

# OPTIMALISASI PERAN TPKJM DALAM PENANGANAN KESEHATAN JIWA

WORKING PAPER  
2025

Disarikan dari proses FGD dan Desk Review Pemetaan Kondisi dan Penggalan Gagasan tentang Kelembagaan Penanganan Kesehatan Jiwa di Daerah untuk Memberikan Rekomendasi dalam Penyusunan Pedoman TPKJM Nasional

# WORKING PAPER

## OPTIMALISASI PERAN TPKJM

### DALAM PENANGANAN KESEHATAN JIWA

Disarikan dari proses FGD dan Desk Review Pemetaan Kondisi dan Penggalan Gagasan tentang Kelembagaan Penanganan Kesehatan Jiwa di Daerah untuk Memberikan Rekomendasi dalam Penyusunan Pedoman TPKJM Nasional

Penyusun : Triwahyuni Suci Wulandari  
Kontributor :

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Ranie Ayu Hapsari                 | 31. TPKJM Kecamatan Tangerang     |
| 2. Dwina Lilla Pandia                | 32. TPKJM Kecamatan Wonosari      |
| 3. Vidia                             | 33. TPKJM Kecamatan Playen        |
| 4. Stella Rosita Anggraini           | 34. TPKJM Kecamatan Godean        |
| 5. Sartika                           | 35. TPKJM Kecamatan Gunungsitoli  |
| 6. Ayun Wrediningtyas                | 36. TPKJM Kecamatan Karawaci      |
| 7. CDRM & CDS                        | 37. TPKJM Kecamatan Purwanegara   |
| 8. Yayasan Difabel Mandiri           | 38. TPKJM Desa Gunung Sari        |
| 9. PPRBM                             | 39. SHG Cendrawasih               |
| 10. SEHATI                           | 40. SHG Sukasari                  |
| 11. Yayasan Harapan Sumba            | 41. SHG Kasih Desa Loloana'a      |
| 12. Lidi Foundation                  | 42. SHG Berkah Ikhlas Desa Oloro  |
| 13. Gema                             | 43. SHG Grobensa                  |
| 14. Bicara                           | 44. SHG Mertasari                 |
| 15. KPSI                             | 45. SHG Semangat Lorog            |
| 16. Pelayanan Kasih Sorong           | 46. SHG Difajaya Kedungjambal     |
| 17. Ayo Indonesia                    | 47. SHG Gunung Sari               |
| 18. LBH PBHKP Sorong                 | 48. SHG Purwantoro Berdaya        |
| 19. Aliansi Ampuh                    | 49. SHG Rogadaya Desa Gunung sari |
| 20. Nawakamal                        | 50. SHG Gading                    |
| 21. PERTUNI                          | 51. SHG Siraman                   |
| 22. Dinas Sosial Sorong              | 52. SHG Sopoq Angen               |
| 23. Dinas Sosial Mamuju              | 53. SHG Pade Patuh                |
| 24. Dinas Kesehatan Sorong           | 54. SHG Binanga                   |
| 25. Dinas Kesehatan Mamuju           | 55. SHG Lede Mopir                |
| 26. TPKJM Kabupaten Sumba Barat Daya | 56. SHG Bina Kasih                |
| 27. TPKJM Kota Tangerang             | 57. Kedde Kehe Sumba              |
| 28. TPKJM Kabupaten Lombok Timur     | 58. SHG Boneputeh Karampuang      |
| 29. TPKJM Kabupaten Kebumen          | 59. SHG Klabulu                   |
| 30. TPKJM Kabupaten Wonogiri         | 60. SHG Malaingkeci               |

## 1. PENDAHULUAN

Potret kesehatan jiwa di Indonesia masih jauh dari harapan. Data dari Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi gangguan kesehatan jiwa masih cukup tinggi. Data kesehatan jiwa di Indonesia tahun 2024 menunjukkan adanya peningkatan masalah kesehatan jiwa di berbagai kelompok usia, terutama remaja. Data Indeks Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia tahun 2023 ditemukan sebanyak 9.162.886 kasus depresi dengan prevalensi 3,7 persen. Sedangkan menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 prevalensi depresi di Indonesia adalah 1,4% secara keseluruhan, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia 15-24 tahun (Gen Z) sebesar 2% dan prevalensi terendah pada kelompok usia 35-44 tahun (1%). Data ini juga diperkuat dari Indonesia National Adolescent Mental Health Survey sebanyak 15,5 juta (34,9 persen) remaja mengalami masalah mental dan 2,45 juta (5,5 persen) remaja mengalami gangguan mental.

Data diatas selaras dengan fakta yang dicatat oleh WHO menyebutkan bahwa secara global, satu dari tujuh remaja berusia 10-19 tahun mengalami gangguan mental, yang merupakan 15% dari beban penyakit global pada kelompok usia ini. Depresi, kecemasan, dan gangguan perilaku merupakan penyebab utama penyakit dan kecacatan di kalangan remaja. Bunuh diri merupakan penyebab kematian ketiga di antara mereka yang berusia 15–29 tahun<sup>1</sup>. WHO menegaskan tentang konsekuensi dari kegagalan menangani kondisi kesehatan mental remaja meluas hingga dewasa, mengganggu kesehatan fisik dan mental serta membatasi kesempatan untuk menjalani kehidupan yang berkualitas sebagai orang dewasa. Oleh karenanya kesehatan jiwa menjadi isu krusial di level global termasuk di Indonesia.

Dalam konteks Indonesia, upaya untuk mengatasi kesehatan jiwa telah dilaksanakan baik oleh pemerintah, lembaga sosial masyarakat maupun perusahaan melalui program *Corporate Social Responsibility* (CSR). Sebelum adanya kebijakan TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) pada tahun 2002, pemerintah telah berupaya mengeluarkan program dan kebijakan penanganan kesehatan jiwa. Beberapa upaya yang dijalankan oleh pemerintah antara lain 1) Puskesmas melakukan penyuluhan dan pendidikan kesehatan jiwa; 2) pelatihan tenaga kesehatan termasuk kader kesehatan jiwa; 3) pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas mulai dari deteksi dini, penanganan awal sampai dengan rujukan; 4) home visit yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan kader kesehatan jiwa untuk memberikan dukungan dan edukasi; 5) penyediaan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap seperti rumah sakit jiwa dan puskesmas.

Dalam hal program CSR, meski telah menunjukkan perkembangan yang cukup baik seiring dengan kesadaran perusahaan yang semakin baik, namun dikarenakan tidak adanya standar baku dalam pelaksanaannya<sup>2</sup>, mengakibatkan program CSR sangat variatif, berjangka pendek, dan cenderung mengikuti selera pemilik dana.

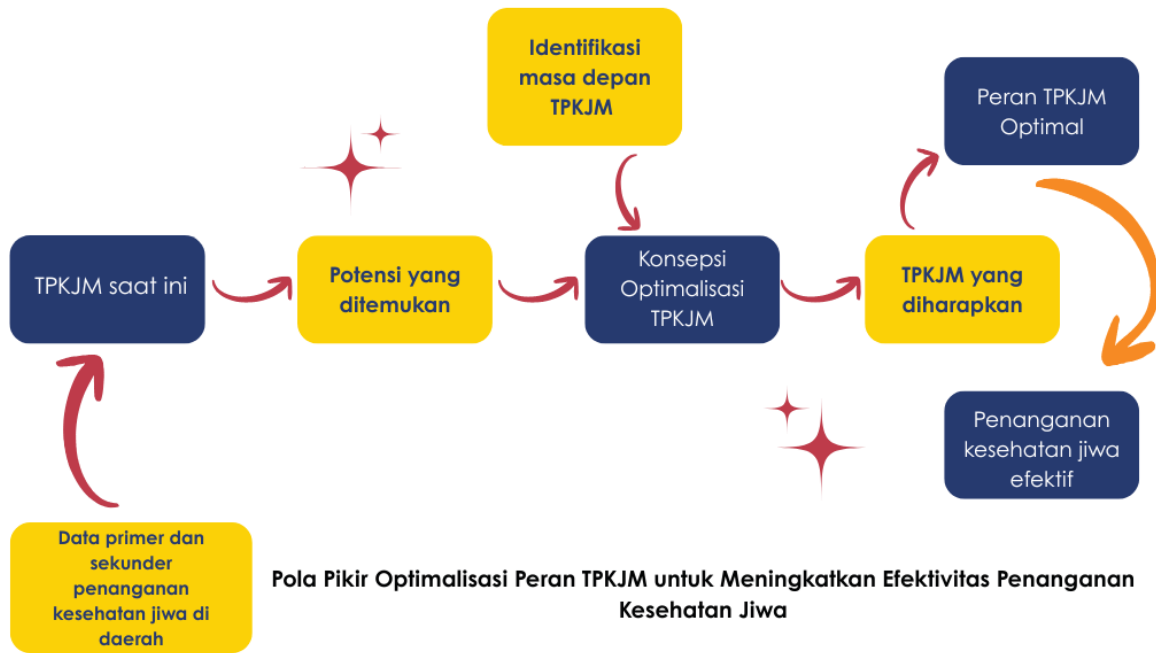
<sup>1</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

<sup>2</sup> Tanudjaja (Juli 2006). Perkembangan *Corporate Social Responsibility* di Indonesia. Dalam NIRMANA, VOL.8, NO. 2 : 92-98.

Sedangkan program lembaga sosial masyarakat, meski sangat bersinggungan langsung dengan ODDP, keluarga, masyarakat dan pemerintah, namun dikarenakan keterbatasan akses sumberdaya yang berkelanjutan seringkali belum terlembaga sehingga tidak terjaga sustainabilitas. Mengingat lembaga sosial masyarakat bukanlah pengganti negara melainkan lembaga support system yang mengakselerasi negara untuk pemenuhan hak dasar kelompok rentan dan marginal. Sementara pada program pemerintah yang diharapkan dapat menjadi program yang sustain terkait dengan pemenuhan kewajiban pemerintah secara langsung sebagai pengelola dana public, dalam implementasinya mengalami banyak tantangan seperti dinamika politik, perubahan kebijakan, keterbatasan anggaran, perubahan isu prioritas pembangunan sehingga belum mampu mengatasi permasalahan kesehatan jiwa secara optimal.

Komitmen Pemerintah Indonesia yang dituangkan dalam upaya-upaya penanganan kesehatan jiwa melalui serangkaian kebijakan, program dan kegiatan semakin dikuatkan dengan kebijakan pembentukan kelembagaan koordinatif yang disebut dengan TPKJM (Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) di tahun 2002. Kelembagaan ini yang digadang mampu mengkoordinasikan lintas sektor dalam pelaksanaan kebijakan dan program penanganan kesehatan jiwa. Kelembagaan ini menjadi salah satu wujud komitmen dari pemerintah dalam penanganan kesehatan jiwa dan pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas. Landasan hukum yang menjadi payung hukum antara lain UU nomor 39/1999 tentang Hak Asasi Manusia, UU nomor 8/2016 tentang Penyandang Disabilitas, serta UU nomor 17/2023 tentang Kesehatan. Secara khusus Peraturan Pemerintah Nomor 28/ 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan UU nomor 17/2023 tentang Kesehatan, pada pasal 173 mengamanatkan koordinasi lintas sektor untuk penggerakkan kesehatan jiwa masyarakat termasuk upaya penghapusan pemasungan, penelantaran dan kekerasan terhadap ODDP, dengan menjunjung pemenuhan hak asasi manusia. Sebelumnya keputusan Menteri Kesehatan Nomor 220/Menkes/2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksanaan Kesehatan Jiwa Masyarakat telah menjadi panduan. Namun seiring dengan dinamika dan kebutuhan masyarakat yang terus berkembang, pedoman tersebut dinilai sudah tidak relevan lagi.

Permasalahan-permasalahan kesehatan jiwa di atas mendorong dilakukannya evaluasi kinerja program penanganan kesehatan jiwa secara komprehensif termasuk peran Tim Pembina, Tim Pengarah dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM), sebagai landasan upaya optimalisasi peran TPKJM guna efektifitas penanganan kesehatan jiwa di Indonesia.



## 2. HASIL FGD: KONDISI TERKINI PENANGANAN KESEHATAN JIWA DI DAERAH.

### 2.1. Permasalahan kesehatan jiwa.



Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam upaya penanganan kesehatan jiwa di daerah terkait dengan peran TPKJM diantaranya:

- a. Data kesehatan jiwa yang belum komprehensif  
Indonesia belum memiliki data yang lengkap mengenai kondisi kesehatan jiwa remaja dan masyarakat secara umum, sehingga sulit untuk mengukur dampak dan menentukan skala prioritas. Diperkirakan data yang ter-capture saat ini masih sekitar 30% dan baru data yang ada dipermukaan. Data yang riil ada di lapangan, diyakini jauh lebih dari data yang ada saat ini. Disisi lain, data yang

saat ini tersedia baik di fasilitas kesehatan maupun institusi masih berkutat pada data SPM dan hanya dilihat dari aspek kesehatan saja. Belum banyak data yang mengcapture tentang data ODDP yang siap bekerja, data ODDP yang sudah memiliki keterampilan dan data pendukung lainnya.

Permasalahan data kesehatan jiwa yang mencakup beberapa tantangan dari mulai penyediaan data (*supply*), penggunaan data serta integrasi data dari tingkat lokal hingga nasional. Dari aspek *supply* data, keterbatasan informasi tentang prevalensi gangguan jiwa, jenis-jenis gangguan yang ada, dan ketersediaan layanan kesehatan jiwa di berbagai daerah. Sedangkan di aspek penggunaan data, meski data sudah tersedia akan tetapi pemanfaatan data dalam pengambilan keputusan seringkali tidak dianalisis secara komprehensif. Selain itu, data tidak digunakan untuk merumuskan kebijakan secara tepat. Pada aspek integrasi data, data kesehatan jiwa seringkali tersebar di berbagai sumber (misalnya, catatan medis, catatan rumah sakit, data survei) dan di berbagai tingkatan (lokal, provinsi, nasional). Integrasi data yang efektif memungkinkan pemahaman yang lebih holistik tentang masalah kesehatan jiwa dan kebutuhan populasi.

Tantangan lain juga terletak pada permasalahan validitas dan/ atau buruknya kualitas data yang tersedia, karena keterbatasan jumlah dokter terlatih (bahkan dalam 1 puskesmas tidak ada dokter terlatih KESWA) sehingga diagnosa ada yang hanya dilakukan menggunakan telemedicine Grup WA tenaga medis yang diampu dokter yang ada di provinsi. Pada satu daerah terdapat kecenderungan diagnosa cenderung seragam "skizofrenia" saja. Selain itu tindak lanjut atas penggunaan data hasil screening misalnya, perlu ada mekanisme monitoring dan evaluasi berkala. Penyusunan instrumen monitoring yang komprehensif dapat merekam semua situasi ODDP secara komprehensif mulai dari data diri, kondisi, keterampilan, intervensi/penanganan yang didapatkan dan data lain pendukung lain yang dapat digunakan untuk pemulihan dan pemberdayaan ODDP itu sendiri.

b. Keterbatasan regulasi

Pencabutan UU Kesehatan Jiwa dilebur ke UU Kesehatan 2023 dikhawatirkan membuat upaya perbaikan masalah kesehatan jiwa mandek. Masalah kesehatan jiwa terus meningkat, karena itu butuh infrastruktur regulasi yang kuat. Dengan diperasnya 91 pasal UU Kesehatan Jiwa menjadi 12 pasal dalam UU Kesehatan 2023 dikhawatirkan upaya perbaikan masalah kesehatan jiwa menjadi makin terhambat.

Penanganan kesehatan jiwa di daerah saat ini menghadapi tantangan regulatif yang signifikan sejak pencabutan Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa dan peleburan substansinya ke dalam Undang-Undang Kesehatan Tahun 2023. Pengurangan dari 91 pasal menjadi hanya 12 pasal telah melemahkan infrastruktur hukum yang sebelumnya menjadi landasan bagi

penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa, termasuk operasional Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM). Kondisi ini menimbulkan kekosongan norma yang menyebabkan dasar hukum TPKJM menjadi kabur dan banyak daerah kehilangan legitimasi untuk mempertahankan atau membentuk tim baru. Ketidadaan pengaturan yang tegas mengenai pembiayaan, koordinasi lintas sektor, serta pembagian peran antara pemerintah pusat dan daerah memperdalam kebingungan kelembagaan di tingkat lokal. TPKJM kini berada dalam posisi lemah untuk mengoordinasikan layanan antara rumah sakit jiwa, puskesmas, dan komunitas karena tidak adanya kejelasan fungsi dalam sistem rujukan. Sementara itu, regulasi turunan seperti pedoman teknis dan Permenkes belum diperbarui, sehingga menimbulkan ketidakpastian hukum dan keraguan di daerah untuk melanjutkan pelaksanaan kegiatan kesehatan jiwa masyarakat secara efektif.

c. Stigma, diskriminasi dan literasi yang minim tentang kesehatan jiwa

Penanganan kesehatan jiwa di Indonesia masih menghadapi serangkaian tantangan. Tantangan ini tidak hanya terletak pada lemahnya layanan medis, tetapi juga pada konstruksi sosial dan budaya yang membentuk cara masyarakat memahami konsep "sehat" dan "sakit jiwa". Dalam banyak komunitas, gangguan jiwa masih dipandang sebagai akibat gangguan gaib, kutukan, atau lemahnya iman, bukan sebagai masalah kesehatan yang dapat diobati secara medis. Pemaknaan ini memperkuat stigma dan diskriminasi, membuat keluarga enggan mencari pertolongan profesional dan lebih memilih cara-cara tradisional, bahkan tindakan isolatif seperti pemasungan. Sejalan dengan hal itu, sosialisasi terkait informasi kesehatan jiwa termasuk penanganannya selama ini masih sangat minim. Hal ini berdampak pada minimnya literasi atau rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan jiwa mulai dari identifikasi tanda-tanda gangguan jiwa, cara pencegahan, dan akses pengobatan. Sehingga pilihan penanganan kesehatan jiwa yang dilakukan selama ini belum mengedepankan pendekatan berbasis pemenuhan hak asasi manusia.

Pada akhir 2022, Kementerian Kesehatan mencatat 4.304 orang dengan gangguan jiwa masih dipasung, dan jumlah sebenarnya diyakini lebih besar karena banyak kasus tidak dilaporkan. Minimnya literasi kesehatan jiwa dan pandangan moralistik masyarakat juga berkontribusi terhadap meningkatnya resiko bunuh diri, yang pada 2023 mencapai 1.350 kasus menurut data POLRI. Bahkan data dari WHO di level global menunjukkan lebih dari 700.000 orang meninggal akibat bunuh diri setiap tahun. Kondisi ini menunjukkan bahwa tantangan utama penanganan kesehatan jiwa mencakup tidak hanya aspek medis dan kebijakan, tetapi juga perubahan paradigma sosial-budaya tentang pemaknaan gangguan jiwa dan penerimaan terhadap penyandang disabilitas psikososial di tingkat masyarakat.

d. Akses pengobatan dan ketersediaan layanan masih terbatas.

Jangkauan layanan kesehatan jiwa masih terbatas, terutama di daerah-daerah terpencil, sehingga banyak individu yang tidak mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Penanganan kesehatan jiwa di Indonesia menghadapi tantangan terkait tingginya jumlah orang dengan disabilitas psikososial tidak sebanding dengan jumlah balai rehabilitasi sosial yang ada. Belum semua daerah memiliki rumah sakit jiwa dan balai rehabilitasi sosial guna penanganan kuratif dan rehabilitatif ODDP. Kondisi ini menyebabkan banyak balai rehabilitasi sosial yang overload dan berdampak pada kualitas layanan yang diberikan. Banyak ditemukan balai rehabilitasi maupun panti, LKS yang tidak memenuhi standar pelayanan minimal, seperti kurangnya sarana dan prasarana yang memadai, menyebabkan penghuni hidup dalam kondisi yang tidak layak. Disisi lain, terdapat persoalan terkait dengan lemahnya mekanisme pengawasan atau monitoring di balai atau panti rehabilitasi yang berdampak pada kurangnya layanan yang berbasis HAM kepada ODDP.

e. Keterbatasan tenaga kesehatan jiwa yang terlatih<sup>3</sup>

Merujuk pada data prevalensi kesehatan jiwa masyarakat yang semakin tinggi maka kebutuhan tenaga kesehatan jiwa pada fasilitas kesehatan semakin krusial. Sayangnya, penyediaan tenaga kesehatan jiwa yang terlatih belum tersebar secara merata di seluruh wilayah Indonesia. Banyak daerah yang belum memiliki psikolog, psikiater ataupun dokter jiwa. Pemerintah memiliki aturan terkait keberadaan psikolog di puskesmas, khususnya terkait jumlahnya, mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Dalam peraturan tersebut, psikolog klinis termasuk sebagai salah satu sumber daya manusia kesehatan yang wajib ada di puskesmas. Namun, peraturan ini tidak secara spesifik menyebutkan jumlah pasti psikolog yang harus ada dalam satu puskesmas, melainkan menekankan keberadaan psikolog klinis sebagai bagian dari tenaga kesehatan yang esensial.

Keterbatasan tenaga kesehatan yang terlatih ini memiliki dampak yang cukup krusial yaitu adanya potensi malpraktek atau kesalahan diagnosa. Hal ini muncul pada adanya kecenderungan keseragaman diagnosa "skizofrenia" pada kelompok masyarakat di salah satu wilayah kepulauan yang Puskesmasnya tidak memiliki Dokter terlatih kesehatan jiwa. Sehingga tenaga medis akhirnya bergantung pada konsultasi telemedicine untuk melakukan diagnosa. Praktek ini banyak dijumpai di wilayah terpencil termasuk di wilayah kepulauan maupun perbatasan Indonesia.

---

<sup>3</sup> Tenaga kesehatan jiwa yang terlatih adalah profesional kesehatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam bidang kesehatan jiwa, termasuk dokter, perawat, psikolog, dan tenaga kesehatan lain yang telah mendapatkan pelatihan terkait

- f. Minimnya kolaborasi lintas sektor dalam penanganan kesehatan jiwa  
Selama ini isu kesehatan jiwa selalu identik dengan sektor kesehatan, padahal kesehatan jiwa merupakan isu lintas sektor yang melibatkan banyak pihak. Penanganan kesehatan jiwa harus disasar bersama lintas sektor mulai dari pemerintah dan non pemerintah. Pemerintah mendorong adanya kolaborasi lintas sektor yang telah melibatkan berbagai pihak; ada Pemerintah, Lembaga Masyarakat, Akademisi, Opdis dalam penanganan kesehatan jiwa. Kolaborasi lintas sektor ini diwadahi dalam kelembagaan ad hoc yang dikenal dengan TPKJM (Tim Pembina, Pengarah dan Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat). TPKJM diatur dalam KMK Nomor 220/MENKES/SK/III/2002 tentang pedoman umum tim Pembina, tim pengarah, tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat.

Pelaksanaan TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) di berbagai daerah sering menghadapi berbagai kendala yang bersifat struktural, sumber daya, maupun kultural. Ada banyak pembentukan TPKJM di Tingkat kabupaten maupun kecamatan tetapi pelaksanaannya belum berjalan secara maksimal karena lemahnya koordinasi, keterbatasan anggaran serta kurangnya pemahaman Kesehatan jiwa anggota TPKJM, hal ini menjadi faktor utama mempengaruhi terhambatnya pembagian peran dalam TPKJM. Di sisi lain jika TPKJM dapat berfungsi dengan baik dan optimal akan ada berbagai dampak positif yang signifikan terhadap kesehatan mental masyarakat dan sistem kesehatan secara keseluruhan.

- g. Pendanaan yang tidak memadai  
Anggaran yang dialokasikan untuk program kesehatan jiwa masih tergolong rendah, baik di tingkat pusat maupun daerah. Hal ini disebabkan karena isu kesehatan jiwa belum menjadi isu prioritas pembangunan. Sedangkan prioritas program untuk kesehatan jiwa masih ditekankan pada aspek penanganan. Hal ini tercermin dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan jiwa yang lebih banyak mengatur tentang penanganan ODDP seperti ketersediaan obat, fasilitas perawatan dan rehabilitasi. Artinya, fokus utama masih pada penyembuhan dan perawatan bagi yang sudah mengalami gangguan jiwa.

Disisi lain, isu kesehatan jiwa dianggap sebagai tupoksi dari sektor kesehatan, padahal isu ini merupakan isu lintas sektor. Meski di daerah upaya penanganan kesehatan jiwa sudah menggunakan payung besar Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM). Akan tetapi anggarannya masih dalam kategori umum, belum spesifik untuk upaya preventif dan promotif masalah kesehatan jiwa. Meskipun terdapat upaya-upaya promosi kesehatan jiwa dan deteksi dini, program-program ini belum mendapatkan perhatian dan sumberdaya yang cukup.

## **2.2. Potensi yang ditemukan: Praktek baik TPKJM daerah dalam penanganan kesehatan jiwa.**

Mengacu pada peta permasalahan kesehatan jiwa diatas, beberapa daerah telah melakukan upaya inovatif untuk mengatasinya. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah dan desa/kelurahan mulai dari perumusan strategi kebijakan, program dan kelembagaan yang didalamnya terdapat upaya koordinasi lintas sektor dalam penanganan kesehatan jiwa. Salah satu upaya krusial adalah pembentukan kelembagaan koordinatif yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan yang disebut dengan TPKJM (Tim Pembina, Pengarah dan Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat). TPKJM sebagai lembaga payung memudahkan intervensi kebijakan, program penanganan kesehatan jiwa termasuk membangun komitmen politik di level daerah. Dari praktik baik yang dilakukan oleh 8 wilayah ditemukan beberapa data sebagai berikut:

### **2.2.1. Kelembagaan TPKJM yang operasional di daerah**

PRY melalui Program Dignity Inklusi melakukan pendampingan kepada 10 kabupaten/Kota di 7 Provinsi yang meliputi 1) Provinsi Banten (Kota Tangerang); 2) Provinsi Jawa Tengah (Kabupaten Banjarnegara, Kabupaten Kebumen, Kabupaten Sukoharjo, Kabupaten Wonogiri); 3) Provinsi Sumatera Utara (Kota Gunungsitoli); 4) Provinsi Sulawesi Barat (Kabupaten Mamuju), 5) Provinsi Nusa Tenggara Barat (Kabupaten Lombok Timur), 6) Provinsi Nusa Tenggara Timur (Kabupaten Sumba Barat Daya), dan 7) Provinsi Papua Barat Daya (Kota Sorong). Selain itu, PRY juga melakukan pendampingan di Provinsi DIY melalui Program Ceplery dan *Open The Gate* (OTG) yang dijalankan di 4 kabupaten/kota yaitu Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Sleman, Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta. Pendampingan ini dilakukan salah satunya untuk menguatkan kelembagaan TPKJM agar mampu melahirkan kebijakan dan program penanganan kesehatan jiwa yang menjawab akar masalah kesehatan jiwa. Selain itu, kelembagaan juga dimandatkan untuk mengawal implementasi dari kebijakan dan program tersebut berjalan dengan optimal.

Kelembagaan TPKJM merupakan wadah koordinasi lintas sektor mulai dari unsur pemerintah, swasta, perguruan tinggi, NGO, OPdis, organisasi masyarakat dalam penanganan kesehatan jiwa. Dalam mengkoordinasikan lintas sektor maka dibutuhkan struktur kelembagaan yang lebih fokus untuk menjawab permasalahan dan tantangan penanganan kesehatan jiwa. Hal ini juga terkonfirmasi dari identifikasi praktik baik yang telah dilakukan oleh beberapa daerah mitra dampingan program DIGNITY. TPKJM yang mampu bekerja secara efektif adalah TPKJM yang memiliki struktur kelembagaan yang terbagi dalam beberapa kelompok kerja untuk secara fokus mengawal intervensi permasalahan kesehatan jiwa di daerah. Sedangkan kelembagaan TPKJM yang struktur keanggotaannya terbuka memiliki tantangan dalam mekanisme koordinasi lintas sektor dan peran dari masing-masing anggota. Struktur kelembagaan yang terbuka ternyata masih melanggengkan anggapan bahwa isu kesehatan jiwa merupakan isu sektor kesehatan, bukan isu lintas sektor.

Selain struktur kelembagaan yang terdiri dari kelompok kerja, TPKJM juga penting dibentuk secara berjenjang sampai level pemerintahan terkecil. Berdasarkan praktik baik yang dijalankan di DIY, Tangerang, Lombok Timur, Gunungsitoli dapat ditarik kesimpulan bahwa TPKJM level kecamatan dan level desa memiliki peran strategis dalam penanganan kesehatan jiwa.

a. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)

Kelembagaan TPKJM di provinsi DIY telah diatur dalam Panduan Teknis Pelaksanaan Revitalisasi/Pembentukan Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat DIY, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kabupaten Kota dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kapanewon/Kemantren<sup>4</sup>. Panduan teknis ini menjadi lampiran dari Pergub DIY No 71 Tahun 2024 tentang RAD Keswa 2025 – 2027, sehingga menjadi acuan dari pemerintah kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan di DIY.

Pemda DIY menyadari bahwa penanganan kesehatan jiwa harus dimulai dari pemerintahan yang paling dekat dengan ODDP yaitu desa, oleh karenanya kelembagaan TPKJM di DIY terstruktur sampai level kecamatan dengan anggota yang berasal dari desa. Keanggotaan TPKJM sendiri diatur dalam panduan untuk melibatkan semua unsur pemangku kepentingan yang terdiri dari pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, LSM, kelompok masyarakat, tokoh agama dan OPDis. Sedangkan strukturnya terdiri dari kelompok kerja – kelompok kerja yang spesifik menjawab permasalahan kesehatan jiwa di DIY. Struktur kelembagaan TPKJM di DIY sebagai berikut:



Sumber : Lampiran Pergub DIY No 71 Tahun 2024 tentang RAD Keswa 2025 – 2027: Panduan Teknis Pelaksanaan Revitalisasi/Pembentukan Tim Pengarah Kesehatan Jiwa Masyarakat DIY, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kabupaten Kota dan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kapanewon/Kemantren.

<sup>4</sup> Kemantren/Kapanewon adalah sebutan Kecamatan di DIY berdasarkan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Pedoman Kelembagaan Urusan Keistimewaan Pada Pemerintah Kabupaten/Kota Dan Kelurahan.

Dalam panduan telah diatur secara detail unsur-unsur pemangku kepentingan yang harus terlibat dalam TPKJM sesuai dengan tingkatan pemerintahan. Selain itu, keanggotaan di setiap pokja juga sudah ditulis secara detail sebagai panduan bagi kabupaten/kota dan kecamatan dalam merevitalisasi ataupun membentuk kelembagaan TPKJM.

Dibentuknya keanggotaan TPKJM dalam kelompok kerja mempermudah proses koordinasi dan monitoring evaluasi kebijakan, program dan kegiatan penanganan kesehatan jiwa. Dalam panduan juga telah dicantumkan tugas pokok dan fungsi dari masing-masing kelompok kerja secara detail. Jika ditarik secara umum:

- Pokja advokasi dan kebijakan memiliki tupoksi berkaitan dengan regulasi dan kebijakan, melakukan pengawasan terhadap balai rehabilitasi atas pelanggaran HAM, mengawal penyusunan dan implementasi RAD PD, RAD HAM serta aspek kebijakan lain seperti perda perlindungan hak penyandang disabilitas.
- Pokja data dan informasi memiliki tupoksi berkaitan dengan tata kelola pendataan dan updating data, sehingga data bisa digunakan untuk mendukung penyusunan regulasi, pengambilan kebijakan dan dasar implementasi program kegiatan penanganan kesehatan jiwa.
- Pokja pengaduan dan penjangkauan memiliki tupoksi berkaitan dengan penyelenggaraan mekanisme pengaduan dan penjangkauan ketika terdapat kasus kesehatan jiwa.
- Pokja pelayanan memiliki tupoksi melakukan upaya penanganan kesehatan jiwa melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dalam setiap kelompok kerja yang ada di DIY, selalu dilakukan monitoring dan evaluasi kinerja yang dilakukan secara periodic dan sudah diatur dalam panduan. Untuk efektivitas kinerja kelembagaan TPKJM, terdapat mekanisme kerja yang meliputi rapat koordinasi minimal tiga kali dalam satu tahun dan rapat koordinasi insidental terkait dengan penanganan kasus/emergency. Rapat koordinasi yang dilakukan di awal pembentukan TPKJM adalah untuk menyusun rencana strategis (4-5 tahun) penanganan kesehatan jiwa. Dilanjutkan dengan koordinasi tengah tahun untuk mengawal implementasi rencana strategis penanganan kesehatan jiwa dan rapat koordinasi di akhir tahun untuk monitoring dan evaluasi implementasi rencana strategis penanganan kesehatan jiwa. Setiap pelaksanaan rapat koordinasi melibatkan semua unsur keanggotaan TPKJM yang terdiri dari pemerintah, swasta, perguruan tinggi, LSM, tokoh agama, relawan dan OPdis. Rapat koordinasi setiap tahun dilakukan untuk merefleksikan hasil kerja dan melaporkan kinerja TPKJM kepada public. Rapat koordinasi yang telah dituangkan dalam mekanisme kerja TPKJM ini dilaksanakan secara rutin di internal TPKJM seluruh DIY baik di level provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa.

Selain mekanisme kerja berupa rapat koordinasi internal, TPKJM di DIY juga melakukan rapat koordinatif antar level guna mengkoordinasikan kebijakan penanganan kesehatan jiwa yang bersifat *top down - bottom up planning*. Rapat koordinasi antar level ini dilakukan secara berkala untuk mengawal penanganan

kesehatan jiwa di kabupaten/kota termasuk bagaimana TPKJM provinsi DIY memberikan rekomendasi kepada TPKJM kabupaten/kota. Secara berkala, dilakukan koordinasi antara TPKJM provinsi dengan TPKJM kabupaten/kota, TPKJM kabupaten/kota dengan TPKJM kecamatan dan TPKJM kecamatan dengan TPKJM desa.

Rapat koordinasi yang dilakukan oleh TPKJM dikoordinasikan oleh Biro Bina Mental<sup>5</sup> di bawah Setda DIY yang menjadi sekretariat TPKJM. Posisi biro yang merupakan lembaga koordinatif dibawah Sekda memungkinkan mekanisme koordinasi berjalan efektif dan meminimalisir ego sektoral antar OPD maupun stakeholder lain. Selain itu, setiap Pokja terdapat koordinator pokja yang bertanggungjawab memastikan koordinasi di internal pokja berjalan efektif. Selain itu, TPKJM termasuk tiap Pokja didalamnya, akan menjalankan program kerjanya mengacu pada panduan yang telah disusun dan Rencana Aksi Daerah (RAD) Keswa yang sudah ditetapkan dalam Pergub DIY No.71 Tahun 2024. Dalam dokumen ini juga dimandatkan penganggaran untuk kerja-kerja kelembagaan maupun program penanganan kesehatan jiwa.

Sumber pendanaan yang diperlukan untuk penanganan kesehatan jiwa bersumber pada APBD untuk masing-masing instansi dan juga pihak lain selain dari APBN dan APBD dapat dilakukan sepanjang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Misalnya, penganggaran koordinasi TPKJM berada di Biro Bina Mental selaku sekretariat TPKJM, sedangkan anggaran untuk koordinasi tiap kelompok kerja berada di masing-masing organisasi perangkat daerah yang ditunjuk menjadi koordinator pokja. Di DIY, penanganan kesehatan jiwa juga menggunakan sumber Dana Keistimewaan mengacu mandat Perda DIY Nomor 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa. Sedangkan substansi yang dibahas dalam rapat koordinasi harus mengacu pada rencana strategis TPKJM dan sesuai dengan mandat pokja. Format forum diskusi dilakukan secara partisipatif dan memberikan ruang kepada OPDis secara setara.

b. Kota Tangerang

Kota Tangerang berkomitmen untuk meningkatkan kinerja TPKJM dengan membuat struktur kelembagaan yang berbeda dengan mandat dari KMK Nomor 220/MENKES/SK/III/2002. Kelembagaan TPKJM di Kota Tangerang keanggotaannya terdiri dari empat kelompok kerja yang ditujukan untuk menjawab permasalahan kesehatan jiwa di Tangerang. Struktur kelembagaan tersebut sebagai berikut:

Pokja 1: Pelayanan Kesehatan	Pokja 2 : Pendidikan, Kebijakan dan Advokasi	Pokja 3 : Penelitian dan Pengembangan Program	Pokja 4. Pendanaan dan Sumber Daya Manusia
Tugas Pokok dan Fungsi: a. Promotif	Tugas Pokok dan Fungsi : a. Pendidikan	Tugas Pokok dan Fungsi :	Tugas Pokok dan Fungsi:

<sup>5</sup> Saat ini Biro Bina Mental telah berganti nama menjadi Biro Kesejahteraan Rakyat Setda DIY mengacu pada Peraturan Gubernur DIY Nomor 64 Tahun 2024 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sosialisasi ke masing-masing instansi</li> <li>- Penyediaan materi kesehatan jiwa</li> <li>- Sosialisasi program kesehatan jiwa</li> </ul> <p>b. Preventif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan terhadap timbulnya gangguan kesehatan jiwa</li> </ul> <p>c. Kuratif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan normal</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan di institusi (RSUD, Puskesmas)</li> <li>2. Home visit oleh tim kesehatan jiwa Puskesmas</li> <li>3. Home Visit oleh kader kesehatan jiwa</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan kegawatdaruratan pasien jiwa (mengamuk)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tim medis kesehatan jiwa puskesmas bekerjasama dengan tim ambulance dinkes Tangerang, satpol PP dan RS rujukan kejiwaan</li> <li>2. Sistem rujukan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat</li> <li>- Pengenalan gejala-gejala gangguan jiwa sejak dini</li> <li>- Pengenalan HAM dan hukum bagi pengguna NAPZA</li> <li>- Pendidikan kesehatan jiwa melalui sekolah.</li> <li>- KIE melalui media.</li> </ul> <p>b. Kebijakan dan Advokasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyetujuan anggaran</li> <li>- Penguatan dan keberlanjutan program</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Survey issue kesehatan jiwa</li> <li>b. Pelaporan dan diseminasi informasi terkait dengan stakeholder</li> <li>c. Validasi data kesehatan jiwa</li> <li>d. Pengembangan program penanganan kasus kesehatan jiwa</li> <li>e. Pembinaan rehabilitasi pasien mandiri</li> <li>f. Monitoring dan evaluasi partisipatif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rekapitulasi budget</li> <li>b. Identifikasi sumber dana</li> <li>c. Koordinasi dalam pencarian dana</li> <li>d. Monitoring dan evaluasi implementasi program</li> <li>e. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan</li> </ol>
--	--	---	--

Sumber : SK Walikota Tangerang Nomor 1033 Tahun 2024 tentang Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Tingkat Kota Tangerang.



Meski sudah menyusun struktur kelembagaan yang terdiri dari kelompok kerja, sayangnya keanggotaannya masih terbuka dan anggota belum dikategorikan dalam kelompok kerja. Disisi lain, keanggotaan TPKJM masih terbatas unsur pemerintah dari OPD, organisasi profesi khususnya bidang kesehatan dan pelibatan dari Baznas. Belum ada pelibatan kelompok masyarakat, sektor swasta, LSM dan OPDis dalam kelembagaan TPKJM. Selain itu, tidak ada mandat untuk pembentukan kelembagaan TPKJM yang terstruktur sampai level kecamatan. Akan tetapi, terdapat beberapa kecamatan di Kota Tangerang yang membentuk kelembagaan TPKJM Kecamatan seperti TPKJM Kecamatan Tangerang dengan SK Camat Kecamatan Tangerang Nomor 51/2024 dan Kecamatan Karawaci dengan SK Camat Kecamatan Karawaci Nomor 54 tahun 2024.

Untuk struktur keanggotaan di TPKJM Kecamatan bersifat terbuka yang tidak dikategorikan dalam kelompok-kelompok kerja.

Terkait dengan mekanisme kerja TPKJM dilakukan koordinasi rutin secara periodic dalam satu tahun untuk melakukan perencanaan, pengawasan dan evaluasi penanganan kesehatan jiwa di Kota Tangerang. Koordinasi dilakukan secara pleno yang dipimpin oleh ketua TPKJM dalam hal ini Dinas Kesehatan dengan menghadirkan Sekda selaku koordinator TPKJM. Mengacu pada SK, TPKJM memiliki tugas untuk mengklarifikasi dan memberikan masukan kepada Wali Kota dalam perumusan kebijakan anggaran dari berbagai sumber (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara - APBN, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah - APBD, dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat). TPKJM di Kota Tangerang diperkuat sebagai forum berbagi informasi dan pengalaman antar pelaku pelayanan kesehatan jiwa masyarakat, yang menjadi dasar penting dalam membangun jejaring dan pemahaman bersama lintas sektor.

### c. Kabupaten Lombok Timur

Komitmen Kabupaten Lombok Timur dalam penanganan kesehatan jiwa dimulai dengan pembentukan kelembagaan TPKJM Kabupaten melalui SK Bupati Lombok Timur Nomor 100.3.3.2/1963/KES/2024 tentang Pembentukan Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat tingkat Kabupaten Lombok Timur Tahun 2024.



LAMPIRAN I  
KEPUTUSAN BUPATI LOMBOK TIMUR  
NOMOR : 100.3.3.2/ /KES/2024  
TENTANG  
PEMBENTUKAN TIM PELAKSANA KESEHATAN  
JIWA MASYARAKAT TINGKAT KABUPATEN  
LOMBOK TIMUR TAHUN 2024.

TIM PELAKSANA KESEHATAN JIWA MASYARAKAT  
KABUPATEN LOMBOK TIMUR TAHUN 2024

NO	NAMA JABATAN DALAM DINAS	JABATAN DALAM TIM
1	Pj. Bupati Lombok Timur	Pengarah
2	Ketua DPRD Kabupaten Lombok Timur	Pengarah
3	Pj. Sekretaris Daerah Kabupaten Lombok Timur	Penanggung Jawab
4	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur	Ketua
5	Kepala Dinas Sosial Kabupaten Lombok Timur	Sekretaris I
6	Kepala Bidang P3KL Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Timur	Sekretaris II
7	Kapolres Lombok Timur	Anggota
8	Dandim 1615 Lombok Timur	Anggota
<b>Pokja I : Bidang Pencegahan</b>		
1	Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kab. Lotim	Koordinator
2	Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, dan Keluarga Berencana Kab. Lotim	Anggota
3	Kepala Satuan Polisi Pamong Praja Kab. Lotim	Anggota
4	Kepala Kementerian Agama Kab. Lotim	Anggota
5	Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Prov.NTB	Anggota
6	Kepala Dinas Komunikasi, Informatika Kab. Lotim	Anggota
7	Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kab. Lotim	Anggota
8	Ketua Ikatan Dokter Indonesia Kab. Lotim	Anggota
9	Kepala Dinas Pendidikan dan Kebudayaan Kab. Lotim	Anggota
10	Pokja IV Bidang Kesehatan PKK Kab. Lotim	Anggota

- 5 -

<b>Pokja II : Bidang Penanganan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)</b>		
1	Kepala Bidang Pencegahan, Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan pada Dinas Kesehatan Kab. Lotim	Koordinator
2	Direktur Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB	Anggota
3	Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Soejono Selong	Anggota
4	Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kab. Lotim	Anggota
5	Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kab. Lotim	Anggota
6	Ketua Ikatan Dokter Indonesia Kab. Lotim	Anggota
7	Ketua Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia Prov. NTB	Anggota
8	Kepala Bidang Ketertiban Umum Satpol PP Kab. Lotim	Anggota
9	Sub Koordinator Disabilitas Dinas Sosial Kab. Lombok Timur	Anggota
<b>Pokja III : Bidang Rehabilitasi dan Pemberdayaan Orang Dengan Disabilitas Psikososial (ODDP)</b>		
1	Kepala Bidang Rehabilitasi Sosial Dinas Sosial Kab. Lotim	Koordinator
2	Kepala Bidang Pemberdayaan Perempuan DP3AKB Kab. Lotim	Anggota
3	Kepala Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kab. Lotim	Anggota
4	Kepala Dinas Perdagangan dan Perindustrian Kab. Lotim	Anggota
5	Kepala Bagian Kesejahteraan Rakyat Setda Kab. Lotim	Anggota
6	Kasi Penerangan Masyarakat Kementerian Agama Kab Lotim	Anggota
7	Lombok Independent Disabilitas Indonesia (LIDI) Foundation	Anggota
8	Camat Se-Kabupaten Lombok Timur	Anggota
9	Kepala Puskesmas Se-Kabupaten Lombok Timur	Anggota



Kabupaten Lombok Timur mulai melibatkan multi stakeholder dalam kegiatan keanggotaan TPKJM meski belum semua unsur. Beberapa unsur yang sudah masuk adalah pemerintah, organisasi profesi, LSM, OPdis dan Kelompok perempuan. Selain itu, format struktur keanggotaan TPKJM sudah terbagi dalam beberapa kelompok kerja yang meliputi :

1. Pokja I : Bidang Pencegahan yang memiliki tugas dan tanggungjawab terkait proses advokasi pembentukan TPKJM di level kecamatan dan desa, sosialisasi dan KIE tentang kesehatan jiwa, penemuan dan pendataan kasus, menyusun regulasi guna mendukung program bebas pasung dan money kegiatan kesehatan jiwa masyarakat.
2. Pokja II : Bidang Penanganan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang mempunyai tugas dan tanggungjawab melakukan diagnose, pengobatan dan perawatan ODGJ, home visit dan konseling keluarga, penanganan kasus pasung yang ditemukan, melakukan rujukan, pembentukan *Community Mental Healthy Nursing (CMHN)*, ketersediaan obat.
3. Pokja III : Bidang Rehabilitasi dan Pemberdayaan Orang dengan Disabilitas Psikososial (ODDP) yang memiliki tugas dan tanggungjawab terkait proses asimilasi ODGJ yang telah pulih di keluarga dan masyarakat, memberikan peningkatan kapasitas pada ODGJ, memberikan bantuan modal usaha, membentuk kelompok swabantu, memfasilitasi ODGJ untuk akses pekerjaan.

Setiap kelompok kerja memiliki mekanisme koordinasi internal untuk memastikan bahwa permasalahan terkait dengan tugas kepokjaan telah diintervensi. Selain itu, mekanisme kerja TPKJM secara keseluruhan terdapat rapat koordinasi triwulan dengan substansi pembahasan sesuai dengan tugas dan tanggungjawab pokja.

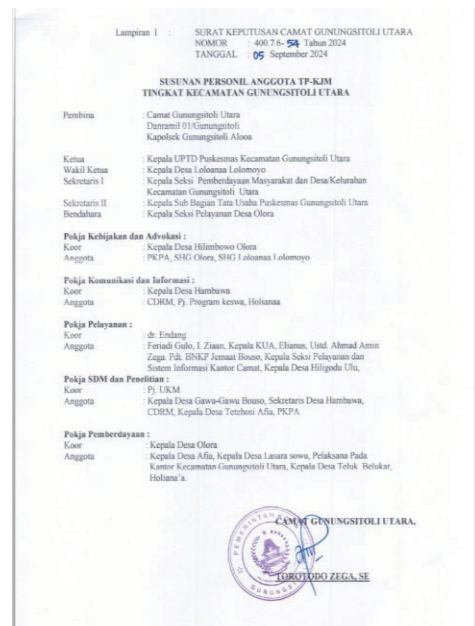
d. Kota Gunungsitoli

Salah satu kecamatan di Kota Gunungsitoli cukup progresif dengan membentuk kelembagaan TPKJM tingkat kecamatan. Kecamatan tersebut adalah Gunungsitoli Utara dengan mengeluarkan SK Camat Gunungsitoli Utara Nomor : 400.7.6-54 Tahun 2024 tentang Peresmian Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat Kecamatan Gunungsitoli Utara.

Struktur kelembagaan TPKJM Kecamatan Gunungsitoli sudah melibatkan unsur kelompok masyarakat, organisasi profesi, LSM dan OPDis. Keanggotaan TPKJM dibagi dalam 5 kelompok kerja yang terdiri dari

1. Pokja Kebijakan dan Advokasi yang memiliki tugas pokok dan fungsi berkaitan dengan penyusunan dan pengawalan kebijakan, regulasi kesehatan jiwa yang berperspektif pemenuhan HAM.
2. Pokja Komunikasi dan informasi, yang memiliki tugas pokok dan fungsi terkait dengan komunikasi, informasi dan edukasi tentang kesehatan jiwa.
3. Pokja Pelayanan yang memiliki tugas, pokok dan fungsi berkaitan dengan upaya penanganan kesehatan jiwa melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
4. Pokja SDM dan Penelitian memiliki tugas, pokok dan fungsi terkait dengan validasi data, peningkatan kapasitas SDM, perumusan program penanganan kesehatan jiwa, survey terkait kesehatan jiwa.
5. Pokja Pemberdayaan memiliki tugas untuk merumuskan kebijakan dan program pemberdayaan bagi ODDP yang sudah pulih, pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

TPKJM Gunungsitoli Utara memiliki visi, misi, moto, serta rencana kerja tahunan yang disusun secara partisipatif dan menjadi acuan dalam pelaksanaan program yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Setiap Pokja dalam struktur TPKJM menjalankan tugas pokok dan fungsinya dengan konkret, termasuk dalam memperbarui data ODDP secara berkala, menangani kasus relapse berdasarkan laporan dari keluarga, hingga memfasilitasi rujukan dua ODDP ke rumah sakit dan panti rehabilitasi atas hasil advokasi ke Dinas Sosial.



TPKJM Kecamatan Gunungsitoli juga telah menginisiasi penyusunan SOP layanan untuk penguatan rencana kerja Pokja TPKJM. Penyusunan SOP layanan ini ditujukan untuk mempermudah proses kolaborasi lintas sektor di level kecamatan dalam melakukan penanganan masalah kesehatan jiwa bersumberdaya masyarakat. Dalam SOP diatur bahwa setiap Pokja mempunyai peran masing-masing dalam memastikan agar layanan dan dukungan bagi ODDP atau penyandang disabilitas psikososial tidak hanya bergantung pada fasilitas kesehatan, tetapi juga terintegrasi dengan potensi sosial di masyarakat melalui alur/ mekanisme layanan, pelaporan, monitoring dan evaluasi yang jelas.

e. Kabupaten Mamuju

Kelembagaan TPKJM di Kabupaten Mamuju sudah ditetapkan oleh Bupati pada tahun 2024 melalui SK Bupati Mamuju Nomor 396 Tahun 2024 tentang pembentukan tim pelaksana kegiatan kesehatan jiwa masyarakat lingkup kabupaten Mamuju tahun 2024. Struktur pada kepengurusan TPKJM di Mamuju disusun secara terbuka yang terdiri dari Pembina, koordinator, sekretaris dan anggota sesuai dengan KMK Nomor 220/Menkes/2002. Keanggotaan TPKJM Kabupaten Mamuju mencerminkan langkah awal yang konstruktif dimana pemerintah daerah mulai membuka ruang kolaborasi dengan melibatkan organisasi penyandang disabilitas dan organisasi profesi. Meskipun unsur pemerintah masih dominan, inisiatif ini menandai komitmen untuk memperkuat pendekatan yang inklusif dan partisipatif dalam upaya penanganan masalah kesehatan jiwa.


LAMPIRAN : KEPUTUSAN BUPATI MAMUJU  
 NOMOR : 396 Tahun 2024  
 TANGGAL : 14 JUNI 2024

**SUSUNAN TIM PELAKSANA KEGIATAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT  
 LINGKUP KABUPATEN MAMUJU TAHUN 2024**

NO.	JABATAN DALAM TIM	JABATAN DALAM KEDHARASAN
1.	Pembina	Bupati
2.	Koordinator	Ketua DPRD
3.	Ketua	Sekretaris Daerah
4.	Anggota	Kepala Dinas Kesehatan
		1. Kepala Kepolisian Resort Mamuju
		2. Komandan KODIM 1418 Mamuju
		3. Kepala Kantor Kementerian Agama Mamuju
		4. Kepala Dinas Sosial Kab. Mamuju
		5. Kepala Dinas Pendidikan
		6. Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kab. Mamuju
		7. Kepala Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kab. Mamuju
		8. Kepala Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kab. Mamuju
		9. Kepala Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi
		10. Camat Se-Kabupaten Mamuju
		11. Ketua IDI Kab. Mamuju
		12. Ketua PPII Kab. Mamuju
		13. Ketua Yayasan Gemma Difabel Sulawesi Barat

Telah diperiksa oleh:

Sekretaris Daerah	
Asisten Pemerintahan dan Keram	
Kepala Dinas Kesehatan	

  
**STYLIUTINAH SUHARDI**

SK kabupaten Mamuju ini dibuat untuk tahun 2024 artinya kedepan perlu ada pembaharuan SK kelembagaan TPKJM. Selain itu, tantangan yang dihadapi dengan bentuk struktur keanggotaan yang dimiliki oleh TPKJM Mamuju adalah pola koordinasi dan pembagian peran yang dapat mengintervensi permasalahan kesehatan jiwa. Pembagian tugas dan fungsi disesuaikan dengan sektor dari masing-masing OPD anggota TPKJM. Dinas Pendidikan misalnya mempunyai tugas untuk menyusun perencanaan, pembinaan dan pengembangan kesehatan jiwa di SMP, SMP atau umur 15-18 tahun dan mengembangkan kebijakan pendidikan pencegahan gangguan jiwa remaja dan pencegahan penyalahgunaan Napza pada jalur pendidikan formal dan non formal. Berdasarkan pengalaman di banyak daerah, pembagian tugas seperti ini seringkali berbenturan dengan ego sektoral masing-masing dinas dan berpengaruh pada efektivitas kinerja TPKJM dalam mengkoordinasikan lintas sektor. Masing-masing OPD akhirnya hanya berfokus pada capaian indikator kinerja utama OPD tanpa membangun kolaborasi lintas sektor.

Saat ini, TPKJM Kabupaten Mamuju sudah menyusun SOP TPKJM dan sedang menunggu pengesahan. Adanya SOP ini sebagai upaya untuk menjawab tantangan permasalahan pola koordinasi dan pembagian peran.

Mekanisme kerja yang dijalankan di Kabupaten Mamuju terdiri dari rapat koordinasi secara periodic untuk mengawal implementasi penanganan kesehatan jiwa. Pada awal pembentukan TPKJM dilakukan diskusi internal lintas stakeholder yang tercantum dalam SK TPKJM. Diskusi ini penting untuk memperjelas pembagian peran, memperkuat pemahaman bersama, dan menyelaraskan kerja-kerja lintas sektor agar seluruh anggota TPKJM mampu menjalankan tanggung jawab promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu

### **2.2.2. Strategi dan kebijakan penanganan kesehatan jiwa yang operasional di daerah**

Strategi dan kebijakan penanganan kesehatan jiwa mencakup berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat. Strategi ini mencakup promosi, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh dan terpadu. Sedangkan kebijakan penanganan kesehatan jiwa yang telah dikembangkan meliputi penguatan regulasi, peningkatan akses layanan, dan pemberdayaan masyarakat. Pada proses FGD terdapat beberapa inovasi strategi dan kebijakan penanganan kesehatan jiwa yang telah dikembangkan oleh daerah meliputi:

- a. Menjadikan isu kesehatan jiwa sebagai isu prioritas perencanaan pembangunan daerah.

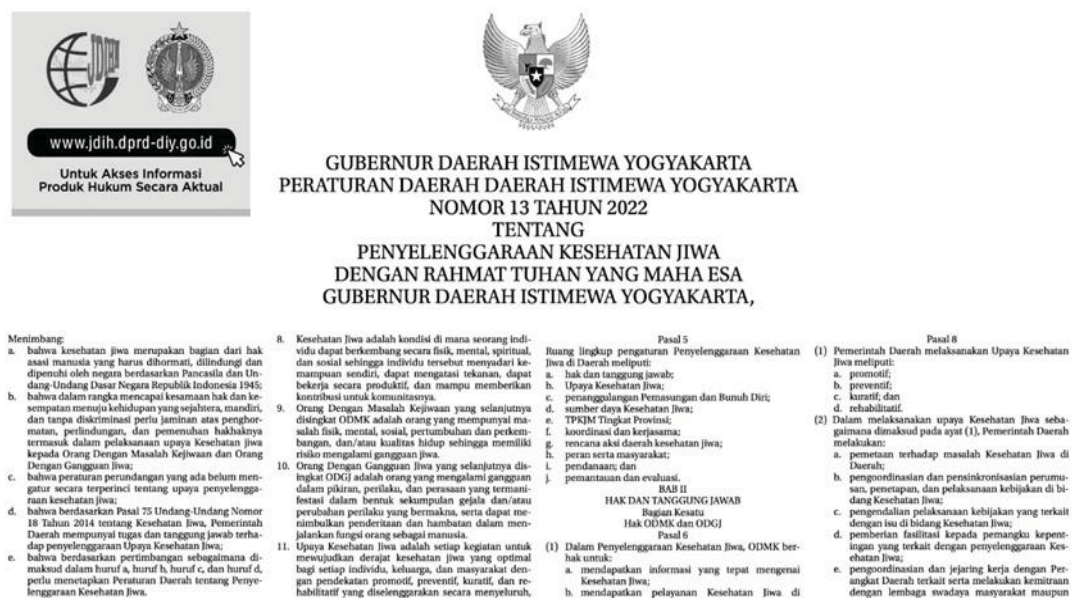
Kesehatan jiwa merupakan isu yang penting, namun sayangnya, banyak daerah yang belum memasukkan isu ini menjadi isu prioritas pembangunan sehingga minim perhatian dan anggaran. Selama ini, komponen kesehatan jiwa belum masuk dalam dokumen perencanaan daerah (RPJMD) maupun desa (RPJMDesa). Kondisi ini berdampak pada isu kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas untuk masuk dan dituangkan dalam rencana strategis (Renstra) Dinas Kesehatan dan/atau Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait lainnya. Walaupun ada masih sebatas formalitas saja, belum diikuti dengan turunan program dan kegiatan yang nyata. Kondisi ini yang menyebabkan penanganan kesehatan jiwa menjadi lambat.

Kondisi diatas disadari oleh beberapa daerah yang telah mulai memasukkan isu kesehatan jiwa menjadi isu strategis/prioritas pembangunan. Di Provinsi DIY misalnya, esensi kesehatan jiwa telah masuk pada misi RPJP DIY 2025-2045 akan tetapi kesehatan jiwa belum tertuang secara eksplisit dalam RPJMD 2022-2027, namun termasuk dalam konteks inklusif bagi seluruh masyarakat. Sedangkan di level desa, terdapat praktik baik dari Desa Gunungsari, Jatisrono, Wonogiri telah memasukkan isu kesehatan jiwa dalam dokumen rencana kerja pemerintah desa sehingga dapat mendorong adanya penganggaran bagi penanganan kesehatan jiwa dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDesa).

b. Mewujudkan regulasi penanganan kesehatan jiwa

Penanganan kesehatan jiwa seringkali mengalami tantangan karena tidak adanya cantolan regulasi yang kuat. Regulasi di tingkat daerah maupun desa memberikan kepastian hukum bagi pemangku kepentingan dalam melaksanakan upaya penanganan kesehatan jiwa. Di beberapa daerah telah mengeluarkan Peraturan Daerah, Peraturan Bupati/Walikota dan Surat Keputusan terkait dengan kesehatan jiwa seperti RAD Kesehatan Jiwa, SK kelembagaan TPKJM. Di level desa terdapat beberapa desa yang telah mengupayakan regulasi desa terkait kesehatan jiwa, seperti SK kelembagaan TPKJM desa.

Beberapa daerah cukup progresif dengan mengeluarkan regulasi tentang kesehatan jiwa meski paling banyak masih fokus pada SK pembentukan TPKJM seperti Provinsi DIY, Kabupaten Kulon Progo, Gunungkidul (DIY), Kabupaten Mamuju (Sulbar), Kabupaten Banjarnegara, Wonogiri dan Kebumen (Jawa Tengah), Kabupaten Lombok Timur (NTT) dan Kota Tangerang (Banten). Akan tetapi aturan tentang pembentukan kelembagaan TPKJM ini sangat membantu pemerintah dalam mengkoordinasikan pelaksanaan penanganan kesehatan jiwa di masing-masing daerah. Meski masih terdapat tantangan dalam menggerakkan kelembagaan TPKJM, akan tetapi cantolan Surat Keputusan TPKJM mampu meningkatkan awareness pemangku kepentingan di wilayah terkait kesehatan jiwa.



**Mentimbang**

- halwa kesehatan jiwa merupakan bagian dari hak asasi manusia yang harus dihormati, dilindungi dan dipenuhi oleh negara berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945;
- halwa dalam rangka mencapai kesamaan hak dan kesempatan menuju kehidupan yang sejahtera, mandiri, dan tanpa diskriminasi perlu jaminan atas pengohortn, perlindungan, dan pemenuhan hak-haknya termasuk dalam pelaksanaan upaya Kesehatan jiwa kepada Orang Dengan Masalah Kejiwaan dan Orang Dengan Gangguan Jiwa;
- halwa peraturan perundangan yang ada belum mengatur secara terperinci tentang upaya penyelenggaraan kesehatan jiwa;
- halwa berdasarkan Pasal 75 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Pemerintah Daerah mempunyai tugas dan tanggung jawab terhadap penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa;
- halwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Daerah tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa.

**8. Kesehatan jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sebagai individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.**

**9. Orang Dengan Masalah Kejiwaan yang selanjutnya disingkat ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa.**

**10. 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.**

**11. 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,**

**Pasal 5**  
Ruang lingkup pengaturan Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Daerah meliputi:  
a. hak dan tanggung jawab;  
b. Upaya Kesehatan Jiwa;  
c. penanggulangan Pemusnagan dan Burnh Diri;  
d. sumber daya Kesehatan Jiwa;  
e. TPKJM Tingkat Provinsi;  
f. koordinasi dan kerjasama;  
g. rencana aksi daerah kesehatan jiwa;  
h. peran serta masyarakat;  
i. pendanaan; dan  
j. pemantauan dan evaluasi.

**BAB II**  
**HAK DAN TANGGUNG JAWAB**  
Bagian Kesatu  
Hak ODMK dan ODGJ

**Pasal 6**  
(1) Dalam Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa, ODMK berhak untuk:  
a. mendapatkan informasi yang tepat mengenai Kesehatan Jiwa;  
b. mendapatkan pelayanan Kesehatan Jiwa di

**Pasal 8**  
(1) Pemerintah Daerah melaksanakan Upaya Kesehatan Jiwa meliputi:  
a. promotif;  
b. preventif;  
c. kuratif; dan  
d. rehabilitatif.  
(2) Dalam melaksanakan upaya Kesehatan Jiwa sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah Daerah melakukan:  
a. pemetaan terhadap masalah Kesehatan Jiwa di Daerah;  
b. pengoordinasian dan pensinkronisasi perencanaan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang Kesehatan Jiwa;  
c. pengendalian pelaksanaan kebijakan yang terkait dengan isu di bidang Kesehatan Jiwa;  
d. pemberian fasilitasi kepada pemangku kepentingan yang terkait dengan penyelenggaraan Kesehatan Jiwa;  
e. pengoordinasian dan jejaring kerja dengan Perangkat Daerah terkait serta melakukan kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat maupun

Di DIY terdapat praktik baik terkait regulasi penanganan kesehatan jiwa, yaitu adanya Peraturan Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa. Melalui Perda ini, Pemda DIY menjamin hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa yang optimal, serta meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan jiwa. Dalam perda menyoroti tentang pentingnya

mengatasi stigma dan diskriminasi terhadap ODDP, serta upaya peningkatan akses layanan kesehatan jiwa di berbagai tingkatan. Selain itu, perda ini juga menekankan pentingnya peran serta masyarakat, termasuk keluarga, kader kesehatan jiwa, dan lembaga terkait, dalam upaya penanganan masalah kesehatan jiwa. Perda ini menjadi payung hukum bagi pemangku kepentingan di DIY dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa dan menjadi dasar bagi dinas dalam penganggaran kesehatan jiwa.

Terdapat dua aturan turunan dari Perda DIY No 13 Tahun 2022 yaitu Peraturan Gubernur DIY Nomor 71 Tahun 2024 tentang Rencana Aksi Daerah Kesehatan Jiwa Tahun 2025-2027. Pergub ini diterbitkan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 51 ayat (6) Peraturan Daerah (Perda) DIY Nomor 13 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa. Pergub ini berisi rencana aksi daerah untuk periode 2025-2027, yang bertujuan untuk mengimplementasikan kebijakan kesehatan jiwa di DIY. Selain itu juga mengatur tentang kelembagaan TPKJM sebagai wadah koordinasi lintas sektor untuk penanganan masalah kesehatan jiwa. Terdapat lampiran panduan penyusunan/revitalisasi kelembagaan TPKJM di DIY. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 63 Tahun 2024 Tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan Dan Bunuh Diri, Serta Pelaksanaan Rehabilitasi Sosial. Pergub ini memberikan pedoman bagi pemerintah daerah dan pihak terkait dalam upaya penanggulangan pemasungan dan bunuh diri, serta memastikan pelaksanaan rehabilitasi sosial bagi ODDP berjalan efektif.

c. Peningkatan kinerja tata kelola data kesehatan jiwa

Data menjadi persoalan krusial dalam penanganan kesehatan jiwa. Data yang terserak dan belum terintegrasi menyebabkan sulitnya perumusan kebijakan dan intervensi program kegiatan yang efektif menjawab masalah kesehatan jiwa. Beberapa daerah telah berupaya meningkatkan kinerja tata kelola data kesehatan jiwa dengan membangun sistem pengumpulan data yang terpilah guna menjamin akurasi data.

Di Mamuju, perbaikan data dilakukan mulai dari level desa dengan mengoptimalkan peran dari LSM lokal Gema Difabel dan SHG mitra dampingan, SHG Bonepute - SHG Desa Karampuang. Gema Difabel bersama dengan SHG melakukan pendataan disabilitas yang ada di desa bekerjasama dengan Puskesmas. Proses pendataan dilakukan melalui skrining menggunakan kuesioner yang sudah disepakati. Kuesioner ini mengidentifikasi individu yang berisiko atau mengalami gangguan jiwa.

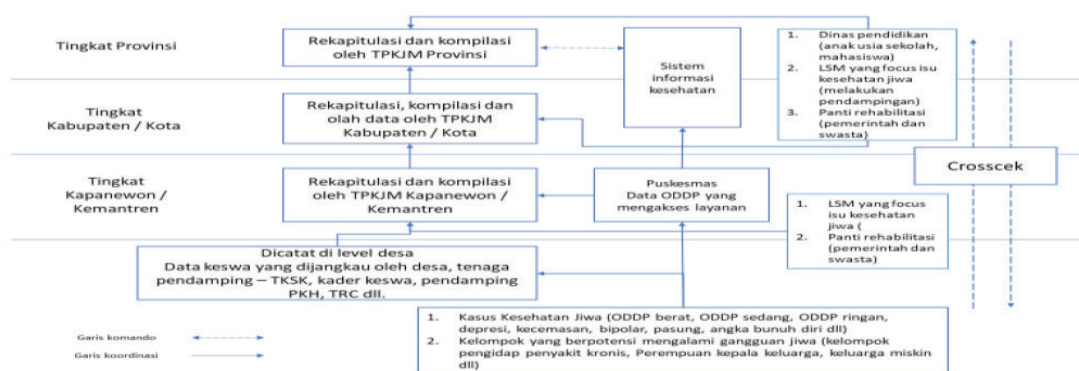
Di Desa Gading, Playen, Gunungkidul, pendataan dan penjangkauan ODDP juga melalui skrining yang dilakukan secara kolaboratif antara kader keswa, puskesmas, pemerintah kalurahan (sebutan desa di DIY). Hal yang sama juga dilakukan di Kota Tangerang, Kabupaten Banjarnegara, Kabupaten Wonogiri.

Di Banten, pengumpulan data disabilitas rentan bunuh diri juga dilakukan dan saat ini (Juni 2025) sedang berproses.

Data hasil skrining diinput dalam sistem data oleh Puskesmas yang kemudian menjadi basis data di level kabupaten/kota dan terintegrasi dengan provinsi sampai pusat. Sedangkan di level desa, kader keswa bersama dengan pemerintah desa menggunakan hasil skrining sebagai data desa. Data ini yang selanjutnya ditindaklanjuti dengan pembentukan kelompok swabantu/SHG di beberapa wilayah dampingan program.

Inovasi peningkatan kinerja tata kelola data kesehatan jiwa juga dikembangkan oleh TPKJM Provinsi DIY. Dalam Pergub DIY Nomor 71 Tahun 2024 terdapat lampiran panduan kelembagaan TPKJM yang didalamnya mengatur tentang koordinasi data kesehatan jiwa. Mekanisme pendataan kesehatan jiwa yang dikembangkan dimulai dari pencatatan di tingkat desa/kelurahan. Data kesehatan jiwa yang dicatat di level desa merupakan data yang dijangkau oleh tim desa (pemdes, relawan, kader keswa, pendamping sosial dll). Selanjutnya, data direkapitulasi dan kompilasi secara berjenjang mulai dari TPKJM Kecamatan, TPKJM Kabupaten/Kota dan TPKJM Provinsi. Sedangkan di level Puskesmas terdapat pencatatan data kesehatan jiwa mengacu pada ODDP yang mengakses layanan. Data yang dikelola puskesmas di input dalam sistem informasi kesehatan dan dikoordinasi dalam kelembagaan TPKJM. Selain itu, terdapat data kesehatan jiwa yang dijangkau oleh OPD terkait lain seperti dinas pendidikan, panti rehabilitasi, dan LSM. Kesemua data kesehatan jiwa yang terkumpul oleh semua pemangku kepentingan dikoordinasikan oleh TPKJM. Gambar alur mekanisme pendataan kesehatan jiwa yang diterapkan di DIY yang tercantum dalam lampiran Pergub DIY No. 71 Tahun 2024 dapat dilihat dibawah ini:

- Mekanisme pendataan kesehatan jiwa



Sumber: Lampiran Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 71 Tahun 2024 Tentang Rencana Aksi Daerah Kesehatan Jiwa Tahun 2025-2027.

d. Pemenuhan administrasi kependudukan bagi ODDP

Banyak ODDP di daerah yang belum memiliki kartu identitas kependudukan maupun dokumen administrasi kependudukan lainnya. Hal ini disebabkan karena konstruksi budaya dan masih tingginya stigma, diskriminasi di masyarakat. Ketidadaan dokumen administrasi kependudukan menyebabkan banyak ODDP tidak bisa mengakses layanan public yang disediakan oleh pemerintah seperti kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan maupun bantuan sosial.

Mengetahui kondisi ini, beberapa daerah telah mulai mewujudkan pemenuhan administrasi kependudukan kepada ODDP yang telah terdata. Di Kecamatan Karawaci bekerjasama dengan KSM, Kader Keswa, RT dan RW serta pemerintah Kota Tangerang membuat administrasi kependudukan berupa KTP dan KK kepada ODDP. Dari proses ini, ODDP dapat mengakses layanan kesehatan dan terdaftar dalam BPJS. Dinas Dukcapil Kabupaten Lombok Timur juga sudah aktif melakukan perekaman adminduk berupa KTP kepada kelompok rentan termasuk ODDP. Selanjutnya, pemerintah memfasilitasi pembuatan BPJS bagi ODDP untuk memudahkan mereka mengakses layanan kesehatan jiwa.

SHG di Kota Sorong, Papua Barat Daya juga melakukan advokasi untuk mengakses identitas kependudukan (KTP) bagi disabilitas psikososial dengan harapan mereka bisa dilayani dengan baik. Kelompok SHG dan LSM di Kota Sorong bekerjasama dengan universitas untuk pendataan kepada anak dan difabel yang belum memiliki KTP. Hasil pendataan inilah yang selanjutnya di advokasikan kepada pemerintah untuk pengurusan KTP sehingga mereka bisa mengakses layanan dari pemerintah seperti pendidikan (KIP), Kesehatan (BPJS).

e. Penguatan perspektif kesehatan jiwa

Penguatan perspektif kesehatan jiwa harus bergeser dari paradigma medis ke paradigma sosial-kultural yang memandang penyembuhan sebagai proses relasional dan berbasis makna, di mana keluarga dan komunitas menjadi bagian dari sistem pemulihan. Penguatan perspektif kesehatan jiwa ini mengacu pada upaya untuk meningkatkan pemahaman, kesadaran, dan kepedulian pemerintah, swasta, masyarakat dan pemangku kepentingan lain terhadap pentingnya kesehatan mental, serta menghilangkan stigma yang melekat pada masalah kesehatan jiwa. Hal ini melibatkan berbagai aspek, termasuk promosi kesehatan jiwa, pencegahan gangguan jiwa, deteksi dini, penanganan, dan pemulihan.

Dengan kata lain, penguatan perspektif kesehatan jiwa ini diharapkan dapat sesuai dengan konteks lokal yang berbasis makna dan pengalaman lokal, berorientasi pada komunitas dan penanganan permasalahan kesehatan jiwa perlu didukung oleh kolaborasi lintas sektor dan lintas disiplin ilmu. Perspektif kesehatan jiwa yang berorientasi pada komunitas ini semakin menegaskan

pentingnya pemulihan yang tidak hanya didukung layanan/fasilitas medis tetapi juga pemulihan fungsi sosial melalui dukungan di ruang-ruang sosial seperti keluarga, kelompok dukungan, SHG/komunitas lokal.

Penguatan perspektif ini menjadi strategi yang cukup penting karena menjadi pintu masuk penanganan kesehatan jiwa. Tanpa adanya pemahaman, kesadaran dan kepedulian terhadap isu kesehatan jiwa maka persoalan stigma, diskriminasi akan terus terjadi. Penguatan perspektif harus dilakukan di dua level/arah yaitu di level keluarga dan masyarakat serta di level TPKJM sebagai wadah koordinasi lintas sektor.

Di banyak daerah penguatan perspektif ini dilakukan melalui upaya promotif dan preventif yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan sebagai bagian dari TPKJM. Penguatan perspektif kesehatan jiwa kepada pemerintah selaku pengambil kebijakan dan pelayanan public menjadi krusial supaya kebijakan yang diambil dan layanan public yang diberikan sejalan dengan pemenuhan HAM. Edukasi kepada keluarga penyintas menjadi penting dilakukan secara terus menerus sehingga keluarga mampu menerima dan mendampingi ODDP. Selanjutnya, sosialisasi kepada masyarakat menjadi titik awal pelibatan masyarakat (relawan) dalam penanganan kesehatan jiwa serta mewujudkan ekosistem sehat jiwa.

f. Penyediaan tenaga kesehatan kesehatan jiwa yang terlatih

Tenaga kesehatan jiwa yang terlatih berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, mulai dari deteksi dini hingga penatalaksanaan gangguan jiwa. Untuk mengatasi permasalahan kekurangan dokter spesialis kesehatan jiwa, pemerintah pusat membuat kebijakan untuk melatih dan membekali dokter umum dan tenaga ahli untuk melakukan upaya preventif dasar masalah kejiwaan untuk tingkat akar rumput seperti di puskesmas.

Hal ini sudah ditindaklanjuti oleh beberapa provinsi salah satunya DIY. Di Kabupaten Sleman, sudah mengupayakan adanya satu puskesmas, satu psikolog. Sedangkan di beberapa daerah lain seperti Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Wonogiri dan daerah lain terdapat programmer jiwa di puskesmas dan ada yang satu psikolog membawahi 1-2 puskesmas yang jaraknya berdekatan.

g. Mendekatkan layanan kesehatan jiwa

Pemerintah sudah memperluas akses layanan kesehatan jiwa melalui jaminan kesehatan nasional (BPJS Kesehatan) dan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan jiwa yang terjangkau. Akan tetapi ODDP selama ini mengalami beberapa kendala dalam mengakses layanan kesehatan dikarenakan karakteristik kondisi mereka, sehingga dibutuhkan afirmasi khusus. Berdasarkan pengakuan dari ODDP dan keluarga, akses layanan BPJS kesehatan dalam

pelaksanaanya terkendala tantangan dengan adanya kewajiban fingerprint dari pasien. Ketika ODDP dalam kondisi relaps maka kewajiban fingerprint ini menyulitkan. Selain menyediakan infrastruktur kesehatan yang aksesibel, proses mendekatkan layanan kesehatan jiwa juga dilakukan di banyak wilayah seperti mekanisme home visit.

Beberapa kabupaten/kota mitra program telah menjalankan mekanisme home visit yang dilakukan oleh petugas dari rumah sakit daerah, puskesmas bersama dengan kader dan pemerintah desa, seperti di 5 kabupaten/kota di Provinsi DIY, Kabupaten Wonogiri, Sukoharjo dan Kebumen (Jawa Tengah).

h. Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat

Rehabilitasi Bersumberdaya masyarakat (RBM) dalam kesehatan jiwa adalah pendekatan untuk memulihkan dan meningkatkan kesehatan mental individu dengan melibatkan masyarakat sekitar. Program ini berfokus pada pemberdayaan masyarakat dan potensi lokal untuk mendukung pemulihan individu yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, bukan hanya berfokus pada perawatan medis di fasilitas kesehatan. Dengan pelibatan keluarga dan masyarakat dalam penanganan kesehatan jiwa maka RBM diyakini menjadi kunci dalam pencegahan kasus baru, kekambuhan/relaps, kekerasan dan pemasungan kepada ODDP.

Berdasarkan praktik baik yang dijalankan kabupaten/kota mitra program aktivitas RBM untuk ODDP melibatkan kegiatan seperti kunjungan rumah, terapi aktivitas kelompok, dan pembentukan *Self Help Group* (SHG) bagi ODDP dan keluarga, pendampingan untuk akses layanan kesehatan dan aktivitas produktif, edukasi kesehatan jiwa, sosialisasi isu kesehatan jiwa, serta peningkatan kapasitas kader dan petugas kesehatan.

*Self Help Group* (SHG) atau kelompok swadaya adalah bentuk dari *community peer support* (dukungan sebaya komunitas). SHG adalah sebuah sistem dukungan yang melibatkan orang-orang yang memiliki pengalaman serupa dalam masalah kesehatan mental untuk saling membantu. Dukungan ini bisa berupa berbagi pengalaman, memberikan dukungan emosional, dan memberikan informasi serta sumber daya yang relevan. Dukungan ini tidak menggantikan layanan profesional, tetapi melengkapinya dan dapat menjadi jembatan penting menuju pemulihan.

Pendekatan Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM) dan *Self Help Group* (SHG) dapat menjadi strategi efektif untuk menjembatani kesenjangan antara pemahaman budaya lokal dan layanan kesehatan jiwa modern (tantangan konstruksi sosial budaya mempengaruhi interpretasi masyarakat dalam memahami Keswa).

Melalui RBM, masyarakat dilibatkan secara aktif dalam proses penyembuhan, bukan hanya sebagai penerima layanan, tetapi sebagai agen perubahan sosial yang memahami konteks budaya mereka sendiri. Di sejumlah daerah, praktik baik muncul ketika tokoh adat, tokoh agama, dan keluarga menjadi bagian dari proses rehabilitasi dan edukasi kesehatan jiwa. Pendekatan ini mengubah persepsi “gangguan jiwa” dari sesuatu yang memalukan atau supranatural menjadi kondisi yang bisa dipulihkan dengan dukungan sosial, spiritual, dan medis yang seimbang. Selain itu, pembentukan kelompok dukungan sebaya (seperti SHG) terbukti memperkuat pemulihan psikososial melalui ruang berbagi pengalaman dan solidaritas. Dengan cara ini, literasi kesehatan jiwa meningkat secara alami karena dibangun dari bahasa, nilai, dan praktik yang dimaknai oleh masyarakat sendiri.

Pendekatan lintas sektor oleh TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) juga menunjukkan hasil positif ketika membuka ruang kolaborasi dengan komunitas, organisasi penyandang disabilitas, dan lembaga keagamaan. Ketika koordinasi lintas sektor ini difokuskan pada pemberdayaan komunitas dan transformasi pemahaman budaya, maka stigma, diskriminasi, dan praktik pasung dapat dikurangi secara berkelanjutan.

Konsep RBM ini telah dijalankan oleh beberapa kabupaten/kota mitra program antara lain di Kabupaten Wonogiri dengan edukasi, home visit, pendampingan dengan membuat SHG Desa Purwantoro dan SHG Rogadaya Desa Gunungsari. Kabupaten Gunungkidul terdapat tiga desa yaitu Ngunut, Siraman dan Wonosari yang telah menjalankan RBM mulai dari pembentukan SHG, home visit, peningkatan kapasitas kader keswa, pendampingan keluarga, terapi aktivitas kelompok. Penerapan RBM ini juga dijalankan di Kabupaten Kebumen, Banjarnegara, Sukoharjo (Jawa Tengah), Kabupaten Sleman, Kulon Progo dan Kota Yogyakarta (DIY), Kota Tangerang (Banten), Kota Gunungsitoli (Nias), Kabupaten Mamuju (Sulawesi Barat), Sumba Barat Daya (NTT) dan Kota Sorong (Papua Barat).

Berdasarkan praktik baik yang sudah dijalankan di kabupaten/kota mitra program dapat diambil kesimpulan bahwa TPKJM berperan penting dalam mengoperasionalkan pendekatan RBM di tingkat daerah. Melalui fungsi koordinatif lintas sektor, TPKJM memastikan agar pendekatan RBM dapat berjalan efektif—menghubungkan layanan kesehatan dengan sumber daya sosial, ekonomi, dan budaya yang ada di masyarakat. Dengan mengintegrasikan RBM ke dalam program dan kebijakan daerah, TPKJM membantu memperluas jangkauan layanan kesehatan jiwa hingga ke komunitas, mendorong pemulihan berbasis keluarga dan masyarakat, serta memperkuat peran aktif ODDP dan kelompok sebaya dalam sistem dukungan lokal. Pendekatan ini menegaskan bahwa kesehatan jiwa bukan hanya urusan medis, tetapi juga proses sosial yang membutuhkan kolaborasi lintas sektor dan partisipasi masyarakat.

i. Pencegahan dan Penanganan Penelantaran, Kekerasan, Pemasungan dan Bunuh Diri pada ODDP.

Penanganan pemasungan, penelantaran, dan kekerasan terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa serta pencegahan bunuh diri diatur dalam PP No. 28 Tahun 2024 (PP Kesehatan) yang merupakan turunan dari UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Penanganan ini meliputi edukasi/sosialisasi, penjangkauan, jaminan pengobatan, rehabilitasi, penyediaan tempat tinggal, serta pembentukan masyarakat yang peduli kesehatan jiwa untuk menghapus pemasungan dan kekerasan. Pencegahan bunuh diri berfokus pada pemberdayaan keterampilan hidup, pengaturan informasi media yang bertanggung jawab, akses konseling, serta dukungan bagi penyintas, yang menjadi tanggung jawab bersama pemerintah, masyarakat, dan keluarga. Hal ini sejalan dengan prinsip strategi pendekatan Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat (RBM). Oleh karenanya, pelaksanaan RBM juga menjadi pilihan kebijakan strategis dalam pencegahan dan penanganan penelantaran, kekerasan, pemasungan dan bunuh diri pada ODDP.

Secara spesifik langkah-langkah yang digunakan dalam penanganan penelantaran, kekerasan, pemasungan dan bunuh diri pada ODDP ini meliputi:

1. Assessment/pendataan situasi atau kebutuhan ODDP
2. Pengorganisasian ODDP beserta keluarga/caregiver-nya, salah satunya melalui kelompok swabantu
3. Memberikan edukasi tentang hak-hak kepada ODDP, caregiver dan masyarakat
4. Pemberdayaan bagi ODDP (bisa melalui kelompok) untuk kemandirian dan penerimaan sosial) melalui pelibatan ODDP dalam kegiatan sosial, kegiatan ekonomi dan kegiatan produktif lainnya.
5. Peningkatan kapasitas tentang kesehatan jiwa kepada individu, kelompok, organisasi, kelembagaan (pemerintah, non pemerintah, universitas maupun swasta) dan masyarakat
6. Advokasi untuk mempengaruhi kebijakan dan mendapatkan dukungan publik

Di level daerah, beberapa wilayah berupaya melaksanakan amanat undang-undang dan peraturan pemerintah tersebut. Pemda DIY telah mengeluarkan regulasi berupa Pergub Nomor 63 Tahun 2024 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan dan Bunuh Diri, Serta Pelaksanaan Rehabilitasi Sosial. Regulasi ini disusun untuk memberikan panduan yang lebih konkrit untuk penanganan kasus pemasungan, kekerasan, penelantaran ODDP dan maraknya kasus bunuh diri yang ditemukan di 5 kabupaten/kota di DIY. Beberapa kasus pemasungan yang ditemukan di Gunungkidul, Kulon Progo

telah dilakukan penjangkauan dan penanganan lebih lanjut ke layanan kesehatan jiwa di DIY dengan partisipasi aktif masyarakat.

Praktek baik lain dilakukan di Sumba Barat Daya, di awal project Dignity ditemukan kasus pasung di salah satu desa yang selanjutnya dilakukan penanganan oleh tim project bersama pemda. Salah satu ODDP perempuan dipasung dan mendapatkan tindakan kekerasan seksual. ODDP tidak mendapat dukungan keluarga, putus obat dan tidak mendapat dukungan dari lingkungan. Intervensi yang dilakukan Yayasan Harapan Sumba Mitra Program Dignity dengan melakukan pendekatan dan edukasi keluarga terkait penanganan disabilitas psikososial. Pendekatan yang dilakukan tidak instan membutuhkan waktu agar keluarga dapat memahami dan mengubah sudut pandang dampak pasung. Selain itu YHS juga melakukan pendekatan secara personal dengan oddp sehingga merasa aman. Dengan penerimaan tersebut keluarga dan oddp mulai terbuka dikunjungi kader dan dihubungkan dengan puskesmas untuk mengakses obat. Untuk mendukung pemulihan ODDP, secara berkelanjutan ODDP dihubungkan dengan Komisi perempuan Pelayanan Kasih di Gereja, dukungan lain yang tidak kalah penting adalah dukungan pemerintah desa, tokoh agama dan lingkungan sekitar untuk membantu pemulihan oddp melalui Rehabilitasi bersumber masyarakat. Artinya kasus pasung tidak akan terjadi jika salah satu dari bagian dari keluarga, masyarakat, desa dan puskesmas dapat berkontribusi dalam pencegahan pemasungan melalui forum strategis yaitu forum TPKJM.

### **3. Kesimpulan dan Rekomendasi**

#### **3.1. Kesimpulan**

Kelembagaan TPKJM memiliki posisi strategis sebagai wadah koordinatif lintas sektor dalam upaya pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan jiwa dan psikososial di tingkat masyarakat. TPKJM bekerjasama dengan berbagai pihak, termasuk lintas sektor terkait, masyarakat, swasta, LSM, organisasi profesi, organisasi disabilitas dan organisasi masyarakat, untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan masyarakat dalam menghadapi masalah kesehatan jiwa. TPKJM berperan penting dalam mengintegrasikan berbagai sektor terkait dalam penanganan masalah kesehatan jiwa, seperti Dinas Pendidikan, Kementerian Agama, Dinas Kesehatan, dan organisasi masyarakat. Dengan demikian, kesehatan jiwa tidak identik sebagai masalah sektor kesehatan saja, melainkan isu lintas sektor. TPKJM juga fokus dalam melibatkan masyarakat secara aktif dalam program kesehatan jiwa, termasuk kader kesehatan jiwa, untuk menciptakan ekosistem sehat jiwa atau lingkungan yang mendukung kesehatan jiwa. Dengan posisi strategis ini, TPKJM diharapkan mampu menjadi garda terdepan dalam upaya menciptakan masyarakat yang sehat jiwa dan produktif.

Secara detail, dari hasil FGD dapat disimpulkan bahwa mengacu pada praktek baik yang telah dijalankan oleh 9 wilayah maka TPKJM yang diharapkan adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan peran TPKJM dalam koordinasi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, pengendalian hingga evaluasi pelaksanaan program penanganan kesehatan jiwa sampai ke tingkat desa/kelurahan dengan revitalisasi/pembentukan TPKJM sampai ke tingkat Desa/Kelurahan dan Kecamatan.
2. Kelembagaan TPKJM di provinsi dan kabupaten/kota dibawah koordinasi Sekretaris Daerah untuk memudahkan koordinasi lintas sektor. Sedangkan, Bappeda selaku organisasi yang membidangi perencanaan dan Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD) yang membidangi penganggaran harus masuk dalam POKJA untuk membantu koordinasi dan perencanaan penganggaran penanganan kesehatan jiwa.
3. Meningkatkan peran TPKJM dalam mewujudkan tersedianya data kesehatan jiwa *by name by address* berikut identifikasi permasalahan kesehatan jiwa khususnya yang dihadapi oleh ODDP dan keluarganya. Perencanaan dan penganggaran penanganan kesehatan jiwa, harus didukung dengan data yang valid, terpilah dan aktual serta lengkap dengan informasi permasalahan yang dihadapi serta potensi yang dimiliki.
4. Meningkatkan peran TPKJM dalam program kegiatan rehabilitasi berbasis masyarakat yang dilakukan oleh OPD, LSM, perguruan tinggi maupun anggota TPKJM dengan berbasis data dan informasi permasalahan kesehatan jiwa yang dihadapi ODDP, sehingga diharapkan ODDP mampu mandiri dan berkembang.
5. Meningkatkan peran TPKJM dalam pengawasan pada balai rehabilitasi sosial, panti dan LKS dalam menjalankan program rehabilitasi berbasis institusi yang ramah HAM bagi ODDP. Hal ini ditujukan agar tidak ada lagi kasus pelanggaran HAM seperti pemasangan ODDP yang terjadi di balai, panti maupun LKS.
6. Meningkatkan peran TPKJM dalam penyediaan tenaga kesehatan jiwa profesional seperti dokter jiwa, psikolog, psikiater, relawan, kader kesehatan jiwa

### 3.2. Rekomendasi

Berdasarkan praktik baik dari 9 wilayah yang telah tergali selama proses FGD dan desk review maka dapat dirumuskan rekomendasi untuk dokumen Draft Permenko PMk yang mengatur tentang Pedoman Umum Tim Penggerak Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM), sebagai berikut:

Substansi yang diatur dalam Draft Permenko	Rekomendasi untuk Draft Permenko
Ruang Lingkup penggerakan kesehatan jiwa masyarakat (PKJM).	Menambahkan point penyelenggaraan rehabilitasi berbasis masyarakat sebagai upaya membangun ekosistem sehat jiwa melalui pemberdayaan masyarakat dan potensi lokal untuk mendukung pemulihan individu yang mengalami gangguan kesehatan jiwa. Dengan demikian terbentuk lingkungan yang inklusif bagi ODDP.
Sasaran penggerakan kesehatan jiwa masyarakat	Perlu ditambahkan : a. Pemerintah Desa dan Kelurahan b. Organisasi Penyandang Disabilitas (OPdis). c. Keluarga ODDP dan penyintas ODDP.
Kebijakan	Beberapa tambahan yang perlu ditekankan dalam kebijakan penanganan kesehatan jiwa meliputi: a. <b>Menjadikan isu kesehatan jiwa sebagai isu prioritas perencanaan pembangunan daerah.</b> Kebijakan untuk menjadikan kesehatan jiwa prioritas dalam perencanaan pembangunan daerah di Indonesia memerlukan pengintegrasian isu kesehatan jiwa ke dalam dokumen perencanaan strategis daerah seperti RPJMD, Renstra, RKPD, Renja ataupun RAN - RAD sampai di level perencanaan desa. Sejalan dengan hal tersebut, isu kesehatan jiwa akan dapat diturunkan dalam komitmen penganggaran melalui APBN, APBD, APBDesa.  b. <b>Menyusun regulasi penanganan kesehatan jiwa di tingkat nasional, daerah dan desa.</b> Kebijakan menyusun dan melakukan

penguatan regulasi dan pelaksanaan kebijakan yang bersifat inklusif dan berkelanjutan, sebagaimana tercermin dari inisiatif seperti Peraturan dan Pergub sampai Perdes serta kolaborasi lintas sektor di berbagai daerah dalam penanganan kesehatan jiwa.

**c. Pemenuhan administrasi kependudukan bagi ODDP.**

Kebijakan pemenuhan administrasi kependudukan bagi ODDP untuk menjamin hak identitas kependudukan mereka. Hal ini merupakan amanat undang-undang bahwa setiap warga negara berhak atas dokumen kependudukan, serta bertujuan untuk memudahkan akses layanan publik bagi ODDP melalui penyediaan KTP, KK, dan akta lahir.

**d. Meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa bagi masyarakat.**

Kebijakan meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan jiwa bagi masyarakat dapat dilakukan dengan berbagai inovasi diantaranya mengintegrasikan layanan kesehatan jiwa di fasilitas kesehatan primer, memperkuat pembiayaan dan layanan dalam sistem BPJS Kesehatan, meningkatkan pemanfaatan teknologi (telekonseling), membangun jaringan layanan di luar sektor kesehatan (panti sosial, pusat rehabilitasi), serta mengembangkan dan mengukur standar kualitas pelayanan kesehatan jiwa. Selain itu, diperlukan juga dukungan dari komunitas, keluarga, dan masyarakat melalui promosi kesehatan mental dan pencegahan stigma.

**e. Penyediaan tenaga kesehatan jiwa yang terlatih.**

Kebijakan penyediaan tenaga kesehatan jiwa yang terlatih berfokus pada peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di layanan

	<p>primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/ FKTP) melalui pelatihan penatalaksanaan terpadu masalah kesehatan jiwa. Tenaga kesehatan seperti dokter umum, perawat, dan psikolog akan dilatih untuk melakukan surveilans, promosi, deteksi dini, penegakan diagnosis, dan penatalaksanaan gangguan jiwa, serta kegawatdaruratan psikiatrik.</p>
<p>Strategi</p>	<p>Strategi yang dijalankan untuk efektivitas penanganan kesehatan jiwa meliputi:</p> <p><b>a. Peningkatan kinerja tata kelola data kesehatan jiwa.</b></p> <p>Strategi peningkatan kinerja tata kelola data kesehatan jiwa meliputi penguatan sistem informasi kesehatan jiwa melalui integrasi data, pengembangan kapasitas sumber daya manusia untuk surveilans dan analisis data, pemberlakuan aturan dan pedoman yang jelas, kolaborasi lintas sektoral dan kemitraan masyarakat, peningkatan literasi dan pengurangan stigma, serta pembiayaan yang memadai untuk mendukung tata kelola data yang baik.</p> <p><b>b. Penguatan perspektif kesehatan jiwa.</b></p> <p>Strategi penguatan perspektif kesehatan jiwa masyarakat dilakukan baik kepada pemerintah, masyarakat, dunia usaha, akademisi, organisasi masyarakat dan stakeholder lain agar terbangun ekosistem yang ramah kesehatan jiwa. Hal ini mencakup pendekatan promotif dan preventif, seperti edukasi, deteksi dini, dan skrining gratis, untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran. Upaya lain termasuk sosialisasi, pelatihan, wokshop, pemberdayaan masyarakat melalui kader kesehatan jiwa, kolaborasi dengan mitra akademisi dan masyarakat sipil, serta perluasan akses layanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dan berbasis komunitas.</p> <p><b>c. Mendekatkan layanan kesehatan jiwa</b></p>

#### **kepada masyarakat.**

Strategi mendekatkan layanan kesehatan jiwa ke masyarakat mencakup empat pilar utama dalam upaya penanganan yang meliputi : promotif (promosi), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitatif (pemulihan). Pendekatan promotif dan preventif, seperti edukasi dan skrining dini melalui Puskesmas dan kader kesehatan, penyediaan layanan langsung melalui kunjungan rumah dan kelompok pendukung, serta pemberdayaan masyarakat dengan pelatihan dan peningkatan kesadaran untuk mengurangi stigma. Selain itu, memanfaatkan teknologi telemedicine dan kolaborasi multi-sektor juga menjadi kunci dalam memperluas akses layanan kesehatan jiwa secara menyeluruh dan terintegrasi. Penyediaan sarana dan prasarana serta tenaga profesional kesehatan jiwa.

#### **d. Peningkatan kinerja balai rehabilitasi sosial, panti dan LKS dalam menjalankan program rehabilitasi berbasis institusi yang ramah HAM bagi ODDP.**

Strategi peningkatan kinerja balai rehabilitasi sosial, panti dan LKS dalam menjalankan program rehabilitasi berbasis institusi yang ramah HAM bagi ODDP dapat dilakukan melalui penguatan program berbasis hak asasi manusia (HAM) seperti menyediakan layanan kesehatan dan konseling yang komprehensif, memberdayakan penghuni panti melalui pengembangan keterampilan dan akses kerja yang layak, menciptakan lingkungan yang terbuka dan aman dengan fasilitas yang memadai dan terpisah antara area pribadi dan umum, serta memperluas sinergi dengan pemerintah dan masyarakat melalui sosialisasi dan advokasi untuk meningkatkan pemahaman serta dukungan terhadap ODDP. Selain itu, peningkatan kapasitas kepada petugas balai, panti dan

	<p>LKS sehingga dapat mewujudkan penyediaan fasilitas dan layanan yang memadai, pengembangan program yang berpusat pada individu, penguatan peran keluarga dan masyarakat, serta sistem pemantauan yang efektif.</p> <p><b>e. Rehabilitasi berbasis masyarakat.</b> Strategi rehabilitasi berbasis masyarakat dalam kesehatan jiwa fokus pada pemberdayaan dan integrasi penyandang disabilitas psikososial (ODDP) ke dalam masyarakat melalui dukungan keluarga dan komunitas, peningkatan kesadaran publik, penyediaan layanan di tingkat masyarakat, serta kerjasama lintas sektor. Hal ini mencakup kegiatan seperti SHG/community peer support, kunjungan rumah, terapi kelompok, pelatihan kader, advokasi, dan upaya anti-stigma untuk menciptakan lingkungan yang inklusif dan mendukung pemulihan holistik.</p> <p><b>f. Penanganan pemasungan, penelantaran, dan kekerasan terhadap ODDP serta pencegahan bunuh diri.</b> Strategi penanganan pemasungan, penelantaran, dan kekerasan terhadap ODDP melibatkan penegakan hukum, perawatan berbasis masyarakat, edukasi, dan kolaborasi lintas sektor. Sedangkan strategi pencegahan bunuh diri mencakup pendekatan kesehatan masyarakat komprehensif, deteksi dini, intervensi berbasis bukti, serta penyediaan dukungan pemulihan dan rehabilitasi bagi mereka yang berisiko.</p>
Pengorganisasian	<p>Berdasarkan praktik baik yang telah dijalankan oleh daerah maka pengorganisasian yang diterapkan untuk optimalisasi peran TPKJM adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revitalisasi/pembentukan TPKJM desa/kelurahan dan TPKJM kecamatan guna mendukung kelancaran dan keberhasilan penanganan kesehatan jiwa.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktur keanggotaan TPKJM terbagi dalam kategorisasi kelompok kerja sesuai dengan masalah strategis penanganan kesehatan jiwa, minimal meliputi kelompok kerja terkait data dan informasi, advokasi dan kebijakan, pelayanan, pengaduan dan penjangkauan.</li> <li>• Keanggotaan TPKJM dari pusat, provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan harus melibatkan multi stakeholder yang meliputi unsur pemerintah, BUMN/BUMD, organisasi profesi, LSM, perguruan tinggi, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, organisasi penyandang disabilitas (OPdis), penyintas ODDP dan swasta.</li> <li>• Koordinasi yang intensif antar anggota TPKJM desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota maupun dengan TPKJM provinsi serta TPKJM di level pusat baik dalam perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi guna mendukung keterpaduan dan kesinambungan program kegiatan penanganan kesehatan jiwa.</li> <li>• TPKJM mendorong dan memfasilitasi OPD terkait di dukung TPKJM desa/kelurahan untuk menyiapkan data yang valid, terpilah dan actual by name by address lengkap dengan identifikasi permasalahan jiwa yang dihadapi.</li> <li>• Penguatan program kegiatan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat</li> <li>• Penyediaan tenaga kesehatan jiwa professional, infrastruktur layanan kesehatan jiwa dan ketersediaan obat</li> </ul>
Program	<p>Berdasarkan praktik baik yang telah dilakukan maka program yang perlu dijalankan guna efektifitas penanganan kesehatan jiwa, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perekaman identitas penduduk bagi ODDP dengan melakukan jemput bola. Tahapan yang harus dilakukan meliputi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi masalah terkait rendahnya kepemilikan dokumen kependudukan pada penduduk rentan, termasuk ODGJ, yang disebabkan oleh kendala geografis atau sosial.</li> <li>- Pendataan warga yang memiliki</li> </ul> </li> </ol>

gangguan jiwa dan belum terekam KTP- elektronik, baik melalui pengajuan permintaan dari keluarga, perangkat desa, maupun data yang dimiliki kecamatan.

- Membentuk tim teknis untuk melaksanakan kegiatan jemput bola.
- Menyiapkan peralatan perekaman mobile.
- Menyampaikan informasi terkait jadwal dan prosedur layanan kepada masyarakat melalui berbagai saluran komunikasi.
- Pelaksanaan perekaman dengan mendatangi langsung, mengumpulkan data biometrik dan mencetak tanda bukti.
- Penyelesaian dokumen dengan memproses data, mencetak dokumen dan menginformasi penerbitan data administrasi kependudukan.
- Melakukan evaluasi atas layanan dan mendapatkan feedback untuk memastikan keberlanjutan program.

2. Optimalisasi upaya promotif dan preventif guna menekan naiknya persoalan kesehatan jiwa di masyarakat.

Tahapan program ini meliputi :

- Promosi kesehatan jiwa dengan meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan jiwa, membangun keterampilan sosial emosional, serta menciptakan lingkungan yang mendukung melalui pelatihan dan penyuluhan.
- Pencegahan dini dengan melakukan deteksi dini masalah kesehatan jiwa, mengidentifikasi dan mengurangi faktor risiko, serta memberikan dukungan dini kepada individu dan keluarga yang rentan.
- Pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan masyarakat, keluarga, dan pembentukan kader kesehatan jiwa dalam program kesehatan jiwa berbasis masyarakat untuk penanggulangan masalah kesehatan jiwa secara terpadu

dan berkelanjutan dengan membangun kemitraan lintas sektor.

3. Home visit untuk memberikan layanan kesehatan yang optimal

Tahapan yang dapat dilaksanakan untuk program ini meliputi :

- Fase perencanaan yang dimulai dengan melakukan seleksi kasus, menetapkan jadwal kunjungan, menyiapkan peralatan dan obat, mempelajari riwayat kesehatan pasien dan keluarga dari rekam medis yang ada.
- Fase pelaksanaan yang dilakukan dengan pengkajian mendalam untuk memahami masalah kesehatan keluarga dan merencanakan intervensi yang sesuai. Melakukan intervensi dan perawatan langsung. Memberikan edukasi kesehatan dan informasi kepada pasien dan keluarganya.
- Fase terminasi dimulai dengan menyusun rencana tindak lanjut perawatan bersama keluarga. Memberikan informasi tertulis mengenai kondisi dan rencana perawatan.
- Fase evaluasi dan pencatatan yang dilakukan dengan mengevaluasi dampak, mengisi rekam medis keluarga dengan lengkap mengenai temuan, tindakan yang dilakukan dan rencana tindak lanjut. Kemudian menyampaikan laporan berupa hasil pelaksanaan home visit kepada pihak terkait.

4. Rehabilitasi Berbasis Masyarakat (RBM).

Tahapan menjalankan RBM meliputi:

- Assessment awal dengan melakukan identifikasi ODDP dan keluarga di lingkungan masyarakat termasuk pemahaman tentang kebutuhan spesifik dan tantangan yang dihadapi. Termasuk bagaimana kondisi lingkungan masyarakatnya.

- Libatkan masyarakat secara aktif sejak awal untuk membangun kesadaran dan mendapatkan dukungan mereka, karena masyarakat adalah modal sosial yang penting dalam RBM.
- Lakukan perencanaan program dan kegiatan dengan membentuk tim lintas sektor (pemerintah, masyarakat, penyintas ODDP, keluarga, LSM, Akademisi, CSR). Program dan kegiatan yang terintegrasi dengan pendekatan RBM mencakup aspek kesehatan, pendidikan, mata pencarian, sosial, dan pemberdayaan (sesuai rekomendasi WHO). Kegiatan harus difokuskan juga pada penguatan kapasitas keluarga dan masyarakat untuk mendukung ODDP.
- Pelaksanaan RBM meliputi Edukasi untuk keluarga dan masyarakat tentang masalah keswa, pengobatan dan strategi penanggulangan. Pendampingan individu dan kelompok, termasuk home visit, konseling dan terapi aktivitas kelompok. Pelatihan keterampilan hidup sehari-hari dan keterampilan sosial untuk ODDP agar mandiri secara ekonomi dan sosial. Pembentukan kelompok swadaya (Self Help Group/SHG) bagi ODDP dan keluarganya untuk saling berbagi pengalaman dan dukungan. Sosialisasi dan kampanye kesehatan jiwa di tingkat lokal untuk mengurangi stigma dan meningkatkan penerimaan masyarakat. Akses ke layanan kesehatan dan peningkatan kapasitas kader kesehatan jiwa serta petugas puskesmas, rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya.
- Pendampingan dan dukungan berkelanjutan mulai dari membantu ODDP mengakses layanan kesehatan dan meningkatkan aktivitas produktif, mendorong keluarga untuk berbagi beban perawatan dan menjaga kesejahteraan ODDP, memastikan adanya pemantauan

berkelanjutan untuk mengawasi perkembangan ODDP.

- Evaluasi dan keberlanjutan dilakukan secara berkala untuk menilai efektivitas program RBM dan melakukan perbaikan guna menjamin keberlanjutan dengan dukungan dari berbagai pemangku kepentingan.

5. Penanganan pemasangan, penelantaran dan kekerasan terhadap ODDP serta pencegahan bunuh diri.

Tahapan yang dilakukan untuk penanganan pemasangan, penelantaran dan kekerasan terhadap ODDP meliputi:

- Assessment awal dilakukan dengan melakukan identifikasi kasus pemasangan ODDP atau berdasarkan laporan temuan kasus pemasangan, penelantaran atau kekerasan. Selanjutnya dilakukan kunjungan dan pengumpulan data awal mengenai kondisi ODDP termasuk ada atau tidaknya keluarga dan identitas diri.
- Komunikasi kepada keluarga dan masyarakat untuk memberikan edukasi terkait pemasangan, penelantaran dan kekerasan yang terjadi. Yakinkan dan dapatkan kepercayaan keluarga dan masyarakat untuk penanganan yang tepat.
- Diagnosis dan rekomendasi profesional dilakukan dengan membawa ODDP ke fasilitas layanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit umum. Dinas sosial dapat memberikan surat rekomendasi untuk penanganan lebih lanjut ke fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.
- Perawatan dan pendampingan yang dilakukan oleh pemerintah dengan memberikan rujukan, memastikan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang memadai dan terjangkau serta memberikan obat dan terapi sesuai dosis,

	<p>komunikasi secara rutin dan aktivitas sederhana untuk mendukung prose penyembuhan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan masyarakat dan keluarga yang dilakukan dengan edukasi tentang pentingnya merawat ODDP, mengikis stigma dan ancaman pidana bagi penelantaran. Memastikan ODDP tidak diperlakukan kasar baik verbal maupun fisik untuk mengurangi risiko kekambuhan dan mendukung proses penyembuhan.</li> </ul> <p>Tahapan pencegahan bunuh diri, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi tentang kesehatan jiwa serta identifikasi faktor risiko yang menyebabkan gangguan jiwa untuk mengubah pandangan masyarakat dan menciptakan lingkungan yang inklusif sehingga tidak ada stigma.</li> <li>- Memberikan dukungan dan perhatian kepada individu yang menunjukkan tanda-tanda gangguan kesehatan jiwa.</li> <li>- Memastikan akses kepada fasilitas kesehatan jiwa seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit untuk mendapatkan penanganan dan dukungan yang tepat.</li> </ul>
Struktur kelembagaan	<p>TPKJM yang mampu bekerja secara efektif adalah TPKJM yang memiliki struktur kelembagaan yang terbagi dalam beberapa kelompok kerja untuk secara fokus mengawal intervensi permasalahan kesehatan jiwa di daerah. Mengacu pada permasalahan yang muncul di banyak daerah maka kelompok kerja yang diusulkan meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pokja advokasi dan kebijakan Tupoksi berkaitan dengan regulasi dan kebijakan, melakukan pengawasan terhadap balai rehabilitasi atas pelanggaran HAM, mengawal penyusunan dan implementasi RAD PD, RAD HAM serta aspek kebijakan lain seperti perda perlindungan hak penyandang disabilitas.</li> <li>2. Pokja data dan informasi</li> </ol>



	<p>Tupoksi berkaitan dengan tata kelola pendataan dan updating data, sehingga data bisa digunakan untuk mendukung penyusunan regulasi, pengambilan kebijakan dan dasar implementasi program kegiatan penanganan kesehatan jiwa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pokja pengaduan dan penjangkauan Tupoksi berkaitan dengan penyelenggaraan mekanisme pengaduan dan penjangkauan ketika terdapat kasus kesehatan jiwa.</li> <li>4. Pokja pelayanan Tupoksi berkaitan dengan pelaksanaan upaya penanganan kesehatan jiwa melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.</li> <li>5. Pokja rehabilitasi berbasis masyarakat (RBM) Tupoksi berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan, program dan kegiatan yang sejalan dengan prinsip rehabilitasi berbasis masyarakat sehingga terwujud ekosistem sehat jiwa di Indonesia.</li> </ol>
Pembiayaan	<p>Pelaksanaan kegiatan TPKJM dapat diperoleh pendanaan yang bersumber dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. APBN</li> <li>b. APBD</li> <li>c. APBDesa</li> <li>d. Sumber pendapatan lain seperti masyarakat, sponsor, CSR, LSM dll.</li> </ol>
Monitoring dan evaluasi	<p>Untuk meningkatkan efektivitas kinerja TPKJM maka monitoring dan evaluasi dilakukan secara periodik, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Satu kali pertemuan untuk perencanaan kebijakan, program dan kegiatan penanganan kesehatan jiwa.</li> <li>b. Satu kali pertemuan monitoring</li> <li>c. Satu kali pertemuan evaluasi</li> <li>d. Pertemuan insidentil</li> </ol>



 pryakkum  @pryakkum  pryakkum  Pusat Rehabilitasi YAKKUM  [www.pryakkum.org](http://www.pryakkum.org)

Jl. Kaliurang KM 13,5 Besi, Yogyakarta 55581, Indonesia

[support@pryakkum.org](mailto:support@pryakkum.org) | 0274-895386