan terapi

Tingginya stigma yang disandang oleh ODGJ mengakibatkan banyaknya kasus gangguan jiwa yang akhirnya disembunyikan dari lingkungan. Pemisahan dari akses sosial menyebabkan kendala bagi ODGJ mendapatkan kemudahan akses ke layanan kesehatan. Tingkat partisipasi lingkungan sekitar yang rendah menyebabkan keluarga dihadapkan pada sebuah pilihan layanan yang tepat bagi ODGJ. Kronisitas yang dialami oleh ODGJ mengakibatkan proses perawatan ODGJ harus dihadapkan pada kenyataan waktu yang lama. Akses pelayanan kesehatan jiwa sebelumnya lebih terbatas pada penatalaksanaan berbasis rumah sakit dimana dayaampungnya sangat terbatas. Jauhnya fasilitas pelayanan kesehatan menyebabkan keengganan bagi keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam menjaga kepatuhan pengobatan dan perawatan yang harus dijalani oleh ODGJ.

Keluarnya undang-undang kesehatan jiwa memunculkan paradigma baru dalam pelayanan kesehatan jiwa. Pemerintah mencoba untuk mendekatkan layanan kesehatan jiwa melalui

pendekatan puskesmas dengan menyelenggarakan pelayanan tidak hanya di puskesmas namun petugas kesehatan yang melakukan kunjungan rumah untuk melakukan perawatan. Tantangan yang dihadapi oleh puskesmas yakni jumlah sumber daya manusia dengan ketrampilan kesehatan jiwa yang sangat terbatas. Masalah lain yang menjadi sangat penting adalah keterbatasan ketersediaan obat terutama pada kasus-kasus rujuk balik. Akibatnya keluarga dihadapkan oleh pilihan untuk kembali ke pelayanan tingkat tersier yang aksesnya cukup jauh dari tempat tinggal keluarga. Keterbatasan ekonomi akhirnya menjadi alasan bagi keluarga untuk tidak melanjutkan keberlangsungan pengobatan dan perawatan yang harus dijalani oleh ODGJ.

b. Pengetahuan tentang masalah pada ODGJ masih rendah

Keterbatasan pengetahuan tentang masalah ODGJ sering kali menjadi kendala bagi tenaga kesehatan untuk mendorong partisipasi aktif keluarga dalam merawat ODGJ. Tenaga kesehatan perlu melakukan pengkajian pengetahuan kepada keluarga tentang penurunan gejala gangguan jiwa, sumber dukungan dan ketrampilan keluarga, kebutuhan psikologis keluarga dan interaksinya dengan ODGJ, kesadaran tentang hubungan kepuasan anggota keluarga terhadap pola hubungan yang dikembangkan oleh keluarga serta pemilihan, implementasi dan evaluasi program terapi yang dijalani oleh ODGJ.

Keluarga seringkali menganggap bahwa ODGJ tidak mampu untuk belajar perilaku yang konstruktif akibat stigma masyarakat. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan bagi keluarga dalam rangka memampukan keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga yakni:

- 1) mengenal masalah kesehatan anggota keluarga
- 2) mengambil keputusan yang tepat dalam merawat anggota keluarga yang memerlukan pertolongan
- 3) merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- 4) menciptakan lingkungan yang kondusif di keluarga dan lingkungan
- 5) menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat membantu pemulihan dan pemeliharaan kesehatan jiwa

Peningkatan pengetahuan keluarga dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang gangguan jiwa. Pendidikan kesehatan keluarga dilakukan sedini mungkin sejak ODGJ pasca pemasangan dibebaskan dari pasung. Pendidikan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas baik dokter maupun perawat. Materi wajib yang diberikan di antaranya adalah:

- 1) definisi gangguan jiwa
- 2) tanda dan gejala gangguan jiwa
- 3) kebingungan emosi yang dialami oleh keluarga
- 4) dukungan yang seimbang bagi keluarga
- 5) Mengajarkan strategi manajemen stress pada keluarga dan meningkatkan penerimaan perilaku yang terkait dengan gejala positif dan negatif ODGJ.

c. Perawatan ODGJ di rumah

Keluarga merupakan orang yang paling lama berinteraksi dengan ODGJ pasca pemasangan. Tanggung jawab merawat menjadikan keluarga harus menjalankan berbagai fungsi dalam keluarga. Rasa khawatir, ketegangan atau konflik dan tuntutan kenyamanan dari anggota keluarga yang lain mengakibatkan keluarga dihadapkan pada konflik keluarga. Pembahasan tentang konflik keluarga akan dibahas secara terpisah. Perawatan ODGJ di rumah oleh keluarga diawali dengan pemenuhan kebutuhan dasar, kebutuhan kasih sayang, dan kebutuhan penunjang seperti sosialisasi dan pekerjaan. Perawatan yang dilakukan di rumah harus dilakukan dengan empat elemen dasar yaitu menjunjung martabat dan rasa hormat, berbagi informasi, partisipasi dan kolaborasi. Perlakuan yang sama dengan anggota keluarga lain perlu dibangun agar ODGJ tidak merasa dibedakan oleh keluarga. Perawat wajib memberikan pendampingan yang terus menerus terhadap keberhasilan keluarga dan hambatan yang ditemui oleh keluarga selama memberikan perawatan di rumah.

d. Mengembalikan kepercayaan kepada ODGJ

Penurunan berbagai fungsi hidup mengakibatkan ODGJ kehilangan kepercayaan dari keluarga. ODGJ dianggap selalu memiliki keterbatasan. Keluarga harus belajar untuk

memberikan sebagian tanggung jawab kepada ODGJ. Tanggung jawab tersebut dimulai dari tanggung jawab ringan seperti tanggung jawab untuk mempertahankan perawatan diri, tanggung jawab bersosialisasi, mengembangkan ketrampilan dan kemandirian ekonomi. Kegiatan yang dapat dilakukan untuk menyiapkan keluarga adalah melalui pertemuan kelompok keluarga. Tenaga kesehatan membantu keluarga untuk membangun kepercayaan dengan senantiasa terlibat aktif disetiap sesi perawatan dan pengobatan yang diberikan kepada ODGJ.

e. Stigma dari masyarakat

Stigma dari masyarakat adalah label negatif yang didasarkan pada prasangka dan diskriminasi yang diberikan kepada individu karena dianggap memiliki penyimpangan perilaku. Stigma dari masyarakat merupakan fenomena kelompok sosial yang luas tentang tindakan individu khususnya pada individu dengan masalah kesehatan jiwa. Strategi yang dapat dilakukan untuk membantu menurunkan stigma dari masyarakat yang dirasakan oleh keluarga di antara dengan cara

1) Protes

Bentuk protes dapat dilakukan melalui media dengan memberikan pesan-pesan keras untuk menghentikan kekerasan pada ODGJ dan tidak percaya pandangan negatif tentang gangguan jiwa. Protes adalah strategi reaktif yang mencoba untuk mengurangi sikap negatif terhadap gangguan jiwa tetapi gagal untuk mempromosikan sikap yang lebih positif yang didukung oleh fakta.

2) Edukasi

Edukasi adalah aktivitas memberikan informasi sehingga masyarakat dapat membuat keputusan yang lebih tepat terkait gangguan jiwa. Pemahaman yang benar tentang gangguan jiwa, membantu masyarakat untuk menempatkan ODGJ dan keluarga dalam penilaian yang seimbang.

3) Kontak

Kontak dengan ODGJ langsung yang telah memiliki kemampuan hidup di masyarakat akan mendorong keluarga untuk menurunkan stigma masyarakat. Kontak dapat

dilakukan melalui berbagai kegiatan yang tersedia di masyarakat seperti pertemuan warga, pengajian, kerja bakti, dan aktivitas lain yang melibatkan seluruh unsur masyarakat.

f. Konflik keluarga/ketegangan dalam keluarga

Konflik sering terjadi akibat perbedaan kepentingan dan pandangan atau penilaian dari sekelompok orang. Keterbatasan kemampuan ODGJ seringkali menyebabkan perbedaan penilaian terkait pentingnya merawat ODGJ atau memfokuskan tanggung jawab keluarga pada perawatan anggota keluarga yang lain. Rasa khawatir, bosan dan lelah seringkali menjadi pencetus konflik dalam keluarga. Keterlibatan ODGJ dalam lingkaran konflik seringkali menghadapkan keluarga untuk memberikan perhatian lebih dibandingkan anggota keluarga yang lain karena kekhawatiran terhadap ketidakmampuan ODGJ dalam menerima konflik.

Kunci penyelesaian konflik dalam keluarga diantaranya adalah melalui komunikasi. Pemberian pemahaman terhadap seluruh anggota keluarga tentang kondisi ODGJ, perawatan jangka panjang yang harus dijalani oleh ODGJ dan komitmen keluarga dalam membantu proses perawatan perlu dibangun melalui komunikasi yang intensif antara tenaga kesehatan dan keluarga. Setiap anggota keluarga diberikan kesempatan untuk menyampaikan perawasaannya dan menggali setiap potensi yang dimiliki oleh setiap anggota keluarga agar dapat berpartisipasi aktif dalam merawat ODGJ pasca pemasangan.

g. Merasa bahwa ODGJ adalah beban karena ketergantungannya (ekonomi maupun non ekonomi)

Program pengobatan dan perawatan dalam jangka waktu yang panjang seringkali menempatkan kondisi psikologis keluarga menjadi terbebani. Kemajuan yang lambat dari setiap perkembangan ODGJ pasca pemasangan memberikan gambaran bagi keluarga bahwa ODGJ akan menjadi beban bagi keluarga baik secara ekonomi maupun non ekonomi. Keterbatasan kesempatan bagi ODGJ untuk mendapatkan pekerjaan yang sama dengan orang pada umumnya menambah deretan alasan bagi keluarga untuk menempatkan ODGJ sebagai beban keluarga.

Langkah yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah dengan cara mengaktifkan pemberdayaan masyarakat sebagai daya dukung bagi keluarga untuk merubah pandangan bahwa ODGJ adalah beban berat bagi keluarga. Advokasi dan koordinasi dengan lintas sektor untuk menemukan bakat dan kesempatan kerja bagi ODGJ perlu diupayakan. Testimoni tentang keberhasilan ODGJ pasca pemasangan perlu diberikan kepada keluarga untuk menguatkan keyakinan keluarga tentang potensi yang dimiliki oleh ODGJ.

h. Menghilangkan rasa kuatir, waswas, takut

Perasaan cemas akan perilaku ODGJ, kemampuan untuk mandiri dan masa depan ODGJ menjadikan bayang-bayang menakutkan bagi keluarga. Kontak secara bertahap dengan meningkatkan durasi lamanya kontak dengan ODGJ pasca pemasangan memberikan perasaan menenangkan bagi keluarga. Prestasi ODGJ untuk mengontrol gejala, menunjukkan kemampuan hidup sehari-hari yang baik dan keberhasilan bekerja merupakan media untuk mengubah pikiran negatif keberadaan ODGJ pasca pemasangan. Perasaan cemas yang berkembang menjadi gangguan fisik perlu diatasi dengan melakukan manajemen ansietas. Manajemen ansietas pada keluarga ODGJ pasca pemasangan di antaranya:

Dimensi	Elemen	Contoh aktivitas dalam keluarga
Reduksi	Mengurangi situasi yang menimbulkan kecemasan	Menyediakan waktu bersama keluarga seperti dalam aktivitas makan bersama dengan menekankan pada komunikasi hangat seluruh anggota keluarga
	Menghindari perbedaan	Memberikan tanggung jawab kepada ODGJ pasca pemasangan sebuah tugas harian yang dapat dilakukan bersama-sama seperti gotong royong membersihkan rumah dengan target keberhasilan sesuai kemampuan
	Asertif	Kebiasaan dalam keluarga untuk meminta pertolongan atau menolak permintaan yang dianggap tidak wajar dengan disertai penjelasan yang rasional

Dimensi	Elemen	Contoh aktivitas dalam keluarga
Relaksasi	Pemenuhan nutrisi	Melakukan penyusunan pola diet yang sehat dengan dilengkapi nutrisi yang seimbang dalam memenuhi kebutuhan fisik
	Istirahat	Mengatur pola istirahat yang seimbang agar tercapai kebugaran tubuh
	Olah raga	Melibatkan ODGJ pasca pasung untuk aktivitas olah raga sesuai dengan minat dan bakat yang dimiliki
Dukungan sosial	Menciptakan sistem pendukung yang konstruktif	Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam pertemuan kelompok ODGJ atau keluarga untuk berbagi pengalaman dalam merawat
	Meningkatkan harga diri	Membuat catatan harian tentang aspek positif sehingga dapat memfokuskan perhatian pada hal yang dapat dihargai orang lain

- i. Kuatir menyinggung perasaan ODGJ dan memicu kekambuhan
- “Jangan bilang apa-apa nanti dia tersinggung, kalau tersinggung dia bisa mengamuk”. Kalimat tersebut seringkali kita dengar pada sebuah keluarga ketika merawat ODGJ pasca pemasangan. Keluarga seringkali membohongi diri dengan tidak mengatakan secara asertif perasaannya kepada ODGJ. Latihan asertif keluarga sebenarnya akan membantu ODGJ untuk meningkatkan kemampuan penyelesaian masalah. Keputusan tersebut diambil karena keluarga khawatir akan menyinggung perasaan ODGJ sehingga dapat menyebabkan kekambuhan.
- Latihan asertif seharusnya dapat dilakukan oleh keluarga dalam hubungan dengan ODGJ pasca pemasangan dan anggota keluarga yang lain. Latihan dapat dilakukan secara bertahap yaitu
- Langkah 1 : aktif mendengarkan apa yang dikatakan lalu menunjukkan kepada orang lain bahwa kita mendengar dan memahami mereka.
- Langkah 2 : katakan apa yang anda pikirkan atau apa yang anda rasakan. Kata namun dapat digunakan untuk menghubungkan kata yang baik pada langkah satu

dan langkah dua. Sejumlah alternatif kata yang dapat digunakan adalah di sisi lain, di samping itu, meskipun demikian, atau bagaimanapun

Langkah 3 : katakanlah apa yang anda inginkan terjadi.

Latihan asertif harus dilakukan dua arah baik dari keluarga kepada ODGJ maupun sebaliknya ODGJ kepada keluarga. Komitmen dari seluruh anggota keluarga akan membantu keberhasilan keluarga dalam melakukan pola komunikasi yang asertif.

j. Kehilangan waktu untuk diri sendiri

Keterbatasan kemampuan ODGJ pasca pemasangan berdampak terhadap meningkatnya kebutuhan penyediaan waktu bagi ODGJ. Seluruh anggota keluarga dihadapkan pada kondisi merawat ODGJ untuk mencapai hasil yang optimal. Tanggung jawab melatih ODGJ agar mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan mampu bermasyarakat memerlukan komitmen waktu yang panjang dari keluarga. Akibatnya seringkali pelaku rawat (*caregiver*) kehilangan waktu pribadinya dan seringkali karena fokus utama kepada ODGJ, anggota keluarga yang lain menjadi merasa terabaikan.

Bantuan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah dengan mengajarkan manajemen waktu dan penyediaan waktu khusus bagi keluarga untuk memanjakan kebutuhan masing-masing. Alokasi atau membatasi waktu atau menyediakan kurun waktu tertentu dilakukan untuk memfokuskan pada kebutuhan diri keluarga sebagai pelaku rawat ODGJ pasca pemasangan. Keuntungan dari alokasi waktu adalah memberikan kesempatan bagi keluarga untuk melakukan evaluasi dan menyusun strategi untuk membangun tujuan bersama ODGJ pasca pemasangan.

MATRIKS KEGIATAN INDONESIA BEBAS PASUNG BERDASARKAN FASE KEGIATAN

No	Kegiatan	Pencegahan Pemasungan	Penanganan Pemasungan	Rehabilitasi	Pemangku Kepentingan
1	Advokasi kepada pejabat dan pemerintah daerah dalam pengembangan regulasi, kebijakan, dan program	√			Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, kelompok konsumen dan keluarga
2	Advokasi ke aparat desa untuk pengurusan jaminan pembiayaan	√	√	√	Psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, grup konsumen dan keluarga
3	Menyediakan media-media edukasi	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, pekerja sosial, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga
4	Menyelenggarakan kegiatan edukasi dan advokasi keluarga yang mungkin sebagai inisiator	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan

No	Kegiatan	Pencegahan Pemasungan	Penanganan Pemasungan	Rehabilitasi	Pemangku Kepentingan
	pemasungan sekaligus perawat utama				sosial masyarakat, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga
5	Menyediakan akses ke layanan kesehatan jiwa yang lebih bermutu	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga
6	Melakukan pemeriksaan dan tatalaksana awal	√	√		Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat
7	Memberikan tatalaksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi maupun non medikasi termasuk untuk kondisi kedaruratan psikiatri	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, sektor keamanan (dalam kondisi tertentu di masyarakat),
8	Melakukan rujukan ke Rumah Sakit Umum (RSU) atau	√	√	√	Psikiater, dokter

No	Kegiatan	Pencegahan Pemasungan	Penanganan Pemasungan	Rehabilitasi	Pemangku Kepentingan
	Rumah Sakit Jiwa (RSJ) bila diperlukan				
9	Melakukan kunjungan rumah (<i>home visit</i>) atau layanan rumah (<i>home care</i>)	√	√	√	dokter, perawat, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat
10	Menjamin keberlanjutan terapi melalui bantuan akses layanan termasuk transportasi, pengurusan jaminan, dan akses layanan	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, sektor pekerjaan umum, grup konsumen dan keluarga
11	Rehabilitasi vokasional dan okupasional	√		√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan

No	Kegiatan	Pencegahan Pemasungan	Penanganan Pemasungan	Rehabilitasi	Pemangku Kepentingan
12	Melakukan upaya pengembangan akses ke layanan dari sektor non kesehatan yang berupa penyediaan modal usaha mandiri atau lapangan pekerjaan	√		√	petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita
13	Mengembangkan layanan <i>day care</i> (rawat harian)	√		√	Psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, pekerja social
14	Mengembangkan layanan residential	√		√	Psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, pekerja sosial, sector perumahan
15	Mengembangkan kapasitas tenaga profesional di layanan primer dan kader	√	√	√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat
16	Mengembangkan kelompok bantu diri, organisasi konsumen dan keluarga	√		√	Psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga

No	Kegiatan	Pencegahan Pemasungan	Penanganan Pemasungan	Rehabilitasi	Pemangku Kepentingan
17	Membantu proses re-integrasi/kembali ke masyarakat	√		√	Psikiater, psikolog, dokter, perawat jiwa, perawat, terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga
18	Memberikan wadah yang memungkinkan partisipasi budaya, religi, dan politik	√		√	Terapis okupasi, petugas pemerintahan sektor kesehatan, pekerja sosial, tenaga kesejahteraan sosial kecamatan, satuan bakti pekerja sosial, petugas sosial masyarakat/Tenaga kesejahteraan sosial masyarakat, sektor keamanan, sektor pendidikan, sektor tenaga kerja, sektor perdagangan, sektor agama, sektor kesejahteraan sosial, sektor perlindungan anak dan balita, grup konsumen dan keluarga

BAB III

PENCEGAHAN PEMASUNGAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

Fakta yang terjadi dalam fenomena pemasungan pada ODGJ di komunitas menunjukkan bahwa praktik tersebut sebenarnya dapat dicegah. Optimalisasi upaya pencegahan tidak hanya akan melindungi ODGJ dari tindakan pemasungan namun juga dapat bermakna upaya untuk menghentikan pemasungan kembali serta peningkatan mutu layanan secara umum. Bab ini akan menguraikan berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya praktik pemasungan yang sebenarnya merupakan upaya untuk meningkatkan status kesehatan dan kesehatan jiwa ODGJ sehingga dapat berfungsi optimal baik bagi diri, lingkungan sekitar, dan masyarakat. Upaya pencegahan tindakan pemasungan dan promosi kesehatan jiwa akan diuraikan secara rinci satu per satu dalam paparan berikut ini:

A. Advokasi dan Sosialisasi

Dalam bahasa Inggris, kata advokasi mengandung unsur multipel: *to defend* (membela), *to promote* (memajukan atau mengemukakan), *to create* (menciptakan), dan *to change* (melakukan perubahan). Sehingga dapat disimpulkan bahwa advokasi berarti tidak hanya membela dan mendampingi, namun bersama-sama dengan mereka melakukan banyak upaya-upaya perubahan (memberdayakan). Advokasi kesehatan jiwa didefinisikan sebagai berbagai upaya untuk mengubah hambatan struktural dan sikap yang menghalangi tercapainya keluaran kesehatan jiwa yang positif di masyarakat.

Secara umum tujuan advokasi dapat dibagi dalam 4 tujuan utama yaitu untuk mendapatkan:

1. komitmen politik – pada situasi saat dukungan dari para pembuat keputusan dirasakan belum kuat berpihak
2. dukungan kebijakan – pada saat komitmen telah diperoleh namun rencana kegiatan dan dukungan sumber daya untuk dapat mengimplementasikan belum sepenuhnya diperoleh
3. penerimaan sosial – dalam fase ketika rencana akan, sudah diimplementasikan, dan mengharapkan keberlanjutan implementasi rencana tersebut
4. dukungan sistem – dalam situasi ketika implementasi telah teruji manfaatnya dan mengharapkan perluasan atau peningkatan manfaat

program dalam skala yang lebih besar dengan pelibatan lebih banyak pemangku kepentingan

Kunci utama proses advokasi adalah komunikasi efektif, dan prinsip utama komunikasi efektif tertuang dalam 10C: jelas (*clear*), mudah dipahami tanpa kesulitan menginterpretasi; benar (*correct*), semua elemen akurat; konkret (*concrete*), memberikan gambaran spesifik; lengkap (*complete*), semua informasi yang penting tercakup; ringkas (*concise*), kata-kata tidak berlebihan; meyakinkan (*convince*), menimbulkan kepercayaan; kontekstual (*contextual*), nyata dan menempatkan pada situasinya; berani (*courage*), berani mengemukakan kebenaran dan memimpin; hati-hati (*cautious*), memperhitungkan berbagai kemungkinan, tidak sembarangan; dan sopan (*courteous*), nadanya positif berfokus pada penerima.

Tahapan melakukan advokasi terdiri atas:

1. memilih isu yang akan diangkat. Isu yang akan diangkat sebaiknya merupakan isu prioritas yang telah mempertimbangkan besarnya masalah, dampak yang terjadi, potensi sumber daya (lebih baik bila melibatkan banyak sektor), dan program investasi. Data yang jelas, benar, konkret dan kontekstual (nyata terjadi) serta lengkap mutlak diperlukan
2. secara terus menerus, isu tersebut perlu mendapatkan dukungan pendapat baik dari sektor internal maupun eksternal melalui upaya penggalangan fakta dan opini
3. dalam merancang strategi upaya tindak lanjut terhadap masalah yang ada, sangat diperlukan untuk memahami sistem yang berlaku saat ini baik yang berasal dari pemerintah pusat maupun lokal, yang melibatkan unsur regulasi, kebijakan, sistem pembiayaan, kolaborasi, pemberdayaan, layanan, kapasitas sumber daya manusia, infrastruktur, dan sistem data serta informasi disesuaikan dengan isu yang telah dipilih
4. melalui tahapan 2 dan 3, secara mudah kita akan mampu mengidentifikasi kolaborator kita baik sebagai orang yang perlu kita pengaruhi, orang yang akan bermitra dengan kita, maupun pengguna manfaat dari upaya advokasi yang kita lakukan
5. bersama dengan kolaborator, merancang strategi advokasi yang akan dilakukan untuk memengaruhi para pemangku kebijakan. Strategi perlu dibuat rinci untuk menjamin konsistensi topik, metode yang

sesuai, serta waktu pelaksanaan. Berbagai metode dapat dipilih untuk melakukan advokasi: Lobi politik (*political lobbying*), menyelenggarakan seminar, presentasi, pelatihan untuk peningkatan pemahaman dan kapasitas, menggunakan media, serta menyelenggarakan pertemuan-pertemuan dan perkumpulan untuk menggalang kebutuhan bersama akan perubahan yang diharapkan.

6. pemantauan dan evaluasi berkala terkait penyelenggaraan advokasi perlu dilaksanakan secara berkala dengan menitikberatkan poin pemantauan pada: besarnya kolaborator (jumlah, jenis, tingkat, luas), ketepatan implementasi strategi, dan capaian dari target yang diharapkan. Tahap ini juga perlu mengkaji lebih lanjut akar masalah bila ditemukan kendala dan tantangan, serta menyusun rencana tindak lanjut untuk perbaikan ke depan.

Tindak lanjut dalam proses advokasi dapat berupa: melanjutkan proses advokasi, melibatkan lebih banyak kolaborator, menyesuaikan strategi advokasi, termasuk mengubah isu dengan tetap berpegang pada akar masalah yang akan diubah. Strategi mengubah isu seringkali berhubungan dengan kebijakan/strategi/arah pembangunan yang telah digariskan oleh para pemangku kebijakan. Tahapan-tahapan ini kemudian akan tampil dalam bentuk siklus yang tidak terputus hingga tujuan bersama tercapai.

Untuk mencapai tujuan bersama tersebut, semua unsur dapat melakukan atau menginisiasi advokasi, dapat dilakukan di mana pun, di setiap waktu baik yang bisa kita rencanakan maupun tidak (misalnya kebetulan bertemu di sebuah acara, pusat perbelanjaan, dll). Advokasi dapat dilakukan dalam skala besar (kampanye publik) maupun skala kecil (misalnya pemanfaatan data dan informasi di Puskesmas untuk menjamin ketersediaan obat, dll). Terkait pencegahan praktik pemasungan, topik-topik advokasi yang dapat diusung di antaranya:

1. pentingnya masalah kesehatan jiwa, identifikasi dan program pada kelompok berisiko
2. upaya deteksi dan manajemen dini
3. program penjangkauan dan tatalaksana gangguan jiwa
4. ketersediaan dan keberlangsungan sistem layanan, penyediaan infrastruktur (termasuk pembiayaan, SDM, sarana dan prasarana)
5. kerjasama lintas sektor, lintas program, lintas profesi

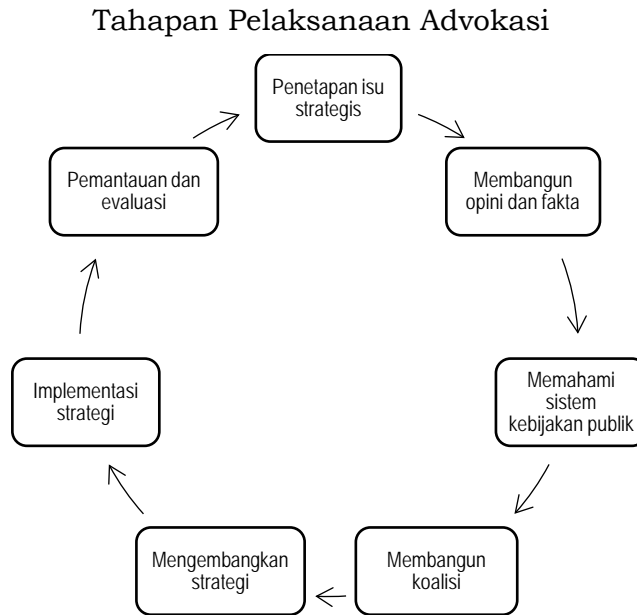
6. upaya rehabilitasi, penyediaan lapangan kerja, dan integrasi ke masyarakat terutama oleh para pemangku kepentingan di sektor sosial sesuai dengan Peraturan Menteri Sosial Nomor 25 tahun 2012 tentang Standar Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas oleh lembaga di bidang kesejahteraan sosial, Pasal 5 ayat 2 dan Peraturan Pemerintah Nomor 101 tahun 2012 tentang penerima bantuan iuran jaminan kesehatan
7. peningkatan mutu layanan dengan memerhatikan 6 dimensi mutu: efektivitas, efisiensi, keterjangkauan dan aksesibilitas, responsif (berfokus pada kebutuhan pasien), kesetaraan, dan aman.

Advokasi dapat ditujukan ke pada siapa saja yang berkepentingan dengan topik yang berbeda seperti:

1. Advokasi ke tenaga kesehatan dan kesehatan jiwa. Tujuan advokasi ini terutama ditujukan untuk meningkatkan komitmen keterlibatan tenaga kesehatan dan kesehatan jiwa dalam penyediaan layanan kesehatan/kesehatan serta dalam upaya memberdayakan konsumen dan keluarga dalam merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi manajemen terapi terhadap masalah kesehatan dan kesehatan jiwa yang dihadapi
2. Advokasi ke pemerintah. Advokasi ini ditujukan terutama untuk melibatkan konsumen dan keluarga dalam arena politik, dalam arti, terlibat dalam proses penyusunan regulasi, kebijakan, perencanaan dan program, implementasi, dan pengawasan serta evaluasi regulasi, kebijakan maupun program tersebut.
3. Advokasi ke kelompok konsumen dan keluarganya. Advokasi ini ditujukan untuk meningkatkan pemahaman tentang kesehatan dan kesehatan jiwa, meningkatkan kapasitas untuk melakukan komunikasi dan menyampaikan pendapat. Tujuan lain adalah untuk mendapatkan dukungan keluarga bagi proses pemulihan ODGJ.
4. Advokasi ke masyarakat ditujukan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat akan kesehatan jiwa, kebutuhan ODGJ akan dukungan dan kesempatan berpartisipasi baik dalam aktivitas sosial, religi, kultur secara inklusif.
5. Advokasi juga perlu dilakukan pada dan melalui media, terutama untuk ditujukan untuk pengembangan media edukasi public. Untuk dapat mencapai tujuan tersebut media perlu mendapat asupan

informasi yang berbasis bukti juga kemampuan menuliskan informasi tersebut secara benar dan adil.

6. Advokasi ke komisi perlindungan hak asasi manusia atau organisasi serupa. Advokasi ini ditujukan untuk memberikan media bagi konsumen dan keluarga menyampaikan keluhan dan komplain terkait layanan yang diterimanya atau pelanggaran hak asasi manusia yang dialami ODGJ terkait penyakitnya.



Tantangan yang dihadapi dalam melakukan proses advokasi yang telah teridentifikasi dan cukup sering dihadapi serta upaya tindak lanjutnya adalah:

No.	Tantangan	Tindak Lanjut
1.	Kebijakan autonomi daerah	Menetapkan indikator pencapaian provinsi baik secara spesifik di bidang kesehatan maupun dalam lingkup Kementerian Dalam Negeri Memanfaatkan semua sumber regulasi, kebijakan, dan rencana pembangunan baik di tingkat internasional, regional, nasional, maupun lokal sebagai sumber informasi pendorong
2.	Stigma dan marginalisasi masalah kesehatan jiwa	Melakukan kajian-kajian investasi di bidang kesehatan jiwa Meningkatkan pemahaman dan kapasitas untuk berdaya bagi semua pemangku kepentingan secara terus menerus Mendorong kerjasama lintas sektor yang telah dimiliki untuk menjalankan perannya secara sinergis dan kolaboratif

No.	Tantangan	Tindak Lanjut
		Melibatkan kelompok konsumen dan keluarga untuk menyuarakan kebutuhan dan investasi yang ditawarkan
3.	Kebijakan dan program yang berlaku masih terikat pada figur individu pemangku kepentingan	Meningkatkan pemahaman dan kapasitas untuk berdaya bagi semua pemangku kepentingan secara terus menerus Mendorong pembakuan sistem yang telah berjalan dalam skala regulasi yang lebih tinggi misalnya mendorong penyusunan Peraturan Gubernur, Peraturan Daerah, dll.

Edukasi kesehatan jiwa merupakan salah satu proses advokasi dan kegiatan peningkatan kapasitas untuk memfasilitasi individu, keluarga kelompok dan masyarakat dalam rangka mempertahankan, meningkatkan dan memaksimalkan status kesehatan jiwa agar tidak terjadi pemasangan pada ODGJ. Edukasi dapat dilakukan oleh berbagai pihak, termasuk pekerja sosial dan tenaga kesejahteraan sosial atau pun relawan, sebagai upaya kampanye dan promosi yang dilakukan dengan berbagai metode yaitu curah pendapat, demonstrasi, ceramah dan bermain peran. Proses edukasi tentang pemasangan pada ODGJ perlu didukung oleh ketersediaan media edukasi, misalnya Kementerian Kesehatan telah menyediakan berbagai leaflet, brosur, lembar balik dan lain-lain.

Media edukasi yang dapat digunakan meliputi media cetak, media elektronik dan media papan. Media cetak diantaranya adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran) seperti leaflet tapi tidak dilipat, *flip chart* (lembar balik), rubrik (tulisan pada surat kabar), poster yang di tempel di tembok/tempat umum, dan foto yang mengungkap informasi kesehatan. Media elektronik dapat memanfaatkan televisi dan radio, juga internet. Sedangkan media papan (*billboard*) digunakan untuk menempelkan informasi kesehatan jiwa yang dibaca semua orang.

Media edukasi disusun berdasarkan pada lima kerangka tugas kesehatan keluarga yaitu mengenali kondisi sehat atau adanya masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat untuk mempertahankan kesehatan atau mengatasi masalah kesehatan, menyediakan asuhan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, cacat atau yang beresiko, mempertahankan kondisi lingkungan rumah yang kondusif untuk mempertahankan kesehatan dan perkembangan

personal masing-masing anggota keluarga serta memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat.

Isi media edukasi adalah tentang wawasan kesehatan jiwa, yang salah satunya mengenai penanganan pemasangan ODGJ berbasis masyarakat. Stigma (stigma diri, stigma orang lain dan stigma profesional) dan rendahnya wawasan keluarga dan masyarakat tentang kesehatan jiwa merupakan hambatan utama dalam proses edukasi. Bidang sosial pun dapat mengambil peran dalam edukasi keluarga.

Indikator pendukung proses edukasi pemasangan dapat dilihat dari pemahaman keluarga tentang dampak pemasangan terhadap pasien dan kesediaan keluarga memberi ijin untuk melepas pasung saat dikunjungi oleh tim kesehatan jiwa puskesmas.

B. Fasilitasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Biaya pengobatan, kesulitan ekonomi dan ketiadaan jaminan pembiayaan kesehatan merupakan sebagian penyebab kesenjangan pengobatan, orang yang memerlukan pengobatan tidak mendapatkannya. Karena itu penting untuk menyediakan sistem asuransi kesehatan bagi ODGJ untuk mendukung akses terhadap layanan kesehatan jiwa. Apabila ODGJ mendapatkan pengobatan dengan baik maka risiko untuk mendapat perlakuan salah dan pemasangan menjadi berkurang.

Ada dua skema asuransi kesehatan sosial yang dapat diakses oleh ODGJ, yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), di samping berbagai asuransi kesehatan komersial.

1. BPJS Kesehatan

Badan nasional yang menyelenggarakan asuransi kesehatan sosial (Jaminan Kesehatan nasional/JKN) adalah BPJS Kesehatan. Sebagaimana asuransi lainnya, peserta harus membayar iuran yang besarnya telah ditetapkan, namun bagi fakir miskin dan orang tidak mampu iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Kelompok terakhir ini disebut Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang kriterianya dan daftarnya ditetapkan oleh menteri di bidang sosial.

Peserta non-PBI dapat mendaftar melalui dua acara: (1) didaftarkan oleh perusahaan tempat kerjanya, dan (2) mendaftar sendiri secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan. Peserta

perorangan harus mendaftarkan seluruh anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu Keluarga.

Manfaat yang diterima peserta JKN meliputi rawat jalan dan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan sesuai indikasi. Perlu diketahui, JKN tidak menanggung biaya pengobatan akibat kecelakaan lalu lintas karena merupakan ranah Jasa Raharja.

Warga negara yang tidak memiliki data kependudukan resmi seperti gelandangan, pengemis, dan sebagainya, tetap berhak mendapatkan perlindungan JKN. Pendaftaran ke BPJS Kesehatan akan dilakukan melalui Dinas Sosial

2. Jamkesda

Daerah dapat mengembangkan jaminan kesehatannya sendiri untuk melengkapi kebutuhan penduduknya, selain karena diperbolehkan oleh peraturan perundangan juga karena alasan politis janji kampanye pemilihan kepala daerah akan layanan kesehatan gratis.

Keterbatasan Jamkesda adalah skema iuran dan manfaat yang berbeda-beda antar daerah, selain keterbatasan penggunaan yang hanya di wilayah atau daerah yang bersangkutan. Tetapi ke depan diharapkan seluruh Jamkesda akan terintegrasi ke dalam JKN. Bagi Pemda yang telah mengintegrasikan program Jamkesda ke Program JKN, akan terdapat penduduk yang didaftarkan menjadi peserta JKN oleh Pemda berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota.

Di samping pembiayaan bagi pengobatan di atas, sumber pembiayaan lain bagi program kesehatan jiwa dapat diperoleh dari APBN, APBD, Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), LSM, atau pun dana komunitas.

C. Penyediaan Pelayanan Kesehatan yang Bermutu, Aman, dan Terjangkau

Akses ke layanan kesehatan (jiwa) sangat penting, karena masalah akses adalah salah satu penyebab utama keterlambatan pengobatan dan putus berobat. Kendala yang ada antara lain akses ke pelayanan kesehatan jiwa tersier sulit karena biasanya terdapat hanya di ibu kota provinsi, kesulitan lain adalah ketidaksiapan pelayanan kesehatan dasar untuk menangani kasus gangguan jiwa, serta letak geografis rumah pasien yang jauh dari layanan kesehatan.

Kebijakan pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia mengacu pada Undang-Undang nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Pada Pasal 1 ayat 4 disebutkan bahwa upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat. Kebijakan tersebut mendorong pemerintah untuk memfasilitasi kemudahan akses ke layanan kesehatan jiwa. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan mendekatkan akses pelayanan kesehatan jiwa ke masyarakat melalui penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa di fasilitas pelayanan tingkat pertama. Upaya ini dituangkan dalam salah satu sasaran pokok rencana strategis kementerian kesehatan tahun 2015 – 2019 yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK).

Kesenjangan pelayanan karena ketidakterediaan akses dari tempat mereka tinggal, menyebabkan banyak orang yang mengalami gangguan jiwa berat tidak mencari pertolongan pada tenaga kesehatan. Keluarga dan masyarakat lebih memilih membawa pasien gangguan jiwa berobat ke pengobatan tradisional, pemuka agama, atau berbagai pengobatan alternatif lain. Pemanfaatan rumah Sakit Jiwa baru dilakukan sebagai pilihan akhir ketika upaya yang dilakukan tidak berhasil. WHO (2004) melaporkan bahwa setiap empat orang beralih ke layanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terkait gangguan jiwa atau perilaku, sering didiagnosis dengan tidak benar dan/atau tidak diobati. Keterbatasan akses ke layanan kesehatan jiwa tersebut menjadialah satu alasan terjadinya pemasungan.

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi fenomena tersebut adalah dengan meningkatkan standar kualitas pelayanan kesehatan jiwa mulai dari puskesmas, RSUD sampai dengan RSJ. Dalam rangka membantu Pemerintah Kabupaten/Kota meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui Puskesmas, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyalurkan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pemanfaatan dana BOK ini difokuskan pada beberapa upaya kesehatan promotif dan preventif.

Pengembangan akses layanan kesehatan jiwa dilakukan dengan memberikan kewajiban kepada puskesmas untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa dengan memenuhi aksesibilitas obat-obatan jiwa di puskesmas. Puskesmas merupakan layanan kesehatan primer yang terdekat dengan tempat tinggal pasien sehingga sangat logis apabila puskesmas dan layanan kesehatan dasar lain menyediakan layanan kesehatan jiwa dalam program UKP maupun UKMnya. Apalagi, upaya mendekatkan layanan dari puskesmas dapat ditingkatkan dengan adanya pos kesehatan, puskesmas keliling maupun kegiatan penjangkauan seperti perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas).

Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan jiwa dan rujukan didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan jiwa. Perluasan akses layanan kesehatan jiwa dilakukan dengan melakukan skrining atau deteksi masalah kesehatan jiwa dan kasus pemasungan secara luas di masyarakat. Pengamatan faktor risiko masalah pemasungan merupakan bagian dari pengembangan akses ke layanan kesehatan jiwa di level puskesmas.

Keuntungan dari kemudahan akses pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas ini adalah

1. Biaya perawatan yang harus dikeluarkan oleh keluarga di puskesmas lebih murah dibandingkan biaya perawatan di RSUD atau RSJ.
2. Pelayanan kesehatan jiwa yang dilaksanakan pada pelayanan kesehatan tingkat primer dapat meminimalisasi timbulnya stigma dan diskriminasi terhadap masalah gangguan jiwa.
3. Sebagian besar kasus pemasungan yang dirawat pada layanan dasar menunjukkan hasil yang baik.

Indikator terlaksananya pengembangan akses layanan kesehatan jiwa dapat dinilai melalui

1. Persentase temuan kasus gangguan jiwa dan pemasungan di masyarakat.
2. Persentase kunjungan ke kasus pasung oleh puskesmas
3. Persentase rujukan kasus pemasungan yang dilakukan oleh puskesmas.
4. Ketersediaan obat-obatan untuk kasus pemasungan di puskesmas.
5. Penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa oleh Puskesmas bagi ODGJ yang dipasung.

6. Ketersediaan tenaga ahli bidang kesehatan jiwa sebagai pendukung puskesmas yang dikembangkan melalui kerjasama dengan institusi pendidikan.

Upaya pengembangan akses layanan kesehatan jiwa juga ditinjau dari sektor non kesehatan. Kebutuhan pembiayaan dalam proses perawatan pasien yang dipasung memerlukan jaminan kesehatan yang diperoleh melalui sistem jaminan kesehatan nasional dan jaminan kesehatan oleh pemerintah daerah. Upaya rehabilitasi sosial diselenggarakan dengan kerjasama lintas sektor baik yang diselenggarakan oleh berbagai lembaga maupun oleh unsur masyarakat. Rehabilitasi difokuskan pada peningkatan kemampuan mengendalikan gejala dan sosialisasi dengan lingkungan, meningkatkan kemandirian dan produktivitas serta menurunkan stigma. Kurangnya layanan pendampingan rutin oleh dinas sosial, dukungan masyarakat yang sangat rendah dan tidak ada dukungan kelompok konsumen mendorong terbentuknya tim lintas sektor yang menangani masalah kesehatan jiwa masyarakat mulai dari level kecamatan, kabupaten, maupun provinsi.

Peran berbagai pemangku kepentingan perlu dikembangkan untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan jiwa di layanan primer. Berbagai pemangku kepentingan dalam upaya penanggulangan pemasangan antara lain:

1. Bappenas dan Kementerian Koordinator Pemberdayaan Manusia dan Kebudayaan – Biro/Bagian Kesejahteraan Rakyat
2. Kementerian Koordinator Politik, Hukum, dan HAM
3. Kementerian Kesehatan – Dinas Kesehatan
4. Kementerian Sosial – Dinas Sosial
5. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan – Dinas Pendidikan
6. Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi
7. Kementerian Komunikasi dan Informasi – Dinas Komunikasi dan Informasi
8. Kementerian Pemberdayaan Aparatur Negara
9. Kementerian Koperasi dan Usaha Kecil dan Menengah – Dinas Koperasi dan UKM
10. Kementerian Hukum dan HAM – Kanwil Hukum dan HAM
11. Kementerian Pemuda dan Olah Raga
12. Kementerian Dalam Negeri – Dinas Kependudukan
13. Kementerian Agama

14. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Indonesia
15. Kementerian Keuangan
16. Kementerian Perdagangan
17. Kementerian Tenaga Kerja - Dinas Tenaga Kerja
18. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
19. Kepolisian
20. Tentara Nasional Indonesia
21. Komisi Nasional HAM
22. Badan Nasional Penanggulangan Bencana – Badan Penanggulangan Bencana Daerah
23. Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
24. Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat Desa
25. Satuan Polisi Pamong Praja
26. Puskesmas, Rumah Sakit Umum, dan Rumah Sakit Jiwa
27. Organisasi Keagamaan dan Masyarakat
28. Kelompok konsumen dan keluarga

D. Pemberian Tata Laksana untuk Mengontrol Gejala melalui Terapi Medikasi maupun Non Medikasi

Tata laksana untuk mengontrol gejala gangguan jiwa terdiri atas terapi medikasi (obat) dan terapi non medikasi (non-obat).

1. Terapi medikasi

Dalam proses pengobatan, salah satu tujuan yang ingin dicapai adalah mengontrol gejala yang biasa dilakukan salah satunya dengan pemberian obat, atau disebut juga terapi medikasi atau intervensi farmakologik. Untuk itu perlu diketahui apakah pasien dalam keadaan kedaruratan psikiatrik, atau kalau tidak, apakah berada pada salah satu fase pengobatan (fase akut, fase stabilisasi, atau fase rumatan/*maintenance*).

Tujuan intervensi pada kondisi gawat darurat adalah secepat mungkin mengatasi masalah kedaruratan yang ada, sedangkan pada fase akut tujuannya adalah menyesuaikan dosis sehingga dicapai dosis minum yang efektif dan melihat sejauh mana obat dapat ditoleransi oleh pasien. Pada fase stabilisasi, tujuan pengobatan adalah mencapai tingkat kesembuhan setinggi-tingginya dengan efek samping seminimal mungkin dan mempertahankan efek pengobatan

yang dicapai. Fase rumatan bertujuan untuk mencegah kekambuhan berikutnya.

Dokter bertugas memberikan atau meresepkan obat yang akan digunakan dan perawat membantu memberikan atau menyuntikkan obat, memberikan penjelasan atau melanjutkan pemberian obat (dengan pelimpahan wewenang). Mungkin diperlukan pelaku rawat atau orang yang dapat membantu memantau keteraturan minum obat pasien, mirip dengan Pengawas Minum Obat bagi penderita Tuberkulosis Paru. Kader kesehatan, tokoh masyarakat atau relawan dapat juga membantu dalam berbagai hal, misalnya mengingatkan kepatuhan berobat, mengambilkan obat, mendampingi, dsb.

Pedoman tata laksana dapat mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, yang menggantikan Permenkes No.5 tahun 2014. Dapat juga menggunakan Modul Pelatihan Penatalaksanaan Kasus Gangguan Jiwa yang Sering Ditemui di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Kementerian Kesehatan 2015, yang dikembangkan dengan mengacu pada *mhGAP Intervention Guide* dari WHO.

Jenis obat-obat psikiatrik di layanan dasar mendapat tambahan yang cukup berarti dalam Daftar Obat Esensial Nasional 2015 dan Formularium Nasional 2016 yang baru yang selanjutnya disahkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional.

23	Psikofarmaka	
23.4	Antipsikosis	Peresepan maksimal
1	Flufenazin (Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien skizofrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral)	
	inj 25 mg/ml (i.m.)	1 amp/2 minggu
2	Haloperidol	
	1. tab 1,5 mg*	90 tab/bulan
	2. tab 2 mg*	

23	Psikofarmaka	
23.4	Antipsikosis	Pereseapan maksimal
	3. tab 5 mg*	
	4. drops 2 mg/ml	
	5. inj 5 mg/ml (i.m.)	1 amp/2 minggu
	Untuk agitasi akut	
	Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang)	
	6. inj 50 mg/ml	1 amp/2 minggu
	Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien skizofrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral.	
3	Klorpromazin	
	1. tab sal selaput 100 mg*	90 tab/bulan
	2. inj 5 mg/ml (i.m.)	
4	Risperidon*	
	a. Monoterapi skizofrenia	
	b. <i>Adjunctive treatment</i> pada pasien bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian lithium atau valproat	
	tab 2 mg	60 tab/bulan

2. Terapi non medikasi

Upaya mengontrol gejala melalui terapi non medikasi diseleggarakan dengan mengacu pada pengendalian gejala yang ditemukan pada ODGJ yang dipasung. Tatalaksana non medikasi meliputi pengendalian gejala pada ODGJ yang dipasung diantaranya:

a. Perilaku kekerasan

Pengendalian gejala perilaku kekerasan dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

1) Menjelaskan penyebab marah

Mendiskusikan bersama pasien penyebab rasa marah/perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu dalam rangka menggali kemampuan ODGJ terhadap pemahaman masalah yang dialami

- 2) Menjelaskan perasaan saat terjadi marah/perilaku kekerasan terjadi
Mendiskusikan tanda-tanda perilaku kekerasan bersama pasien yang meliputi:
 - a) Tanda dan gejala subjektif: perasaan
 - b) Tanda dan gejala objektif: tanda fisikMenjelaskan perilaku yang dilakukan saat marah
- 3) Mendiskusikan bersama ODGJ yang dipasung perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah:
Mendiskusikan tentang perilaku yang sering dilakukan ketika ODGJ merasa kesal atau marah
 - a) Marah secara verbal
 - b) Marah terhadap orang lain
 - c) Marah terhadap diri sendiri
 - d) Marah terhadap lingkungan
- 4) Mendiskusikan bersama pasien akibat perilakunya
Mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan yang dilakukan oleh ODGJ baik bagi diri sendiri maupun orang lain melalui diskusi dengan ODGJ yang dipasung
- 5) Menyebutkan cara mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan
Mendiskusikan cara mengontrol perilaku kekerasanyaitu dengan cara patuh minum obat, cara fisik, cara sosial, dan spiritual.
- 6) Mengontrol rasa marah/perilaku kekerasan
Latihan pasien mengontrol perilaku kekerasannya dilakukan dengan cara:
 - a) Patuh lima benar minum obat: benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara, benar waktu
 - b) Cara fisik melalui tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal.
 - c) Cara sosial atau verbal dengan cara menyatakan secara asertif rasa marahnya
 - d) Cara spiritual melalui kegiatan ibadah atau berdoa sesuai keyakinan pasien

b. Halusinasi

Pengendalian gejala halusinasi dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) Membantu ODGJ mengenali gejala halusinasi yang dialami
- 2) Melatih ODGJ mengontrol halusinasi

Latihan ODGJ mengontrol halusinasi dimulai dengan memberikan penjelasan tentang cara mengontrol gejala halusinasi meliputi kompromi dengan halusinasi, mengajarkan kepatuhan pengobatan pada ODGJ, mengajarkan komunikasi dengan anggota keluarga dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

c. Waham

Pengendalian gejala waham dilakukan dengan cara mengorientasikan secara terus menerus ODGJ terhadap lingkungan sekitar dan melatih berbagai kegiatan yang dapat dilakukan baik di lingkungan keluarga maupun masyarakat. Kegiatan yang diajarkan harus disesuaikan dengan kemampuan ODGJ dan ketersediaan sarana dan prasarana yang dimiliki oleh ODGJ.

d. Perilaku menarik diri

Pengendalian perilaku menarik diri difokuskan pada pengenalan secara mandiri penyebab dan alasan menarik diri dari lingkungan. Latihan yang diberikan pada ODGJ dengan perilaku menarik diri adalah memberikan latihan ketrampilan interaksi secara bertahap dengan lingkungan sekitarnya.

e. Perilaku bunuh diri

Pengendalian gejala perilaku bunuh diri diberikan dalam rangka mereduksi keinginan ODGJ untuk menyakiti diri sendiri. Fokus utama kontrol gejala bunuh diri adalah dengan kemampuan ODGJ untuk mengidentifikasi pikiran positif baik dari segi diri sendiri maupun orang lain disekitar ODGJ. ODGJ diajarkan untuk menyusun dan melakukan kegiatan masa depan secara bertahap mulai dari kegiatan sederhana dalam rumah tangga sampai dengan kegiatan yang lebih kompleks seperti terkait dengan pekerjaan.

f. Perasaan minder

Pengendalian gejala minder pada ODGJ diawali dengan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. ODGJ dibantu untuk menilai kemampuan yang dimiliki dan menetapkan atau memilih kegiatan sesuai kemampuan. Kemampuan yang telah dipilih sebagai dasar untuk memberikan pelatihan pada ODGJ berbagai kegiatan sesuai dengan kemampuan yang telah dipilih.

g. Kebersihan diri

Kemampuan kebersihan diri pada ODGJ merupakan salah satu indikator pada tatalaksana gejala pada ODGJ dengan pemasangan. Keterampilan yang diberikan di antaranya adalah keterampilan menjaga kebersihan diri, kemampuan untuk berdandan, keterampilan makan secara benar dan kemampuan melakukan dan menggunakan fasilitas *toileting* secara benar.

E. Pengembangan Layanan Rawat Harian (*Day Care*)

Pengembangan layanan *day care* atau rawat harian merupakan sebuah bentuk upaya peningkatan mutu layanan berorientasi komunitas. Secara umum, empat fungsi utama layanan *day care* adalah sebagai alternatif perawatan bagi pasien akut, mempendek durasi perawatan pasien akut, merehabilitasi dan memelihara fungsi dari pasien kronik, dan mengupayakan tatalaksana yang lebih baik pada pasien yang kurang mendapatkan manfaat dari layanan rawat jalan.

Terdapat enam bentuk layanan *day care* untuk ODGJ yaitu perawatan akut harian di RS, perawatan transisi di RS, program rehabilitasi vokasional, pusat layanan *day care*, layanan *step up* dan *step down*, dan *drop in centre*. Definisi keenamnya akan diuraikan berikut ini:

Jenis layanan	Definisi
Perawatan akut harian di RS	Menyediakan layanan diagnostik dan tatalaksana untuk pasien akut yang seharusnya dirawat inap di RS atau ketika layanan rawat jalan tidak cukup untuk membantu pasien mengatasi gejala akut yang ada
Perawatan transisi di RS	Menyediakan tatalaksana harian di RS sebagai upaya untuk menutup kesenjangan antara layanan rawat inap dan rawat jalan setelah pasien keluar dari layanan akut. Saat ini sering disebut sebagai bangsal sub akut, sehingga masih berupa layanan rawat inap di RS

Jenis layanan	Definisi
Program rehabilitasi vokasional	Merupakan bentuk rehabilitasi vokasional yang secara berjenjang menyiapkan ODGJ untuk bekerja. Bentuk lain, <i>supported employment</i> merupakan bentuk rehabilitasi vokasional yang menempatkan ODGJ untuk pendampingan belajar keterampilan di tempat kerja yang nyata tanpa persiapan khusus. Ke dua bentuk pendekatan ini biasanya dilakukan di luar lingkup RS
Pusat layanan <i>day care</i>	Merupakan suatu bentuk layanan di RS yang ditujukan untuk menyediakan layanan berkelanjutan bagi ODGJ setelah keluar dari rawat inap
Layanan <i>step up and step down</i>	Layanan ini menyediakan akomodasi untuk secara bertahap kembali ke masyarakat pasca perawatan di RS. Layanan ditujukan untuk meningkatkan kapasitas ODGJ untuk hidup mandiri di komunitas (<i>step up</i>). Di sisi lain, layanan ini ditujukan untuk menurunkan kondisi yang dapat memicu kekambuhan sehingga mengurangi angka perawatan kembali (re-admisi) ke RS (<i>step down</i>). Saat ini, Kementerian Sosial sedang menyiapkan pengembangan model layanan ini dengan nama Rumah Antara.
<i>Drop in center</i>	Lingkungan non klinis di mana ODGJ dapat pergi ke sana untuk mendapatkan dukungan sosial dan mencari aktivitas. Sangat bergantung pada tingkat kemandirian keluarga dan ODGJ untuk mengakses layanan. Saat ini layanan dengan model <i>drop in center</i> sedang dikembangkan di Indonesia oleh Kementerian Sosial. Nama layanan tersebut adalah Unit Informasi dan Layanan Sosial (UILS). Di Indonesia, ada 2 bentuk UILS yaitu UILS dengan lingkup suasana perkotaan dan suasana pedesaan disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia serta karakteristik masyarakat setempat.

Keenam bentuk layanan tersebut menunjukkan perbaikan klinis yang lebih bermakna dibandingkan proses perawatan di RS konvensional, meskipun di antara ke enamnya perawatan akut harian di RS dan *supported employment* memberikan hasil yang lebih bermakna dalam perbaikan klinis dan pencapaian pemulihan yang lebih besar.

Sebuah penelitian juga menyatakan bahwa adanya layanan *day care* dapat mengurangi lama perawatan pasien di institusi rawat inap serta menurunkan biaya tatalaksana. Sementara penelitian di India menunjukkan bahwa layanan *day care* dapat membantu ODGJ untuk:

1. mengembangkan kebiasaan hidup teratur (rutin) dan produktif;
2. menurunkan beban keluarga sehingga keluarga juga dapat berfungsi optimal dalam proses perawatan;

3. memberi kesempatan untuk mengembangkan keterampilan sosial, keterampilan hidup dalam kelompok masyarakat, dan hubungan interpersonal;
4. mendapatkan kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan;
5. mendapatkan lingkungan yang mendukung dan kondusif untuk belajar keterampilan (belajar dari kesalahan, mendapatkan umpan balik positif, dukungan sosial dari mitra bestari (*peers*), staf, dan anggota keluarga;
6. menurunkan lama kontak dengan sumber konflik dan stressor yang biasanya bersumber dari keluarga atau lingkungan terdekat;
7. membentuk kelompok bantu keluarga; dan
8. meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan manajemen.

Mengembangkan layanan *day care* di Indonesia meskipun sangat dibutuhkan namun tidak selamanya mudah. Tantangan yang mungkin dihadapi di antaranya:

1. bagaimana membuat layanan tersebut *cost effective* mengingat sumber daya yang dimiliki terbatas, dan tersedia bagi sebanyak mungkin orang;
2. meningkatkan kesadaran dan pemahaman pusat-pusat layanan di komunitas untuk mengambil peran dalam layanan ini;
3. terampil untuk secara proaktif melibatkan kelompok dukungan keluarga dalam mengumpulkan sumber daya dan meningkatkan keterampilan bantu diri;
4. memastikan produk layanan yang diberikan terstruktur dan terstandar;
5. membuat layanan ini mampu menghasilkan sumber daya secara ekonomi baik melalui upaya penggalangan dana, penghematan, maupun pemanfaatan produk usaha;
6. tempat penempatan kerja dan sistem kontrol terhadap ODGJ yang ditempatkan perlu dibuat lebih formal, lebih bervariasi sesuai dengan kebutuhan pasar; dan
7. pengembangan berbagai alat pemantauan dan evaluasi efektivitas layanan.

BAB IV PENANGANAN PEMASUNGAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

Sejak tahun 2009-2010 berbagai provinsi telah berupaya untuk berpartisipasi dalam program Indonesia Bebas Pasung Kementerian Kesehatan. Hingga tahun 2015 telah ditemukan lebih dari 8000 kasus pemasungan di Indonesia namun diperkirakan jumlahnya masih banyak lagi di masyarakat. Berbagai pengalaman dan pelajaran juga telah ditemukan dalam 6 tahun proses tersebut. Tidak semua cerita sukses pelepasan pasung dapat diperoleh, tidak semua tantangan dapat dijawab. Oleh karenanya, penting untuk semua pihak yang terlibat dalam upaya pembebasan pasung, untuk menyiapkan diri sebaik-baiknya sebelum dan selama upaya tersebut kita lakukan.

Pada prinsipnya penyediaan layanan seharusnya sedekat mungkin dengan tempat tinggal ODGJ. Hal ini sesuai dengan tugas layanan primer atau Puskesmas, yaitu menyelesaikan sebagian besar masalah kesehatan yang lazim ditemui. Penatalaksanaan kasus ODS atau ODGJ yang mengalami pemasungan diutamakan dilakukan di komunitas oleh Puskesmas setempat. Kasus-kasus tertentu perlu dirujuk jika ada fasilitas rujukan di RSUD atau RSJ, antara lain:

1. Indikasi bunuh diri;
2. Indikasi mencederai atau membunuh orang lain;
3. Disabilitas dan tidak mampu merawat diri karena gangguan jiwa;
4. Gejala psikotik yang persisten/menetap yang resisten terapi awal (1 bulan);
5. Ketidakpastian diagnosis;
6. Skizofrenia episode pertama;
7. Memerlukan tatalaksana psikoterapi dan psikososial (rehabilitasi) atau kebutuhan manajemen kasus intensif;
8. Skizofrenia dengan kehamilan dan pasca persalinan; dan
9. Kondisi/penyakit/patologi yang terjadi bersamaan (komorbid), misalnya skizofrenia dan penyalahgunaan zat, skizofrenia dan epilepsi, dsb.

Kadang kala RSJ mengambil inisiatif untuk melakukan pembebasan pasung dengan mengirimkan tim ke tempat-tempat pemasungan. Program ini baik dan perlu didukung dengan memerhatikan beberapa hal yang akan membuat keluaran yang lebih optimal, antara lain:

1. Koordinasi dengan Dinas Kesehatan dan Puskesmas setempat;

2. Melakukan penilaian awal kondisi fisik dan jiwa ODGJ serta disabilitas dan kebutuhan layanan;
3. Apabila diputuskan untuk membawa ODGJ ke RSJ, sejak awal sudah mempertimbangkan rencana perawatan selanjutnya setelah selesai perawatan di RSJ; dan
4. Tetap menjalin komunikasi dengan keluarga dan Puskesmas setempat, maupun layanan lain.

Berikut akan dibahas mengenai kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan terkait upaya penanganan pemasangan. Kegiatan yang diberikan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan orang dengan gangguan jiwa yang mengalami pemasangan.

A. Advokasi dan Sosialisasi

Edukasi menurut WHO adalah pendidikan kesehatan berupa kombinasi pengalaman yang dirancang untuk membantu individu dan masyarakat meningkatkan kesehatan melalui peningkatan pengetahuan atau mempengaruhi sikap individu untuk belajar. Sedangkan advokasi adalah strategi untuk mempengaruhi pengambil keputusan. Edukasi dan advokasi dilakukan keluarga baik yang berperan sebagai inisiator atau pemberi perawatan utama dari ODGJ yang dipasung. Sasaran Edukasi dan advokasi pelepasan pasung tidak saja dilakukan hanya kepada keluarga namun juga dilakukan kepada masyarakat, kader kesehatan jiwa dan tenaga kesehatan sebagai sistem pendukung bagi keluarga. Edukasi dan advokasi dilakukan sebelum pelaksanaan proses pelepasan pasung dengan tujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran keluarga untuk terlibat aktif dalam upaya pelepasan pasung. Tujuan dan bahan advokasi yang harus dipersiapkan pada saat melepaskan pasung meliputi:

1. Keluarga
 - a. Tujuan advokasi pada keluarga adalah memberikan pemahaman tentang masalah pemasangan di masyarakat, kebijakan yang melandasi pelepasan pasung dan peran keluarga dalam merawat ODGJ yang di pasung.
 - b. Materi advokasi difokuskan pada:
 - 1) Pengetahuan keluarga tentang pelanggaran HAM pada pemasangan
 - 2) Pengetahuan tentang proses pembebasan pasung
 - 3) Negosiasi dengan keluarga terkait pembebasan pasung

- 4) Peran keluarga dalam pembebasan pasung dan perawatan paska pembebasan pasung
 - 5) Pengetahuan pendampingan keluarga pada ODGJ baik selama pembebasan pasung maupun paska pasung
 - 6) Pengetahuan keluarga tentang penyakit yang dialami ODGJ dan gejalanya, pengenalan tanda-tanda kambuh, pemanfaatan fasilitas kesehatan dan rujukan
 - 7) Pengetahuan keluarga tentang pentingnya penanganan masalah kesehatan jiwa oleh tenaga ahli dalam bidang kesehatan jiwa
2. Masyarakat (Toma, Toga, Towa, lintas sektor, petugas keamanan dan perangkat di masyarakat)
- a. Tujuan advokasi pada masyarakat adalah menurunkan kekhawatiran dan penilaian negatif masyarakat terhadap ODGJ dan pemasungan.
 - b. Materi advokasi kepada masyarakat meliputi
 - 1) Pengetahuan yang proporsional tentang gangguan jiwa dan pemasungan
 - 2) Pengetahuan tentang peraturan perundang-undangan dan pelanggaran HAM terhadap pemasungan
 - 3) Pengetahuan tentang stigma dan dukungan masyarakat terhadap keluarga dengan pemasungan pada ODGJ
 - 4) Mekanisme pelaporan terhadap temuan pemasungan di masyarakat
 - 5) Keterlibatan masyarakat dalam pelayanan administratif penatalaksanaan pemasungan
 - 6) Pendampingan kepada keluarga yang anggota keluarganya mengalami pemasungan

Standar advokasi yang dilakukan pada perangkat tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga) adalah menemui dan menjelaskan:

- a. Tujuan pelepasan: melepas pasung dengan pendekatan masyarakat
- b. Proses pelepasan:
 - 1) Penjelasan pada keluarga
 - 2) Pengkajian kondisi klien yang dipasung

- 3) Melepaskan klien dari pasung diawali dengan berbatas waktu
 - 4) Memberi perawatan diri
 - 5) Memenuhi kebutuhan nutrisi
 - 6) Memenuhi kebutuhan sosialisasi
 - 7) Pemberian terapi psikofarmaka
 - 8) Rehabilitasi
3. Kader Kesehatan Jiwa (kader RBM/Pendamping Penyandang Disabilitas Berat (PDB))
- a. Tujuan kegiatan advokasi kepada kader kesehatan jiwa dilakukan dalam rangka membantu penemuan dan proses pembebasan pasung.
 - b. Materi advokasi yang dilakukan kepada kader adalah
 - 1) Penemuan dan pelaporan kasus pasung
 - 2) Kunjungan rumah untuk memberikan dukungan sosial kepada keluarga ketika pelaksanaan proses pembebasan pasung
 - 3) Menggerakkan masyarakat untuk menurunkan stigma dan memberikan dukungan kepada keluarga.
4. Tenaga kesehatan
- a. Tujuan advokasi yang dilakukan pada tim kesehatan lain adalah dalam rangka penemuan dan pemetaan kasus pemasungan di suatu wilayah tertentu.
 - b. Materi advokasi tenaga kesehatan lain diantaranya adalah:
 - 1) Identifikasi kasus pemasungan di suatu wilayah
 - 2) Pemberian edukasi kepada lingkungan di sekitar pemasungan
 - 3) Perawatan kondisi kesehatan kepada pasien pasung sebelum, selama pembebasan pemasungan dan setelah proses pembebasan pemasungan
 - 4) Koordinasi lintas sektor untuk mendukung proses pembebasan pemasungan

Pelaksanaan upaya edukasi dan advokasi seringkali dihadapkan dengan berbagai kendala. Kemungkinan kendala yang ditemukan dalam proses edukasi dan advokasi keluarga meliputi:

1. Penolakan dari keluarga

Keluarga menolak dilakukannya proses pembebasan pemasungan akibat ketidaktahuan, stigma, keputusan akibat lamanya merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, keterbatasan atau tidak ada pelaku rawat, serta penolakan dan tekanan dari masyarakat terhadap kebutuhan rasa aman akibat perilaku maladaptif pasien.

2. Keterbatasan tenaga ahli dalam bidang kesehatan jiwa

Jumlah tenaga ahli bidang kesehatan jiwa seperti psikiater, perawat spesialis jiwa, dan psikolog sangat terbatas. Tenaga ahli dalam bidang kesehatan jiwa lebih banyak terkonsentrasi di kota-kota besar. Kondisi ini berbanding terbalik dengan banyaknya temuan kasus pemasungan di daerah pedesaan. Akibatnya penatalaksanaan pemasungan belum dilakukan secara optimal.

3. Latar belakang budaya yang mendukung pemasungan.

Budaya mempengaruhi persepsi keluarga terhadap gejala yang dialami ODGJ dengan pemasungan. Di beberapa daerah ODGJ dengan pemasungan sering dikucilkan atau dibawa berobat ke dukun atau paranormal karena dianggap bahwa gangguan jiwa yang dialami diakibatkan karena kutukan atau disebabkan kekuatan jahat.

4. Kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa yang rendah.

Kendala utama partisipasi keluarga dalam perawatan kesehatan jiwa adalah rendahnya pengetahuan keluarga tentang kesehatan jiwa. Keluarga seringkali tidak memahami tentang masalah kesehatan jiwa, penyebab, tanda dan gejala, dan bagaimana perawatan pada orang dengan gangguan jiwa. Akibatnya kesadaran terhadap pentingnya penanganan sejak dini oleh ahli kesehatan jiwa tidak dilakukan.

Berbagai kendala tersebut merupakan tantangan bagi pemegang program kesehatan jiwa untuk melakukan berbagai inovasi. Pemegang program jiwa dituntut melakukan implementasi edukasi dan advokasi secara handal, inovatif, dan tulus dalam bekerja. Pemegang program jiwa mempunyai daya lenting yang luar biasa sebagai faktor pendukung dalam edukasi dan advokasi keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam upaya pembebasan ODGJ yang di pasung. Berikut ini merupakan standar upaya advokasi yang dapat dilakukan kepada keluarga dan masyarakat.

B. Fasilitasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Advokasi kepada aparat desa dan kecamatan ditujukan untuk pengurusan jaminan pembiayaan. Kepesertaan JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan sangat penting untuk mendapatkan layanan kesehatan yang terjangkau dan tidak menghabiskan sumber keuangan keluarga. Lebih-lebih apabila penderita harus dirawat di rumah sakit karena kondisinya memburuk atau kambuh. Perawatan di rumah sakit menuntut adanya jaminan pembayaran dan biaya perawatan yang tidak sedikit jika harus dibayar dari kantong sendiri.

Peran aparat desa sangat strategis dalam membantu mendapatkan kepesertaan JKN. Lebih-lebih lagi dukungan institusi dan pemerintah untuk eradikasi Pasung sangat baik dan adanya respon positif dari tokoh masyarakat.

Bagi yang mampu, aparat desa cukup mendorong kepesertaan perorangan. Bagi yang miskin untuk dapat masuk dalam daftar PBI JKN maka pembaruan periodik daftar tersebut yang dimulai dengan pendataan ulang secara berkala oleh Kementerian Sosial/Dinas Sosial tidak boleh terlewatkan. Aparat desa harus mengenali situasi sosial ekonomi warganya sehingga dapat memberikan masukan yang akurat pada saat pendataan. Di luar mekanisme di atas, bagi gelandangan dan orang terlantar yang prosesnya harus melalui Dinas Sosial setempat, diperlukan dukungan dari aparat desa, kecamatan serta pekerja sosial kecamatan untuk mempermudah proses pengurusan PBI JKN. Demikian juga bagi mereka yang pantas dijamin melalui Jamkesda. Untuk itu, advokasi ke aparat desa dan kecamatan, maupun lintas sektornya, perlu dilakukan secara teratur dan terencana. Biaya untuk advokasi dapat diambil dari dana sosialisasi yang ada, atau ditumpangkan pada program lain. Adapun alur pengurusan jaminan pembiayaan adalah sebagai berikut:



Alur pengurusan jaminan pembiayaan kesehatan

C. Pemeriksaan dan Tata Laksana Awal di Komunitas

Tatalaksana awal kasus pemasangan sangat penting untuk mengurangi hendaya dan disfungsi yang dialami oleh ODGJ, memberikan harapan pada ODGJ dan keluarganya, termasuk masyarakat bahwa gangguan jiwa dapat ditatalaksana. Tatalaksana juga ditujukan untuk mencegah disabilitas lebih berat yang juga bisa mengakibatkan kematian. Pemeriksaan dan tata laksana awal harus dilakukan secepat mungkin, Meskipun ODGJ belum dapat dilepaskan dari pasungnya. Penatalaksanaan awal yang baik akan mempermudah proses pelepasan pasung. Mana kala keluarga dan masyarakat menyaksikan sendiri perbaikan gejala-gejala gangguan jiwa dan kondisi umum serta keberfungsian ODGJ yang dipasung, lebih besar kemungkinannya mereka lebih bersedia untuk melepaskan Pasung ODGJ tersebut.

Pada saat menemui ODGJ yang mengalami pemasangan sangat penting untuk melakukan pemeriksaan secara lengkap. Yang dilakukan pada pemeriksaan dan penatalaksanaan awal adalah:

1. Pemeriksaan fisik yang ditujukan untuk memantau kondisi pasien secara umum maupun khusus. Kondisi umum meliputi tanda vital, kesadaran, status nutrisi dan hidrasi, status fungsional dan pemeriksaan fisik multiorgan secara lengkap, dan status neurologis. Pemeriksaan juga ditujukan untuk mencari disabilitas fisik akibat tindakan pemasangan tersebut.
2. Pemeriksaan status mental ditujukan untuk mengenali tanda dan gejala gangguan jiwa yang ada pada pasien, menegakkan diagnosis serta memahami latar belakang pemasangan sehingga tenaga

kesehatan dapat melakukan tatalaksana awal untuk mengatasi gejala terutama gejala yang menyebabkan pemasungan.

3. Apabila ada kondisi kegawatdaruratan harus segera diatasi; baik kedaruratan fisik (keadaan umum yang lemah, dehidrasi, infeksi berat dll.) maupun kedaruratan psikiatrik (delirium, gaduh gelisah dll.). Sebagai pedoman dapat digunakan Buku Saku Penatalaksanaan Kegawatdaruratan Psikiatrik di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang dikembangkan Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan, 2015
4. Memberikan pengobatan sesuai dengan diagnosis penyakit psikiatrik maupun penyakit lain yang didapatkan.
5. Memberikan asuhan keperawatan yang diperlukan sesuai kondisi ODGJ.

D. Rujukan ke Rumah Sakit Umum (RSU) atau Rumah Sakit Jiwa (RSJ)

Sistem rujukan kesehatan jiwa adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus atau masalah kesehatan jiwa yang diselenggarakan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan vertikal dilaksanakan melalui rujukan dari satu strata sarana pelayanan kesehatan jiwa paling dasar yakni puskesmas ke strata sarana pelayanan kesehatan jiwa setingkat RSU atau RSJ. Rujukan dapat juga diselenggarakan secara horizontal yakni pelaksanaan rujukan kasus atau masalah kesehatan jiwa pada strata sarana pelayanan kesehatan yang sama.

Keuntungan sistem rujukan kesehatan jiwa adalah:

1. Pertolongan pelayanan kesehatan jiwa dapat diberikan secara cepat dan murah oleh puskesmas
2. Peningkatan kapasitas dan ketrampilan tenaga kesehatan di puskesmas tentang pelayanan kesehatan jiwa akan meningkatkan pengelolaan kasus gangguan jiwa dan pemasungan di daerah masing-masing

Rujukan ODGJ dengan pemasungan dapat dilakukan jika pasien memenuhi indikator sebagai berikut:

1. Tetap agresif dan tidak kooperatif meskipun telah dilakukan penatalaksanaan psikofarmaka dan mendapat penatalaksanaan gejala

dengan terapi non farmakologis di pelayanan kesehatan tingkat pertama

2. Ditemukan kondisi kegawatdaruratan psikiatri dan atau terdapat penyakit penyerta maka dilakukan rujukan kesarana pelayanan rujukan
3. Diperlukan konfirmasi diagnosis pada kasus baru
Sebelum dilakukan rujukan maka perlu dipersiapkan hal-hal sebagai berikut:

1. Pernyataan persetujuan dari keluarga untuk dilakukan rujukan kesehatan jiwa ke RSUD atau RSJ;
2. Memastikan ODGJ sudah terdaftar sebagai peserta JKN. Apabila diinginkan menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) maka kriteria dan daftarnya ditetapkan oleh menteri bidang sosial. Pendaftaran tidak dapat dilakukan secara perseorangan, tetapi melalui proses verifikasi, validasi, dan penetapan menjadi PBI sebagaimana telah diatur oleh Kementerian Sosial. Informasi tentang hal ini dapat diperoleh dari Dinas Sosial Kabupaten/Kota;
3. Melengkapi persyaratan administrasi rujukan;
4. Mempersiapkan keluarga untuk ikut serta dalam proses merujuk; dan
5. Persiapan sistem transportasi rujukan.

Setelah semua perlengkapan rujukan telah selesai maka proses rujukan dapat dilakukan. Rujukan diawali dengan komunikasi antara dokter puskesmas menghubungi psikiater di layanan kesehatan yang akan menjadi tujuan rujukan. 30 sampai dengan 60 menit sebelum dirujuk pasien akan diberikan suntikan haloperidol 5mg IM dan diazepam 10mg IM. Selama dalam perjalanan ke pelayanan kesehatan rujukan pasien wajib ditemani oleh dokter atau perawat dan mempersiapkan fasilitas fiksasi mekanik atau psikofarmaka yang digunakan jika pasien menunjukkan perilaku gelisah atau agresif selama di perjalanan. Setiba di Rumah Sakit Rujukan dokter/perawat melakukan serah terima pasien dan menyerahkan surat pengantar rujukan dan kelengkapan administrasi yang lain.

Kendala yang sering ditemukan pada proses rujukan ini diantaranya adalah sulitnya transportasi rujukan yang digunakan untuk merujuk ODGJ dengan pemasangan ke RSUD atau RSJ. Biaya dan tanggung jawab transportasi di masyarakat seringkali menimbulkan konflik sebelum proses rujukan. Namun demikian kendala tersebut dapat diatasi apabila kerja

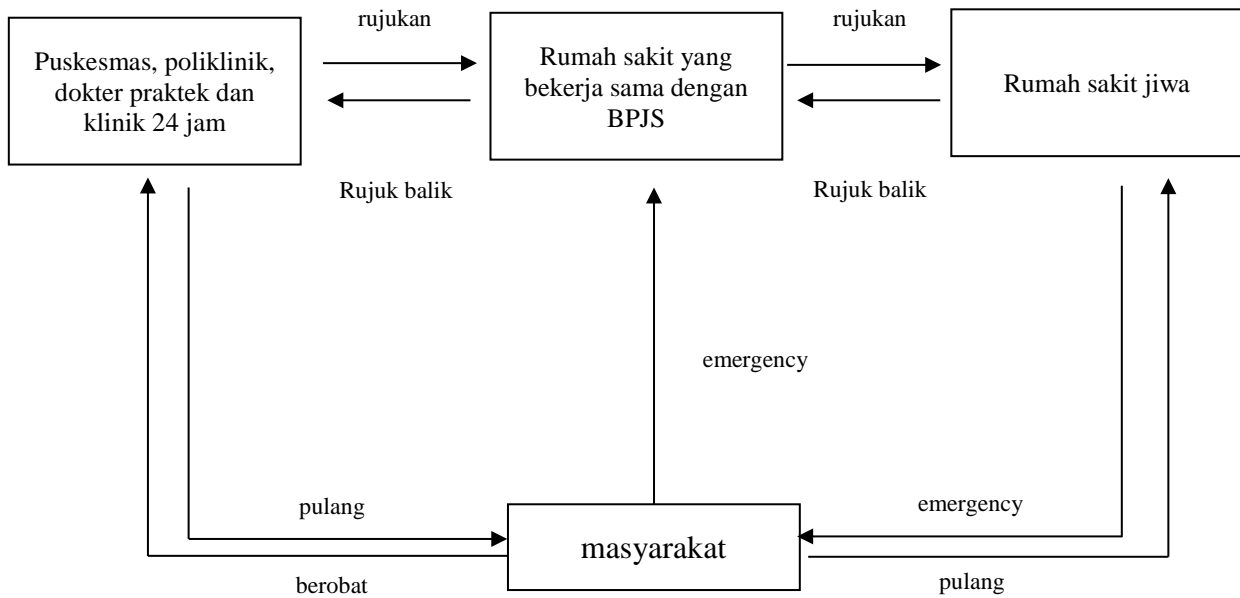
sama antar unit layanan dan lintas sektor sudah digalang sebagai bagian dari upaya penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan pemasangan, tidak menunggui ada masalah rujukan. Kerja sama antara Dinas Kesehatan kabupaten, RSUD, Puskesmas dan RSJ, juga Dinas Sosial sangat penting, bentuknya dapat berupa Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) atau pun bentuk-bentuk lainnya. Sering kali diperlukan terobosan-terobosan untuk mengatasi permasalahan di lapangan.

Setelah perawatan di RSUD dan RSJ dan pasien dinyatakan boleh pulang maka RSUD dan RSJ wajib mengirimkan surat rujuk balik kepada puskesmas asal sebelum dirujuk. Surat rujuk balik menjelaskan tentang kondisi terakhir pasien, terapi medis dan non medis yang diberikan selama di rumah sakit dan terapi medis dan non medis yang harus dilanjutkan oleh puskesmas. Puskesmas dapat melakukan konsultasi kepada RSUD atau RSJ apabila didapatkan ketidakjelasan informasi yang terdapat pada surat rujuk balik.

Puskesmas yang menerima rujuk balik wajib melakukan:

1. Kunjungan rumah ke pasien dan melakukan pemeriksaan fisik dan kondisi kejiwaan pasien.
2. Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Sakit/Puskesmas yang terakhir merawat pasien tersebut
3. Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau (*follow up*) kondisi klinis pasien sampai sembuh, mandiri dan produktif.

Berikut ini digambarkan alur rujukan rumah sakit dan rujuk balik ke puskesmas.



Alur rujukan dari puskesmas ke rumah sakit dan sebaliknya

Program Rujuk Balik JKN

Rujukan dan rujuk balik yang dibicarakan di atas adalah prosedur yang lazim dilakukan. ODGJ yang dirujuk kembali ke Puskesmas dari RS/RSJ akan mendapatkan obat sesuai yang ada di Puskesmas. Akan sedikit berbeda mana kala tersedia Program Rujuk Balik (PRB) JKN dari BPJS. Salah satu penyakit yang termasuk PRB adalah skizofrenia. ODGJ yang masuk Program Rujuk Balik JKN, apabila mendapatkan obat dari RS/RSJ yang tidak ada di Puskesmas, maka obat dapat diambil di apotek yang bermitra dengan BPJS. Untuk itu sebaiknya ODGJ diminta segera memberi tahu Puskesmas begitu keluar dari RS dan Puskesmas memfasilitasi kontak dengan apotek yang bersangkutan agar penyediaan obat tidak terputus.

E. Kunjungan Rumah (*Home Visit*) atau Layanan Rumah (*Home Care*)

Kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*) adalah layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien. *Home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Home visit atau *home care* bertujuan untuk

1. memberikan perawatan dirumah sampai dengan pasien mandiri
2. mengajarkan ketrampilan dasar kepada pasien dan keluarga
3. memberikan edukasi kepada pasien, keluarga dan masyarakat sebagai upaya promosi dan pencegahan gangguan jiwa
4. memberikan dukungan dalam pengelolaan kesehatan jiwa keluarga

Kunjungan rumah dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas (perawat/perawat kesehatan jiwa masyarakat, dokter dan kader kesehatan/kesehatan jiwa) kepada keluarga dengan gangguan jiwa. Kader diberikan tanggung jawab untuk melakukan kunjungan rumah kepada pasien gangguan jiwa atau pasung dengan kemampuan *self care* dan *partial care* dalam rangka mengevaluasi kemampuan yang dimiliki oleh pasien. Perawat jiwa masyarakat dan dokter lebih fokus melakukan kunjungan rumah pada pasien-pasien dengan kondisi *total care*. Frekuensi kunjungan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa adalah satu kali dalam satu minggu sedangkan perawat jiwa masyarakat dan dokter melakukan kunjungan dua minggu sekali.

Adapun tahapan kunjungan rumah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Perawat, dokter dan kader kesehatan jiwa menemui keluarga

Pertemuan pertama dengan keluarga ini difokuskan untuk mengidentifikasi kondisi dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kepatuhan minum obat, ketrampilan sosialisasi dan kemampuan menyelesaikan masalah. Evaluasi lain yang dilakukan pada tahap pertama kunjungan rumah ini adalah mengidentifikasi kemampuan dan hambatan yang dirasakan oleh keluarga dalam melakukan perawatan kepada ODGJ selama di rumah. Dua informasi tersebut sangat diperlukan sebagai bahan perencanaan yang dilakukan dalam rangka meningkatkan kemampuan pasien dan keluarga

2. Perawat, dokter dan kader kesehatan jiwa menemui pasien

Tahap kedua dari kunjungan rumah lebih menekankan pada pemeriksaan atau pengkajian kepada kondisi dan kemampuan pasien. Pengkajian tentang tanda dan gejala harus dilakukan secara komprehensif sebagai dasar evaluasi pemberian terapi baik farmakologis maupun non farmakologis. Pada kunjungan rumah dokter melakukan pemeriksaan terhadap kondisi medis dan psikiatrik,

serta pengaruh terapi farmakologis bagi pasien. Perawat menitikberatkan pada peningkatan ketrampilan seperti mengendalikan gejala, ketrampilan hidup sehari-hari, kemampuan sosialisasi dan kemampuan memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Kader kesehatan jiwa melakukan evaluasi dan memberikan dukungan terhadap kemampuan positif pasien agar tetap dapat dipertahankan secara optimal

3. Perawat, dokter dan kader kesehatan jiwa menemani keluarga bertemu pasien

Tahap ketiga kunjungan rumah adalah menemani keluarga untuk terlibat aktif dalam melatih dan memonitoring kemampuan pasien. Keluarga diajarkan untuk merawat pasien secara langsung, berkomunikasi dengan baik dan memberikan dukungan terhadap setiap pencapaian pasien. Keluarga diajarkan melakukan pendampingan ketika pasien melakukan ketrampilan-ketrampilan yang diajarkan baik oleh perawat, dokter dan kader kesehatan jiwa.

4. Perawat, dokter dan kader kesehatan jiwa menemui keluarga untuk pelimpahan tugas.

Tahap keempat dari kunjungan rumah adalah melimpahkan seluruh kegiatan yang diajarkan kepada pasien untuk dapat dimonitoring oleh keluarga. Keluarga diminta sebagai pendamping utama bagi pasien dalam meningkatkan kemampuannya. Pada tahap terakhir ini perawat dan dokter dapat memberikan edukasi penting terkait kondisi pasien dan upaya untuk meningkatkan kemandirian pasien

- F. Pengembangan Layanan di Tempat Kediaman (*Residensial*) termasuk Layanan Rawat Harian (*Day Care*)

Memiliki tempat tinggal, komunitas, dan aktivitas merupakan kebutuhan penting bagi ODGJ untuk mencapai pemulihan. Kebutuhan tersebut setidaknya mengembalikan fungsi ODGJ setidaknya sebagian dari kondisinya sebelum sakit, terlebih karena sebelumnya di samping akibat gangguan jiwanya, ODGJ tinggal bersama keluarga yang seringkali mengambil sebagian besar fungsi ODGJ dengan dalih “sedang sakit”, “kuatir stres”, “daripada ngamuk”, dan berbagai alasan yang lainnya. Pelaku rawat utama ODGJ sebagian besar adalah orang tua yang kemudian bertambah usia sehingga sulit untuk merawat secara optimal hingga

akhirnya meninggal dunia, sementara “transfer ilmu” untuk perawatan pasien tidak sempat dilakukan kepada anggota keluarga yang lain.

Bicara tentang kasus pemasangan, tidak jarang ODGJ pasca pemasangan harus kehilangan tempat tinggal karena keluarga dan/atau masyarakatnya tidak menghendaki ODGJ untuk pulang ke rumahnya pasca perawatan dengan alasan “trauma” dengan perilaku ODGJ sebelumnya. Dalam kondisi tersebut, ODGJ harus kehilangan tempat tinggal dan hidup tanpa pelaku rawat. Hal tersebut sering mengakibatkan ODGJ tinggal bertahun-tahun di RS, atau meninggalkan RS tanpa izin dan kemudian hidup menggelandang di jalan. Sistem perawatan di RS maupun layanan publik saat ini belum mampu mengakomodir kebutuhan tempat tinggal bagi ODGJ tanpa pelaku rawat. Sebagian besar RS mengharuskan pasien pulang dengan keluarga, sehingga bila tidak mungkin terjadi, biasanya RS mengambil langkah “*drop in*” atau mengirim pasien ke panti sosial. Layanan publik dan sistem bantuan yang ada belum memungkinkan ODGJ untuk memiliki dana untuk menyewa tempat tinggal di rumah-rumah bersubsidi milik pemerintah (bila ada).

Untuk menjembatani kesenjangan yang ada saat ini, layanan residensial dianggap perlu untuk dipertimbangkan. Layanan residensial memiliki bentuk yang beraneka ragam, yaitu:

1. Fasilitas perumahan di komunitas
2. Kelompok tinggal/hidup berkelompok (*group homes*)
3. Panti (*boarding home*) dan rumah singgah/rumah antara (*halfway house*)
4. *Therapeutic community* atau *Millieu Therapy*
5. Layanan rawat harian (*day care*)

Berikut akan dijabarkan satu persatu karakteristik dari masing-masing jenis layanan.

1. Fasilitas perumahan di komunitas

Fasilitas ini dapat merupakan fasilitas perumahan bersubsidi milik pemerintah seperti rumah susun. Fasilitas perumahan ini tidak menyediakan layanan tatalaksana terhadap penyakitnya secara langsung (semua layanan disediakan dari luar), tidak juga membutuhkan aktivitas dalam bentuk kelompok, tidak memiliki batas waktu berapa lama bisa tinggal, mendorong untuk memiliki hidup yang lebih stabil dan memberikan rasa seperti tinggal di “rumah”.

Peran fasilitas ini dalam mencapai pemulihan telah dibuktikan melalui banyak penelitian di antaranya:

- a. menurunkan stigma dan meningkatkan penghargaan terhadap hak asasi manusia, karena ODGJ akan merasa diterima, tidak merasa kesepian, dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan bila tinggal di fasilitas yang khusus untuk ODGJ
- b. meningkatkan fungsi global secara menyeluruh dan kualitas hidup. Fungsi global yang dimaksud terdiri atas fungsi kognitif, masalah sosial, menurunkan disabilitas secara keseluruhan, dan kemampuan perawatan diri.
- c. tinggal di fasilitas perumahan dengan kualitas yang buruk akan meningkatkan risiko untuk re-admisi (perawatan kembali)
- d. kenyataan bahwa perumahan lebih mampu meningkatkan kemampuan untuk tinggal di komunitas dibandingkan di layanan psikiatrik termasuk menurunkan rata-rata perawatan kembali (re-hospitalisasi)
- e. sekitar 80 – 90% ODGJ lebih memilih untuk tinggal di komunitas dan akan memengaruhi persepsi subjektif tentang kualitas hidup mereka

Kriteria ODGJ dapat hidup mandiri di rumah/komunitas di antaranya:

- a. fungsi ODGJ cukup baik, memiliki kemampuan untuk membina hubungan, dan terlibat dalam aktivitas di luar rumah
- b. bila memiliki anak kecil, kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan anak tetap dapat terpenuhi
- c. mampu membina interaksi di antara anggota keluarga dengan baik
- d. ODGJ mampu mengakses layanan dukungan yang disediakan dan memiliki ketaatan tatalaksana yang baik

Poin-poin penting yang perlu mendapatkan perhatian dalam menyediakan perumahan bagi ODGJ di antaranya:

- a. Program residensial di komunitas dapat menjadi program pengganti yang lebih baik dibandingkan perawatan jangka panjang pasien di RS. Untuk dapat menyelenggarakan program tersebut, sangat diperlukan diperlukan kerjasama antara berbagai kementerian yang terkait. Saat ini program residensial di komunitas masih terbatas pada layanan panti sosial yang dikelola

oleh jajaran Kementerian Sosial dalam koordinasi dengan sektor kesehatan terutama untuk masalah kesehatan fisik. Ke depan perlu dipikirkan pengembangan program residensial yang benar-benar membuka peluang bagi ODGJ untuk hidup mandiri di komunitas dengan atau bantuan minimal dari penyedia layanan kesehatan jiwa.

- b. Kesempatan untuk memilih akan berhubungan dengan tingkat kepuasan, stabilitas tempat tinggal, dan kesejahteraan secara emosi. Terlibat dalam proses memilih akan lebih meningkatkan rasa memiliki dan tanggung jawab untuk hal-hal domestik. Kondisi ini juga merupakan program normalisasi – melakukan tugas-tugas “normal” yang dilakukan semua orang dan bukan “dirawat” seperti saat hidup di RS
- c. ODGJ memilih untuk tinggal sendiri, dapat memilih dan mendapatkan dukungan ketika dibutuhkan. Berbagai studi menunjukkan bahwa semua orang ingin memiliki kebebasan untuk memilih dan fleksible (terutama tentang dengan siapa seseorang mau tinggal). Studi ini tentu saja tidak sepenuhnya mendukung program hidup berkelompok (*group homes*), rumah singgah atau rumah antara (rumah singgah), atau fasilitas tempat tinggal yang khusus lainnya bila semua disainnya dalam bentuk kelompok
- d. ODGJ, termasuk mereka yang hidup menggelandang, dapat tinggal mandiri di rumah meskipun sebagian membutuhkan layanan yang lebih khusus. Layanan atau dukungan khusus tersebut biasanya berhubungan dengan tugas hidup sehari-hari seperti mengatur keuangan, berbelanja, merencanakan makanan, dll. Dukungan khusus ini dapat membantu ODGJ untuk menghindari stres, menurunkan stimulus yang berlebihan, dan mencegah kekambuhan, terutama selama masa awal pulang perawatan, saat obat masih mengalami penyesuaian dosis dan efek samping.

Target utama program dukungan ini adalah mencapai kemandirian optimal, namun ODGJ harus belajar ulang tentang keterampilan hidup mandiri dan dapat berlangsung bulanan atau tahunan hingga mencapai kembali fungsi tersebut secara penuh. Program dukungan seperti ini sayangnya sering tidak tersedia di

layanan perumahan untuk individu dengan pendapatan rendah. Perlu dipikirkan alternatif dukungan lain dari layanan kesehatan maupun layanan sosial terdekat, melalui program manajemen kasus. Seorang manajer kasus dapat membantu untuk manajemen tatalaksana, aplikasi jaminan dan bantuan sosial lainnya, serta menemukan program rehabilitasi vokasional yang sesuai. Bila seorang manajer kasus tidak dimungkinkan, pemerintah dapat mempertimbangkan untuk mempekerjakan tenaga paruh waktu yang berasal dari masyarakat yang peduli (dapat berfungsi seperti tenaga kader)

- e. kualitas lingkungan fisik merupakan lingkungan yang nyaman, memiliki lokasi yang dekat dengan fasilitas kesehatan, tempat berkumpulnya komunitas, mudah akses transportasi, keamanan gedung dan lingkungan tetangga. ODGJ dalam proses pemulihannya, meskipun sebagian besar memilih untuk tinggal sendiri, memiliki potensi untuk merasa kesepian dan terisolasi. Berbagai riset menunjukkan pentingnya jaringan dukungan sosial karena hubungan sosial akan memperbaiki perasaan sejahtera dan fungsi. Koneksi dengan keluarga dan kerabat sebenarnya merupakan hal yang penting, tidak harus eksklusif pada kebutuhan untuk memiliki pasangan hidup. Memiliki hewan peliharaan dari berbagai studi menunjukkan efek terapi karena dapat mengembangkan perasaan hidup penuh tujuan, harapan, dan jauh dari perasaan apatis.
- f. staf organisasi/manajemen perumahan (jika ada). Sebuah studi metaanalisis menyatakan bahwa perumahan yang tidak terlalu ketat pengawasan dari pihak manajemen akan memperluas kesempatan untuk para penghuni menciptakan irama hidup normal yang lebih sesuai untuk ODGJ. Intinya penting untuk mempertimbangkan staf dengan pendekatan yang “tidak mengancam”, memberdayakan penghuni untuk hidup mandiri, penuh motivasi, layanan yang fleksibel dan responsif, melakukan pendekatan secara berkala pada kasus khusus penghuni yang memerlukan perhatian lebih.
Ekspresi emosi staf juga perlu mendapat perhatian terutama terkait perilaku dalam memberikan kritik, menunjukkan ketidaksukaan, perasaan jengkel atau kemarahan, dan nada

suara negatif. Ekspresi emosi negatif yang tinggi dapat meningkatkan kekambuhan (sama besar dengan ekspresi emosi keluarga atau masyarakat yang menolak). Jika memungkinkan, perlu diakomodir kesempatan untuk mengekspresikan emosi dan tingkat stres terhadap fasilitas perumahan, di antara staf maupun di antara penghuni.

2. Kelompok tinggal/hidup berkelompok (*group home*)

Fasilitas ini lebih terstruktur dibandingkan fasilitas perumahan di komunitas karena dikelola oleh jaringan tenaga profesional kesehatan jiwa dan memiliki aktivitas kelompok yang terjadwal. Aktivitas kelompok ditujukan untuk memelihara interaksi sosial antar penghuni. Kritik yang sering disampaikan terkait model layanan ini adalah kurangnya kesempatan bagi ODGJ untuk mengungkapkan dengan siapa ingin tinggal.

3. Panti (*boarding home*) dan rumah antara/rumah singgah (*halfway house*)

Hampir sama dengan *group home*, kelompok layanan tempat tinggal ini dikelola secara penuh oleh tenaga profesional kesehatan jiwa sehingga spesifik ditujukan untuk ODGJ. Kehadiran bentuk layanan seperti ini ditujukan terutama untuk membantu terbentuknya hubungan sosial, namun demikian hasil penelitian terbaru melaporkan bahwa kondisi tempat tinggal semacam ini menawarkan lebih sedikit kesempatan untuk dukungan sosial karena ODGJ tidak diberi kesempatan untuk mengungkapkan kebutuhannya termasuk dengan siapa mereka ingin tinggal. Layanan tempat tinggal seperti ini biasanya memiliki batas waktu tinggal kecuali pada kelompok ODGJ yang membutuhkan dukungan khusus terus menerus. Indikasi ODGJ membutuhkan dukungan lebih:

- a. ODGJ tanpa keluarga, memiliki penyakit multipel (termasuk diagnosis ganda/*dual diagnosis* misalnya dengan penyalahgunaan zat dan alkohol, retardasi mental, penyakit fisik lebih dari dua diagnosis), usia lanjut
- b. mengalami skizofrenia yang berat
- c. anak-anak merasa ketakutan dan jengkel, karena merasa hidup di RS
- d. kehidupan perkawinan menurun

- e. ODGJ memiliki perilaku yang tidak mudah seperti agresif atau tendensi perilaku antisosial yang ekstrim

4. *Therapeutic Community* atau *Milieu Therapy*

Untuk kedua layanan tempat tinggal yang terakhir, pendekatan terapi lingkungan (*Milieu Therapy*), upaya menciptakan lingkungan untuk tujuan terapeutik atau mendukung kesembuhan. Pengertian lainnya adalah tindakan penyembuhan pasien melalui manipulasi dan modifikasi unsur-unsur yang ada pada lingkungan yang berpengaruh positif terhadap proses penyembuhan baik secara fisik maupun psikis individu.

Milieu therapy diindikasikan untuk semua ODGJ dalam tingkat yang berbeda-beda. Penerapan secara luas terutama pada ODGJ yang sudah tidak dalam kondisi akut dan dalam persiapan kembali ke masyarakat. Tujuan pendekatan ini secara luas adalah:

- a. membantu meningkatkan pengalaman positif dengan cara meningkatkan harga diri,
- b. mengembangkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain,
- c. mengurangi ketergantungan terhadap tenaga profesional,
- d. membantu belajar memercayai orang lain,
- e. mempersiapkan ODGJ untuk kembali ke masyarakat,
- f. mengatasi gangguan dan perilaku maladaptif, dan mencapai perubahan yang positif

Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, maka lingkungan harus bersifat terapeutik yaitu mendorong terjadi proses penyembuhan. Prinsip-prinsip *milieu therapy* adalah:

- a. prinsip kunci adalah keterlibatan (termasuk pelibatan) secara aktif dan bertanggung jawab dalam proses pelayanan
- b. demokrasi, menanamkan rasa saling menghormati kebebasan antar individu (ODGJ dan tenaga profesional)
- c. membangun komunikasi antara ODGJ dan tenaga kesehatan untuk manfaat terapeutik maksimal
- d. mendorong ODGJ untuk berpartisipasi sesuai dengan kemampuan optimal agar dapat meningkatkan harga diri
- e. membudayakan iklim bersosialisasi dengan cara memberikan kesempatan bagi ODGJ untuk menjadi bagian dari kelompok
- f. individu bertanggung jawab atas tindakan sendiri

- g. dukungan sebaya dapat digunakan untuk memperkuat tingkat pemahaman dan komitmen untuk menjalankan aturan yang ada
- h. menciptakan situasi konfrontasi yang realistis artinya bukan menghindari konflik namun belajar untuk menghadapi dan menemukan solusi untuk memperbaiki, serta belajar dari konsekuensi baik positif maupun negatif

Untuk mencapai karakteristik dan prinsip-prinsip di atas, diperlukan pengembangan sumber daya di antaranya:

a. Syarat lingkungan fisik:

- 1) ruangan yang aman dan nyaman, menghargai privasi, terhindar dari alat-alat yang dapat digunakan untuk mencederai diri sendiri atau orang lain
- 2) alat-alat medis, obat-obatan, dan berbagai jenis cairan medis tersedia dan tersimpan di dalam lemari terkunci
- 3) keseluruhan ruangan mudah dipantau oleh tenaga profesional
- 4) tata ruangan menarik dengan cara menempelkan poster yang cerah dan meningkatkan gairah hidup pasien, warna dinding cerah, pencahayaan cukup
- 5) tersedia fasilitas yang dapat menghibur, menenangkan, dan memotivasi hidup seperti buku-buku bacaan yang ringan dan, lucu, musik ceria, TV, dan film komedi.
- 6) satu kamar untuk satu orang atau satu kamar untuk lebih dari satu orang, perlu dipertimbangkan karakteristik individunya untuk menghindari perlakuan salah di antara ODGJ
- 7) tampilan fisik bangunan tidak mengesankan tampilan yang seperti penjara dengan jeruji besi
- 8) tersedia kebijakan dan prosedur tertulis tentang prosedur pembatasan fisik baik dengan pengikatan maupun pengekangan untuk tujuan keamanan dan keselamatan ODGJ
- 9) lokasi dan letak gedung berada di tengah-tengah pemukiman penduduk atau masyarakat sekitarnya serta tidak diberi pagar tinggi, sehingga dapat membantu memelihara hubungan terapeutik dengan masyarakatserta menghindari kesan terisolasi

- 10) Bagian internal gedung meliputi penataan struktur sesuai keadaan rumah tinggal yang dilengkapi ruang tamu, ruang tidur, kamar mandi tertutup, WC, dan ruang makan. Masing-masing ruangan tersebut diberi nama dengan tujuan untuk memberikan stimulasi untuk merangsang memori dan mencegah disorientasi ruangan.
- 11) Setiap ruangan harus dilengkapi dengan jadwal kegiatan harian, jadwal terapi aktivitas kelompok, jadwal kunjungan keluarga, dan jadwal kegiatan khusus misalnya rapat ruangan.
- 12) Fasilitas-fasilitas berupa lemari, kursi, meja, peralatan dapur, peralatan makan, mandi, dsb. Semua perlengkapan diatur sedemikian rupa sehingga memungkinkan ODGJ bebas berhubungan satu dengan yang lainnya serta menjaga privasi ODGJ.



Millieu Therapy di Ruang Rehabilitasi

- b. Syarat lingkungan sosial:
- 1) komunikatif, bersahabat, dan mengembangkan sikap saling empati dengan cara saling menyapa sehingga ODGJ merasa akrab dan familiar dengan lingkungan yang diharapkannya,
 - 2) ODGJ merasa senang/nyamandan menciptakan rasa aman dari ancaman apa pun, kebutuhan-kebutuhan dasar ODGJ mudah dipenuhi, lingkungan yang bersih,
 - 3) memberikan penjelasan setiap akan melakukan kegiatan, menekankan pada sosialisasi, memungkinkan terjadinya proses pertukaran informasi, dan interaksi kelompok dengan fokus pada komunikasi yang terapeutik,
 - 4) menerima ODGJ apa adanya secara terbuka sebagai pribadi yang unik. ODGJ merasa dihargai oleh setiap unsur di dalam lingkungan sebagai individu yang memiliki hak, kebutuhan, dan pendapat serta menerima perilaku ODGJ sebagai respons terhadap adanya stres,
 - 5) meningkatkan harga diri ODGJ,
 - 6) membantu menilai dan meningkatkan hubungan sosial secara bertahap dengan cara menciptakan lingkungan yang kondusif, fleksibel, dan dinamis yang memungkinkan ODGJ berhubungan dengan orang lain,
 - 7) lingkungan yang dapat mengurangi pembatasan-pembatasan atau larangan dan memberikan kesempatan kepada ODGJ untuk terlibat, menentukan pilihan, mengambil keputusan, dan membentuk perilaku yang baru memberi kesempatan ODGJ untuk terlibat,
 - 8) membantu ODGJ dalam berinteraksi dengan ODGJ lain, keluarga, dan tenaga profesional,

Jenis-jenis kegiatan yang dapat dikembangkan sangat bervariasi dan dapat mengakomodir jenis-jenis rehabilitasi lainnya seperti:

- a. psikoedukasi dan latihan keterampilan sosial dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan dalam melakukan manajemen medikasi, meningkatkan kepercayaan diri, melakukan manajemen terhadap marah, cemas, berkabung, membantu untuk lebih asertif, memiliki keterampilan relaksasi, menyelesaikan masalah, bertanggung jawab pada masalah kesehatan, pengaturan diet, aktivitas, dan perilaku berisiko

- b. terapi rekreasi merupakan terapi yang ditujukan untuk memanfaatkan waktu luang, dengan melakukan kegiatan konstruktif, menyenangkan, dan dapat mengembangkan kemampuan hubungan sosial.
- c. terapi kreasi seni ditujukan untuk mengembangkan minat, hobi, dan talenta ODGJ sesuai dengan bakat dan minat. Bakat dan minat tersebut di antaranya:
 - 1) terapi tari
ditujukan untuk mengkomunikasikan tentang perasaan dan kebutuhan ODGJ melalui gerak dan lagu, melatih kemampuan motorik, keseimbangan, dan koordinasi.
 - 2) terapi musik
ditujukan untuk mengekspresikan perasaan marah, sedih, kecewa, kesepian, dan gembira.
 - 3) terapi lukis
memiliki dasar bahwa menggambar dapat menurunkan ketegangan, melatih konsentrasi, mengekspresikan perasaan, menciptakan perilaku yang lebih adaptif.
- d. terapi membaca (*biblio-therapy*): terapi ini memberi kesempatan ODGJ, keluarga, dan tenaga profesional untuk membaca novel, majalah, buku-buku, kemudian mendiskusikannya. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan diri, mengekspresikan perasaan/pikiran dan perilaku yang sesuai dengan norma-norma yang ada, mengembangkan kemampuan untuk berbagi dan berdiskusi yang saling menghargai.
- e. *Pet therapy*. Terapi ini bertujuan untuk menstimulasi respons pasien yang tidak mampu mengadakan hubungan interaksi dengan orang-orang sehingga merasa kesepian dan ingin menyendiri. Terapi ini juga dapat meningkatkan kepekaan melalui kontak dengan bulu binatang dan memberikan rasa tanggung jawab untuk melakukan pemeliharaan.
- f. *Plant therapy*. Terapi ini mengajarkan pasien untuk memelihara segala sesuatu/makhluk hidup dan membantu hubungan yang akrab antara satu pribadi kepada pribadi lainnya.



Millieu Therapy dalam kegiatan

Dalam menjalankan pendekatan ini, begitu banyak profesi dapat terlibat, di antaranya psikiater, psikolog klinis, perawat spesialis jiwa dan perawat, pekerja sosial, terapis okupasi, terapis musik, terapis rekreasi, terapis seni, ahli psikodrama, ahli gizi, dan lain-lain. Tim ini perlu bekerja bersama-sama sesuai dengan kapasitasnya untuk menyusun rencana tatalaksana yang terpadu. Sikap yang perlu dikembangkan oleh tenaga profesional adalah:

- a. mengkomunikasikan dengan jelas perilaku yang akan diubah dan atau dipertahankan
- b. sikap mengajak, terbuka, menawarkan kesempatan untuk terlibat secara aktif dalam proses pembelajaran untuk meningkatkan kapasitas ODGJ dalam penyelesaian masalah/konflik, mengubah tingkah laku menjadi lebih adaptif.
- c. senantiasa menjadi *role model* atau panutan
- d. mendorong interaksi antar ODGJ
- e. memertahankan kontak dengan lingkungan melalui agenda harian, tanda pengenal bagi petugas kesehatan, foto-foto kegiatan, dan lain-lain

Selain para profesional, peran keluarga, tokoh agama, mitra bestari (*peer support*) sangat penting untuk membantu ODGJ mencapai proses pemulihannya.

5. Layanan Rawat Harian (*Day Care*)

Kebutuhan layanan *day care* bagi penyintas pasung tidak berbeda dengan kebutuhan di fase awal sebelum pemasangan. Keduanya membutuhkan layanan tersebut untuk meningkatkan kapasitas dalam manajemen kesehatan maupun terkait kapasitas terkait fungsi sosial dan fungsi okupasional yang ingin dioptimalkan. Uraian rinci mengenai layanan *day care* dapat dibaca di Bab III.

G. Pengembangan Kapasitas Tenaga Kesehatan dan Kader

Sumber daya manusia Kesehatan Jiwa menurut UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, terdiri dari tenaga kesehatan dengan kompetensi di bidang kesehatan jiwa, tenaga profesional lainnya, dan tenaga lain yang terlatih dibidang kesehatan jiwa. Distribusi tenaga kesehatan jiwa profesional saat ini masih tidak merata karena banyak terkonsentrasi di kota-kota besar. Dari segi jumlah, SDM kesehatan jiwa masih jauh dari kebutuhan yang diharapkan.

Laporan dari Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa proporsi tenaga kesehatan jiwa professional adalah sebanyak 1.07 per 100,000 populasi dengan rincian sebagai berikut

1. Psikiater kurang lebih 773 orang (0,32 per 100.000 populasi)
2. Psikolog klinis sebanyak 451 orang (0,15 per 100.000 populasi)
3. Perawat jiwa: 6500 orang (2 per 100.000 populasi)
4. Perawat spesialis jiwa sebanyak 120 orang

Kurangnya jumlah maupun sebaran tenaga spesialis tersebut mengharuskan dioptimalkannya layanan kesehatan primer. Keterbatasan kemampuan tenaga kesehatan di layanan primer dan masih kurangnya dokter dan perawat terlatih jiwa menjadikan layanan kesehatan jiwa belum secara merata terintegrasi di layanan primer. Pengembangan kapasitas tenaga profesional di layanan primer dilakukan dengan melakukan pelatihan secara bertahap kepada dokter umum dan perawat di puskesmas. Peningkatan kapasitas dokter umum di puskesmas diselenggarakan melalui pelatihan *general practitioner plus jiwa*. Peningkatan kapasitas perawat dilakukan melalui pelatihan *basic, intermediate* dan *advance course on community mental health nursing*.

Setiap layanan primer diharapkan minimal memiliki satu orang dokter dan dua orang perawat yang terlatih. Untuk menunjang kinerja dokter dan perawat puskesmas maka diperlukan dukungan SDM melalui pembentukan kader kesehatan jiwa. Kader kesehatan jiwa dilatih untuk membantu proses deteksi, penggerakan masyarakat, kunjungan rumah dan rujukan pasien pasung ke layanan kesehatan primer. Setiap satu orang kader kesehatan jiwa diharapkan bertanggung jawab terhadap 10-20 keluarga.

BAB V

REHABILITASI PASCA PEMASUNGAN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

Melepaskan ODGJ dari pemasungan bukanlah jaminan bahwa bila kondisi yang melatarbelakangi tindakan pemasungan tidak ditatalaksana, maka pemasungan tidak akan terjadi kembali. Latar belakang tidak hanya ditujukan untuk ODGJ saja namun juga bagi anggota keluarga yang juga membutuhkan bantuan akibat kondisi sakit yang dialami ODGJ. Berbagai upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kembali praktik pemasungan terutama difokuskan untuk merehabilitasi fungsi fisik, psikiatrik/psikososial, dan sosial ODGJ penyintas pasung. Berikut upaya-upaya yang dapat dilakukan:

1. Advokasi dan Edukasi

Advokasi dalam rangka mencegah pemasungan kembali dilakukan kepada seluruh komponen masyarakat dengan tujuan mengurangi stigma dan meningkatkan kemandirian ODGJ pasca pemasungan. Advokasi dan edukasi perlu dilakukan ke berbagai lintas sektor seperti dinas tenaga kerja, CSR, dinas sosial atau berbagai pendanaan swasta lainnya terkait pemberdayaan ODGJ dan bantuan modal usaha. Bantuan modal dapat juga dikembangkan dari dana swadaya masyarakat untuk dikembangkan menjadi usaha kecil atau rumah tangga. Media edukasi yang diperlukan pada fase pencegahan pemasungan kembali berisi tentang panduan cara perawatan ODGJ pasca pemasungan, sikap keluarga dan masyarakat terhadap ODGJ pasca pemasungan serta panduan peningkata ketrampilan pada ODGJ pasca pemasungan. Kendala utama yang sering dihadapi oleh fasilitas pelayanan tingkat pertama adalah minimnya ketersediaan media yang disebabkan belum adanya alokasi dana yang digunakan untuk memenuhi berbagai media edukasi kesehatan jiwa di puskesmas. Upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan pendekatan dengan pengambil kebijakan, CSR, lembaga swadaya masyarakat untuk membantu ketersediaan media edukasi. Kerjasama dengan institusi pendidikan dapat menjadi pilihan untuk mengatasi permasalahan minimnya pendanaan media edukasi pada ODGJ, keluarga dan masyarakat tentang upaya pencegahan pemasungan kembali.

2. Fasilitasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan

Menjadi peserta JKN sangat penting untuk mendukung keberlangsungan pengobatan pada ODGJ pasca pemasangan. Sebagaimana halnya pada fase-fase sebelum ini, advokasi kepada aparat desa, kecamatan serta kerja sama dengan petugas dinas sosial kecamatan dan kabupaten perlu dilakukan dalam rangka membantu ODGJ untuk memperoleh kepesertaan jaminan kesehatan. (Lihat Bab III dan IV)

Saat ini sedang terjadi proses penggabungan berbagai skema asuransi kesehatan (jamkesda, jamkesmas, askes, asabri, jamsostek dsb.) menjadi satu dalam skema JKN. Perhatian khusus perlu diberikan untuk menjamin peralihan tersebut bagi ODGJ, agar kepesertaan jaminan kesehatan tidak terputus yang akan berdampak pada kesinambungan pengobatan.

3. Penyediaan Akses ke Layanan Kesehatan Jiwa termasuk Jaminan Keberlanjutan Terapi

Upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan akses ke layanan kesehatan jiwa adalah melalui peran aktif tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk mempersempit jarak layanan dengan tempat tinggal ODGJ dan keluarga dengan tujuan untuk menjamin keberlanjutan terapi. Bantuan akses layanan berupa transportasi dapat dilakukan melalui kerjasama sektor untuk memenuhi kebutuhan akses transportasi untuk proses terapi. Pemanfaatan ambulans atau mobil desa dapat menjadi pilihan untuk mengatasi kendala akses layanan. Sosialisasi tentang kebutuhan ODGJ dan keluarga kepada pihak penjamin asuransi akan membuka peluang tersedianya kemudahan akses layanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat. Kemudahan pengurusan jaminan kesehatan melalui turut campur seluruh unsur masyarakat seperti perangkat desa dan kecamatan, dinas sosial, dinas kependudukan dan pihak penjamin asuransi akan sangat membantu peningkatan akses layanan kesehatan. Tenaga kesehatan wajib memfasilitasi akses kerja bagi pasien pasung dan memfasilitasi bantuan kesejahteraan sosial pada pasien pasung.

Penyelenggaraan pengembangan akses layanan kesehatan jiwa mencakup bantuan kepada ODGJ yang telah menjalani rehabilitasi untuk mendapatkan kesempatan bekerja sesuai dengan kemampuan dan ketrampilan yang dimiliki. Pemanfaatan seluruh sumber daya tenaga kesehatan yang ada baik di tingkat desa maupun puskesmas dihadapkan dapat mempermudah akses ke layanan kesehatan jiwa. Kerjasama lintas sektor seperti dengan dinas sosial dalam rangka membantu pembiayaan

proses perawatan bagi ODGJ akan menurunkan risiko pemasangan kembali.

4. Tata Laksana untuk Mengontrol Gejala melalui Terapi Medikasi dan Non Medikasi

Upaya yang dilakukan dalam rangka memberikan tatalaksana untuk mengontrol gejala melalui terapi medikasi adalah dengan menjamin ketersediaan obat di tingkat puskesmas, dinas kesehatan, rumah sakit umum dan rumah sakit jiwa. Penatalaksanaan pengobatan dijamin dapat dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama tanpa terhambat oleh ketidakmampuan sumber daya tenaga kesehatan yang ada. Pada penatalaksanaan terapi medis, keluarga dihadapkan berpartisipasi aktif dalam melakukan pengawasan minum obat.

Pada pelaksanaan terapi non medikasi, tenaga kesehatan bertanggung jawab untuk memberikan terapi non medikasi dan mendorong kerjasama dengan seluruh unsure masyarakat yang memberikan terapi non medis dengan berbagai pendekatan. Tenaga kesehatan menjamin tidak adanya konflik kepentingan yang justru menghambat proses pencegahan pemasangan kembali.

5. Kunjungan Rumah (*Home Visit*) atau Layanan Rumah (*Home Care*)

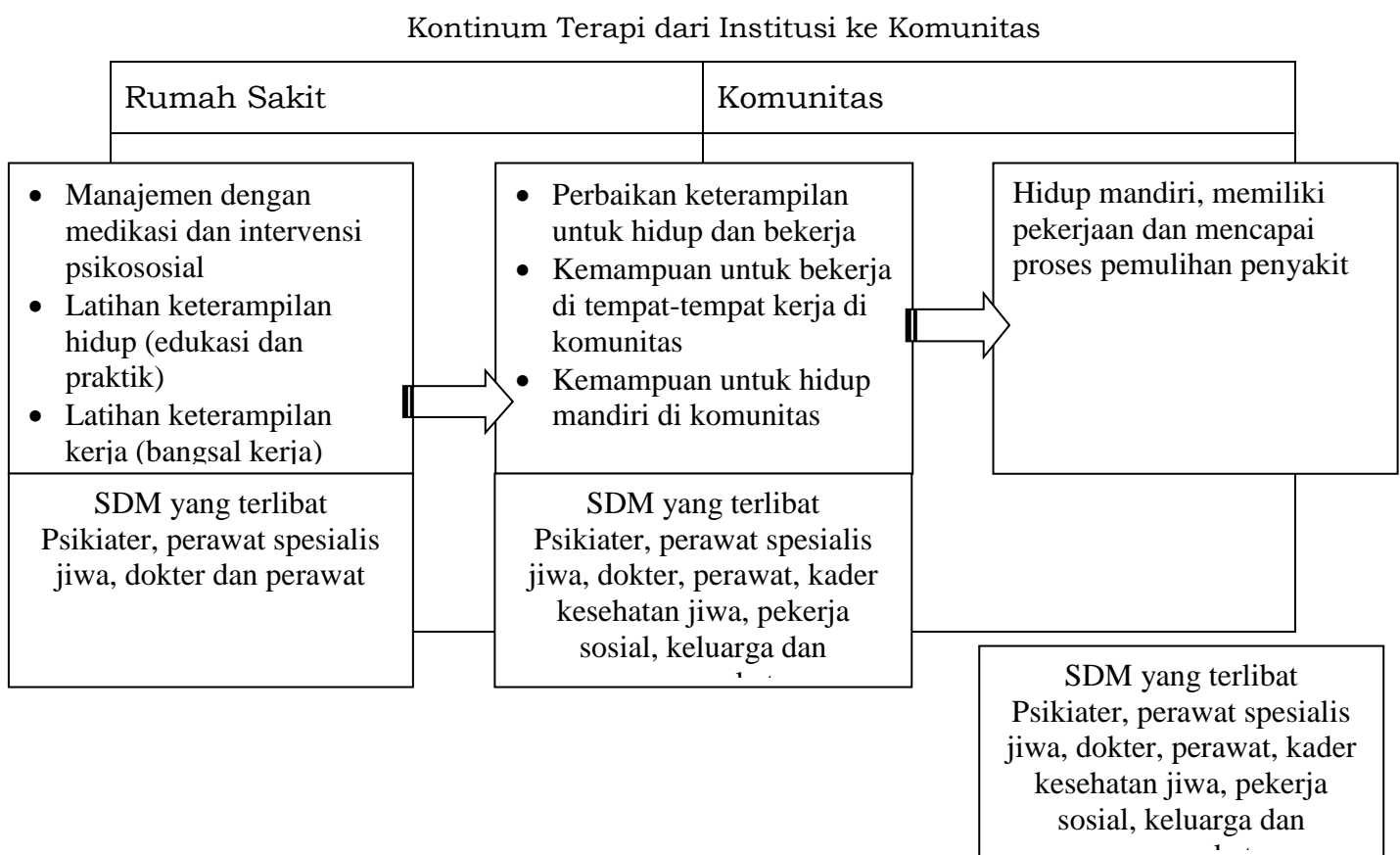
Uraian mengenai proses menyelenggarakan *home visit* dapat dibaca pada uraian proses *home visit* di fase pelepasan pasung. Perbedaan utama *home visit* atau *home care* di fase pelepasan pasung dan pasca pasung adalah pada fokus pengetahuan dan ketrampilan yang diberikan. Pada fase pelepasan pasung, *home visit/home care* difokuskan pada kesiapan ODGJ untuk mengontrol gejala sebagai syarat utama pelepasan pasung. *Home visit/home care* pada fase pasca pemasangan dilakukan untuk menyiapkan kemandirian dan produktifitas ODGJ dalam hidup bermasyarakat. Sayangnya pelaksanaan *home visit* atau *home care* belum menjadi prioritas dalam penatalaksanaan ODGJ pasca pemasangan yang menjadi program utama di puskesmas.

6. Rehabilitasi Vokasional dan Okupasional

Terapi vokasional dan okupasional merupakan jenis rehabilitasi yang paling sering dikembangkan karena ditujukan untuk mengembangkan keterampilan kerja bagi ODGJ di era dunia kerja yang lebih terstruktur dan lapangan kerja yang kompetitif. Jenis rehabilitasi ini juga merupakan terapi yang paling mungkin dilaksanakan di dalam lingkup perawatan di rumah sakit maupun institusi rehabilitasi sebelum pada akhirnya mereka bekerja

di tempat-tempat kerja di komunitas. Memiliki keterampilan kerja dan pekerjaan dapat meningkatkan peran sosial di komunitas. Keterampilan kerja dapat dilatihkan dengan dua metode yaitu *a train and place* (dilatih kemudian ditempatkan) dan *place and train* (ditempatkan dan dilatih). Untuk memungkinkan hal tersebut, rumah sakit atau institusi rehabilitasi perlu memiliki tempat-tempat kerja di komunitas yang dapat terwujud melalui kerjasama antara rumah sakit atau institusi rehabilitasi dengan layanan kesehatan terdekat dari tempat kerja, tempat-tempat kerja, dan organisasi kemasyarakatan sangat penting.

Sama dengan tujuan rehabilitasi psikososial lainnya, terapi vokasional dan okupasional merupakan kontinum terapi dari lingkup institusi ke komunitas. Kontinum tersebut dapat digambarkan dalam bentuk gambar berikut ini:



Manfaat terapi vokasional dan okupasional di antaranya:

- a. memberikan keuntungan secara ekonomi
- b. meningkatkan aktivitas sosial
- c. memperbaiki rasa percaya diri dan kompetensi diri
- d. menjadi sarana untuk menyalurkan stres
- e. mengembangkan jaringan dukungan sosial

- f. menurunkan angka readmisi dan hospitalisasi
 - g. memperbaiki kemampuan untuk hidup mandiri dan kualitas hidup
- Bentuk-bentuk terapi vokasional dan okupasional bervariasi dalam bentuk yang sederhana hingga yang lebih kompleks, terdiri atas:
- a. penyusunan jadwal harian
 - b. latihan perawatan diri: mandi, etika makan, olah raga, dan lain-lain
 - c. latihan seni: lukis, musik, keramik, dan lain-lain
 - d. latihan keterampilan: komputer, pertanian, peternakan, membuat batako, pernak-pernik, memasak dan menyajikan makanan
 - e. latihan melamar pekerjaan: membuat CV, menulis lamaran, melakukan wawancara, mengatasi kegagalan



Latihan Keterampilan dan Etika Makan



Latihan Seni Musik



Latihan Aktivitas Fisik



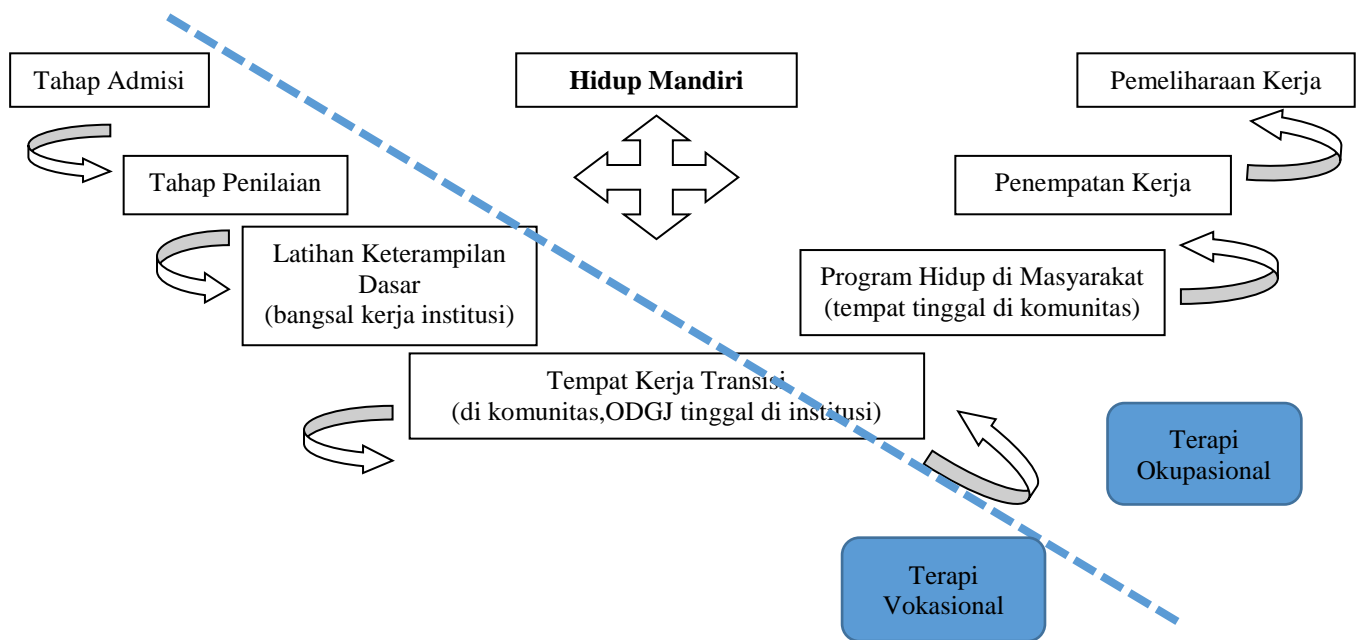
Latihan Masak dan Menyiapkan Makanan



Latihan Berkebun

Bentuk-bentuk Latihan Vokasional dan Okupasional (Sumber: dokumentasi RSJ. Prof. dr. Soerojo, Magelang dan RSJ dr. Soeharto Herdjan, Jakarta)

Tahapan terapi vokasional dapat digambarkan dalam bentuk grafik di bawah ini:



Tahapan melakukan terapi vokasional dan okupasional

a. Tahap admisi/penerimaan

ODGJ yang dapat mengikuti program ini adalah ODGJ yang telah berada pada fase stabilisasi dan pemeliharaan (yaitu fase saat ODGJ sudah tidak memiliki gejala yang jelas dan akut lagi) dan membutuhkan keterampilan kerja untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

b. Tahap penilaian

Pada tahap ini dilakukan penilaian untuk berbagai domain yang berhubungan dengan gejala, fungsi, dan sumber daya. Metode yang dipergunakan berupa wawancara untuk mengidentifikasi riwayat pekerjaan, status/kondisi mental, fungsi, perilaku, relasi interpersonal, dan fungsi kognitif. Proses selanjutnya adalah penyusunan program terapi yang dimulai dengan menentukan prioritas berdasarkan fungsi dan sumber daya pada ODGJ yang tertinggi. Program terapi perlu dilengkapi dengan jadwal kegiatan, tim pendamping, tujuan jangka pendek dan jangka panjang, serta pemantauan reguler.

c. Tahap intervensi

Tahap intervensi dibagi menjadi 4 (empat) tahap kegiatan yaitu:

1) Latihan keterampilan dasar di bengkel kerja rumah sakit/institusi rehabilitasi:

a) Tujuan:

Mendapatkan keterampilan kerja dan sosial di lingkungan yang didukung oleh tenaga profesional. Latihan keterampilan kerja yang diajarkan berupa keterampilan dasar yang melatih kognitif, motorik, dan sosial.

b) Program:

Meliputi pemberian medikasi, intervensi psikososial seperti psikoedukasi, psikoterapi individual, latihan keterampilan sosial, rehabilitasi kognitif, dan pertemuan komunitas.

Bentuk-bentuk Latihan Vokasional dan Okupasional yang Dapat Dikembangkan di Rumah Sakit dan Institusi Rehabilitasi



Latihan Perawatan Rambut di Salon RS/Institusi Rehabilitasi



Latihan Kantin Rehabilitasi di RS/Institusi Rehabilitasi

2) Latihan keterampilan kerja di tempat kerja transisi

a) Definisi:

tempat kerja transisi merupakan tempat kerja di komunitas yang bersedia memberikan lapangan pekerjaan bagi ODGJ yang masih menjalani perawatan di rumah sakit atau institusi rehabilitasi.

b) Tujuan:

untuk melatih keterampilan dan pengambilan keputusan di tempat kerja di komunitas dengan dukungan yang sesuai.

c) Program:

durasi latihan berkisar antara 3-9 bulan (fleksibel). Intervensi yang dilakukan meliputi psikoedukasi, advokasi, latihan keterampilan sosial, latihan keterampilan kerja, pengaturan medikasi, dan manajemen penyesuaian lingkungan tempat kerja.

d) Perencanaan *discharge*:

Indikatornya adalah kemampuan autonomi dan tanggung jawab ODGJ. Penilaian dilakukan melalui pemeriksaan gejala dan perilaku, keterampilan kerja, manajemen medikasi dan simtom, relasi interpersonal, kualitas hidup, status ekonomi, dan sistem jejaring sosial. Pemeriksaan dilakukan 1-2 bulan pasca latihan keterampilan kerja di tempat transisi selesai dan ODGJ akan kembali ke rumahnya.

3) Tahap penempatan kerja

a) Tujuan:

Untuk membantu ODGJ untuk hidup di masyarakat, memertahankan pekerjaan, dan mampu menghadapi kompetisi abilitas sosial yang pada akhirnya akan membantu ODGJ untuk hidup mandiri di komunitas.

b) Program:

Pada tahap ini, ODGJ sudah tidak tinggal di rumah sakit. Intervensi yang diberikan meliputi layanan kesehatan

di rawat jalan, manajemen medikasi oleh ODGJ sendiri, manajemen kasus, pertemuan reguler, dan manajemen keuangan. Tahap ini akan berlangsung selama 3 bulan.

4) Tahap pemeliharaan kerja dan hidup mandiri di komunitas.

a) Tujuan:

Untuk membantu ODGJ untuk memperoleh status kehidupan mandiri secara ekonomi maupun psikologis.

b) Program:

Tahap ini tak terbatas waktu. Intervensi psikososial yang diberikan semakin minimal dan diakses secara mandiri oleh ODGJ.

Terapi vokasional sebaiknya diselenggarakan oleh tim yang tidak hanya berbasis rumah sakit, namun juga berbasis komunitas. Tim tersebut dapat berisikan psikiater, dokter, psikolog, pekerja sosial, perawat, terapis okupasional, manajer tempat kerja di komunitas, dan pelatih keterampilan kerja. Tim ini bekerja secara sinergis sejak mulai tahap persiapan (penilaian dan penyusunan program), tahap pelatihan, tahap pendampingan di tempat kerja di komunitas, dan tahap evaluasi.

Tantangan penyelenggaraan layanan ini dapat berasal dari internal rumah sakit/institusi rehabilitasi maupun eksternal rumah sakit/institusi rehabilitasi. Tantangan dari pihak internal di antaranya:

- a. sarana-prasarana untuk tempat kerja di rumah sakit/institusi rehabilitasi
- b. tidak adanya tenaga terampil untuk menyelenggarakan program latihan kerja
- c. biaya kegiatan belum terakomodir dalam sistem pembiayaan yang berlaku
- d. birokrasi kerjasama dengan pihak-pihak yang menyediakan tempat kerja di komunitas

Tantangan dari pihak eksternal rumah sakit meliputi:

- a. belum banyaknya tempat kerja di komunitas yang bersedia menerima ODGJ akibat stigma dan diskriminasi
- b. belum terbinanya hubungan rujukan yang jelas antara tenaga profesional di wilayah tempat kerja di komunitas sehingga sulit untuk melakukan pendampingan dan dukungan langsung bila diperlukan
- c. sulitnya menyalurkan tenaga dan memasarkan hasil kegiatan dan kerja pasien akibat dari stigma dan diskriminasi

Dalam menyelenggarakan kegiatan pendampingan ODGJ pasca pemasangan, maka tenaga kesehatan bersama lintas sektor seperti dinas sosial melalui sumber daya pekerja sosial, TKSK dan PSM melakukan upaya bersama dengan fokus yang berbeda. Misalnya pada tenaga kesehatan lebih pada pengendalian gejala sedangkan Dinas Sosial fokus pada bantuan kesejahteraannya.

7. Fasilitasi ODGJ dalam Memperoleh Modal Usaha Mandiri atau Lapangan Pekerjaan

Salah satu upaya pencegahan pemasangan kembali adalah dukungan penyediaan modal usaha mandiri dan lapangan kerja. Sebelum menjalankan usaha mandiri maka terdapat empat faktor yang perlu dipersiapkan yaitu:

a. Hak

Yaitu setiap ODGJ memiliki kesempatan yang sama seperti orang lain. Hal ini dapat dicapai dengan mengatasi hambatan untuk hak asasi manusia dan perlakuan yang adil, termasuk menurunkan efek dari stigma dan diskriminasi.

b. Ekonomi

Yakni ekonomi mendasari dan sifat dari pekerjaan yang tersedia harus dieksplorasi untuk mengidentifikasi peluang ODGJ yang memenuhi pekerjaan tersebut.

c. Pengetahuan

Yaitu akses ke berbagai lapangan kerja bagi ODGJ.

d. Kebijakan Dukungan Penghasilan

Yakni ketentuan program pekerjaan dan penghasilan yang diberikan pada ODGJ.

Beberapa bidang kerja yang dapat dilakukan dan dikembangkan oleh ODGJ di antaranya adalah usaha sosial, wirausaha dan bisnis alternatif dan afirmatif. Tanggung jawab pemodal dapat dilakukan dengan melakukan advokasi kepada berbagai lintas sektor seperti dinas tenaga kerja, dinas sosial atau berbagai pendanaan swasta lainnya, termasuk program tanggung jawab sosial perusahaan (*Corporate social Responsibility/CSR*). Bantuan modal dapat juga diperoleh dari dana swadaya masyarakat untuk dikembangkan menjadi usaha kecil atau rumah tangga.

8. Pengembangan Layanan di Tempat Kediaman (*Residensial*) termasuk Layanan Rawat Harian (*Day Care*)

Kebutuhan layanan residensial dan layanan *day care* di fase ini sama dengan kebutuhan di setiap fase pemasangan lainnya. Intinya layanan ini ditujukan untuk mendukung kebutuhan tempat tinggal dan kapasitas mandiri ODGJ untuk hidup di komunitas. Pengembangan rinci untuk kedua layanan ini dapat dibaca di Bab III tentang layanan *day care* dan Bab IV tentang layanan residensial.

9. Pengembangan Kelompok Bantu Diri serta Organisasi Konsumen dan Keluarga

Pembentukan kelompok bantu diri menjadi pilihan upaya pencegahan pemasangan kembali di masyarakat dalam rangka meningkatkan coping yang konstruktif untuk mempertahankan kondisi ODGJ pasca pasang di masyarakat. Kelompok bantu diri atau kelompok swabantu adalah kumpulan dua orang atau lebih yang datang bersama untuk membuat kesepakatan saling berbagai masalah yang mereka hadapi dalam rangka memberikan semangat satu sama lain. Kegiatan kelompok swabantu diawali dengan pembentukan kelompok. Di awal pertemuan kelompok swabantu perawat, psikolog, dokter dan tenaga kesehatan lain menjelaskan tentang

Definisi kelompok swabantu, tujuan, prinsip, beberapa kesepakatan (seperti nama kelompok, dan anggota kelompok) dan aturan yang digunakan oleh kelompok tersebut. Kegiatan yang dilakukan oleh kelompok swabantu dimulai dari pemahaman terhadap masalah, identifikasi cara penyelesaian masalah, pemilihan cara penyelesaian masalah dan pelaksanaan tindakan untuk menyelesaikan masalah. Kelompok swabantu diri tidak hanya dapat dilakukan oleh kelompok ODGJ pasca pemasangan tetapi juga dapat dibentuk pada keluarga ODGJ pasca pemasangan.

Beberapa organisasi konsumen dan keluarga dapat difasilitasi melalui kegiatan-kegiatan di masyarakat seperti pembentukan posyandu jiwa. Kegiatan tidak hanya difokuskan pada pemeriksaan kemajuan ketrampilan dan kemampuan ODGJ tetapi juga pada dukungan keluarga dalam memandirikan ODGJ pasca pemasangan. Kelompok keluarga dapat berbagi pengalaman dan pengetahuan antar anggota sebagai bahan untuk meningkatkan kemampuan ODGJ. Pelaksanaan pengembangan kelompok swabantu dilakukan secara dini sejak ODGJ terbebas dari pemasangan.

Untuk hasil yang optimal diperlukan keterlibatan lintas sektor seperti organisasi-organisasi masyarakat untuk terlibat aktif dalam pengembangan ketrampilan diri ODGJ dan keluarga.

10. Fasilitasi Proses Kembali (Reintegrasi) ke Keluarga dan Masyarakat

Langkah lebih lanjut dalam upaya pencegahan pemasungan kembali adalah mengintegrasikan kembali ODGJ pasca pemasungan ke dalam keluarga dan ke tengah kehidupan bermasyarakat. Reintegrasi ODGJ ke dalam keluarga berarti:

- a. meningkatnya kapasitas ODGJ untuk berpartisipasi dan berkontribusi dalam lingkungan keluarga baik secara sosial, agama, budaya, maupun ekonomi
- b. meningkatnya pemahaman keluarga akan kondisi ODGJ dan menambah kemampuan keluarga untuk membantu ODGJ dalam proses pemulihan dan rehabilitasinya.

Peningkatan kapasitas tersebut sebenarnya telah dimulai sejak fase sebelum terjadinya pemasungan dan berlanjut pada fase penanganan pemasungan sampai fase rehabilitasi pasca pemasungan, melalui upaya advokasi; komunikasi, informasi dan edukasi kepada ODGJ dan keluarga; tatalaksana di layanan kesehatan maupun saat kunjungan rumah, kegiatan rehabilitasi yang diikuti, aktivitas produktif yang diikuti, serta pengembangan kelompok bantu diri dan organisasi konsumen.

Integrasi ke masyarakat dilakukan dengan pendidikan secara luas tentang implementasi Undang-Undang Kesehatan Jiwa no 18 tahun 2014 maupun Undang-undang Penyandang Disabilitas no 8 tahun 2016, dalam setiap sendi kehidupan bermasyarakat. Peningkatan pemahaman tentang pemasungan bagi seluruh lapisan masyarakat perlu dilakukan untuk mendorong keterlibatan aktif masyarakat dalam mencegah terjadinya pemasungan. Dampak pemasungan dan upaya yang harus dilakukan harus dijelaskan dalam sebuah pedoman yang jelas, mudah dipahami, dan mudah diakses. Bappeda sebagai bagian dari koordinasi lintas sektor diharapkan mendorong pengembangan peraturan daerah yang mendukung upaya pencegahan pemasungan. Bappeda bertugas memfasilitasi pembiayaan baik dalam rangka promosi dan pencegahan, pelepasan dan rehabilitasi pasca pemasungan. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan jiwa di Puskesmas harus ditingkatkan agar memenuhi standar minimal

sumber daya manusia di puskesmas yang terdiri atas satu dokter dan dua orang perawat mahir jiwa.

Sebagai langkah awal dalam membangun proses reintegrasi ke keluarga dan masyarakat maka perlu dibangun kemampuan diri ODGJ. Kemampuan diri merupakan suatu keyakinan dalam kapabilitas seseorang. Kemampuan diri ODGJ pasca pemasangan akan meningkatkan kepercayaan diri ODGJ. Pendidikan kesehatan sangat dibutuhkan dalam rangka meningkatkan kemampuan diri seseorang. Berikut ini adalah tindakan yang untuk membangun kemampuan di ODGJ pasca pemasangan:

- a. Peningkatan kesadaran terhadap kondisi sehat dan sakit
- b. Peningkatan pemahaman tentang sumber masalah dan alternatif penyelesaiannya.
- c. Peningkatan pengetahuan untuk mendapatkan sumber pendukung
- d. Peningkatan kemampuan untuk ketrampilan penyelesaian masalah, komunikasi, toleransi, motivasi, harapan manajemen mar ah dan harga diri.

Keempat kegiatan ini diharapkan dapat membantu ODGJ pasca pemasangan dalam terlibat aktif kembali ke keluarga dan masyarakat.

Kegiatan pencegahan pemasangan kembali dapat juga dikembangkan melalui pemberian wadah bagi ODGJ pasca pemasangan dalam berbagai lini kehidupan masyarakat seperti dalam kegiatan berbasis budaya, religi dan politif. Keterlibatan ODGJ dalam kegiatan kemasyarakatan seperti pengembangan budaya gotong royong dan saling menghargai dapat dituangkan dalam berbagai aktivitas harian di antaranya kerja bakti, keterlibatan dalam kegiatan warga secara budaya, olah raga, atau agama. Terbentuknya organisasi masyarakat yang mendukung aktivitas ODGJ pasca pemasangan dapat dijadikan sebagai wadah untuk membangun partisipasi ODGJ dalam kehidupan bermasyarakat. Puskesmas sebagai layanan kesehatan primer bertugas untuk membantu ODGJ pasca pemasangan mengakses berbagai organisasi masyarakat dalam rangka mengembangkan potensi diri yang dimiliki.

BAB VI PENCATATAN DAN PELAPORAN

Kegiatan pengelolaan data selalu dimulai dengan pencatatan, pengumpulan data, validasi, analisis untuk membuat menjadi informasi yang bermanfaat bagi semua pemangku kepentingan. Saat ini sistem informasi yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan terdiri atas:

1. Sistem Informasi Kesehatan Nasional;
2. Sistem Informasi Puskesmas; dan
3. Sistem Informasi Rumah Sakit

Sistem-sistem informasi tersebut belum mengakomodir pelaporan kasus pasung di Indonesia. Namun demikian masing-masing daerah yang telah menyelenggarakan program bebas pasung berupaya menyelenggarakan sistem pelaporan kasus pasung meskipun cukup beragam dalam definisi dan cara pengumpulan. Potensi perbaikan dari sistem informasi yang ada terutama ditujukan untuk mengintegrasikan dengan sistem:

1. pencatatan klinis pasien
2. data dan informasi kasus (diagnosis)
3. kesehatan nasional
4. kesejahteraan sosial milik Kementerian Sosial
5. kependudukan terutama untuk menunjang pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal
6. pencatatan dan pelaporan dalam program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

Pelaporan dilakukan secara berjenjang dengan melibatkan semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pencatatan dan pelaporan terutama ditujukan untuk mengumpulkan data dan informasi terkait:

1. identifikasi tindakan Pemasungan;
2. proses perawatan;
3. tindak lanjut perawatan; dan
4. hasil perawatan.

Pengumpulan data memerlukan kepastian adanya:

1. kualifikasi pengumpul, validator, dan analis data yang memadai
2. panduan pengumpulan data dan indikator yang diukur
3. formulir atau format pelaporan data
4. kemampuan untuk menarik dan menganalisis data
5. sistem umpan balik untuk sumber data

6. sistem informasi publik

Penyediaan dan pengembangan sistem pengumpulan data tersebut perlu segera dimulai untuk menjamin manfaat data yang ada dalam pengembangan program kesehatan jiwa secara umum maupun program bebas pasung dengan lebih baik.

Pencatatan dan pelaporan dari fasilitas pelayanan kesehatan disampaikan kepada dinas kesehatan kabupaten/kota setiap bulan. Selanjutnya dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan kompilasi pelaporan yang disampaikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut serta melaporkannya ke dinas kesehatan provinsi setiap 3 (tiga) bulan sekali. Dinas kesehatan provinsi melakukan kompilasi pelaporan yang diberikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota dan melakukan analisis untuk pengambilan kebijakan dan tindak lanjut serta melaporkannya ke Menteri setiap 6 (enam) bulan sekali. Format pencatatan dan pelaporan tercantum dalam formulir sebagai berikut:

REKAPITULASI DATA KASUS PASUNG

PUSKESMAS:

DINAS KABUPATEN/KOTA

(1)	Nomor Kasus						
(2)	Registrasi Kasus						
(3)	Nama						
(4)	Jenis Kelamin						
(5)	Tanggal Lahir						
(6)	Alamat						
(7)	Diagnosis Jiwa						
(8)	Diagnosis Keperawatan						
(9)	Masalah/Penyakit Fisik						
(10)	Tahun Awal Sakit						
(11)	Riwayat Pengobatan						
(12)	Layanan Kesehatan						
(13)	Cara Pemasungan	Balok Kayu					
		Rantai					
		Tali					

		Kurung						
		Lainnya						
(14)	Frekuensi							
(15)	Tahun Awal Pemasungan							
(16)	Inisiator Pasung							
(17)	Alasan Pemasungan	Riwayat Tindak Kekerasan						
		Perilaku Kacau yang Bisa Membahayakan Pasien						
		Lainnya						
(18)	Dilepaskan							
(19)	Petugas yang Melepaskan							
(20)	Layanan Pengobatan	PKM						
		Rujuk RSU						
		Rujuk RSJ						
(21)	Jenis Tata Laksana	Terapi Obat						
		Edukasi Keluarga						

		Edukasi Masyarakat						
		Rehabilitasi Psikososial						
(22)	Pemasungan Kembali dan Tanggal							

Keterangan :

Kolom 1: Diisi dengan nomor kasus yang terdiri dari dua digit tahun penemuan/dua digit bulan/nomor urutan penemuan. Sebagai contoh: 15/01/01

Kolom 2: Registrasi disesuaikan dengan registrasi Puskesmas

Kolom 3: Nama lengkap pasien, diusahakan minimal 2 kata (misalnya Siti binti Mahmud) untuk menghindari tertukar

Kolom 4: Diisi dengan L pada pasien laki-laki dan P pada pasien perempuan

Kolom 5: Tanggal lahir diisi dengan 2 angka hari/2 angka bulan/4 angka tahun (HH/BB/TTTT)

Kolom 6: Alamat lengkap yang setidaknya mencantumkan nama desa dan kecamatan

Kolom 7: Diagnosis gangguan jiwa yang terdiri atas:

a. gangguan mental organik

d. gangguan mood: gangguan depresi berat, gangguan bipolar

b. gangguan akibat napza dan alkohol

e. retardasi mental

c. gangguan psikotik: skizofrenia, psikotik akut

f. gangguan perilaku pada anak

Kolom 8: Diisi dengan diagnosis keperawatan pada individu tersebut

Kolom 9: Diisi dengan masalah atau penyakit fisik yang dialami, misalnya atrofi (anggota badan yang mana); TB Paru; Infeksi kulit dsb. Sesuai dengan klasifikasi diagnosis Puskesmas.

Kolom 10: Tahun awal mengalami gangguan jiwa

Kolom 11: Riwayat pengobatan yang dimaksud adalah pengobatan di layanan kesehatan. Diisi ya atau tidak

Kolom 12: Diisi dengan tempat layanan kesehatan diperoleh: Puskesmas/RSU/RSJ

Kolom 13: Cara pemasangan diisi memberikan tanda silang (X) dengan metode pemasangan: balok kayu, rantai, tali, dikurung di kamar, dll

Kolom 14: Frekuensi diisi dengan keterangan terus menerus bila pasung dilakukan terus menerus, atau situasional bila pemasangan dilakukan sewaktu-waktu (misalnya ketika orang tua bekerja, dll)

Kolom 15: Diisi dengan tahun awal pemasangan dilakukan

Kolom 16: Diisi dengan orang yang memiliki ide melakukan pemasangan (keluarga/masyarakat/pengobat tradisional/dll)

Kolom 17: Diisi dengan memberi tanda silang (X) pada alasan pemasangan, apakah karena tindak kekerasan, atau karena perilaku yang mungkin membahayakan pasien, atau lainnya

Kolom 18: Diisi dengan pernyataan YA bila pasien dapat dilepaskan dari pasung; TIDAK bila tidak dapat dilepaskan dan blok diberi warna merah sebagai perhatian

Kolom 19: Diisi petugas kesehatan yang melepaskan pasung apakah berasal dari Puskesmas/RSU/RSJ

Kolom 20: Diisi dengan sumber layanan pengobatan selanjutnya, apakah diperoleh dari Puskesmas/RSU/RSJ

Kolom 21: Diisi dengan memberi tanda silang (X) pada jenis tatalaksana yang diberikan apakah terapi obat, edukasi keluarga, edukasi masyarakat, rehabilitasi psikososial (bisa lebih dari satu)

Kolom 22: Diisi YA dan tanggal pemasungan kembali, bila pasien dipasung kembali pasca dilepaskan, TIDAK bila pasien tidak dipasung kembali paasca dilepaskan dan blok diberi warna merah sebagai perhatian

Tambahkan kolom di sebelah kanan, apabila pasien dilepaskan kembali dan tuliskan tanggalnya. Demikian seterusnya apabila mengalami beberapa kali pemasungan lagi dan dilepaskan.

REKAPITULASI DATA KASUS PASUNG

KASUS PASUNG DI TAHUN 2017						
JUMLAH KASUS PASUNG SAMPAI DESEMBER 2016	JUMLAH TEMUAN BARU KASUS PASUNG SEPANJANG 2017	JUMLAH KASUS PASUNG YANG DILEPASKAN SEPANJANG 2017	JUMLAH KASUS PASUNG YANG MENDAPATKAN LAYANAN KESWA SEPANJANG 2017	JUMLAH ODGJ YANG MENGALAMI PEMASUNGAN KEMBALI SEPANJANG 2017	JUMLAH TOTAL KASUS PASUNG SAMPAI DESEMBER 2017	KETERANGAN (NAMA KABUPATEN /KOTA YANG MELAKSANAKAN LAYANAN ODGJ YANG DI PASUNG)

....., Desember 2017

Mengetahui:

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Penanggung Jawab Program Keswa

Nama
NIP.

Nama
NIP.

Pedoman pengisian formulir :

- Kolom 1: JUMLAH KASUS PASUNG SAMPAI DESEMBER 2016
Jumlah total kasus pasung sampai Desember 2016
- Kolom 2: JUMLAH TEMUAN BARU KASUS PASUNG SEPANJANG 2017
Jumlah temuan baru kasus pasung tahun 2017 (Januari – Desember 2017)
- Kolom 3: JUMLAH KASUS PASUNG YANG DILEPASKAN SEPANJANG 2017
Jumlah kasus pasung (kasus pasung tahun 2016 + temuan baru kasus pasung tahun 2017) yang dilepaskan tahun 2017 (Januari – Desember 2017)
- Kolom 4: JUMLAH KASUS PASUNG YANG MENDAPATKAN LAYANAN KESWA SEPANJANG 2017
Jumlah kasus pasung (kasus pasung tahun 2016 + temuan baru kasus pasung tahun 2017) yang mendapatkan layanan keswa sampai Desember 2017
- Kolom 5: JUMLAH ODGJ YANG MENGALAMI PEMASUNGAN KEMBALI SEPANJANG 2017
Jumlah ODGJ yang mengalami pemasungan kembali sampai Desember 2017
- Kolom 6: JUMLAH TOTAL KASUS PASUNG SAMPAI DESEMBER 2017
(Jumlah kasus pasung sampai Desember 2016 + Jumlah temuan baru kasus pasung sampai Desember 2017) – Jumlah kasus yang dilepaskan sepanjang 2017 + Jumlah ODGJ yang mengalami pemasungan kembali sampai Desember 2017 atau (Kolom 1 + kolom 2) – kolom 3 + kolom 5=
- Kolom 7: KETERANGAN (NAMA KABUPATEN/KOTA YANG MELAKSANAKAN LAYANAN ODGJ YANG DI PASUNG)
Tuliskan nama kabupaten/kota yang melaksanakan layanan ODGJ yang dipasung

BAB VII MONITORING DAN EVALUASI

A. Pemantauan

Pemantauan bukan sekedar cara untuk memastikan keberlangsungan jalannya suatu program atau aktivitas, juga merupakan cara untuk menjamin kompetensi, efektivitas dan efisiensi staf melalui observasi, diskusi, dukungan, dan bimbingan. Pemantauan adalah kegiatan yang ditujukan untuk mendorong anggota unit kerja agar berkontribusi positif dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi.

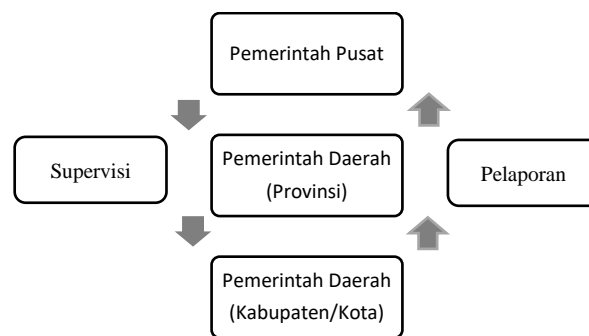
Kegiatan pemantauan meliputi:

1. penetapan tujuan pemantauan
2. melakukan kontak pada target pemantauan (kadang penyelia memilih untuk melakukannya secara mendadak sehingga kegiatan ini tidak perlu dilakukan)
3. menyiapkan daftar tilik pemantauan yang berisi hal-hal apa saja yang akan disupervisi
4. menyiapkan bagan alur untuk kunjungan untuk menjaga agar efisien karena rute kunjungan direncanakan terlebih dahulu
5. proses pemantauan dilakukan secara terbuka dan dirasakan manfaatnya bagi kedua belah pihak
6. mendokumentasikan semua hal yang ditemukan dalam proses pemantauan baik yang berupa laporan observasi, hasil wawancara dan diskusi, termasuk proses edukasi, pemberian rekomendasi dan rencana tindak lanjut. Umpan balik guna peningkatan kapasitas staf dapat dilakukan selama pemantauan maupun setelahnya.
7. menganalisis data yang terkumpul dan mencari akar masalah maupun kebutuhan yang mungkin timbul
8. menyusun rencana tindak lanjut untuk mengatasi akar masalah atau menjawab kebutuhan baru yang timbul
9. menuliskan laporan dan menyampaikannya ke pada pihak-pihak terkait termasuk mereka yang dipantau

Frekuensi dan lama pemantauan ditentukan sesuai dengan program yang akan direncanakan. Hal-hal yang memengaruhi penetapan frekuensi dan lama pemantauan di antaranya: durasi pelaksanaan program, jumlah aktivitas yang perlu dipantau (besar/kecilnya program), metode

pemantauan, jumlah penyelia, jarak wilayah kerja penyelia dengan tempat pelaksanaan program, ketersediaan dana untuk kegiatan supervisi.

Terkait dengan program bebas pasung, pemantauan berjenjang sangat perlu dilakukan dan melibatkan berbagai elemen pemangku kepentingan. Pemantauan berjenjang yang dimaksud tergantung dari asal dan luas program/aktivitas yang akan diselenggarakan. Sebagai contoh, bila program yang dilaksanakan merupakan turunan program nasional, maka alur supervisi dapat berbentuk sebagai berikut.



Alur Supervisi dan Pelaporan

Elemen pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses pemantauan sangat tergantung pada analisis pemangku kepentingan yang terlibat. Dapat berasal dari komponen-komponen berikut ini:

1. Kelompok konsumen dan keluarga
2. Tenaga kesehatan
3. Sektor sosial
4. Sektor pendidikan
5. Perumahan
6. Penyedia layanan
7. Pemerintah
8. Institusi pendidikan
9. Organisasi profesi
10. Petugas keamanan
11. Tenaga kesehatan tradisional
12. Organisasi keagamaan

Memiliki tim pemantauan yang terdiri atas komponen pemangku kepentingan yang terlibat akan meningkatkan objektivitas sistem supervisi dan sangat perlu dipastikan bahwa mereka yang melakukan pemantauan memiliki sedikit mungkin kepentingan terhadap program/aktivitas tersebut

untuk menurunkan *conflict of interest* (konflik kepentingan) yang mungkin terjadi.

B. Evaluasi

Evaluasi adalah cara sistematis untuk belajar dari pengalaman dan menggunakan pelajaran itu untuk memperbaiki aktivitas yang sedang berlangsung dan mendorong perencanaan yang lebih baik dengan memilih berbagai alternatif tindakan. Evaluasi adalah penggunaan metode penelitian sosial untuk secara sistematis menyelidiki pencapaian hasil program.

Alasan dilakukannya evaluasi program:

1. menelaah pelaksanaan layanan oleh program kesehatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah dan merekomendasikan perbaikan program yang diperlukan
2. menilai kemajuan kearah tujuan dan mengidentifikasi alasan terjadinya kesenjangan apabila ada
3. berkontribusi terhadap perencanaan
4. untuk mendokumentasikan dan menunjukkan hasil suatu proyek
5. memperbaiki infrastruktur dan alokasi dana untuk program kini dan mendatang
6. menjadikan aktivitas lebih relevan, lebih efisien dan lebih efektif.

Pertanyaan yang ingin dijawab dengan evaluasi:

1. apakah intervensi atau aktivitas dilaksanakan sesuai rencana
2. apakah isi intervensi atau aktivitas memenuhi standar
3. apakah intervensi atau aktivitas mencapai hasil yang diharapkan

Setiap akhir tahun ada baiknya dilakukan evaluasi pencapaian semua program yang telah diselenggarakan dalam 1 tahun. Evaluasi dapat dilakukan secara mandiri (*self assessment*) maupun dilakukan penilaian oleh dinas kesehatan. Instrumen Penilaian Mandiri Pencapaian Program Bebas Pasung tersebut sebagai berikut:

INSTRUMEN PENILAIAN DIRI PENCAPAIAN PROGRAM BEBAS PASUNG

Melakukan penilaian diri secara terus menerus sebagai bentuk dari upaya monitoring merupakan ciri khas dari organisasi yang matang dan dinamis yang terus ingin melakukan pembenahan diri, melakukan manajemen risiko, dan menyusun strategi yang lebih efektif. Demikian pula pelaksanaan evaluasi yang ditujukan untuk menilai pencapaian-pencapaian dari rencana yang telah disusun di awal, kemungkinan melakukan percepatan, mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung dan melakukan manajemen terhadap faktor-faktor tersebut.

Untuk dapat melakukan penilaian diri dan evaluasi program tersebut, diperlukan instrumen yang terstruktur dan terstandar. Instrumen akan membantu kita untuk:

1. mengidentifikasi kondisi kita saat ini
2. menyusun rencana tindak lanjut
3. melakukan evaluasi berkelanjutan dengan patok duga (*benchmark*) yang sama
4. memberikan arahan dan persepsi yang sama bagi semua pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses pelaksanaan program

Untuk dapat melakukan fungsi di atas, maka instrumen yang baik selayaknya mengandung unsur-unsur berikut ini:

1. menguraikan unsur-unsur yang akan diukur dengan bahasa yang mudah dipahami
2. menggunakan bahasa yang mudah diukur dalam arti mudah untuk disusun target maupun indikator yang akan diukur
3. mampu menunjukkan ukuran pencapaian saat ini dan target yang seharusnya
4. mampu mengidentifikasi hal-hal yang berpotensi untuk perbaikan dan menyusun rencana tindak lanjut dari potensi tersebut

Berbicara tentang program pasung, maka instrumen pemantauan dan evaluasi sebaiknya berisi elemen-elemen berikut ini:

1. karakteristik daerah – sebagai tolak ukur penilaian risiko, besar masalah, dan potensi
2. ketersediaan dan tantangan terkait sumber daya yang meliputi aspek: regulasi dan kebijakan, finansial, kolaborasi multisektor (termasuk peran konsumen), sistem layanan, sumber daya manusia, infrastruktur, dan sistem data dan informasi

3. karakteristik program yang dimiliki – sebagai dasar pengukuran kesesuaian upaya intervensi dengan kebutuhan yang ada dan pencapaiannya
4. peran masing-masing pemangku kepentingan – sebagai dasar penilaian kekuatan dan potensi pengembangan pemangku kepentingan

I. IDENTITAS SUMBER DATA		
I.1	Kabupaten : /Kota*)	
I.2	Provinsi :	
I.3	Tanggal : Penilaian	
I.4	Periode : Penilaian	
II. KARAKTERISTIK DAERAH		
II.1	Jumlah Kecamatan di Kabupaten/Kota	
II.2	Jumlah penduduk di wilayah Kabupaten/Kota	
	Berdasarkan kategori umur	Umur 0 – 5 tahun: Umur 6 – 18 tahun: Umur 19 – 40 tahun: Umur 41 – 60 tahun: Umur >60 tahun:
	Berdasarkan jenis kelamin	Laki-laki Perempuan

II.3	Jumlah desa terpencil		
II.4	Rerata pendapatan keluarga		
II.5	Jumlah puskesmas di Kabupaten/Kota	<p>Puskesmas Kecamatan:</p> <p>Puskesmas Kelurahan:</p> <p>Puskesmas Pembantu:</p>	<p>Puskesmas Kecamatan yang memiliki poliklinik jiwa:</p> <p>Puskesmas Kelurahan yang memiliki poliklinik jiwa:</p> <p>Puskesmas Pembantu yang memiliki poliklinik jiwa:</p>
II.6	Jumlah Rumah Sakit Umum	<p>Rumah Sakit Umum Daerah:</p> <p>÷</p>	<p>Rumah Sakit Umum Daerah dengan layanan jiwa: Ya/Tidak</p> <p>Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak Bila Ya Jadwal poliklinik: Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang</p> <p>Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak Bila Ya Jumlah tempat tidur: Data rata-rata lama rawat: hari Data BOR: %</p>

		<p>Rumah Sakit Umum Kecamatan (bila ada):</p>	<p>Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Jarak desa terjauh: km</p> <p>Jarak desa terdekat: km</p> <p>Rumah Sakit Umum Kecamatan (bila ada) dengan layanan jiwa: Ya/Tidak</p> <p>Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jadwal poliklinik:</p> <p>Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang</p> <p>Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jumlah tempat tidur:</p> <p>Data rata-rata lama rawat: hari</p> <p>Data BOR: %</p>
--	--	---	--

		<p>Rumah Sakit Umum Swasta:</p> <p>Rumah Sakit Umum Swasta:</p>	<p>Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Jarak desa terjauh: km</p> <p>Jarak desa terdekat: km</p> <p>Rumah Sakit Umum Swasta dengan layanan jiwa: Ya/Tidak</p> <p>Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jadwal poliklinik:</p> <p>Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang</p> <p>Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jumlah tempat tidur:</p> <p>Data rata-rata lama rawat: hari</p> <p>Data BOR: %</p>
--	--	---	--

			Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang Jarak desa terjauh: km Jarak desa terdekat: km
II.7	Jumlah Rumah Sakit Jiwa	Rumah Sakit Jiwa Pusat (bila ada): Ya/Tidak Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak Bila Ya Jadwal poliklinik: Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak Bila Ya Jumlah tempat tidur: Data rata-rata lama rawat: hari Data BOR: % Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang Jarak desa terjauh: km Jarak desa terdekat: km	

		<p>Rumah Sakit Jiwa Daerah: Ya/Tidak</p> <p>Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jadwal poliklinik:</p> <p>Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang</p> <p>Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jumlah tempat tidur:</p> <p>Data rata-rata lama rawat: hari</p> <p>Data BOR:%</p> <p>Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Jarak desa terjauh: km</p> <p>Jarak desa terdekat: km</p> <p>Rumah Sakit Jiwa Swasta (bila ada): Ya/Tidak</p> <p>Layanan Rawat Jalan: Ya / Tidak</p>
--	--	--

		<p>Bila Ya</p> <p>Jadwal poliklinik:</p> <p>Rata-rata jumlah kunjungan/bulan: orang</p> <p>Layanan Rawat Inap: Ya/Tidak</p> <p>Bila Ya</p> <p>Jumlah tempat tidur:</p> <p>Data rata-rata lama rawat: hari</p> <p>Data BOR:%</p> <p>Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Rata-rata rujukan kasus pasung dari Puskesmas/bulan: orang</p> <p>Jarak desa terjauh: km</p> <p>Jarak desa terdekatkm</p>	
II.8	Jumlah kasus gangguan jiwa di Kabupaten/Kota		
	Berdasarkan jenis kasus gangguan jiwa	Gangguan jiwa berat:	
		Gangguan jiwa mental emosional:	

	Berdasarkan kategori umur	Umur 0 – 5 tahun: Umur 6 – 18 tahun: Umur 19 – 40 tahun: Umur 41 – 60 tahun: Umur >60 tahun:	
	Berdasarkan jenis kelamin	Laki-laki Perempuan	
II.9	Jumlah kasus orang dengan gangguan jiwa yang pernah atau sedang dipasung dan atau diisolasi di Kabupaten/Kota		
	Berdasarkan kategori umur	Umur 0 – 5 tahun: Umur 6 – 18 tahun: Umur 19 – 40 tahun: Umur 41 – 60 tahun: Umur >60 tahun:	
	Berdasarkan jenis kelamin	Laki-laki Perempuan	
II.10	Jumlah temuan kasus pasung baru di Kabupaten/Kota pada periode penilaian		
II.11	Identifikasi masalah kesehatan jiwa yang menjadi latar belakang tindakan pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa		Ya / Tidak Bila Ya, Masalah yang ditemukan:

III. KARAKTERISTIK SUMBER DAYA						
Regulasi, Kebijakan, dan Perencanaan						
III.1	Regulasi tentang kesehatan jiwa yang berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.2	Regulasi tentang bebas pasung yang berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.3	Kebijakan pemerintah terkait kesehatan jiwa yang masih berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.4	Kebijakan pemerintah terkait bebas pasung yang masih berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.5	Perencanaan Dinas Kesehatan terkait kesehatan jiwa yang masih berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.6	Perencanaan Dinas Kesehatan terkait program bebas pasung yang masih berlaku	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Finansial						

III.7	Pembiayaan Dinas Kesehatan terkait kesehatan jiwa di tahun berjalan	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.8	Pembiayaan Dinas Kesehatan terkait program bebas pasung di tahun berjalan	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Kerjasama						
III.9	Struktur organisasi kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.10	Staf pengelola khusus kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.11	Memiliki TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) di Kabupaten/Kota	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.12	TPKJM menjalankan fungsinya sesuai dengan tugas dengan target pencapaiannya	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.13	Memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program di bidang kesehatan jiwa	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.14	Memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.15	Memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga)	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.16	Memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga)	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.17	Memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya terkait kesehatan jiwa dan gangguan jiwa serta komunikasi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.18	Melibatkan ODGJ dan keluarga dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi manajemen gangguan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.19	Melibatkan ODGJ dan keluarga dalam arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Sistem Layanan Kesehatan Jiwa							
III.20	Memiliki sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.21	Sistem rujukan orang dengan gangguan jiwa oleh kader kesehatan jiwa ke puskesmas di periode penilaian	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.22	Sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSU/RSJ ke puskesmas di periode penilaian	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.23	Memiliki layanan kesehatan jiwa yang buka 24 jam	0		10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.24	Memiliki Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.25	Memiliki layanan <i>day care</i> bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.26	Memiliki layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.27	Memiliki upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat yang dapat diakses oleh orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai dengan tugas dan fungsinya	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Sumber Daya Manusia						
III.28	Dokter yang bertugas di puskesmas di Kabupaten/Kota	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.29	Dokter Puskesmas terlatih di bidang kesehatan jiwa di Kabupaten/Kota	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.30	Paramedik Puskesmas terlatih di bidang kesehatan jiwa di Kabupaten/Kota	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.31	Staf/paramedik penanggung jawab program jiwa (pada puskesmas dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.32	Paramedik pelaksana program jiwa yang sudah dilatih	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.33	Kader kesehatan jiwa yang dibina puskesmas Kabupaten/Kota	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.34	Psikiater tersedia di layanan RSU	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.35	Dokter subspesialis jiwa tersedia di layanan RSJ	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.36	Perawat spesialis jiwa tersedia di layanan RSJ	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.37	Dokter spesialis lain tersedia di layanan RSJ	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Primer						
III.38	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Masyarakat Pengembangan</u> kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.39	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Perorangan</u> kesehatan jiwa: Kurasi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.40	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Masyarakat Pengembangan</u> kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.41	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Perorangan</u> kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasangan (termasuk tatalaksana masalah kesehatan fisik, pemantauan kontrol, identifikasi gejala kekambuhan, risiko bunuh diri, perlakuan salah baru, efek samping)	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.42	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Masyarakat Pengembangan</u> kesehatan jiwa: kunjungan rumah dan perawatan rumah	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.43	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Perorangan</u> kesehatan jiwa: Rehabilitasi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.44	Puskesmas melakukan <u>Upaya Kesehatan</u> <u>Masyarakat Pengembangan</u> kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.45	Puskesmas mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan	0	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.46	Puskesmas mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi)	0	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.47	Puskesmas yang mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.48	Puskesmas yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.49	Puskesmas yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.50	Puskesmas yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Sekunder						
III.51	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.52	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: Kurasi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.53	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.54	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasangan	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.55	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: Rehabilitasi	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.56	RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.57	RSU mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan	0	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.58	RSU mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi)	0	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.59	RSU yang mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa	0	5	10	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.60	RSU yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.61	RSU yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.62	RSU yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri (termasuk layanan respons krisis)	0	5	10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.63	RSU yang mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat (termasuk <i>discharge plan</i>)	0		10		Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Tersier							
III.64	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.65	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Kurasi	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.66	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasangan)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.67	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasangan	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.68	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Rehabilitasi	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.69	RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.70	RSJ mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan	0	10		TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.71	RSJ mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi, manajer kasus atau <i>Assertive Community Treatment</i>)	0	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut	
III.72	RSJ yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.73	RSJ yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.74	RSJ yang mempunyai layanan kesehatan lain (fisik)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.75	RSJ yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri (termasuk layanan respons krisis)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

III.76	RSJ yang mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat (termasuk <i>discharge plan</i>)	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
Sistem Data dan Informasi							
III.77	Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.78	Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dengan pasung ke Dinas Kesehatan	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.79	Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Rumah Sakit Umum ke Dinas Kesehatan	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut
III.80	Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Rumah Sakit Jiwa ke Dinas Kesehatan	0	5	10	TR	Keterangan	Rekomendasi Tindak Lanjut

PEDOMAN PENGISIAN INSTRUMEN PENILAIAN DIRI PENCAPAIAN PROGRAM
BEBAS PASUNG

Tata Cara Pengisian Instrumen

Instrumen ini secara garis besar terdiri atas bagian-bagian yaitu:

- Bagian I : Identitas Sumber Data
- Bagian II : Karakteristik Daerah
- Bagian III : Karakteristik Sumber Daya

Penjelasan Cara Pengisian Kuesioner

Cara pengisian kuesioner memiliki beberapa bentuk di antaranya:

1. Pengisian langsung: memberikan jawaban singkat dan langsung terhadap butir penilaian yang diajukan
2. Penilaian berjenjang dengan cara memberikan:
 - a. nilai “0” (nol) bila tidak ditemukan sama sekali data yang dapat menunjukkan pemenuhan butir penilaian tersebut
 - b. nilai “5” (lima) bila ditemukan sebagian data yang dapat menunjukkan pemenuhan butir penilaian tersebut
 - c. nilai “10” (sepuluh) bila dapat menunjukkan pemenuhan butir penilaian tersebut
 - d. memberikan tanda (v) pada kolom TR bila tidak relevan dengan kondisi atau perencanaan yang telah dibuat

Bagian I : Identitas Sumber Data
I.1 Nama Kabupaten/Kota: diisi dengan nama Kabupaten atau Kota yang dinilai
I.2 Nama Provinsi: diisi dengan nama Provinsi yang dinilai
I.3 Tanggal Penilaian: diisi dengan tanggal pengambilan data penilaian (tanggal (DD)/bulan (MM)/tahun (YYYY))
I.4 Periode Penilaian: diisi dengan kisaran bulan pengambilan data (misalnya Januari – Maret (bila data diambil setiap 3 bulan) atau Januari – Juni (bila data diambil setiap 6 bulan atau tahun (bila data diambil setiap tahun)
Bagian II : Karakteristik Daerah
II.1 Jumlah Kecamatan di Kabupaten/Kota: diisi dengan angka jumlah Kecamatan yang masuk di wilayah Kabupaten/Kota

<p>II.2 Jumlah penduduk di wilayah Kabupaten/Kota: diisi dengan angka jumlah penduduk di wilayah Kabupaten/Kota. Jumlah selanjutnya dibagi berdasarkan kategori umur dan jenis kelamin. Kategori umur terdiri atas: umur 0 – 5 tahun, 6 – 18 tahun, 19 – 40 tahun, 41 – 60 tahun, >60 tahun. Kategori jenis kelamin: laki-laki atau perempuan</p>
<p>II.3 Jumlah desa terpencil: diisi dengan angka jumlah desa terpencil Desa terpencil memiliki karakteristik: kesulitan akses, keterbatasan fasilitas umum termasuk fasilitas kesehatan, biaya mahal untuk kebutuhan hidup sehari-hari</p>
<p>II.4 Rerata pendapatan keluarga: diisi dengan perkiraan pendapatan keluarga (kumulatif) per bulan</p>
<p>II.5 Jumlah puskesmas di Kabupaten/Kota: diisi dengan angka jumlah puskesmas kecamatan, puskesmas kelurahan, puskesmas pembantu beserta jumlah puskesmas kecamatan, puskesmas kelurahan, puskesmas pembantu yang memiliki poliklinik jiwa</p>
<p>II.6 Jumlah rumah sakit umum: diisi dengan angka jumlah rumah sakit umum daerah/kecamatan (bila ada)/swasta (bila ada) dengan karakteristik layanan jiwa yang meliputi layanan rawat jalan (jadwal poliklinik: berapa hari dalam satu minggu dan rata-rata jumlah kunjungan/bulan dalam satuan jumlah orang) dan layanan rawat inap (jumlah total tempat tidur, rata-rata lama rawat (<i>length of stay</i>) dalam satuan hari yang dihitung dari jumlah hari rawat dibagi jumlah pasien keluar, dan data rata-rata <i>bed occupancy rate</i> (BOR) dalam persen yang dihitung dari jumlah hari rawat semua pasien dibagi (jumlah hari dalam bulan x jumlah tempat tidur) dikali 100%). Rata-rata rujukan dari Puskesmas/bulan dalam satuan orang, jarak desa terjauh dan terdekat dari layanan dalam satuan kilometer (km)</p>
<p>II.7 Jumlah rumah sakit jiwa pusat: diisi bila memiliki rumah sakit jiwa vertikal (milik Kementerian Kesehatan) di wilayahnya. Rumah sakit jiwa daerah: diisi bila memiliki rumah sakit jiwa daerah (milik Pemerintah Daerah). Data layanan mengikuti petunjuk uraian untuk rumah sakit umum</p>

<p>II.8 Jumlah kasus gangguan jiwa di Kabupaten/Kota dideskripsikan berdasarkan:</p> <p>a. jenis kasus gangguan jiwa: gangguan jiwa berat (kelompok gangguan psikotik: psikotik akut dan skizofrenia (F.20)) dan gangguan jiwa mental emosional (kelompok gangguan depresi dan neurotik)</p> <p>b. kategori umur: gangguan jiwa yang terjadi pada kelompok umur 0 – 5 tahun, 6 – 18 tahun, 19 – 40 tahun, 41 – 60 tahun, >60 tahun</p> <p>c. jenis kelamin: laki-laki dan perempuan</p>
<p>II.9 Jumlah kasus orang dengan gangguan jiwa yang pernah atau sedang dipasung dan atau diisolasi di Kabupaten/Kota: diisi dengan data yang dimiliki tentang orang dengan gangguan jiwa yang pernah atau sedang dipasung atau diisolasi di wilayahnya yang disusun berdasarkan kategori umur (0 – 5 tahun, 6 – 18 tahun, 19 – 40 tahun, 41 – 60 tahun, >60 tahun) dan jenis kelamin (laki-laki atau perempuan)</p>
<p>II.10 Jumlah temuan kasus pasung baru di Kabupaten/Kota pada periode penilaian: diisi dengan jumlah temuan kasus pasung baru (kasus yang belum pernah ditemukan sebelumnya, belum pernah terdata) di Kabupaten/Kota dalam rentang waktu periode penilaian (d disesuaikan dengan periode yang tercantum dalam I.4)</p>
<p>II.11 identifikasi masalah kesehatan jiwa yang menjadi latar belakang tindakan pemasangan pada orang dengan gangguan jiwa: diisi dengan jawaban Ya bila dilakukan dan uraiannya atau Tidak bila tidak dilakukan atau tidak ada data</p>
<p>Bagian III : Karakteristik Sumber Daya</p>
<p>Regulasi, Kebijakan, dan Perencanaan</p>
<p>III.1 Regulasi tentang kesehatan jiwa yang berlaku:</p> <p>0 – bila tidak memiliki regulasi apa pun</p> <p>5 – bila memiliki regulasi di daerah tingkat dua</p> <p>10 – bila memiliki regulasi di daerah tingkat satu</p> <p>Keterangan: diisi dengan regulasi yang dimaksudkan</p> <p>Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan</p>

III.2 Regulasi tentang bebas pasung yang berlaku:

0 – bila tidak memiliki regulasi apa pun

5 – bila memiliki regulasi di daerah tingkat dua

10 – bila memiliki regulasi di daerah tingkat satu

Keterangan: diisi dengan regulasi yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.3 Kebijakan pemerintah terkait kesehatan jiwa yang masih berlaku

0 – bila tidak memiliki kebijakan apa pun

5 – bila memiliki kebijakan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan pada umumnya

10 – bila memiliki kebijakan khusus terkait kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan kebijakan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.4 Kebijakan pemerintah terkait bebas pasung yang masih berlaku

0 – bila tidak memiliki kebijakan apa pun

5 – bila memiliki kebijakan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan/kesehatan jiwa pada umumnya

10 – bila memiliki kebijakan khusus terkait bebas pasung

Keterangan: diisi dengan kebijakan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.5 Perencanaan Dinas Kesehatan terkait kesehatan jiwa yang masih berlaku

0 – bila tidak memiliki perencanaan apa pun

5 – bila memiliki perencanaan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan pada umumnya

10 – bila memiliki perencanaan khusus terkait kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan perencanaan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.6 Perencanaan Dinas Kesehatan terkait program bebas pasung yang masih berlaku

0 – bila tidak memiliki perencanaan apa pun

5 – bila memiliki perencanaan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan/kesehatan jiwa pada umumnya

10 – bila memiliki perencanaan khusus terkait bebas pasung

Keterangan: diisi dengan perencanaan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Finansial

III.7 Pembiayaan Dinas Kesehatan terkait kesehatan jiwa yang masih berlaku (pembiayaan dapat bersumber dari APBN, APBD, asuransi, dana komunitas, dan sistem pembiayaan lainnya)

0 – bila tidak memiliki pembiayaan apa pun

5 – bila memiliki pembiayaan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan pada umumnya

10 – bila memiliki pembiayaan khusus terkait kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan pembiayaan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.8 Pembiayaan Dinas Kesehatan terkait program bebas pasung yang masih berlaku (pembiayaan dapat bersumber dari APBN, APBD, asuransi, dana komunitas, dan system pembiayaan lainnya)

0 – bila tidak memiliki pembiayaan apa pun

5 – bila memiliki pembiayaan namun terintegrasi dalam kebijakan kesehatan/kesehatan jiwa pada umumnya

10 – bila memiliki pembiayaan khusus terkait bebas pasung

Keterangan: diisi dengan pembiayaan yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Kerjasama
<p>III.9 Struktur organisasi kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan</p> <p>0 – bila tidak memiliki struktur organisasi kesehatan jiwa yang jelas</p> <p>5 – bila memiliki struktur organisasi kesehatan jiwa namun terintegrasi dalam struktur organisasi kesehatan pada umumnya</p> <p>10 – bila memiliki struktur organisasi kesehatan jiwa yang jelas tersendiri</p> <p>Keterangan: diisi dengan struktur organisasi kesehatan jiwa yang dimaksudkan</p> <p>Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan</p>
<p>III.10 Staf pengelola khusus kesehatan jiwa di Dinas Kesehatan Jiwa di Indonesia</p> <p>0 – bila tidak memiliki staf pengelola khusus kesehatan jiwa</p> <p>5 – bila memiliki staf pengelola yang tidak khusus untuk kesehatan jiwa</p> <p>10 – bila memiliki staf pengelola khusus kesehatan jiwa</p> <p>Keterangan: diisi dengan staf pengelola khusus kesehatan jiwa yang dimaksudkan</p> <p>Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan</p>
<p>III.11 Memiliki TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) di Kabupaten/Kota</p> <p>0 – bila tidak memiliki TPKJM</p> <p>5 – bila memiliki TPKJM hanya di satu tingkat pemerintahan saja (hanya provinsi atau hanya Kabupaten/Kota)</p> <p>10 – bila memiliki TPKJM di semua tingkat pemerintahan (provinsi dan Kabupaten/Kota)</p> <p>Keterangan: diisi dengan TPKJM yang dimaksudkan</p> <p>Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan</p>

III.12 TPKJM menjalankan fungsinya sesuai dengan tugas dengan target pencapaiannya

Tugas TPKJM – Tingkat Provinsi

- a. Mengidentifikasi, mengklasifikasi dan memetakan permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat Provinsi.
- b. Memberikan masukan kepada Gubernur untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat Provinsi.
- c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan penyusunan anggaran.
- d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Gubernur dalam pelaksanaan dekonsentrasi dan tugas pembantuan.
- e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi.

Tugas TPKJM – Tingkat Kabupaten/Kota

- a. Mengidentifikasi, mengklasifikasi dan memetakan permasalahan Kesehatan Jiwa Masyarakat dalam rangka merumuskan kebijakan umum tingkat Kabupaten/Kota.
- b. Memberikan masukan kepada Bupati/Wali kota untuk menentukan mekanisme koordinasi dan kebijakan operasional tingkat Kabupaten/Kota.
- c. Menyusun program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang, bersama dengan penyusunan anggaran.
- d. Mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Bupati/Wali kota dalam pelaksanaan tugas pembantuan.
- e. Merumuskan langkah-langkah kegiatan monitoring dan evaluasi.

0 – bila tidak menjalankan fungsi sesuai dengan tugas dan target pencapaiannya

5 – bila menjalankan minimal 50% fungsi sesuai dengan tugas dan target pencapaiannya

10 – bila menjalankan 100% fungsi sesuai dengan tugas dan target pencapaiannya

TR – Tidak Relevan karena tidak memiliki TPKJM

Keterangan: diisi dengan TPKJM yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.13 Memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program di bidang kesehatan jiwa

0 – bila tidak memiliki kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program di bidang kesehatan jiwa

5 – bila memiliki kerjasama namun tidak memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program di bidang kesehatan jiwa

10 – bila memiliki kerjasama dan memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program di bidang kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan bentuk kegiatan kerjasama dan/atau MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bidang kesehatan jiwa yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.14 Memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung

0 – bila tidak memiliki kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung

5 – bila memiliki kerjasama namun tidak memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung

10 – bila memiliki kerjasama dan memiliki MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung

Keterangan: diisi dengan bentuk kegiatan kerjasama dan/atau MoU kerjasama lintas sektor untuk melaksanakan program bebas pasung yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.15 Memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga)

0 – bila tidak memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga)

5 – bila memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga) namun tidak khusus untuk bidang kesehatan jiwa

10 – bila memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga)

Keterangan: diisi dengan lembaga/organisasi/paguyuban/forum komunikasi/kelompok bantu diri yang bergerak di bidang kesehatan jiwa (non konsumen dan keluarga) yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.16 Memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga)

0 – bila tidak memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga)

5 – bila memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga) namun tidak khusus untuk bidang kesehatan jiwa

10 – bila memiliki lembaga/organisasi/paguyuban/forum

komunikasi/kelompok bantu diri yang khusus bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga)

Keterangan: diisi dengan lembaga/organisasi/paguyuban/forum komunikasi/kelompok bantu diri yang bergerak di bidang kesehatan jiwa (konsumen dan keluarga) yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.17 Memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya terkait kesehatan jiwa dan gangguan jiwa serta komunikasi

0 – bila tidak memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya terkait kesehatan jiwa dan gangguan jiwa serta komunikasi

5 – bila memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya setidaknya salah satu di antara kesehatan jiwa dan gangguan jiwa atau komunikasi

10 – bila memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya baik tentang kesehatan jiwa dan gangguan jiwa serta komunikasi

Keterangan: diisi dengan bila memiliki kegiatan pelatihan bagi ODGJ dan/atau keluarganya yang dimaksudkan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.18 Melibatkan ODGJ dan keluarga dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi manajemen gangguan jiwa

0 – bila penyedia layanan kesehatan tidak pernah melibatkan ODGJ dan keluarga dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi manajemen gangguan jiwa

5 – bila sebagian penyedia layanan kesehatan jiwa melibatkan ODGJ dan keluarga dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi manajemen gangguan jiwa (<50% penyedia layanan kesehatan jiwa)

10 – bila sebagian besar penyedia layanan kesehatan melibatkan ODGJ dan keluarga dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi manajemen gangguan jiwa (>50% penyedia layanan kesehatan jiwa)

Keterangan: data dikumpulkan melalui observasi atau pertanyaan langsung pada konsumen/keluarga. Keterangan diisi dengan jumlah tenaga kesehatan/konsumer/keluarga yang ditanya menjawab terlibat dalam proses pelayanan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.19 Melibatkan ODGJ dan keluarga dalam arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program

0 – bila pemerintah tidak pernah melibatkan ODGJ dan keluarga dalam arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program terkait kesehatan jiwa

5 – bila pemerintah melibatkan ODGJ dan keluarga dalam sebagian kegiatan di arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program (<50% kegiatan pemerintah terkait kesehatan jiwa)

10 – bila pemerintah melibatkan ODGJ dan keluarga dalam seluruh kegiatan di arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program (>50% kegiatan pemerintah terkait kesehatan jiwa)

Keterangan: data dikumpulkan melalui bukti kehadiran perwakilan konsumen dan keluarga dalam kegiatan di arena politik, dalam perencanaan, implementasi, pemantauan dan evaluasi regulasi, kebijakan, perencanaan, dan program. Keterangan diisi dengan berapa banyak kegiatan yang dihadiri oleh perwakilan consumer dan keluarga dari total kegiatan pemerintahan terkait kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sistem Layanan Kesehatan Jiwa

III.20 Memiliki sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung)

Sistem rujukan berjenjang yang dimaksud adalah rujukan kasus dari layanan primer ke layanan sekunder, layanan sekunder ke layanan tersier

0 – bila tidak memiliki sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung) – dokumen tertulis maupun implementasi

5 – bila memiliki sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung) dalam bentuk dokumen tertulis ATAU implementasi

10 – bila memiliki sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung) dalam bentuk dokumen tertulis DAN implementasi

TR – bila tidak memungkinkan melakukan rujukan karena alasan akses dan keterjangkauan

Keterangan: diisi dengan bukti dokumen maupun implementasi (data rujukan) terlaksananya sistem rujukan berjenjang untuk kasus gangguan jiwa (kasus pasung maupun non pasung)

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.21 Sistem rujukan orang dengan gangguan jiwa oleh kader kesehatan jiwa ke puskesmas di periode penilaian

Kader kesehatan jiwa merupakan komponen masyarakat yang terlatih di bidang kesehatan jiwa

0 – bila tidak memiliki data rujukan oleh kader kesehatan jiwa ke

puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4)

5 – bila memiliki data rujukan oleh kader kesehatan jiwa di puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4) namun tidak lengkap

10 – bila memiliki data lengkap rujukan oleh kader kesehatan jiwa di puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4)

TR – bila tidak memiliki kader kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan bukti data rujukan oleh kader kesehatan jiwa di puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4)

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.22 Sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas di periode penilaian

Sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas dibuktikan dengan dokumen dan implementasi sistem rujuk balik. Data implementasi sistem rujuk balik diberikan dalam bentuk surat rujuk balik yang kemudian datanya dihimpun menjadi data rujuk balik

0 – bila tidak memiliki sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4)

5 – bila memiliki sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4) namun tidak lengkap (dokumen ATAU implementasi)

10 – bila memiliki sistem rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4) lengkap (dokumen DAN implementasi)

TR – bila tidak pernah melaksanakan rujukan karena alasan akses dan keterjangkauan

Keterangan: diisi dengan bukti dokumen maupun implementasi (data rujuk balik) terlaksananya rujuk balik pasien gangguan jiwa dari RSUD/RSJ ke puskesmas di periode penilaian (sesuai yang tercantum dalam I.4)

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.23 Memiliki layanan kesehatan jiwa yang buka 24 jam

0 – bila tidak memiliki layanan kesehatan jiwa yang buka 24 jam

10 – bila memiliki layanan kesehatan jiwa yang buka 24 jam

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti layanan kesehatan jiwa buka 24 jam

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.24 Memiliki Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Tugas dan fungsi Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) adalah melakukan identifikasi dan konseling kebutuhan bagi semua orang dengan disabilitas baik fisik maupun mental, menyelenggarakan layanan rehabilitasi sesuai kebutuhan melalui berbagai upaya kerjasama dengan berbagai pihak

0 – bila tidak memiliki Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

5 – bila memiliki Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota namun belum berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

10 – bila memiliki Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti layanan Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) di wilayah Kabupaten/Kota

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.25 Memiliki layanan *day care* bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Layanan *day care* yang dimaksud dapat berupa perawatan akut harian di RS, perawatan transisi di RS, program rehabilitasi vokasional, pusat layanan *day care*, dan *drop in centre* (uraian rinci tercantum dalam Bab 3)

0 – bila tidak memiliki layanan *day care* bagi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila memiliki layanan *day care* bagi orang dengan gangguan jiwa namun belum berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

10 – bila memiliki layanan *day care* bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti layanan *day care* bagi orang dengan gangguan jiwa berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.26 Memiliki layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Layanan residensial yang dimaksud dapat berupa fasilitas perumahan di komunitas, kelompok tinggal/hidup berkelompok (*group homes*), panti (*boarding home*) dan rumah singgah/rumah antara (*halfway house*) - (uraian rinci tercantum dalam Bab 4)

0 – bila tidak memiliki layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila memiliki layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa namun belum berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

10 – bila memiliki layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti layanan residensial bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.27 Memiliki upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat yang dapat diakses oleh orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai dengan tugas dan fungsinya

Upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat yang dimaksud merupakan bentuk swadaya masyarakat untuk memperbaiki fungsi orang dengan gangguan jiwa

0 – bila tidak memiliki upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat bagi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila memiliki upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat bagi orang dengan gangguan jiwa namun belum berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

10 – bila memiliki upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya, lembaga, kelompok Rehabilitasi Berbasis Masyarakat bagi orang dengan gangguan jiwa yang berfungsi sesuai tugas dan fungsinya

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sumber Daya Manusia

III.28 Dokter yang bertugas di puskesmas di Kabupaten/Kota

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter antara 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter > 90%

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan dokter yang bertugas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.29 Dokter Puskesmas terlatih di bidang kesehatan jiwa di

Kabupaten/Kota

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter terlatih di bidang kesehatan jiwa < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter terlatih di bidang kesehatan jiwa antara 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki dokter terlatih di bidang kesehatan jiwa > 90%

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan dokter yang terlatih di bidang kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.30 Paramedik Puskesmas terlatih di bidang kesehatan jiwa di

Kabupaten/Kota

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik terlatih di bidang kesehatan jiwa < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik terlatih di bidang kesehatan jiwa antara 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik terlatih di bidang kesehatan jiwa > 90%

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan paramedik yang terlatih di bidang kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.31 Staf/paramedis penanggung jawab program jiwa (pada puskesmas dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa)

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki staf/paramedis penanggung jawab program jiwa < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki staf/paramedis penanggung jawab program jiwa antara 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki staf/paramedis penanggung jawab program jiwa > 90%

TR – bila tidak memiliki puskesmas dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan staf/paramedik penanggung jawab program jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.32 Paramedik pelaksana program jiwa yang sudah dilatih

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik pelaksana program jiwa terlatih di bidang kesehatan jiwa < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik pelaksana program jiwa terlatih di bidang kesehatan jiwa 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki paramedik pelaksana program jiwa terlatih di bidang kesehatan jiwa > 90%

TR – bila tidak memiliki puskesmas dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan paramedik pelaksana program jiwa terlatih di bidang kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.33 Kader kesehatan jiwa yang dibina puskesmas Kabupaten/Kota

0 – bila jumlah puskesmas yang memiliki kader binaan di bidang kesehatan jiwa < 75%

5 – bila jumlah puskesmas yang memiliki kader binaan di bidang kesehatan jiwa 76 – 90%

10 – bila jumlah puskesmas yang memiliki kader binaan di bidang kesehatan jiwa > 90%

TR – bila tidak memiliki puskesmas dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah puskesmas dan kader binaan di bidang kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.34 Psikiater tersedia di layanan RSU

0 – bila jumlah RSU yang memiliki psikiater < 75%

5 – bila jumlah RSU yang memiliki psikiater 76 – 90%

10 – bila jumlah RSU yang memiliki psikiater > 90%

TR – bila tidak memiliki RSU dengan Upaya Kesehatan Pengembangan Kesehatan Jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti jumlah RSU dan psikiater yang bertugas di RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.35 Dokter subspesialis jiwa tersedia di layanan RSJ

0 – bila RSJ tidak memiliki dokter subspesialis jiwa

5 – bila RSJ memiliki dokter subspesialis jiwa 1-2 orang

10 – bila RSJ memiliki dokter subspesialis jiwa > 2 orang

TR – bila tidak memiliki RSJ dengan layanan subspesialis jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti dokter subspesialis jiwa yang bekerja di RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.36 Perawat spesialis jiwa tersedia di layanan RSJ

0 – bila RSJ tidak memiliki perawat spesialis jiwa

5 – bila RSJ memiliki perawat spesialis jiwa 1-2 orang

10 – bila RSJ memiliki perawat spesialis jiwa 2 orang

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti perawat subspecialis jiwa yang bekerja di RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.37 Dokter spesialis lain tersedia di layanan RSJ

0 – bila RSJ tidak memiliki dokter spesialis lain

5 – bila RSJ memiliki dokter spesialis lain 1 – 2 jenis spesialis

10 – bila RSJ memiliki dokter spesialis lain > 2 jenis spesialis

TR – bila RSJ tidak menyelenggarakan layanan kesehatan selain kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti dokter spesialis lain yang bekerja di RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Primer

III.38 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi

Kegiatan prevensi dan promosi (mengacu pada UU No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dapat dilaksanakan (ruang lingkup) di lingkungan keluarga, lembaga pendidikan, tempat kerja, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, media massa, lembaga keagamaan dan tempat ibadah, lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan. Kegiatan yang dilaksanakan dapat berupa pemberian informasi, menciptakan lingkungan yang kondusif, pengenalan dini, termasuk pemberian tatalaksana untuk meningkatkan taraf kesehatan jiwa.

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi

5 – bila Puskesmas menyelenggarakan kegiatan sedikitnya 4 dari 8 ruang lingkup layanan prevensi dan promosi

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi di semua ruang lingkup yang ditetapkan oleh UU.

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya prevensi dan promosi yang diselenggarakan oleh Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.39 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Perorangan kesehatan jiwa: Kurasi/Pengobatan

Kegiatan kurasi meliputi penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana yang ditujukan untuk mengendalikan gejala, disfungsi, menyembuhkan atau memulihkan, dan mengurangi penderitaan

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan kegiatan kurasi

5 – bila Puskesmas melakukan layanan terfokus hanya pada penegakan diagnosis dan kemudian merujuk pasien

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan kegiatan penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya kurasi yang diselenggarakan oleh Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.40 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

Kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) merupakan kegiatan proaktif untuk mendekatkan akses dan keterjangkauan pasien dan keluarga terhadap layanan masyarakat

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

5 – bila Puskesmas melakukan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) namun belum menjadi program rutin

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) secara rutin

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) yang diselenggarakan oleh Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.41 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Perorangan kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasungan (termasuk tatalaksana masalah kesehatan fisik, pemantauan kontrol, identifikasi gejala kekambuhan, risiko bunuh diri, perlakuan salah baru, efek samping)

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

5 – bila Puskesmas melakukan 3 dari 6 kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan seluruh kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti manajemen khusus kasus pasca pemasungan yang diselenggarakan oleh Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.42 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan kesehatan jiwa: kunjungan rumah dan perawatan rumah

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan kegiatan kunjungan rumah dan perawatan rumah

5 – bila Puskesmas menyelenggarakan kegiatan kunjungan rumah dan perawatan rumah namun belum menjadi program rutin

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan kegiatan kunjungan rumah dan perawatan rumah secara rutin

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti menyelenggarakan kegiatan kunjungan rumah dan perawatan rumah yang diselenggarakan oleh Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.43 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Perorangan kesehatan jiwa: Rehabilitasi

Kegiatan rehabilitasi psikososial dapat berupa kegiatan psikoedukasi, peningkatan keterampilan sosial, peningkatan keterampilan okupasional, dukungan hidup, remediasi kognitif, manajer kasus yang kesemuanya ditujukan untuk meningkatkan kapasitas orang dengan gangguan jiwa untuk memelihara status kesehatannya, membina hubungan sosial, memiliki keterampilan okupasional sehingga memungkinkan proses integrasi ke masyarakat.

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi

5 – bila Puskesmas menyelenggarakan 2 jenis kegiatan rehabilitasi

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan > 2 kegiatan rehabilitasi

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi di Puskesmas

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.44 Puskesmas melakukan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa dapat berupa berbagai macam kegiatan yang dilaksanakan secara inklusif (menyatu) antara masyarakat dan orang dengan gangguan jiwa serta keluarganya

0 – bila Puskesmas tidak menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila Puskesmas menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa namun belum menjadi upaya rutin

10 – bila Puskesmas menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa sebagai bagian dari program rutin

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti Puskesmas menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.45 Puskesmas mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

10 – bila Puskesmas mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti

Puskesmas mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.46 Puskesmas mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi)

Kemudahan akses layanan dapat dicapai dalam bentuk mendekatkan akses layanan kepada pasien dan keluarga dalam berbagai bentuk (membangun puskesmas pembantu, *mobile clinic*, dll) maupun dalam hal penyediaan transportasi layanan.

0 – bila Puskesmas tidak memiliki upaya apa pun untuk memudahkan akses layanan

10 – bila Puskesmas memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti Puskesmas memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.47 Puskesmas yang mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

5 – bila Puskesmas mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa namun bergabung dengan poliklinik pelayanan lainnya

10 – bila Puskesmas mempunyai poliklinik (ruang) khusus pelayanan kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti

Puskesmas mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.48 Puskesmas yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

5 – bila Puskesmas hanya mempunyai sebagian materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

10 – bila Puskesmas mempunyai seluruh materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti

Puskesmas mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa dibandingkan diagnosis terbanyak yang dilayani

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.49 Puskesmas yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Obat-obatan di bidang kesehatan jiwa yang dimaksud merujuk pada Formularium Nasional tahun 2015: antianxietas (diazepam tab 2 mg, 5 mg, inj 5mg/mL); antidepresan (amitriptilin 25 mg, fluoksetin 20 mg); antipsikotik (fluphenazin inj 25mg/mL, haloperidol inj 50 mg/mL, haloperidol tab 0,5 mg, 1,5 mg, 5 mg, drops 2 mg/mL, inj 5 mg/mL, klorpromazin tab 100 mg, inj 5 mg/mL, risperidon tab 2 mg); antimania (valproat tab 250 mg dan 500 mg lepas lambat, tab 250 mg lepas cepat)

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

5 – bila Puskesmas hanya mempunyai sebagian obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

10 – bila Puskesmas mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti Puskesmas mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.50 Puskesmas yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Sistem manajemen kedaruratan psikiatri meliputi: sistem akses layanan, sumber daya manusia terlatih, ketersediaan obat, alat fiksasi, prasarana termasuk transportasi untuk membantu pasien menjalani perawatan di RS

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri

5 – bila Puskesmas hanya mempunyai sebagian elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

10 – bila Puskesmas mempunyai seluruh elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti Puskesmas mempunyai elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Sekunder

III.51 RSU melakukan upaya_kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi

Kegiatan prevensi dan promosi (mengacu pada UU No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dapat dilaksanakan (ruang lingkup) di lingkungan keluarga, lembaga pendidikan, tempat kerja, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, media massa, lembaga keagamaan dan tempat ibadah, lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan. Kegiatan yang dilaksanakan dapat berupa pemberian informasi, menciptakan lingkungan yang kondusif, pengenalan dini, termasuk pemberian tatalaksana untuk meningkatkan taraf kesehatan jiwa.

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi

5 – bila RSU menyelenggarakan kegiatan sedikitnya 4 dari 8 ruang lingkup layanan prevensi dan promosi

10 – bila RSU menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi di semua ruang lingkup yang ditetapkan oleh UU.

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya prevensi dan promosi yang diselenggarakan oleh RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.52 RSU melakukan upaya_kesehatan jiwa: Kurasi

Kegiatan kurasi meliputi penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana yang ditujukan untuk mengendalikan gejala, disfungsi, menyembuhkan atau memulihkan, dan mengurangi penderitaan

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan kegiatan kurasi

5 – bila RSU melakukan layanan terfokus hanya pada penegakan diagnosis dan kemudian merujuk pasien

10 – bila RSU menyelenggarakan kegiatan penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya kurasi yang diselenggarakan oleh RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.53 RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

Kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) merupakan kegiatan proaktif untuk mendekatkan akses dan keterjangkauan pasien dan keluarga terhadap layanan masyarakat

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

5 – bila RSU melakukan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) namun belum menjadi program rutin

10 – bila RSU menyelenggarakan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) secara rutin

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) yang diselenggarakan oleh RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.54 RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasungan (termasuk tatalaksana masalah kesehatan fisik, pemantauan kontrol, identifikasi gejala kekambuhan, risiko bunuh diri, perlakuan salah baru, efek samping)

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

5 – bila RSU melakukan 3 dari 6 kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

10 – bila RSU menyelenggarakan seluruh kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti manajemen khusus kasus pasca pemasungan yang diselenggarakan oleh RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.55 RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: Rehabilitasi

Kegiatan rehabilitasi psikososial dapat berupa kegiatan psikoedukasi, peningkatan keterampilan sosial, peningkatan keterampilan okupasional, dukungan hidup, remediasi kognitif, manajer kasus yang kesemuanya ditujukan untuk meningkatkan kapasitas orang dengan gangguan jiwa untuk memelihara status kesehatannya, membina hubungan sosial, memiliki keterampilan okupasional sehingga memungkinkan proses integrasi ke masyarakat.

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi

5 – bila RSU menyelenggarakan 2 jenis kegiatan rehabilitasi

10 – bila RSU menyelenggarakan > 2 kegiatan rehabilitasi

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi di RSU

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.56 RSU melakukan upaya kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa dapat berupa berbagai macam kegiatan yang dilaksanakan secara inklusif (menyatu) antara masyarakat dan orang dengan gangguan jiwa serta keluarganya

0 – bila RSU tidak menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila RSU menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa namun belum menjadi upaya rutin

10 – bila RSU menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa sebagai bagian dari program rutin

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.57 RSUD mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

0 – bila RSUD tidak mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

10 – bila RSUD mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSUD mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.58 RSUD mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi)

Kemudahan akses layanan dapat dicapai dalam bentuk mendekatkan akses layanan kepada pasien dan keluarga dalam berbagai bentuk (membangun manajer kasus, *mobile clinic*, dll) maupun dalam hal penyediaan transportasi layanan.

0 – bila RSUD tidak memiliki upaya apa pun untuk memudahkan akses layanan

10 – bila RSUD memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSUD memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.59 RSUD yang mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

0 – bila RSUD tidak mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

5 – bila RSUD mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa namun bergabung dengan poliklinik pelayanan lainnya

10 – bila RSUD mempunyai poliklinik (ruang) khusus pelayanan kesehatan jiwa

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSUD mempunyai poliklinik (ruang) pelayanan kesehatan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.60 RSU yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

0 – bila RSU tidak mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

5 – bila RSU hanya mempunyai sebagian materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

10 – bila RSU mempunyai seluruh materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa dibandingkan diagnosis terbanyak yang dilayani

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.61 RSU yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Obat-obatan di bidang kesehatan jiwa yang dimaksud merujuk pada Formularium Nasional tahun 2015

0 – bila RSU tidak mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

5 – bila RSU hanya mempunyai sebagian obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

10 – bila RSU mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.62 RSU yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri (termasuk layanan respons krisis)

Sistem manajemen kedaruratan psikiatri meliputi: sistem akses layanan, sumber daya manusia terlatih, ketersediaan obat, alat fiksasi, prasarana rawatan akut termasuk transportasi untuk membantu pasien menjalani perawatan di RS, *hotline* untuk respons krisis

0 – bila RSU tidak mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri

5 – bila RSU hanya mempunyai sebagian elemen sistem manajemen

keedaruratan psikiatri

10 – bila RSU mempunyai seluruh elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU mempunyai elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.63 RSU yang mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat (termasuk *discharge plan*)

Sistem pengelolaan pasca rawat merupakan sebuah sistem yang dibangun untuk menjamin keberlanjutan terapi pasien di rumah secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga, manajemen kesehatan fisik dan mental, dan kontrol ke layanan kesehatan.

0 – bila RSU tidak mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

10 – bila RSU mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sistem Layanan Kesehatan Jiwa di Layanan Tersier

III.64 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Prevensi dan Promosi

Kegiatan prevensi dan promosi (mengacu pada UU No. 18 Tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dapat dilaksanakan (ruang lingkup) di lingkungan keluarga, lembaga pendidikan, tempat kerja, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan, media massa, lembaga keagamaan dan tempat ibadah, lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan. Kegiatan yang dilaksanakan dapat berupapemberian informasi, menciptakan lingkungan yang kondusif, pengenalan dini, termasuk pemberian tatalaksana untuk meningkatkan taraf kesehatan jiwa.

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi

5 – bila RSJ menyelenggarakan kegiatan sedikitnya 4 dari 8 ruang lingkup layanan prevensi dan promosi

10 – bila RSJ menyelenggarakan kegiatan prevensi dan promosi di semua ruang lingkup yang ditetapkan oleh UU

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya prevensi dan promosi yang diselenggarakan oleh RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.65 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Kurasi

Kegiatan kurasi meliputi penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana yang ditujukan untuk mengendalikan gejala, disfungsi, menyembuhkan atau memulihkan, dan mengurangi penderitaan

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan kegiatan kurasi

5 – bila RSJ melakukan layanan terfokus hanya pada penegakan diagnosis dan kemudian merujuk pasien

10 – bila RSJ menyelenggarakan kegiatan penegakan diagnosis dan pemberian tatalaksana

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya kurasi yang diselenggarakan oleh RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.66 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

Kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) merupakan kegiatan proaktif untuk mendekatkan akses dan keterjangkauan pasien dan keluarga terhadap layanan masyarakat

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan kegiatan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan)

5 – bila RSJ melakukan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) namun belum menjadi program rutin

10 – bila RSJ menyelenggarakan penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) secara rutin

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti upaya penemuan dan penjangkauan gangguan jiwa (termasuk kasus pemasungan) yang diselenggarakan oleh RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.67 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: manajemen khusus kasus pasca pemasungan (termasuk tatalaksana masalah kesehatan fisik, pemantauan kontrol, identifikasi gejala kekambuhan, risiko bunuh diri, perlakuan salah baru, efek samping)

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

5 – bila RSJ melakukan 3 dari 6 kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

10 – bila RSJ menyelenggarakan seluruh kegiatan manajemen khusus kasus pasca pemasungan

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti manajemen khusus kasus pasca pemasungan yang diselenggarakan oleh RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.68 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: Rehabilitasi

Kegiatan rehabilitasi psikososial dapat berupa kegiatan psikoedukasi, peningkatan keterampilan sosial, peningkatan keterampilan okupasional, dukungan hidup, remediasi kognitif, manajer kasus yang kesemuanya ditujukan untuk meningkatkan kapasitas orang dengan gangguan jiwa untuk memelihara status kesehatannya, membina hubungan sosial, memiliki keterampilan okupasional sehingga memungkinkan proses integrasi ke masyarakat.

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi

5 – bila RSJ menyelenggarakan 2 jenis kegiatan rehabilitasi

10 – bila RSJ menyelenggarakan > 2 kegiatan rehabilitasi

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti menyelenggarakan kegiatan rehabilitasi di RSJ

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.69 RSJ melakukan upaya kesehatan jiwa: upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa dapat berupa berbagai macam kegiatan yang dilaksanakan secara inklusif (menyatu) antara masyarakat dan orang dengan gangguan jiwa serta keluarganya

0 – bila RSJ tidak menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

5 – bila RSJ menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa namun belum menjadi upaya rutin

10 – bila RSJ menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa sebagai bagian dari program rutin

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ menyelenggarakan upaya integrasi orang dengan gangguan jiwa

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.70 RSJ mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

0 – bila RSJ tidak mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

10 – bila RSJ mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ mempunyai sistem informasi pengurusan jaminan kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.71 RSJ mempunyai sistem untuk memudahkan akses layanan kesehatan jiwa (termasuk penyediaan transportasi, manajer kasus atau *Assertive Community Treatment*)

Kemudahan akses layanan dapat dicapai dalam bentuk mendekatkan akses layanan kepada pasien dan keluarga dalam berbagai bentuk (membangun manajer kasus *mobile clinic*, *assertive community treatment*, dll) maupun dalam hal penyediaan transportasi layanan.

0 – bila RSJ tidak memiliki upaya apa pun untuk memudahkan akses layanan

10 – bila RSJ memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ memiliki upaya untuk memudahkan akses layanan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.72 RSJ yang mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

0 – bila RSJ tidak mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa

5 – bila RSJ hanya mempunyai sebagian materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

10 – bila RSJ mempunyai seluruh materi edukasi kesehatan jiwa dari diagnosis terbanyak yang dilayani

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ mempunyai materi edukasi kesehatan jiwa dibandingkan diagnosis terbanyak yang dilayani

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.73 RSJ yang mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Obat-obatan di bidang kesehatan jiwa yang dimaksud merujuk pada Formularium Nasional tahun 2015

0 – bila RSJ tidak mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

5 – bila RSJ hanya mempunyai sebagian obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

10 – bila RSJ mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ mempunyai obat-obatan di bidang kesehatan jiwa dengan jenis dan jumlah yang memadai

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.74 RSJ yang mempunyai layanan kesehatan lain (fisik)

Layanan kesehatan lain ditujukan untuk mengatasi kondisi medik yang mengakibatkan gangguan jiwa (gangguan mental organik dan gangguan jiwa akibat zat), kondisi medik yang menyertai atau akibat efek samping pengobatan (kehamilan, penyakit infeksi, penyakit kardiometabolik)

0 – bila RSJ tidak mempunyai layanan kesehatan lain (fisik)

5 – bila RSJ hanya mempunyai 1-2 layanan kesehatan lain (fisik)

10 – bila RSJ mempunyai > 2 layanan kesehatan lain (fisik)

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ mempunyai layanan kesehatan lain (fisik)

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.75 RSJ yang mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri (termasuk layanan respons krisis)

Sistem manajemen kedaruratan psikiatri meliputi: sistem akses layanan, sumber daya manusia terlatih, ketersediaan obat, alat fiksasi, prasarana rawatan akut termasuk transportasi untuk membantu pasien menjalani perawatan di RS, *hotline* untuk respons krisis

0 – bila RSJ tidak mempunyai sistem manajemen kedaruratan psikiatri

5 – bila RSJ hanya mempunyai sebagian elemen sistem manajemen

kedaruratan psikiatri

10 – bila RSJ mempunyai seluruh elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSU mempunyai elemen sistem manajemen kedaruratan psikiatri

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.76 RSJ yang mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat (termasuk *discharge plan*)

Sistem pengelolaan pasca rawat merupakan sebuah sistem yang dibangun untuk menjamin keberlanjutan terapi pasien di rumah secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga, manajemen kesehatan fisik dan mental, dan kontrol ke layanan kesehatan.

0 – bila RSJ tidak mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

10 – bila RSJ mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

TR – bila tidak memiliki layanan RSJ

Keterangan: diisi dengan dokumen yang menunjukkan bukti RSJ mempunyai sistem pengelolaan pasca rawat

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Sistem Data dan Informasi

III.77 Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan

5 – bila Puskesmas mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis manual

10 – bila Puskesmas mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis elektronik

Keterangan: diisi dengan sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.78 Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dengan pasung ke Dinas Kesehatan

0 – bila Puskesmas tidak mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa dengan pasung ke Dinas Kesehatan

5 – bila Puskesmas mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa dengan pasung ke Dinas Kesehatan berbasis manual

10 – bila Puskesmas mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa dengan pasung ke Dinas Kesehatan berbasis elektronik

Keterangan: diisi dengan sistem pencatatan dan pelaporan kasus

gangguan jiwa dengan pasung dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.79 Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Rumah Sakit Umum ke Dinas Kesehatan

0 – bila RSU tidak mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan

5 – bila RSU mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis manual

10 – bila RSU mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis elektronik

Keterangan: diisi dengan sistem pencatatan dan pelaporan kasus

gangguan jiwa dari RSU ke Dinas Kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

III.80 Sistem pencatatan dan laporan kasus gangguan jiwa dari Rumah Sakit Jiwa ke Dinas Kesehatan

0 – bila RSJ tidak mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan

5 – bila RSJ mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis manual

10 – bila RSJ mempunyai sistem pencatatan dan pelaporan kasus gangguan jiwa ke Dinas Kesehatan berbasis elektronik

Keterangan: diisi dengan sistem pencatatan dan pelaporan kasus

gangguan jiwa dari RSJ ke Dinas Kesehatan

Rekomendasi tindak lanjut: diisi dengan usulan perbaikan yang mungkin dilakukan

Pertanyaan-pertanyaan pada pemantauan dan evaluasi akan terjawab dengan indikator. Indikator adalah penanda yang membantu mengukur suatu perubahan (dari satu titik ke titik lain) ke arah pencapaian tujuan. Sifat indikator seharusnya spesifik, dapat diamati, dapat diukur, relevan, dan merupakan kesepakatan sebuah konsep atau tujuan yang kurang terdefinisi dengan jelas. Indikator merupakan media untuk menentukan keberhasilan proyek atau program sesuai dengan tujuan yang telah direncanakan.

Jenis indikator terdiri atas:

1. Indikator input dan indikator proses/*output* - digunakan dalam pemantauan
 2. Indikator dampak/*outcome* - digunakan dalam evaluasi
- Pemilihan indikator didasarkan atas pertimbangan berikut:

1. Sahih/*Valid*:
indikator mengukur efek yang seharusnya diukur
2. Handal/*Reliable*:
akan memberikan hasil yang sama jika diukur dengan cara yang sama
3. Akurat:
definisi operasionalnya jelas sehingga orang tidak ragu akan apa yang diukur
4. sesuai waktu:
dapat diukur dalam interval yang sesuai dengan tingkat perubahan yang diharapkan
5. dapat diperbandingkan:
Memungkinkan untuk dilakukan perbandingan antara berbagai kelompok sasaran atau pendekatan proyek

Indikator kesehatan menurut WHO dan pengembangannya bila diterapkan pada program pasung sebagai berikut:

Dimensi	No	Jenis Indikator	Indikator
Efektif	1.	Input	<ul style="list-style-type: none">• Persentase Puskesmas yang memiliki obat dan alat untuk kedaruratan psikiatri dengan memadai• Persentase tenaga kesehatan terlatih manajemen kedaruratan psikiatri

Dimensi	No	Jenis Indikator	Indikator
	2.	Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase ODGJ yang teratasi kondisi gaduh gelisahnyanya • Persentase kasus lepas pasung yang tidak dipasung kembali dalam 1 tahun tatalaksana
	3.	<i>Outcome</i>	Persentase peningkatan pengetahuan ODGJ/keluarga/aparat pemerintah (d disesuaikan dengan target) tentang gangguan jiwa
Efisien	4.	Input	Persentase efisiensi dana rujukan
	5.	Proses	Persentase serapan dana program bebas pasung
	6.	<i>Outcome</i>	Persentase peningkatan dana program kesehatan jiwa
Mudah diakses	7.	Input	Persentase Puskesmas Pembantu dengan layanan jiwa
	8.	Proses	Persentase Puskesmas dengan layanan jiwa 1 minggu sekali
	9.	<i>Outcome</i>	Puskesmas dengan kenaikan jumlah pasien gangguan jiwa lebih dari 10%
Berfokus pada pasien	10.	Input	Persentase dokter yang mampu melakukan identifikasi kebutuhan pasien dengan gangguan jiwa
	11.	Proses	Persentase kasus pasung yang dilakukan identifikasi kebutuhannya
	12.	<i>Outcome</i>	Kasus pasung yang terpenuhi kebutuhan layanan kesehatan jiwanya dengan sesuai
Aman	13.	Input	Persentase fasilitas kesehatan jiwa yang memenuhi standar keselamatan risiko
	14.	Proses	Persentase fasilitas kesehatan jiwa yang melakukan penilaian risiko fasilitas secara regular
	15.	<i>Outcome</i>	Penurunan kejadian cedera di fasilitas kesehatan jiwa
Setara	16.	Input	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase ketersediaan tenaga kesehatan yang mampu memenuhi kebutuhan sesuai budaya pasien • Persentase ketersediaan materi edukasi yang sesuai dengan budaya pasien
	17.	Proses	Pemenuhan layanan kesehatan jiwa yang sesuai dengan kebutuhan budaya pasien
	18.	<i>Outcome</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan sikap positif pasien dan keluarga terhadap layanan kesehatan jiwa • Peningkatan kepekaan budaya tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan jiwa

Dimensi	No	Jenis Indikator	Indikator
Terjangkau	19.	Input	Persentase kasus pasung dengan jaminan kesehatan nasional
	20.	Proses	Persentase kasus pasung yang mendapatkan layanan kesehatan jiwa dekat dengan tempat tinggalnya
	21.	<i>Outcome</i>	Persentase penyintas pasung untuk menjangkau layanan kesehatan jiwa secara mandiri
Kompeten	22.	Input	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa • Persentase peresepan obat jiwa sesuai dengan Formularium Nasional
	23.	Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase pelaksanaan pelatihan di bidang kesehatan jiwa sesuai rencana • Persentase layanan kesehatan jiwa yang disediakan oleh tenaga kesehatan jiwa terlatih
	24.	<i>Outcome</i>	Peningkatan keterampilan tenaga kesehatan di bidang kesehatan jiwa
Berkesinambungan	25.	Input	Ketersediaan obat yang sesuai dengan kebutuhan pasien
	26.	Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Persentase kasus dengan kontrol sesuai jadwal selama minimal 6 bulan • Persentase kasus rujuk balik
	27.	<i>Outcome</i>	Penurunan kasus putus tatalaksana dalam 6 bulan terapi

BAB VIII PENUTUP

Pasung merupakan fenomena nyata pelanggaran hak asasi manusia pada orang dengan gangguan jiwa yang seharusnya tidak perlu terjadi lagi sejak jaman Pinel, bapak psikiatri modern, abad ke-19. Namun kenyataannya, kita masih memiliki banyak tantangan untuk benar-benar mengeliminasi semua praktik pemasungan terhadap orang dengan gangguan jiwa di Indonesia. Eliminasi yang dimaksud terdiri dari pencegahan pemasungan (pra-pemasungan), pelepasan pasung, dan pencegahan pemasungan kembali (pasca-pemasungan) pada orang dengan gangguan jiwa, terlebih lagi bila kita mengingat bahwa orang dengan gangguan jiwa merupakan populasi khusus dan rentan, sedang terganggu kemampuannya untuk bertanggung jawab pada kebutuhan dan tindakan yang dilakukan sehingga membutuhkan bantuan kita semua.

Pedoman ini diharapkan dapat membantu para pembuat/pengambil keputusan untuk memahami lebih fenomena pasung, peluang, dan tantangan untuk program bebas pasung yang jelas sekali melibatkan semua, lintas program, lintas disiplin, dan lintas sektor. Pedoman ini juga diharapkan mampu berfungsi sebagai acuan untuk mengimplementasikan keterampilan dalam hal perencanaan dan pelaksanaan berbagai alternatif program bebas pasung di Indonesia termasuk menjadi cikal bakal penguatan sistem pemantauan, evaluasi, dan pelaporan baik untuk program kesehatan jiwa secara umum maupun khusus terkait kasus pemasungan, sehingga setiap prosesnya akan menjadi data dan informasi yang penting untuk proses perbaikan berkelanjutan.

Pedoman ini tentu saja tidak luput dari kesalahan, berpotensi untuk tidak relevan kembali dengan perkembangan ilmu, kebijakan, dan arah pembangunan yang ada, sehingga membutuhkan kajian dan penyempurnaan yang bersifat terus menerus. Pedoman ini juga bukanlah pedoman utama untuk semua program bebas pasung di Indonesia, mengingat kompleksitas masalah yang menjadi latar belakang tindakan pemasungan.

Rujukan dan koneksi dengan pedoman terkait lainnya sangat diperlukan untuk memperkaya proses dan menjamin keberhasilan serta kesinambungan program Indonesia Bebas Pasung.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK