Laporan Pemantauan
KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

"Hukuman Tanpa Kejahatan"

Dimensi Penyiksaan dan Daur Kekerasan terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial di Lokasi Serupa Tahanan (RSJ dan Pusat Rehabilitasi)



NATIONAL COMMISSION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN
KOMNAS PEREMPUAN
KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

Laporan Pemantauan
KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN
TERHADAP PEREMPUAN

"Hukuman Tanpa Kejahatan"

Dimensi Penyiksaan dan Daur Kekerasan terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial di Lokasi Serupa Tahanan (RSJ dan Pusat Rehabilitasi)

NATIONAL COMMISSION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN
KOMNAS PEREMPUAN
KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

Laporan Pemantauan
Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan
"Hukuman Tanpa Kejahatan": Dimensi Penyiksaan dan Daur Kekerasan terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial di Lokasi Serupa Tahanan (RSJ dan Pusat Rehabilitasi)

Cetakan I Tahun: 2019
© Komnas Perempuan

Tim Pemantau: Adriana Venny Aryani, Aflina Mustafainah, Dela Feby Situmorang, Dwi Ayu Kartikasari,Mariana Amiruddin, Sri Nurherwati, Thaufiek Zulbahary, Yuniyanti Chuzaifah

Tim Penulis Laporan: Yuniyanti Chuzaifah, Sri Nurherwati, Adriana Venny Aryani, Thaufiek Zulbahary, Mariana Amiruddin, Dwi Ayu Kartikasari, Aflina Mustafainah, Dela Feby Situmorang, Novianti, Winda Junita Ilyas

Editor: Yuniyanti Chuzaifah, Adriana Venny Aryani

Penerbit Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan
(Komnas Perempuan)

Jalan Latuharhary Nomor 4B Menteng, Jakarta Pusat, 10310
Telepon : 021 3903963
Faksimili : 021 3903922
Email : mail@komnasperempuan.go.id
Website : www.komnasperempuan.go.id

ISBN: 978-602-XXX-XXX-X

Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) memegang penuh hak cipta atas publikasi ini. Semua atau sebagian dari publikasi boleh digandakan untuk segala pendidikan pemajuan hak-hak konstitusional warganegara, upaya menghapuskan diskriminasi, khususnya perempuan dan demokrasi. Dalam menggunakannya, mohon menyebutkan sumber dan menginformasikan kepada Komnas Perempuan.

KATA PENGANTAR

Konteks lahirnya pemantauan ini sangat penting. Pertama, masih minim kajian atau pendokumentasian yang melihat keterhubungan antara kekerasan terhadap perempuan dengan isu disabilitas psikososial, khususnya apakah dampak paling extrim dari kekerasan terhadap perempuan bisa berdampak pada seorang perempuan menjadi disabilitas psikosisial? Karena kalau dampak disabilitas fisik sudah sering kita saksikan, bahkan femisida atau pembunuhan perempuan karena dia perempuan.

Yang kedua, Komnas Perempuan perlu mengembangkan temuan dan pengetahuannya tentang tempat-tempat serupa tahanan, apalagi ketika tahanan tersebut atas nama rehabilitasi.

Ketiga, ada tiga temuan pengiring sebelumnya, yaitu temuan pemantuan tahanan dan serupa tahanan (2013), pemantauan tentang interseksi migrasi dan drugs trafficking (2018), dan temuan Human Right Watch berjudul "Hidup di Neraka: Kekerasan terhadap Penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia." (2016)

Konteks keempat adalah Komnas Perempuan menjadi bagian dari upaya membangun NPM (National Preventive Mechanism) untuk pencegahan penyiksaan di tahanan dan serupa tahanan. Pemantauan ini diharapkan bisa dikontribusikan pada dimensi HAM perempuan dalam berbagai konteks penahanan.

Kelima adalah menjalankan rekomendasi berbagai mekanisme HAM internasional dalam kapasitas sebagai NHRI, baik dari UPR (2015), Komite CEDAW (2012), Pelapor khusus PBB untuk hak atas kesehatan Dainius Puras (2017) dalam kunjungan resminya ke Indonesia.

Pemantuan ini juga menjadi ruang Komnas Perempuan mengecek dan menumbuhkan pengetahuannya. Bagaimana menjadikan Perempuan dengan Disabilitas Psikososial (PdDP) dijadikan narasumber, disaat mainstream diluar sana meragukan sebagai subjek yang utuh karena kondisi psikososial-nya. Bagaimana melihat konsep penghukuman, bagaimana seseorang dicerabut kebebasaanya untuk keamanan pihak lain namun hak mereka dicerabut bahkan hingga hak paling dasar, apa makna martabat bagi seseorang yang dianggap tak berkesadaran dimana hak asasi

sangat agung menegaskan bahwa seluruh manusia dalam situasi apapun punya hak yang melekat, bagaimana tindakan korektif untuk penyembuhan tetapi pola yang dilakukan bertentangan dengan hak asasi, dan lain-lain. Termasuk dalam melihat berbagai instrumenHAM, bagaimana lensa tersebut digunakan untuk melihat kompleksitas isu PdDP ini.

Tantangan melakukan pemantauan pada orang dengan disabilitas psikososial lebih sulit dibanding melakukan pemantauan pada orang yang berada dalam tahanan seperti LAPAS, RUTAN, dan tempat penahanan lainnya, yaitu hambatan otoritas rumah sakit berupa: 1) Keengganan dikunjungi 2)Cross check dengan pendamping terutama untuk mendapatkan kelengkapan informasi khususnya dari narasumber-narasumber yang sedang mengalami fluktuasi psikologis. 3). Perbedaan cara pandang medis yang minim memahami isu HAM dan gender. 4). Keterbatasan resources dan dukungan, khususnya panti-panti swasta, sehingga perlakuan terhadap PdDP buruk.

Terimakasih pada semua pihak yang sudah berjasa dalam mendukung upaya pemantauan ini, baik dari FGD yang melibatkan pakar HAM maupun pakar medis, termasuk pakar dari subjek lingkaran mitra-mitra yang menjadi PdDP, mitra CSO, lembaga negara yang ditemui di berbagai daerah, aparatus medis, dan para sobat PdDP di RS maupun panti yang penuh perasaan bertutur kepada Komnas Perempuan.

Semoga pemantauan ini dapat dikontribusikan untuk memperkuat peradaban HAM di Indonesia dan di tataran global.

Jakarta, 22 Oktober 2019

Yuniyanti Chuzaifah (wakil ketua)
Sri Nurherwati (Ketua Subkom Pemantauan)

DAFTAR ISI

Pengantar *iii*

Daftar Isi *v*

Bab I Latar Belakang *1*

Bab II Prinsip Pemantauan Komnas Perempuan *6*

2.1 Metodologi Pemantauan *6*

2.2 Instrumen Pemantauan *8*

Bab III Instrumen HAM dan Kerangka Pencegahan Penyiksaan *9*

3.1 Kerangka HAM Internasional *9*

3.2 Kebijakan Nasional *19*

Bab IV Profil Rumah Sakit dan Panti Rehabilitasi yang Dipantau *27*

4.1 Fasilitas *28*

4.2 SDM Rumah Sakit *31*

4.3 Jumlah Pasien *33*

4.4 Penanganan dan Perawatan *34*

4.5 Persoalan Pendanaan dan Asuransi *39*

Bab V Latar Belakang Perempuan dengan Disabilitas Psikososial (PdDP) dengan Dimensi Kekerasan Berbasis Gender *41*

5.1 Penyebab Umum *41*

5.2 Kekerasan Terhadap Perempuanyang Melatarbelakangi atau Berkontribusi Memperparah Kondisi Perempuan dengan Disabilitas Psikososial *44*

5.3 Kekerasan Berbasis Gender terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial dalam Konteks Migrasi *48*

5.4 Menyelami dan Memahami Dunia Disabilitas Mental dari Perspektif Para Perempuan dengan Disabilitas Psikososial *51*

Bab VI Temuan: Kekerasan terhadap Perempuan dan Penyiksaan Saat dalam Perawatan di Rumah Sakit/Panti Rehabilitasi dan atau Panti Sosial *55*

6.1 Kekerasan Berbasis Gender *55*

6.2 Bentuk-bentuk Penyiksaan Atas Nama Perawatan dan Penyembuhan *59*

6.3. Isu-isu Krusial Pengalaman Perempuan dengan Disabilitas Psikososial dan Pendamping: Masukan di Luar Wilayah yang Dipantau *67*

6.4. Dilema di balik Isu-Isu Krusial Pelanggaran dan Hambatan Pemenuhan Hak Perempuan dengan Disabilitas Psikososial *69*

6.4.1. Dilema ruang Isolasi dan Metode-metode Pengekangan *69*
6.4.2. Pasien Tanpa Keluarga, Durasi tinggal di Panti dan "Pingpong" Paska Perawatan atau Penanganan *71*
6.4.3. Hilangnya Hak Identitas dan Sejarah Keluarga *72*
6.4.4. Dilema Hilangnya Hak dan Kesempatan Pengasuhan Anak *72*

Bab VII Analisis Pelanggaran HAM: Kekerasan Berbasis Gender dan Penyiksaan *74*
7.1 Pelanggaran HAM Perempuan khususnyaKekerasan Berbasis Gender *74*
7.2 Analisa Penyiksaan, Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia dan Pelanggaran HAM Lainnya *76*

Bab VIII Tantangan, Pola Survival, dan Upaya ke Depan *81*
8.1. Persoalan dan Tantangan Para Pendamping Perempuan dengan Disabilitas Psikososial *81*
8.2. Pola Survival Perempuan dengan Disabilitas Psikososial *83*
8.3. Rencana Pengembangan dan Pemajuan Penanganan *85*
8.4. Praktik Baik: Pelajaran dari Lokal Hingga Global *86*

Bab IX Kesimpulan dan Rekomendasi *88*

Bibliografi *96*

01
LATAR **BELAKANG**

Laporan pemetaan kekerasan terhadap perempuan dalam tahanan dan serupa tahanan di tahun 2012 menemukan kondisi-kondisi yang menyuburkan praktik penyiksaan dan perlakuan lainnya yang kejam dan tidak manusiawi seperti over kapasitas, pengalaman kekerasan fisik, psikis, ekonomi, dan kekerasan seksual, tidak ada ruang khusus bagi perempuan hamil dan perempuan yang membawa anak di dalam tahanan, serta penyiksaan yang dialami perempuan dengan latar belakang penahanan kasus Narkoba dalam proses penyidikan di kepolisian.

Bebas dari penyiksaan adalah hak asasi setiap manusia yang tidak boleh dikurangi dalam keadaan apapun. Pengakuan dan jaminan pada hak ini secara tegas dinyatakan di dalam Konstitusi, yaitu pada pasal 28G Ayat (2) dan pasal 28I Ayat (1) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hak bebas dari penyiksaan juga dinyatakan di dalam berbagai landasan hukum Indonesia, antara lain Undang-undang No. 5 Tahun 1998 tentang Pengesahan Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan, atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia, Undang-undang No. 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, UU No. 26 tahun 2000 tentang Pengadilan HAM dan UU No. 12 Tahun 2005 tentang Pengesahan Konvenan Internasional tentang Hak-Hak Sipil dan Politik. Konvensi menentang penyiksaan menyoroti situasi–situasi dalam tahanan kondisi lembaga tahanan dan pemasyarakatan di Indonesia yang menyuburkan praktik penyiksaan dan perlakuan lainnya yang kejam dan tidak manusiawi. Isu pelik lain yang menjadi kerangka kerja yang dikembangkan dari Konvensi Menentang Penyiksaan tidak

terbatas pada situasi tahanan saja. Hal ini antara lain ditunjukkan dengan perhatian yang diberikan kepada situasi lain menyerupai tahanan seperti di panti rehabilitasi sosial dan rumah sakit jiwa. Selain lapas dan rutan sebagai bagian dari sistem pemidanaan di Indonesia, ada beberapa institusi yang merupakan lembaga hukum tambahan juga memakai metode "menahan" seseorang sebelum yang bersangkutan diadili. Berdasarkan Pasal 4 ayat 2 Optional Protocol CAT tempattempat penahanan resmi antara lain adalah:

> *"Untuk tujuan dari Protokol ini, perampasan kebebasan berarti setiap bentuk penahanan atau pemenjaraan atau penempatan seseorang di dalam penjagaan publik atau privat di mana orang yang tidak diizinkan untuk meninggalkan lokasi penjagaan tanpa perintah dari pengadilan, administratif dan otoritas lainnya"*[1]

Pada tahun 2009, Komnas Perempuan menemukan kondisi serupa tahanan dalam kerangka kegiatan pencabutan kebebasan dan kemerdekaan dalam pemantauan tahanan di Aceh, temuan Komnas Perempuan dalam Laporan Pemantauan Tahanan Aceh tersebut bahwa tahanan dapat didefinisikan bukan hanya dalam ruangan yang disebut penjara, namun juga situasi dan kondisi yang mengarah pada upaya penahanan yang diberikan kepada seorang individu bebas, namun mengalami pembatasan kebebasan sehingga yang bersangkutan seakanakan dalam keadaan terpenjara, yang dikenal kondisi serupa tahanan. Di tahun 2010, Komnas Perempuan juga menerima pengaduan dari suami para penjual minuman dalam kafe yang memang berada di kawasan hiburan yang terkena razia Satpol PP, mereka dibawa ke Panti Rehabilitasi Sosial Kedoya. Dalam pengaduannya para suami mengeluhkan kenapa istri mereka tidak bisa dikeluarkan dari Panti, padahal istri mereka bukan pekerja seks, walau laporan ke Komnas Perempuan dicabut segera setelah istri mereka berhasil dikeluarkan, mereka bercerita bahwa semasa di panti mereka mendapatkan perlakuan yang merendahkan.[2]

Di tahun 2008 Pelapor Khusus anti Penyiksaan Manfred Nowak dalam laporannya menyebutkan bahwa dalam kunjungannya ke Pusat Rehabilitasi dan Pelayanan Sosial Pasar Rebo di Jakarta, walau ia tidak mendapat pengaduan serius mengenai kondisi atau dugaan kekerasan, bahkan ia memuji karena "tahanan" perempuan mendapat pelatihan kejuruan. Ia menyayangkan belum ada perlindungan hukum di tempat tersebut, tiadanya penilaian independen mengenai siapa yang harus ditahan, dan tidak adanya hak atas *habeas corpus* bagi tahanan dan fasilitas seperti Pasar Rebo bahwa ini hanya ada untuk perempuan, Pelapor Khusus mengkhawatirkan terjadinya diskriminasi terhadap perempuan penghuni Panti Rehabilitasi.[3]

---

1 http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm

2 Berkas Pengaduan Kasus Komnas Perempuan 2010

3 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak: Addendum: Mission to Indonesia, 10 March, 2008, A/HRC/7/3/Add.7, available at: http:// www.unhcr.org/refworld/docid/47eba2802.html

Melanjutkan proses pemantauan untuk kondisi serupa tahanan, Komnas Perempuan juga sudah melakukan pemantauan pada panti rehabilitasi sosial bersamaan dengan proses pemantauan tahanan di tahun 2012, namun dari seluruh proses pemantauan tersebut, pemantauan ke Rumah Sakit Jiwa belum pernah dilakukan. Berdasarkan pengaduan yang masuk ke Komnas Perempuan, beberapa tahun terakhir diskriminasi dan kekerasan seksual pada perempuan penyandang disabilitas semakin muncul ke permukaan, hal ini disebabkan karena mulai menggeliatnya upaya untuk memasukkan layanan disabilitas pada lembaga-lembaga layanan. Laporan yang pernah diserahkan Human Rights Watch (HRW) ke Komnas Perempuan pada tahun 2016 dengan judul "Living in Hell" mendokumentasikan praktik pasung, atau pengisolasian kepada mereka dengan disabilitas mental dengan cara dikurung di ruangan kecil atau membatasi gerak dan mengikat mereka dengan tambang atau rantai. Temuan-temuan dalam laporan ini sungguh memprihatinkan. Human Rights Watch mendokumentasikan 25 kasus kekerasan fisik dan enam kasus kekerasan seksual yang dilakukan petugas dan penghuni terhadap orang dengan disabilitas mental, baik di tengah masyarakat, rumah sakit, panti sosial, dan pusat pengobatan. Perempuan dengan disabilitas mental sangat rentan mengalami kekerasan seksual, salah satunya dikarenakan minimnya petugas perempuan yang ada di rumah sakit jiwa, panti rehabilitasi, maupun fasilitas pengobatan berbasis komunitas atau swasta. Berbagai kekerasan yang dialami orang dengan disabilitas mental sangat minim sorotan apalagi penghukuman yang ditengarai masih terus terjadi.

Hasil Riset Dasar Kesehatan (Risdakes) tahun 2013 Kementerian Kesehatan menyebutkan untuk kesehatan jiwa bahwa prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil atau sekitar 400.000 jiwa. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi rumah tangga yang pernah memasung anggota rumah tangga gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil[4] indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Indonesia sendiri selain sudah meratifikasi UNCAT (*United Nation Convention Against Torture*/Konvensi Menentang Penyiksaan) juga sudah meratifikasi Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas (CRPD) pada tahun 2011, yang menjamin hak setara bagi semua orang dengan disabilitas termasuk menikmati hak atas kebebasan dan keamanan, dan bebas dari penyiksaan dan perlakuan buruk. Tiga tahun kemudian, DPR meloloskan Undang-undang Kesehatan Jiwa untuk mengatasi buruknya situasi kesehatan jiwa dan kekerasan terhadap para penyandang disabilitas mental termasuk praktik pemasungan.

Berdasarkan pengaduan yang datang ke Komnas Perempuan serta pengaduan dan rekomendasi masyarakat sipil, serangkaian pemantauan yang pernah Komnas Perempuan lakukan terkait kondisi perempuan dalam tahanan dan serupa tahanan, Komnas Perempuan memandang perlu memiliki laporan pemantauan yang secara khusus menggali bagaimana kekerasan terhadap perempuan berkontribusi atau

4 Arti kata **kuintil** di KBBI adalah: Nilai yang menandai batas interval dari sebaran frekuensi yang berderet dalam lima bagian sebaran yang sama.

berdampak pada gangguan kejiwaan. Selain itu sebagai mekanisme HAM di tingkat nasional, Komnas Perempuan merasa penting memiliki data primer tentang dimensi penyiksaan pada perempuan dengan disabilitas psikososialdengan menggunakan perspektif HAM perempuan. Pemantauan ini juga penting sebagai upaya pencegahan penyiksaan yang akan dikontribusikan pada kerja-kerja mekanisme nasional pencegahan penyiksaan. Latar belakang tersebut di atas menjadi alasan Komnas Perempuan melakukan pemantauan ke tempat-tempat serupa tahanan seperti rumah sakit jiwa, fasilitas pengobatan kesehatan jiwa (panti–panti rehabilitasi) untuk dapat membuat laporan pemantauan yang komprehensif mengenai situasi penyiksaan dan situasi perlakuan, atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat manusia yang dimandatkan dalam konvensi.

Langkah awal yang telah dilakukan sebelum melakukan pemantauan lapangan, adalah dengan mengadakan serangkaian diskusi terarah dengan para pendamping atau ahli yang selama ini melakukan aktivitas pendampingan perempuan penyandang disabilitas psikososial, untuk mendapatkan masukan metodologi yang tepat dalam melakukan pemantauan dan informasi rekomendasi tempat-tempat yang berpotensi melakukan kekerasan terhadap perempuan dengan disabilitas psikososial baik milik negara, swasta, maupun yang berbasis komunitas. Selain itu diskusi terarah juga diharapkan bisa merekomendasikan Rumah Sakit Jiwa yang dianggap terbaik sehingga dapat dijadikan barometer untuk melihat apakah masih terdapat praktik penyiksaan.

Pemantauan dilakukan di tiga wilayah yaitu Jawa Tengah, Sumatera Barat dan Sumatera Utara. Pemantauan dilakukan dengan mengunjungi beberapa lokasi. Untuk wilayah Semarang, Wonosobo, Kendal, Jawa Tengah, pemantauan di lakukan di Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu, Kendal, RSJD Amino Gondohutomo, Semarang, Panti Sosial Margo Widodo, Semarang dan Panti Rehabilitasi Dzikrul Ghofilin milik swasta di Wonosobo. Sedangkan untuk wilayah Padang Sumatera Barat, pemantauan dilakukan di tiga tempat yaitu RSJD Prof HB Saanin dan RSJ Swasta Puti Bungsu. Untuk Sumatera Utara pemantauan di lakukan di dua tempat RSJ Swasta Mahoni dan RSJ Swasta Bina Karsa. Rangkaian pemantauan dilakukan secara pararel oleh tim pada bulan Juli sampai dengan September 2018. Komnas Perempuan juga mewawancarai salah satu pengasuh Pesantren Rabbani di Solok Sumatera Barat yang menyediakan pengobatan alternatif bagi orang dengan disabiltas mental, selain itu Komnas Perempuan juga mengumpulkan pengaduan perempuan dengan disabilitas psikososial.



Foto: Komnas Perempuan Berdialog dengan Aparat Medis RSJD Prof Hb Saanin

02

PRINSIP PEMANTAUAN **KOMNAS PEREMPUAN**

Dalam melakukan pemantauan daur kekerasan terhadap perempuan (KtP) pada perempuan dengan disabilitas psikososial, Komnas Perempuan mendasarkan pada kerangka HAM dan gender sebagai alat analisis terhadap kekerasan maupun pelanggaran hak-hak dasar perempuan yang terjadi. Dalam melakukan pemantauan ini, Komnas Perempuan memegang prinsip-prinsip untuk:

1. Imparsial yaitu tidak berpihak pada salah satu kelompok akan tetapi berpihak pada nilai-nilai Hak asasi.
2. Berperspektif HAM dan keadilan gender yaitu dalam merencanakan dan melaksanakan pemantauan memperhatikan nilai-nilai HAM yang dilanggar dalam setiap kasus yang terjadi serta menghindari setiap cara pandang dan sikap yang bias gender.
3. Melibatkan seluruh pihak untuk dimintai keterangan dan informasi berkaitan dengan pemantauan yang dilakukan.

II.1. Metodologi Pemantauan

Pemantauan daur kekerasan terhadap perempuan (KtP) pada perempuan dengan disabilitas psikososial diputuskan melalui rapat Paripurna Komnas Perempuan pada tahun 2018 Subkom Pemantauan menjadi penanggung jawab kegiatan pemantauan ini.

Pemantauan ini menggunakan pendekatan kualitatif dan merupakan penelitian multidisiplin dengan menggunakan kombinasi dari beberapa metode penelitian feminis. Metode penelitian feminis yang dipilih antara lain adalah metode wawancara mendalam; dan metode sejarah lisan feminis atau tutur perempuan. Pendekatan kualitatif adalah proses pencarian data untuk memahami masalah sosial yang didasari pada penelitian yang menyeluruh (holistik), dibentuk oleh katakata, dan diperoleh dari situasi yang alamiah. Pengalaman, pendapat, perasaan dan pengetahuan narasumber merupakan hal yang sangat penting dalam pendekatan kualitatif. Hal ini karena pendekatan kualitatif dapat memahami sudut pandang narasumber secara lebih mendalam, dinamis dan menggali berbagai macam faktor sekaligus. Pendekatan ini juga digunakan karena informasi yang dicari bukanlah cerita yang menyenangkan. Cerita mengenai kekerasan yang pernah dialami perempuan disabilitas psikososial bukanlah suatu cerita yang menyenangkan bagi perempuan itu sendiri. Sehingga perlu pendekatan yang memposisikan pengalaman serta perasaan narasumber sebagai landasan dalam menganalisis yang nantinya dapat membuat kajian menjadi lebih kaya akan informasi yang sesuai dengan keadaan narasumber. Metode ini mungkin akan sulit di terapkan untuk perempuan dengan disabilitas psikososial sehingga metode wawancara mendalam akan dilakukan simultan dengan para pengurus panti/rumah sakit untuk menggali latar belakang hidup narasumber yang di jadikan subjek pemantauan.

Studi wawancara mendalam dengan pertanyaan-pertanyaan terbuka akan memaksimalkan temuan-temuan lapangan serta penggambarannya.[5] Studi wawancara memungkinkan untuk dapat masuk ke pendapat, pikiran serta ingatan narasumber lebih dalam dan lebih detail. Wawancara juga memungkinkan pewawancara untuk membayangkan pengalaman narasumber dan mendengar bermacam suara dalam tuturannya. Wawancara digunakan dalam kajian ini dengan tujuan untuk dapat mengumpulkan informasi yang sangat detail dari narasumber perempuan. Pengumpulan informasi tersebut dibarengi dengan menyelami pendapat, pikiran serta ingatan perempuan akan pengalamanpengalamannya. Dengan wawancara mendalam, pewawancara dapat merasakan apa yang dirasakan perempuan yang menjadi narasumber lewat ceritacerita yang dituturkannya. Hal ini penting untuk membangun pemahaman yang baik antara pewawancara dengan narasumber.

Dari pendekatan serta metode yang digunakan didalam kajian ini, diharapkan dapat memberikan sumbangan pada proses pengembangan pengetahuan perempuan untuk mendapatkan apa yang menjadi hakhaknya dan juga terlepas dari kekerasan yang potensial terjadi pada mereka. Metode yang digunakan, seperti wawancara dan studi kasus yang memungkinkan untuk menggali pengalamanpengalaman yang dirasakan oleh perempuan secara lebih detail. Diteruskan dengan metode *her life story* memungkinkan semakin beragam informasi yang dapat digali secara lebih dalam dan juga dapat didokumentasikan dengan baik pengalamanpengalaman perempuan tersebut. Pengalaman yang dituturkan oleh perempuan menjadi sangat

5 Reinharz, Shulamit. MetodeMetode Feminis dalam Penelitian Sosial. Jakarta: *Women Research Institute*. 2005. Hal, 21 – 50.

penting karena kajian ini mendasarkan pada metode penelitian feminis dimana keterlibatan aktif narasumber dalam penyusunan data tentang kehidupan mereka berusaha dicapai oleh feminis tanpa mengurangi nilai objektivitas kajian.

Data yang diperoleh dari semua metode pengumpulan (pengamatan lapangan, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok terfokus) yang digunakan kemudian dikategorikan ke dalam beberapa isu untuk dapat memudahkan dalam proses menganalisanya. Setelah selesai pengkategorian, tim pemantau melakukan diskusi bersama untuk mendiskusikan data yang sudah diperoleh. Pengeceken data dilakukan untuk menghindari agar tidak terjadi salah data dan pemahaman. Penentuan sistematika laporan menjadi tahapan selanjutnya yang kemudian dilanjutkan dengan pembagian tugas untuk menuliskan berdasarkan sistematika atau kerangka penulisan yang disepakati bersama.

II.2 Instrumen Pemantauan

Instrumen pemantauan dibangun dari instruman HAM khususnya Konvensi Anti Penyiksaan. Format pendokumentasian pemantauan perempuan disabilitas psikososiall meliputi tiga bentuk institusi yang dipantau:

1. RSJ milik negara dan milik swasta
2. Tahanan serupa tahanan di panti milik negara
3. Tahanan dan serupa tahanan milik swasta/inisiatif komunitas

Tujuan pemantauan untuk melihat:

1. Aspek kekerasan berbasis gendersebagai penyebab PdDP
2. Aspek penyiksaan dan Kekerasan berbasis gender ditempat-tempat penahanan
3. Aspek tanggung jawab negara dengan kerangka *due diligence* atau uji cermat tuntas adalah salah satu instrumen HAM Internasional yang merupakan kerangka kerja yang dapat diterapkan pada situasi yang mencakup kewajiban negara dari segi lima prinsip atau P5 yang terkait dengan Kekerasan terhadap perempuan. Negara berkewajiban untuk membangun proses yang sistemik dan holistik untuk mencegah, melindungi, mengadili, menghukum dan memberikan ganti rugi atas tindakan kekerasan terhadap perempuan.

03

INSTRUMEN HAM & KERANGKA PENCEGAHAN **PENYIKSAAN**

III.1 Kerangka HAM Internasional

1. CEDAW (*Convention on Elimination of All Forms Discrimination Against Women*)

Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (CEDAW) telah diratifikasi Indonesia dengan UU nomor 7 tahun 1984 tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita. Pasal yang relevan dengan isu perempuan dan disabilitas prikososial terutama pada pasal 12 tentang Kesehatan dimana: 1) Negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di bidang pemeliharaan kesehatan dan supaya menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan yang berhubungan dengan keluarga berencana (*family planning*), atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan; 2) Sekalipun terdapat ketentuan pada ayat 1 ini, negara-negara peserta wajib menjamin kepada perempuan pelayanan yang layak berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan masa sesudah persalinan, dengan memberikan pelayanan cuma-cuma dimana perlu, serta pemberian makanan bergizi yang cukup selama kehamilan dan masa menyusui.Rekomendasi Umum Komite CEDAW No. 18 menegaskan mengenai perempuan dengan disabilitas adalah kelompok rentan yang mengalami kekerasan berlapis dan perlu mendapatkan perhatian khusus. Komite merekomendasikan agar Negara-negara Pihak memberikan informasi tentang perempuan dengan disabilitas secara berkala dalam laporan, dan tindakan yang

diambil untuk menangani situasi khusus mereka, termasuk tindakan khusus untuk memastikan bahwa mereka memiliki akses yang sama ke pendidikan dan pekerjaan, layanan kesehatan dan sosial keamanan, dan untuk memastikan bahwa mereka dapat berpartisipasi dalam semua bidang kehidupan sosial dan budaya. Selain itu Rekomendasi Umum Komite CEDAW No.24 tentang perempuan dan kesehatan terutama pada pasal 20 dimana perempuan memiliki hak untuk diberikan informasi sepenuhnya oleh petugas yang terlatih dan mempunyai pilihan untuk menyetujui tentang tindakan atau riset yang bermanfaat maupun dampaknya. Selain itu apabila tidak menyetujui harus diberikan alternatifnya.

2. CAT (*Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*)

Konvensi anti Penyiksaan telah diratifikasi Indonesia melalui UU no.5 tahun 1998 tentang pengesahan Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia. Terkait dengan pemantauan perempuan disabilitas psikososial, Komnas Perempuan menyorot beberapa hal terutama pada pasal 10: 1) Setiap negara pihak harus menjamin bahwa pendidikan dan informasi mengenai larangan terhadap penyiksaan, seluruhnya dimasukan dalam pelatihan bagi para aparat penegak hukum, sipil atau militer, aparat kesehatan, pejabat publik, dan orang-orang lain yang ada kaitannya dengan penahanan, dan interogasi, atau perlakuan terhadap setiap orang yang ditangkap, ditahan, atau dipenjara; 2) Setiap negara pihak harus mencantumkan larangan ini dalam peraturan atau instruksi yang dikeluarkan sehubungan dengan tugas dan fungsi orang-orang tersebut diatas.

Pada pasal 11 dimana setiap negara pihak harus senantiasa mengawasi secara sistematis peraturan-peraturan tentang interogasi, instruksi, metode, kebiasaan-kebiasaan dan peraturan untuk melakukan penahanan serta perlakuan terhadap orang-orang yang ditangkap, ditahan, atau dipenjara dalam setiap wilayah kewenangan hukumnya, dengan maksud untuk mencegah terjadinya kasus penyiksaan. Serta pada pasal 12 dimana setiap negara pihak harus menjamin agar instansi-instansi yang berwenang harus melakukan suatu penyelidikan dengan cepat dan tidak memihak, setiap ada alasan yang cukup kuat untuk mempercayai bahwa suatu tindak penyiksaan telah dilakukan di dalam wilayah kewenangan hukumnya.

Pasal 16 menyatakan bahwa setiap negara pihak harus mencegah di wilayah kewenangan hukumnya, perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, atau merendahkan martabat manusia, yang tidak termasuk tindak penyiksaan sebagaimana ditetapkan dalam Pasal 1, apabila tindakan semacam itu telah dilakukan oleh atau atas hasutan atau dengan persetujuan atau kesepakatan diam-diam pejabat publik atau orang lain yang bertindak dalam jabatannya.

3. Konvensi Hak EKOSOB (*International Covenant on Economic Social and Cultural Rights*)

Indonesia telah meratifikasi kovenan internasional tentang hak-hak ekonomi sosial budaya dengan UU no.11 tahun 2015. Terkait dengan pemantauan terhadap perempuan disabilitas mental, beberapa pasal yang terkait terutama pada pasal 12 dimana negara pihak dalam kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental; 2) Langkah-langkah yang akan diambil oleh negara pihak pada kovenan ini guna mencapai perwujudan hak ini sepenuhnya, harus meliputi hal-hal yang diperlukan untuk mengupayakan: a) Ketentuan-ketentuan untuk pengurangan tingkat kelahiran dan kematian anak serta perkembangan anak yang sehat; b) Perbaikan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri; c) Pencegahan, pengobatan dan pengendalian segala penyakit menular, endemik, penyakit lainnya yang berhubungan dengan pekerjaan; 5 d) Penciptaan kondisi-kondisi yang akan menjamin semua pelayanan dan perhatian medis dalam hal sakitnya seseorang.

4. ICCPR (*International Covenant on Civil and Political Rights*)

Indonesia telah meratifikasi kovenan tentang hak sipil dan politik melalui UU no.12 tahun 2005. dalam kaitannya dengan pemantauan hak perempuan disabilitas mental, pasal yang berkaitan dalam isu tersebut di kovenan ini antara lain adalah pasal 7, pasal 10 ayat 1 dan Pasal 18. Pasal 7 menegaskan bahwa tidak seorang pun yang dapat dikenakan penyiksaan atau perlakuan atau hukuman lain yang keji, tidak manusiawi atau merendahkan martabat. Pada khususnya, tidak seorang pun dapat dijadikan objek eksperimen medis atau ilmiah tanpa persetujuan yang diberikan secara bebas. Sedangkan pada pasal 10 ayat 1 disebutkan: Setiap orang yang dirampas kebebasannya wajib diperlakukan secara manusiawi dan dengan menghormati martabat yang melekat pada diri manusia.

5. CRPD (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*)

Konvensi mengenai hak-hak Penyandang Disabilitas telah diratifikasi Indonesia melalui UU no.19 tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* Komnas Perempuan memandang bahwa dalam pemantauan isu perempuan dengan disabilitas mental penting untuk melihat pelaksanaan beberapa pasal dalam konvensi ini terutama pada pembukaan poin (j) Mengakui perlunya memajukan dan melindungi hak asasi manusia semua penyandang disabilitas, termasuk mereka yang memerlukan dukungan intensif yang lebih. Selanjutnya pada poin (n) Mengakui pentingnya otonomi dan kemerdekaan individual bagi penyandang disabilitas, termasuk kebebasan mereka untuk menentukan pilihan; (q) Mengakui bahwa penyandang disabilitas perempuan dan penyandang disabilitas anak perempuan sering lebih berisiko, baik di dalam maupun di luar lingkup kekerasan, cedera atau pelecehan, perlakuan yang menelantarkan atau mengabaikan, perlakuan buruk, atau eksploitasi; dan poin (s) Menekankan perlunya memasukkan perspektif gender dalam semua

upaya untuk pemajuan pemenuhan hak asasi manusia secara menyeluruh bagi penyandang disabilitas.Hampir seluruh pasal dalam konvensi ini sangat penting dalam memandang terlindunginya HAM perempuan disabilitas mental, namun khususnya pada pasal-pasal tertentu lebih ditekankan terutama di pasal 6 tentang penyandang disabilitas perempuan: 1) Negara-negara pihak mengakui bahwa penyandang disabilitas perempuan dan anak perempuan adalah rentan terhadap diskriminasi yang berlipat-lipat, dan dalam kaitan ini wajib mengambil langkah-langkah untuk menjamin pemenuhan secara utuh dan sama dari semua hak-hak asasi manusia dan kebebasan fundamental; 2) Negara-negara pihak wajib mengambil semua langkah-langkah yang tepat untuk menjamin pengembangan, pemajuan, dan pemberdayaan perempuan secara utuh, dengan bertujuan untuk memberikan jaminan kepada mereka atas pelaksanaan dan pemenuhan atas hak-hak asasi manusia dan kebebasan fundamental sebagaimana terdapat dalam Konvensi ini.

Terkait dengan penyiksaan disebutkan juga pada pasal 15: 1) Tidak seorangpun boleh disiksa atau mendapat perlakuan atau penghukuman yang kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia. Khususnya, tidak seorangpun boleh dijadikan percobaan ilmiah atau kedokteran tanpa persetujuan yang bersangkutan; 2) Negara-negara pihak wajib secara efektif mengambil Iangkah legislatif, administratif, hukum atau langkah-langkah lain guna mencegah penyandang disabilitas dari tindakan penyiksaan atau perlakuan atau penghukuman kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia atas dasar kesamaan dengan yang lain.Dan khususnya pada pasal 25 terkait kesehatan: Mengakui bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang tersedia tanpa diskriminasi atas dasar disabilitas mereka. Dimana negara wajib mengambil semua langkah yang diperlukan untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan. Secara khusus, negara-negara pihak wajib: (a) Menyediakan bagi penyandang disabilitas, program dan perawatan kesehatan gratis atau terjangkau, kualitas dan standar yang sama dengan orang lain, termasuk dalam bidang kesehatan seksual dan reproduksi serta program kesehatan publik berbasis populasi; (c) Menyediakan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan komunitas penyandang disabilitas, termasuk di wilayah pedesaan; (d) Mewajibkan para profesional di bidang kesehatan untuk menyediakan perawatan dengan kualitas sama kepada penyandang disabilitas sebagaimana tersedia kepada orang-orang lain, termasuk atas dasar *free and informed consent* dengan cara, *inter alia*, meningkatkan kesadaran akan hak asasi manusia, martabat, kemandirian, dan kebutuhan penyandang disabilitas melalui pelatihan dan penerapan standar etika untuk layanan kesehatan pemerintah dan swasta.

6. OPCAT dan Kerangka Kerja Mekanisme Pencegahan Nasional (NPM)

Protokol Opsional terhadap Konvensi PBB Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia (selanjutnya disebut OPCAT atau Protokol Opsional untuk Konvensi Menentang Penyiksaan) disahkan pada tanggal 18 Desember 2002 oleh Majelis Umum PBB. Sebuah protokol opsional merupakan suatu penambahan terhadap suatu perjanjian internasional (antara lain piagam, konvensi, kovenan, atau persetujuan) yang disahkan misalnya konvensi dan memperkenalkan ketentuan-ketentuan atau prosedur-prosedur yang tidak ada di dalam perjanjian pokok, yang kemudian melengkapi perjanjian pokok. Protokol ini sifatnya opsional, dalam arti bahwa ketentuan-ketentuan yang ada di dalamnya tidak secara otomatis mengikat.

OPCAT bertujuan untuk mencegah penyiksaan dan perlakuan sewenang-wenangan lainnya dengan membentuk sebuah sistem yang terdiri dari dilakukannya kunjungan-kunjungan berkala ke seluruh tempat-tempat penahanan di seluruh wilayah yuridiksi negara pihak. OPCAT membentuk sebuah sistem kunjungan yang proaktif dan inovatif untuk mencegah terjadinya pelanggaran-pelanggaran tersebut. OPCAT melahirkan sebuah badan ahli dalam PBB: Sub-komite untuk pencegahan penyiksaan dan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat manusia. OPCAT juga mengharuskan negara peserta untuk membentuk atau menunjuk mekanisme-mekanisme pencegahan nasional (NPM) dimana NPM diharapkan untuk melakukan kunjungan-kunjungan berkala, memberikan rekomendasi dan bekerja sama dengan negara sehingga rekomendasi bisa dilaksanakan.

Meskipun Indonesia belum meratifikasi OPCAT, namun lima lembaga (Komnas HAM, Komnas Perempuan, KPAI, Ombudsman RI dan LPSK) pada tahun 2016 telah menandatangani kesepakatan bersama (MOU) dengan Kemenhukham RI tentang pembentukan mekanisme pencegahan nasional (NPM) dan dalam rangka menindaklanjuti MOU tersebut maka pada tahun 2018 lima lembaga tersebut di atas yaitu Komnas HAM, Komnas Perempuan, Ombudsman RI dan LPSK menandatangani perjanjian kerja sama sebagai bentuk komitmen bersama dalam upaya melakukan advokasi dan mencegah penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat manusia di lembaga/ tempat-tempat penahanan dan serupa tahanan.

7. Bangkok *Rules*

Bangkok *Rules* (aturan tentang perlindungan terhadap perempuan tahanan dan serupa tahanan) adalah salah satu instrumen HAM internasional selain Mandela *Rules* (umum), Havana *Rules* (remaja) dan Beijing *Rules* (anak-anak) yang diadopsi Majelis Umum PBB pada tahun 2010 dan berisi 70 aturan (Resolusi No.10 tahun 2010) tentang perlakuan terhadap tahanan perempuan. Beberapa aturan dalam Bangkok *Rules* antara lain, standar minimum untuk tahanan harus memperhatikan prinsip kesetaraan gender dan tidak diskriminatif (perlakuan untuk kebutuhan khusus perempuan jangan dipandang sebagai sesuatu yang

diskriminatif). Terkait hak asuh anak pada proses penerimaan dan registrasi (*Rule* 3-4), tahanan perempuan berhak mengatur pengasuhan anak serta meminta penundaan penahanan demi kepentingan terbaik anak.

Data diri anak dari tahanan perempuan harus tercatat dan bersifat rahasia termasuk status perwalian mereka jika tidak bersama. Untuk penempatan tahanan perempuan, sedapat mungkin di penjara yang dekat dengan rumah atau tempat rehabilitasi sosialnya, dengan memperhitungkan tanggung jawab pengasuhan yang dijalani (*Rule* 5).

Adanya kebutuhan khusus untuk tahanan perempuan hamil dan menyusui yang, diantaranya harus mendapatkan saran mengenai kesehatan dan pola makan dalam program yang dibuat dan dipantau oleh praktisi kesehatan yang berkualitas termasuk makanan dalam jumlah yang cukup dan diberikan tepat waktu, lingkungan yang sehat dan olahraga reguler tanpa biaya. Kebutuhan medis dan gizi bagi tahanan perempuan yang baru melahirkan, tetapi bayinya tidak bersamanya harus disertakan dalam program perawatan. Selain itu tahanan perempuan harus didukung untuk menyusui anak-anaknya (*Rule* 48). Pentingnya perawatan kesehatan mental bagi tahanan perempuan juga diatur dengan program rehabilitasi dan perawatan kesehatan mental secara individual, peka gender, informasi trauma dan dilakukan secara komprehensif di penjara ataupun di lingkungan yang serupa tahanan (*Rule* 12c). Termasuk mengembangkan dan melaksanakan konsultasi dengan layanan perawatan kesehatan jiwa dan kesejahteraan sosial untuk pencegahan bunuh diri dan menyakiti diri sendiri (*Rule* 16f).

Dalam hal keselamatan dan keamanan tahanan perempuan khususnya ketika adanya pelaporan kekerasan seksual harus diberikan perlindungan, dukungan dan konseling yang segera dan laporannya harus diselidiki oleh otoritas yang kompeten dan independen, dengan memegang teguh pada prinsip kerahasiaan (*Rule* 25). Sebagai bagian dari proses pemulihan, otoritas penjara, bekerja sama dengan layanan masa percobaan dan/atau layanan kesejahteraan sosial, kelompok masyarakat setempat dan organisasi non-pemerintah harus merancang dan melaksanakan program reintegrasi pra-pembebasan dan pasca-pembebasan yang komprehensif dan memperhitungkan kebutuhan spesifik gender perempuan. (*Rule* 46).

8. Prinsip *Due Diligence* (Uji Cermat Tuntas)

Due Diligence atau uji cermat tuntas adalah salah satu instrumen HAM Internasional yang merupakan kerangka kerja yang dapat diterapkan pada situasi yang mencakup kewajiban negara dari segi lima prinsip atau P5 yang terkait dengan Kekerasan terhadap perempuan. Negara berkewajiban untuk membangun proses yang sistemik dan holistik untuk mencegah, melindungi, mengadili, menghukum dan memberikan ganti rugi atas tindakan kekerasan terhadap perempuan. Dalam instrumen HAM perempuan, *Due Diligence* antara lain terdapat dalam rekomendasi umum Komite CEDAW No.19 tahun 2012 tentang Kekerasan terhadap Perempuan.

Kelima prinsip *Due Diligence* saling terkait, karenanya negara harus menjadikan perlindunganterhadap korban/ penyintas sebagai prioritas, mengadilipara pelaku secara efektif untuk menghapus kekebalan, memastikan hukuman yang diberikan sepadan dengan pelanggaran dan mampu mencegah agar tidak terulang kembali serta mencegah orang lain untuk melakukannya, memberikan ganti rugi yang memadai bagi para korban/ penyintas agar mereka mampu membangun kembali kehidupan terlepas dari pelaku. Apabila diperlukan, dan untuk mengatasi ketakutanperempuan secara efektif perlu ada dalam kampanye pencegahan. Prinsip uji cermat tuntas adalah salah satu alat dan bukan hasil akhir.

Pencegahan meliputi langkah-langkah pemerintah untuk mencegah terjadinya KtP (kekerasan terhadap perempuan). Program pencegahan yang baik memberikan kesadaran tentang KtP, serta layanan informasi dan perlindungan hukum pasca insiden tersebut. Program ini juga menyasar faktor-faktor risiko yang mendasari dan jadi penyebab KtP. Program pencegahan mencakup antara lain kampanye pendidikan dan pelatihan. Berdasarkan prinsip uji cermat tuntas, negara diwajibkan untuk mencegah kekerasan dan menghapuskan semua jenis diskriminasi, termasuk diskriminasi berbasis gender yang merupakan konstruksi sosial.

Karena penting untuk mengurangi KtP, program pencegahan harus a) Mencakup dukungan struktural-sosial, seperti pendidikan, pekerjaan dan perumahan; b) Menangani masalah-masalah yang bersinggungan dan faktor-faktor risiko yang melanggengkan kekerasan, seperti ketidaksetaraan gender, stereotip dan persepsi budaya tentang perempuan, kemiskinan, pendidikan perempuan dan kemandirian ekonomi, serta c) Merumuskan dan menerapkan Undang-undang yang tidak hanya membahas bentuk-bentuk KTP tertentu, namun juga alasan yang mendasarinya. Negara dapat menyelenggarakan forum untuk meningkatkan kesadaran dan membahas isu-isu di seputar KtP, atau minta dukungan media untuk mempromosikan penghapusan kekerasan dan mendidik masyarakat (misalnya, pelatihan untuk Jurnalistik tentang isu-isu KtP).

Prinsip *due diligence* yang kedua adalah Proteksi/ Perlindungan, *due diligence* mensyaratkan ketersediaan dan akses korban terhadap layanan yang memadai dan berkelanjutan bagi korban/ penyintas. Pelayanan intervensi jangka pendek bisa berupa penyediaan pusat layanan terpadu/ satu pintu, *hotline/ helpline*, konseling, layanan medis dan tempat penampungan, sedangkan pelayanan intervensi jangka panjang dapat berupa pemberdayaan ekonomi, pekerjaan dan tempat tinggal. Program proteksi juga mensyaratkan adanya ketersediaan layanan yang dapat diakses, perintah perlindungan, aparat hukum yang menjunjung tinggi pertolongan segera, pelatihan yang berkelanjutan dalam rangka membentuk sikap positif dan sensitivitas terhadap korban, serta melakukan pendekatan multisektoral dan koordinasi pelayanan.

Prinsip *due diligence* yang ketiga adalah Prosekusi dan Investigasi yang mensyaratkan pertimbangan pada kebutuhan dan ketakutan korban, mengembangkan kebijakan guna mengurangi kasus yang dibatalkan, perlunya

Polisi memberikan kontak awal yang positif kepada korban/ penyintas, menetapkan tugas afirmatif untuk menyelidiki, menetapkan tugas afirmatif untuk menutut, memastikan pembuktian dan standar yang adil, memastikan sensitivitas isu kerahasiaan dan privasi korban, memberikan bantuan dan dukungan hukum, mengurangi penundaan di setiap tingkat proses penuntutan, membina kepercayaan kepada lembaga kepolisian, kejaksaan dan pengadilan, menyediakan Jaksa dan Pengadilan khusus, menimbang alternatif penyelesaian sengketa melalui mediasi, serta memastikan bahwa sistem hukum yang ada telah sesuai dengan standar instrumen HAM Internasional.

Prinsip *due diligence* yang keempat adalah tentang hukuman bagi pelaku: Membuat pelaku bertanggung jawab sehingga terjadi kepastian hukum, memastikan hukuman yang sepadan dengan pelanggaran, mencapai tujuan pemberian hukuman, mencegah pelaku lari dan merehabilitasi pelaku, memperluas praktik pemberian hukuman selain penjara yang sesuai, memastikan bahwa hukuman telah sesuai dengan prinsip bahwa kekerasan terhadap perempuan tidak bisa dibenarkan. Sedangkan prinsip kelima adalah Pemberian Kompensasi dan Pemulihan bagi korban dan penyintas yang berorientasi pada korban dan bertujuan untuk mereformasi kebijakan.

9. Rekomendasi Dainius PurasPelapor Khusus PBB tentang Kesehatan Mental melalui Kunjungan Resmi ke Indonesia tahun 2018

Dainius Puras, Pelapor Khusus PBB tentang Hak Setiap Orang untuk Menikmati Standar Kesehatan Fisik dan Mental yang Setinggi Mungkin dapat Dicapai, dalam misinya ke Indonesia 22 Maret - 3 April 2018, membuat beberapa catatan termasuk persoalan kesehatan mental/ jiwa di Indonesia.

Dalam catatannya disebutkan bahwa di Indonesia, sejumlah inisiatif besar mengenai perawatan kesehatan mental telah diluncurkan, termasuk ketentuan untuk pengintegrasian kesehatan mental dasar ke dalam layanan kesehatan umum, pembangunan kapasitas sumber daya manusia, memastikan ketersediaan obat-obatan terjangkau dan layanan berbasis masyarakat yang dapat diakses. Pelapor Khusus mengunjungi rumah sakit kesehatan mental Dr Soeharto Heerdjan, Jakarta dan membiasakan dirinya dengan pendekatan dan tingkat profesional kesehatan mental di sektor publik. Selain itu pedoman khusus telah dikembangkan oleh petugas kesehatan mengenai pelaksanaan layanan dan program kesehatan mental berbasis hak, termasuk program pelatihan untuk dokter perawatan primer, terkait manajemen dan pengembangan fasilitas dan layanan perawatan kesehatan.

Beberapa catatan penting lainnya, Pelapor Khususmemberi catatan kondisi hidup yang memprihatinkan di sebagian besar pusat kesehatan dan lembaga perawatan sosial yang menunjukkan kepadatan, perawatan yang dilakukan dengan tidak sukarela dan penggunaan pengasingan paksa sebagai bentuk hukuman atau disiplin. Perawatan yang dilakukan dengan tidak sukarela dan intervensi kejiwaan lainnya dalam kesehatan fasilitas perawatan merupakan penyiksaan dan penganiayaan.

Resolusi Dewan Hak Asasi Manusia 36/13 tentang kesehatan mental dan HAM menyatakan bahwa *Informed consent* adalah elemen inti dari hak atas kesehatan, baik sebagai kebebasan dan sebagai pengaman integral untuk menikmati hak itu (A/64/272). Hak untuk memberikan *informed consent* untuk perawatan dan rawat inap, termasuk hak untuk menolak pengobatan (lihat E/CN.4/2006/120, paragraf 82). Negara harus sepenuhnya mengintegrasikan perspektif HAM ke dalam layanan kesehatan mental dan masyarakat,mengadopsi, menerapkan dan memantau semua hukum, kebijakan dan praktik yang ada, dengan maksud untuk menghilangkan semua bentuk diskriminasi, stigma, kekerasan dan pengucilan sosial dalam konteks tersebut.

Hak atas kesehatan sekarang dipahami dalam kerangka Konvensi tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas. Oleh karena itu, aksi cepat diperlukan untuk secara radikal mengurangi paksaan medis dan memfasilitasi gerakan untuk menghentikan semua perawatan dan kurungan psikiatris yang dipaksakan. Pelapor Khusus mengakui kemajuan signifikan yang dibuat berkaitan dengan ketentuan legislatif yang menjunjung tinggi hak-hak penyandang disabilitas dalam bentuk UU Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Undang-undang ini mengatur penguatan kerangka hukum dan kapasitas kelembagaan, serta pengembangan mekanisme pemantauan dan evaluasi yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari para penyandang disabilitas. Hal ini juga menguraikan ketentuan tentang penyusunan Undang-undang tindak lanjut dan peraturan pelaksanaan di tingkat provinsi dan lokal, termasuk Peraturan Presiden dan Kementerian Sosial. Namun, Undang-undang ini tidak sepenuhnya sesuai dengan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas, misalnya, UU ini gagal mengenali kapasitas hukum para penyandang disabilitas.

Lebih jauh lagi, meskipun memuat ketentuan tentang hak kesehatan reproduktif para penyandang disabilitas, termasuk ketentuan khusus tentang perlindungan perempuan dan anak perempuan penyandang disabilitas yang menjadi korban kekerasan seksual, Namun UU ini abai tentang masalah hukum dari UU Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, merujuk pada penyakit yang tidak tersembuhkan dan cacat yang dimiliki istri adalah alasan sah untuk perceraian dan poligami.Kapasitas struktur kesehatan di daerah terpencil harus diperkuat dan mereka harus berorientasi pada layanan berbasis masyarakat dan didukung melalui alokasi anggaran yang besar, pelatihan staf yang memadai dan pemberdayaan penyandang disabilitas psikososial. Peran yang dimainkan oleh struktur kesehatan primer dan praktisi umum sertatim mereka adalah sangat penting. Diperlukan pendekatan terpadu untuk mencegah belenggu digantikan dengan bentuk-bentuk pengekangan dan kurungan lain yang melanggar hak asasi manusia.

9. Kongres PBB mengenai *Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners*

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners atau Aturan Minimum Standar tentang Penanganan Tahanan yang diadopsi oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa dalam kongres di Jenewa tahun 1955 menguraikan prinsip dan praktik yang baik di bidang penanganan tahanan dan manajemen lembaga tahanan.

Dalam pendahuluan, Aturan Minimum Standar ini dimaksudkan untuk dapat merangsang usaha terus-menerus lembaga tahanan untuk menyelenggarakan kondisi minimum yang oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa telah diterima sebagai kondisi yang cukup layak namun senantiasa berkembang sesuai kondisi kondisi hukum, sosial, ekonomi, dan geografi di negara bersangkutan.

Bagian pertama dari Aturan Minimum Standar ini meliputi manajemen lembaga penjara secara umum dan berlaku bagi seluruh kategori tahanan. Standar minimum yang dimaksud terkait: Registrasi, akomodasi, higienitas pribadi, pakaian dan perlengkapan tidur, makanan, gerak badan dan olah raga, pelayanan medis, disiplin dan hukuman, alat kekang, informasi untuk tahanan, keluh kesah atau pengaduan tahanan, kontak dengan dunia luar, akses buku atau bacaan lainnya, kebebasan beragama dan berkeyakinan, penyimpanan properti, pemberitahuan tentang kematian, sakit, pemindahan, dan sebagainya, personil lembaga tahanan, dan inspeksi.

Bagian kedua berisi aturan khusus yang berlaku hanya bagi kategori-kategori tahanan tertentu antara lain tahanan yang masih menunggu persidangan maupun yang sudah divonis, termasuk tahanan yang sedang menjalani "langkah pengamanan" (*security measures*) atau langkah perbaikan (*corrective measures*) yang diperintahkan hakim. Meskipun demikian, aturan minimum yang berlaku secara umum pada bagian pertama tetap berlaku asalkan tidak bertentangan dengan aturan khusus sesuai kategori-kategori tahanan ini dan memberikan manfaat bagi mereka.

Tentang kerja layak di lembaga tahanan, Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners menegaskan: Tak seorang tahanan pun boleh dipekerjakan, untuk melayani lembaga penjara, dalam kapasitas sebagai tahanan yang sedang menjalani tindakan disipliner (*rule* 28). Sejalan dengan aturan tersebut *rule* 71 (1) menegaskan kerja di lembaga penjara tidak boleh berhakikat menimbulkan penderitaan. Lebih lanjut aturan kerja bagi tahanan antara lain:

1. Memperhatikan kelayakan fisik dan mental mereka sebagaimana ditentukan oleh petugas medis.
2. Kerja yang diberikan bertujuan untuk memelihara atau meningkatkan kemampuan mereka untuk hidup setelah pembebasan.
3. Pelatihan kejuruan di bidang keterampilan yang berguna terutama bagi tahanan usia muda.
4. Tahanan harus dapat memilih jenis kerja yang ingin mereka lakukan dalam

batas-batas yang sesuai dengan seleksi kejuruan maupun dengan persyaratan administrasi dan disiplin lembaga tahanan.

5. Sedapat mungkin mereka dipekerjakan dalam suatu pekerjaan yang dioperasikan langsung oleh pihak administrasi lembaga, bukan oleh kontraktor swasta dan bukan untuk tujuan menghasilkan laba finansial bagi sebuah industri di lembaga penjara.
6. Penyelenggaraan kerja dan syarat kerja di lembaga penjara tidak boleh lebih buruk dibandingkan dengan yang diberlakukan oleh peraturan perUndang-undangan untuk pekerja di masyarakat (terkait kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, jumlah jam kerja, hari libur, dan waktu istirahat) .
7. Tersedia sistem remunerasi yang adil bagi kerja yang mereka lakukan.
8. Mereka diperbolehkan membelanjakan sebagian dari penghasilan untuk pemakaian sendiri dan diperbolehkan mengirimkan sebagian lagi kepada keluarganya atau untuk ditabung.

III.2 Kebijakan Nasional

1. UUD 1945

Hak penyandang disabilitas psikososial di jamin dalam Konstitusi yaitu pada pasal 28 ayat (3) terkait hak terhadap jaminan sosial :"Setiap Orang Berhak Atas Jaminan Sosial Agar Dapat Memenuhi Kebutuhan Dasar Hidup Layak Dan Meningkatkan Martabatnya Menuju Masyarakat Indonesia Yang Sejahtera, Adil Dan Makmur **".** Pasal 34 ayat (2) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 menjamin atas Jaminan sosial, ditegaskan dalam Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam TAP Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu.

2. Kebijakan Nasional Bagi Orang/ Perempuan dengan Disabilitas Psikososial dan Pencegahan Penyiksaan

Hingga saat ini, dalam kebijakan nasional Indonesia PdDP diistilahkan dengan ODMK dan ODGJ, sejak lahirnya Undang-undangtentang Kesehatan Jiwa pada 2014 (Undang-undangNomor 18 Tahun 2014). Secara umum, beberapa kebijakan yang ada mengatur hak-hak ODGJ, tanggung jawab pemerintah dan fasilitas kesehatan serta masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa. Selain itu larangan bagisetiap orang melakukan pemasungan, penelantaran, kekerasan dan/atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran, dan/atau kekerasan terhadap ODMK dan ODGJ atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi ODMK dan ODGJ. Sayangnya, kebijakan-kebijakan yang ada belum banyak dan spesifik melindungi hak-hak ODGJ perempuan atau PdDP. Selain itu, upaya-upaya pencegahan dalam kerangka upaya kesehatan belum spesifik menyentuh isu pencegahan penyiksaan terhadap ODGJ/PdDP.



Foto: Selasar RSJD HB Saanin

Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menjamin hak ODMK dan ODGJ[6] untuk memperoleh perawatan, pendidikan, pelatihan, dan bantuan khusus atau biaya negara, untuk menjamin kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kemanusiaannya, meningkatkan rasa percaya diri, dan kemampuan berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara (Pasal 42). Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa upaya penyembuhan penderita gangguan kesehatan jiwa merupakan tanggung jawab Pemerintah, baik pemerintah daerah maupun masyarakat serta dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berwenang dan di tempat yang tepat dengan tetap menghormati hak asasi penderita (Pasal 147).Berkaitan dengan pembiayaan, seharusnya para PdDP dapat mengakses jaminan kesehatan.Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.menegaskan beberapa manfaat yang tidak dijamin oleh program jaminan kesehatan, dimana gangguan kesehatan jiwa tidak termasuk di

6 Terminologi dalam UU ini masih cacat mental.

dalamnya. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberi perlindungan bagi penderita gangguan kesehatan mental. Kebijakan ini seharusnya bisa menjamin akses PdDP terhadap perawatan kesehatan, termasuk layanan kesehatan, obat-obatan, dan sebagainya yang ditanggung pembiayaannya oleh BPJS.

Secara spesifik UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa mengatur upaya melindungi dan menjamin pelayanan Kesehatan Jiwa bagi ODGJ berdasarkan hak asasi manusia, memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, menjamin ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa dan memberikan kesempatan kepada ODGJ untuk dapat melaksanakan hak dan kewajibannya sebagai Warga Negara Indonesia melalui apa yang disebut Upaya Kesehatan Jiwa. Upaya tersebut dimanifestasikan dalam berbagai kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/ atau masyarakat. Masyarakat dapat berperan serta dalam upaya kesehatan jiwa sebagai upaya preventif melalui tindakan menghilangkan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi ODGJ sebagai bagian dari masyarakat, termasukmeningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat terhadap kesehatan jiwa,meningkatkan penerimaan dan peran serta masyarakat terhadap kesehatan jiwa, memberikan bantuan tenaga, dana, fasilitas, serta sarana danprasarana dalam penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa, melaporkan adanya ODGJ yang membutuhkan pertolongan, melaporkan tindakan kekerasan yang dialami serta yang dilakukan ODGJ dan menciptakan iklim yang kondusif bagi ODGJ.

Undang-undangNomor 18 Tahun 2014 memandatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan melakukan upaya promotif yang bertujuan mempertahankan dan meningkatkan derajat Kesehatan Jiwa masyarakat secara optimal, menghilangkan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi ODGJ sebagai bagian dari masyarakat, meningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat terhadap Kesehatan Jiwa dan meningkatkan penerimaan dan peran serta masyarakat terhadap Kesehatan Jiwa. Upaya promotif di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai Kesehatan Jiwa dengan sasaran kelompok pasien, kelompok keluarga, atau masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan di lingkungan lembaga pemasyarakatan dan rumah tahanan upaya promotif dilaksanakan dalam bentuk peningkatan pengetahuan dan pemahaman warga binaan pemasyarakatan tentang Kesehatan Jiwa, pelatihan kemampuan adaptasi dalam masyarakat, dan menciptakan suasana kehidupan yang kondusif untuk Kesehatan Jiwa warga binaan pemasyarakatan. Fasilitas Kesehatan juga menjadi pelaksana

upaya kuratif yaitu kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Tujuannya untuk penyembuhan atau pemulihan, pengurangan penderitaan, pengendalian disabilitas dan pengendalian gejala penyakit. UU ini mengatur bahwa penatalaksanaan kondisi kejiwaan ODGJ yang dilakukan secara rawat inap harus dilakukan atas hasil pemeriksaan psikiatrik oleh dokter spesialis kedokteran jiwa dan/atau dokter yang berwenang dengan persetujuan tindakan medis secara tertulis yang dilakukan oleh ODGJ yang bersangkutan.[7]

Hak ODMK dan ODGJ dalam hal rehabilitasi Kesehatan Jiwa juga dijamin Undang-undangNomor 18 Tahun 2014. Meliputi rehabilitasi psikiatrik dan/atau psikososial dan rehabilitasi sosial (dalam bentuk motivasi dan diagnosis psikososial, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan, bimbingan mental spiritual, bimbingan fisik, bimbingan sosial dan konseling psikososial, pelayanan aksesibilitas, bantuan sosial dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut, dan/atau rujukan) yang dapat dilaksanakan di panti sosial milik Pemerintah, Pemerintah Daerah atau swasta. Pelaksanaan rehabilitasi di panti sosial perlu menjadi perhatian lebih, terutama karena masih banyak panti sosial untuk ODGJ juga digunakan untuk rehabilitasi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).

Undang-undangNomor 18 Tahun 2014juga menegaskan bahwa ODGJ yang mendapatkan rehabilitasi sosial tetap berhak mendapatkan rehabilitasi psikiatrik dan/atau rehabilitasi psikososial serta mempunyai akses terhadap pelayanan dan obat psikofarmaka sesuai kebutuhan. UU Nomor 18 Tahun 2014 mengamanatkan setiap provinsi untuk memiliki rumah sakit mentalnya sendiri (pasal 52) dan setiap kabupaten dan kota untuk membangun atau mendukung pendirian setidaknya satu fasilitas layanan berbasis masyarakat di luar sektor perawatan kesehatan mental (pasal 58). Namun, UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa bermasalah dalam definisi dan penerapan prinsip *informed consent* dan pemaksaan, hal ini yang melanggengkan ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan perawatan.

Undang-undang ini membenarkan penggunaan pemaksaan berdasarkan prinsip-prinsip kebutuhan medis, fakta bahwa orang yang bersangkutan mungkin tidak kompeten atau berbahaya dan adanya kebutuhan untuk membantu dia mengatasi hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Dalam kondisi "ketidakstabilan" seperti itu, UU Nomor 18 memberi wewenang kepada anggota keluarga atau wali untuk mengambil keputusan medis atas namanya tanpa peninjauan kembali, termasuk mengenai dimasukkannya ke fasilitas kesehatan

7 Dalam hal ODGJ dianggap tidak cakap dalam membuat keputusan, persetujuan tindakan medis dapat diberikan oleh suami atau istri, orang tua, anak, atau saudara sekandung yang paling sedikit berusia 17 (tujuh belas) tahun, wali atau pengampu, atau pejabat yang berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perUndang-undangan. Pasal ini berpotensi melanggengkan ketidakseimbangan kekuasaan dalam hubungan perawatan.

mental dan pemberian perawatan tanpa persetujuan dari yang bersangkutan. Orang tersebut tidak dapat mengajukan keberatan atas dimasukkan dirinya ke fasilitas tersebut atau meninggalkan fasilitas tersebut sampai dia telah dilepaskan secara administratif.

Undang-undang ini, dalam praktiknya merentankan terlanggarnya hak PDdP untuk memberikan *Informed Consent*, termasuk pada pemberian obat. Karena PDdP dianggap berada di bawah pengampuan keluarga, orang tua atau orang lain sehingga persetujuan pasien sering dianggap tidak penting dan pihak rumah sakit sering kali mengandalkan persetujuan dari keluarga. Praktik pemberian obat tanpa *Informed Consent* antara lain dilakukan dalam bentuk pemberian jenis obat yang sama, dengan dosis yang sama kepada setiap PDdP, tanpa memandang diagnosanya, dan pasien tidak punya daya tawar untuk menolak. Misalnya, semua pasien diberi anti psikotik, padahal belum tentu diagnosanya psikosis.dengan dosis yang sama.Artinya pelanggaran terhadap *Right to give Informed Consent* (IC) bukan hanya dapat terjadi dalam hal pemberian obat, namun dalam hal persetujuan PdDP masuk atau meninggalkan(keluar) Rumah Sakit atau panti. Pasien kerap masuk ke dalam Rumah Sakit atau Panti tanpa *Informed Consent* secara langsung, namun biasanya ditandatangani keluarga.

Hingga akhir tahun 2019, Nomor 18 Tahun 2014 ini belum mempunyai peraturan pelaksananya, termasuk yang berupa Peraturan Pemerintah yang mengatur lintas sektoral atau lintas K/L termasuk dalam penanganan dan pengawasan pelayanan kesehatan jiwa, pengawasan panti-panti yang menangai ODGJ. Ketiadaan peraturan pelaksana dari Undang-undang ini berdampak pada belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa.

Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan dan Ikatan Dokter Indonesia menerbitkan Panduan Praktik Klinis (PPK) bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer yang memuat penatalaksanaan untuk dilaksanakan oleh seluruh dokter pelayanan primer serta pemberian pelayanan kesehatan dengan upaya terbaik di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Panduan ini juga mencakup penyakit atau psikiatri yang terdiridari Gangguan Somatoform,Demensia, Insomnia, Gangguan Campuran *Anxiety* dan Depresi dan Gangguan Psikotik.

Dalam kebijakan nasional, pemasungan ODGJ dianggap merupakan pelanggaran HAM, karena mengakibatkan ODGJ tidak mampu mengakses layanan yang dapat mengurangi tingkat disabilitasnya.[8] Pemasungan juga mengakibatkan ODGJ semakin sulit untuk melakukan integrasi ke masyarakat akibat disabilitas secara sosial, ekonomi, spiritual, dan budaya. Undang-undang Kesehatan Jiwa melarang setiap orang melakukan pemasungan, penelantaran, kekerasan dan/ atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran, dan/

8 Dalam Peraturan ini dinyatakan bahwa tindakan pemasungan adalah: "Upaya pengikatan atau pengekangan fisik pada orang dengan gangguan jiwa dan orang agresif/"berbahaya" di komunitas yang berakibat hilangnya kebebasan untuk mengakses layanan yang dapat membantu pemulihan fungsi ODGJ tersebut. Segala bentuk pembatasan gerak ODGJ oleh keluarga atau masyarakat yang mengakibatkan hilangnya kebebasan ODGJ, termasuk hilangnya hak atas pelayanan kesehatan untuk membantu pemulihan.

atau kekerasan terhadap ODMK dan ODGJ atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi ODMK dan ODGJ. Ancaman bagi yang melakukannya adalah dipidana sesuai dengan ketentuan peraturan perUndang-undangan. Untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi ODGJ berdasarkan hak asasi manusia, menjamin ODGJ mencapai kualitas hidup yang sebaik-baiknya dan menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan terhadap Pemasungan dan tekanan akibat pemasungan, Menteri Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan pada ODGJ. Harapannya, peraturan ini menjadi acuan bagi Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah serta pemangku kepentingan lainnya untuk menghapuskan pemasungan pada ODGJ. Penanggulangan pemasungan mencakup upaya pencegahan, penanganan, dan rehabilitasi bagi ODGJ dalam rangka penghapusan Pemasungan. Selain itu, pada 2018 juga, dalam rangka mendorong para memandu para pihak(kementerian/lembaga, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan masyarakat) mencegah dan menangani pemasungan bagi penyandang disabilitas mental serta mendukung gerakan stop pemasungan bagi penyandang disabilitas mental,Menteri Sosial menetapkan Permensos 12 tahun 2018 tentang Pedoman Pencegahan dan Penanganan Pemasungan Bagi Penyandang Disabilitas Mental.

Pada 15 Januari 2019 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (SPM Kesehatan) yang mewajibkan Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/ Kota untuk menerapkan SPM Kesehatan yang mencakup ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar, termasukPelayanan kesehatan ODGJ berat. Pelayanan dasar pada SPM Kesehatan tersebut dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah pusat, pemerintah daerah, maupun swasta, oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan. Melalui pelaksanaan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019, diharapkan ODGJ berat bisa terlayani dengan baik, dan 100% terlayani sesuai SPM dengan pembiayaan daerah (dari APBD Provinsi dan Kota/Kabupaten).

Pada tahun 2015 juga diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa. Kepmenkes ini mengesahkan dan memberlakukan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa (PNPK Jiwa) yang merupakan acuan bagi dokter pembuat keputusan klinis dalam pelayanan dan perawatan pasien dengan gangguan jiwa, institusi pendidikan dan kelompok profesi terkait untuk menyusun panduan praktik klinis/standar prosedur operasional dalam pelayanan dan perawatan pasien dengan gangguan jiwa di fasilitas pelayanan kesehatan. Acuan kerja ini dapat menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan dan perawatan kepada pasien dengan gangguan jiwa di rumah sakit pemerintah dan swasta serta fasilitas kesehatan lainnya di Indonesia, agar tidak tejadi kekeliruan dalam bertindak sehingga menyebabkan kerugian tidak hanya bagi pasien tetapi juga seluruh praktisi kesehatan yang terlibat di dalamnya.

Panduan ini juga menegaskan bahwa dalam memberikan pelayanan dan perawatan terhadap pasien, seorang psikiater harus selalu menjunjung tinggi sifat humanisme, profesionalisme, bertanggung jawab secara moral, memegang teguh etika kedokteran, etika sosial dan etika nasional. Oleh karena, suatu pedoman dalam bekerja sangat diperlukan.

3. Peran Pemerintah Daerah dalam Penyelenggaraan Kesehatan

Berdasarkan Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah. Pembiayaan bagi kepentingan pelayanan publik" yang mencakup pelayanan kesehatan baik pelayanan preventif, pelayanan promotif, pelayanan kuratif, dan pelayanan rehabilitatif yang dibutuhkan masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya dengan dengan mengutamakan pelayanan preventif dan pelayanan promotif dan besarnya sekurang-kurangnya 2/3 (dua pertiga) dari APBN dan APBD.

Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertugas dan bertanggung jawab mengadakan komunikasi, informasi, dan edukasi tentang Kesehatan Jiwa kepada masyarakat secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertugas dan bertanggung jawab menyediakan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan upaya kesehatan jiwa, ketersediaan dan kesejahteraan sumber daya manusia di bidang Kesehatan Jiwa, mengatur ketersediaan obat psikofarmaka yang dibutuhkan oleh ODGJ sesuai standar, melakukan penatalaksanaan terhadap ODGJ yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum, melakukan upaya rehabilitasi terhadap ODGJ terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/ atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum. ODGJ terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/ atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi ODGJ:

a. Tidak mampu;
b. Tidak mempunyai keluarga, wali atau pengampu, dan/atau
c. Tidak diketahui keluarganya. Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib melakukan penampungan di fasilitas pelayanan di luar sektor kesehatan bagi ODGJ yang telah sembuh atau terkendali gejalanya yang tidak memiliki keluarga dan/ atau terlantar.

4. Kebijakan tentang Pemulihan

Pemulihan dan mengembangkan kemampuan memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar sehingga dilaksanakan secara persuasif, motivatif, koersif, baik dalam keluarga, masyarakat maupun panti sosial sebagai proses rehabilitasi yang mencakup motivasi dan diagnosis

psikososial, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan, bimbingan mental spiritual, bimbingan fisik, bimbingan sosial dan konseling psikososial, pelayanan aksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut, dan/atau rujukan.Jaminan warga negara dapat melaksanakan fungsi sosialnya melalui Undang-undang Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial (UU Kesos), sehingga kebutuhan dasar setiap warga negara terpenuhi. Kebutuhan dasar tersebut meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.

5. Pengawasan Layanan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508) memutuskan bahwa pengawasan di bidang kesehatan termasuk di dalamnya kewenangan memasuki setiap tempat yang diduga digunakan dalam kegiatan yang berhubungan dengan Sumber Daya di Bidang Kesehatan dan Upaya Kesehatan; memeriksa setiap lokasi, fasilitas, tempat yang berkaitan dengan Sumber Daya di Bidang Kesehatan dan Upaya Kesehatan, memeriksa perizinan yang berkaitan dengan Sumber Daya di Bidang Kesehatan dan Upaya Kesehatan, memeriksa setiap dokumen yang berkaitan dengan Sumber Daya di Bidang Kesehatan dan Upaya Kesehatan, mewawancarai orang yang dianggap penting, melakukan verifikasi atau klarifikasi, kajian, dan memberikan rekomendasi berdasarkan hasil pengawasan. Terkait pelanggaran jika tenaga pengawas kesehatan menemukan adanya pelanggaran atau dugaan pelanggaran ketentuan peraturan perUndang-undangan bidang kesehatan yang bukan lingkup tugas dan kewenangannya, maka Tenaga Pengawas Kesehatan yang bersangkutan harus melaporkan kepada tenaga pengawas kesehatan yang terkait. Namun materi adanya dugaan adanya penyiksaan dalam layanan belum dimaknai yang diintegrasikan dalam pelanggaran.[9]

9 Reefani, Nur Kholis. 2013. Panduan Anak Berkebutuhan Khusus. Yogyakarta: Imperium.
Rahayu, Sugi. Dewi, Utami dan Ahdiyana, Marita. 2013. ***Pelayanan Publik Bidang Transportasi Bagi Difabel di Daerah Istimewa Yogyakarta***.

04

PROFIL RUMAH SAKIT & PANTI REHABILITASI YANG DIPANTAU

Rangkaian pemantauan dilakukan secara pararel oleh tim pada bulan Juli-September 2018 yang dilakukan di 3 wilayah yaitu:

a. Jawa Tengah
   - Semarang: RSJD Amino Gondohutomo
   - Semarang: Panti Sosial Margo Widodo,
   - Wonosobo: Panti Rehabilitasi Dzikrul Ghofilin milik swasta di Wonosobo.
   - Kendal: Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu
   - Kendal: LK3 (Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga) Dinas Kabupaten

b. Sumatera Barat
   - Padang: RSJD Prof HB Saanin
   - RSJ Swasta Puti Bungsu, serta
   - Pesantren Rabbani

c. Sumatera Utara
   - Medan: RSJ Swasta Mahoni dan
   - RSJ Swasta Bina Karsa.

Berikut adalah kondisi fasilitas, kapasitas dan penanganan di masing-masing tempat perawatan.

IV.1 Fasilitas

Kapasitas

Jawa Tengah

	Kamar/Tempat Tidur	Ruang Isolasi	Ruang Jeruji	Toilet
RSJD Dr. Amino Semarang	336	Ada	Ada	ada
LK3 Dinas Kabupaten Kendal	4		1	2
Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu Kendal	1 kamar 14 ranjang, bangsal	Ada	Ada	Satu bak besar untuk mandi bersama
Panti Sosial Margo Widodo Semarang	160 orang diisi 90 laki-laki dan 60 perempuan		tidak dapat di akses	tidak dapat di akses

Rumah Sakit Dr. Amino Semarang memiliki 336 tempat tidur, ruang isolasi, ruang pengawasan dan perawatan dimana masing-masing ruang perawatan tersedia kamar mandi dan toilet, namun kondisinya sering rusak karena pembalut yang dimasukkan ke dalam toilet. Juga ruang perawat yang dapat mengontrol pasien setiap saat. LK3 Dinas Kabupaten Kendal memiliki 4 tempat tidur, 1 ruang berjeruji, 2 kamar mandi dan 1 ruang kosong.

Gedung Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu berlantai dua sebagai ruang administrasi dan 2 ruang makan. Di kawasan dalam terdapat pagar dan taman yang luas serta leluasa bagi orang dengan disabilitas psikososial beraktivitas. Untuk laki-laki ada satu ruang tidur, ruang khusus seperti bangsal untuk yang belum bisa mandiri dan masih sering ingin lari atau mengganggu orang lain. Ada beberapa **ruangisolasi** berisi 1 orang per ruangan. Saat pemantauan dilakukan ada 5 orang yang menempati ruang isolasi.1 orang diantaranya mengalami kerusakan otak permanen. Untuk perempuan hanya ada satu ruang tidur, ranjangnya sebanyak 14 unit, dan ada kamar mandi juga, serta ada satu bangsal bagi yang belum bisa mandiri beraktivitas. Mereka dimandikan dalam satu kolam besar yang tertutup.



Foto: Ruang Perawatan di Panti Pelayanan Sosial Eks Psikoltik Ngudi Rahayu

Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo, Semarang, memiliki daya tampung 160 orang, saat pemantauan dilakukan panti dihuni oleh 90 orang laki-laki dan 60 orang perempuan.

Sumatera Barat dan Utara

	Kamar/Tempat Tidur	Ruang isolasi	Ruang IGD	Ruang Jeruji
RSJ HB Saanin	314 83 untuk perem-puan		Ada	Ada
RS Jiwa Puti Bungsu di Kota Padang	40 kamar	5 kamar	Ada	Ada
Rumah Sakit Mahoni di Sumatera Utara	Kapasitas 40, sering kekurangan pasien	Tidak ada	Ada	Tidak Ada
Rumah Sakit Bina Kar-sa, Sumatera Utara	28 orang	Ada	Ada	Ada



Foto: Ruang Perawatan Intensif di RSJD HB Saanin

RSJ HB Saanin Padang memiliki 314 tempat tidur, 83 diantaranya merupakan tempat tidur untuk perempuan. Ada beberapa ruang untuk menangani pasien:

Nama Ruangan	Fungsi	Peruntukan	Kapasitas Tempat Tidur untuk Perempuan
Ruang Melati	Rawat Inap	Perempuan	40
Ruang Flamboyan	Rawat Inap	Perempuan, laki-laki	15
UPIK	Kedaruratan psikiatrik	Perempuan, laki-laki	10
Ruang Anggrek	Rawat Inap VIP	Perempuan, laki-laki	14
Ruang Teratai	Perawatan jiwa dan non jiwa	Perempuan, laki-laki	4

RS Jiwa Puti Bungsu di Kota Padang memiliki kapasitas sebanyak 40 kamar mulai dari kelas VIP hingga kelas III. Ruang isolasi sebanyak 5 kamar dan Ruang IGD. Rumah Sakit Mahoni di Sumatera Utara menyediakan 40 tempat tidur, namun tidak pernah penuh apalagi over kapasitas.

Sedangkan Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara memiliki kapasitas 28 orang, dengan jumlah pasien enam orang per bangsal yang dibagi dalam kelas 1, 2, 3. Kelas tiga bisa dihuni enam orang pasien, kelas dua menampung dua orang pasien, dan kelas 1 untuk 1 orang. Pasien laki dan perempuan dipisah. Terdapat juga ruang fiksasi (maksimal 2x24 jam, tiga kali suntikan), perawat sedapat mungkin mengawasi pasien yang ingin mencelakai dirinya, orang lain, dan lingkungan.

Fasilitas Khusus

Peralatan khusus berupa *kit (*peralatan) berisi masker dan helm disediakan oleh rumah sakit Amino Semarang untuk situasi darurat seperti gempa, kebakaran, dan sebagainya.

Begitu pula dengan RSJ HB Saanin Padang yang menyediakan fasilitas khusus untuk Perempuan dengan disabilitas psikososial diantaranya:

1. Pakaian termasuk pakaian dalam
2. Bagi PdDP yang sedang menstruasi akan diberikan pembalut hingga menstruasi selesai.
3. Dimandikan dua kali sehari oleh perawat perempuan di kamar mandi tertutup.
4. Adanya Sekat tembok untuk ruang perawatan campur.
5. Toilet umum yang memisahkan antara perempuan dan laki-laki, untuk menghindari pelecehan seksual atau kejahilan yang terjadi ketika mengantri toilet.

Fasilitas Pelayanan Lain

Rumah sakit Amino Semarang memiliki fasilitas pelayanan syaraf, gigi, obgyn, bedah mulut, fisioterapi. Rumah sakit lainnya yang memiliki unit pelayanan lain yaitu rumah sakit Mahoni Sumatera Utara yang memiliki fasilitas laboratorium, psikolog, fisioterapi dan ambulans, yang memiliki keahlian terbaik pada fisioterapi, psikologi, dan pengobatan pasien.

IV.2 SDM Rumah Sakit

Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang memiliki SDM dengan beberapa tugas. Ada yang bertugas untuk perawatan dan ada yang bertugas rehabilitasi sosial, dari Psikiater dan Psikolog. RSJ Dr Amino memiliki SOP perawatan yang mengatur perawat di bangsal perempuan wajib perempuan, laki-laki dibutuhkan jika ada pasien yang harus dipegang karena meronta. Sementara di bangsal laki-laki perawatnya bisa laki dan perempuan begitu juga di bangsal VIP. Pasien remaja laki-laki juga lebih nyaman dengan perawat perempuan.

Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga (LK3) Dinas Sosial Kabupaten Kendal, terdapat 1 petugas yang menjaga, yang merupakan pegawai purna bakti yang dikaryakan.

UPT Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu Kendal memiliki 23 orang pegawai, diantaranya perawat, administrasi, keamanan, dst, sedangkan jumlah pasien sebanyak 187 orang. Idealnya pegawai berjumlah 50 orang agar semua pasien dapat dilihat perkembangan kondisi kesehatannya. Juga mengawasi keamanan pasien dan turut langsung membersihkan seluruh ruangan dan lingkungan panti. Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo, Semarang terdapat 24 orang petugas yang melaksanakan fungsi administrasi, perawatan dan pelayanan lainnya. Rumah Sakit Mahoni, Sumatera Utara memiliki Ahli gizi, Apoteker, Psikoterapi, Dokter umum dan Dokter ahli serta 10 orang perawat. Namun kendala lain yakni tidak adanya Psikiater anak. Sementara Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara memiliki 25 orang tenaga pendukung yaitu tenaga administrasi, perawat dan Dokter. Setiap jadwal dinas ada 1 orang laki-laki dan 1 orang perempuan yang bertugas malam. Karena RS ini rujukan Badan Narkotika Nasional, maka dukungan BNN dari 2015 selain merujuk kasus juga dukungan pelatihan pada Dokter dan perawat. Latihan konseling dengan pasien Narkoba berjumlah delapan buah kurikulum, setiap pelatihan Dokter dan perawat di beri 2 kurikulum pelatihan. Ketika pemantauan dilakukan pelatihan mencakup sampai 4 kurikulum. Pelatihan oleh BNN biasanya dilakukan setiap bulan Oktober.Rumah Sakit Jiwa Puti Bungsu, Kota Padang menyediakan lebih dari 20 orang perawat, 2 orang Psikiater, dan 1 orang Psikolog.



Foto:PdDP di RSJD HB Saanin Dilatih Berkomunikasi

Di RSJD HB Saanin, Padang tersedia 173 tenaga perawat, diantaranya 45 perawat laki-laki dan 127 perawat perempuan. Tenaga perawat perempuan yang lebih banyak perempuan daripada laki-laki ini bermasalah terutama pada saat di malam hari. Beberapa kali terjadi kekerasan terhadap perawat seperti ditampar, dijambak, diludahi dan lain-lain yang tidak jarang mengakibatkan luka-luka kepada perawat. RSJD HB Saanin juga menyediakan 7 Dokter dan 3 Psikiater tetap. Jumlah ini bisa ditambah sesuai kebutuhan Rumah Sakit. Anggaran SDM untuk satu tahun sebesar 1 milyar. Uang tersebut dialokasikan untuk pengembangan perawat atau staf. Staf di RS ini diikutkan ke seminar, workshop dan lain-lain untuk mengikuti perkembangan ilmu kedokteran kejiwaan, penunjang dan keperawatan. Selain itu setiap dua tahun sekali, ada pekan olah raga diadakan secara nasional untuk pasien dan staf rumah sakit. Lokasinya pun berubah-ubah setiap tahunnya.

Perubahan dalam Menangani Pasien Gangguan Jiwa di RSJD HB Saanin

RSJD HB Saanin mengalokasikan anggaran untuk latihan, *workshop*, seminar dan lain-lain untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam menangani pasien gangguan jiwa dengan mengikuti perkembangan jaman. Jika dulu untuk pasien yang datang hanya diberikan obat saja, sekarang sudah diusahakan untuk berkomunikasi dengan pasiennya, seperti mengucapkan salam, menanyakan nama, menanyakan keadaannya sehingga membuat kondisi nyaman kepada pasien karena dalam menangani pasien jiwa harus memperhatikan kenyamanan dan komunikasi.

Setiap sebulan sekali di rumah sakit ini juga akan dilakukan *case conference* yang dilakukan per ruangan. Dalam ruangan tersebut perawat akan menceritakan tentang pasien-pasien yang ditangani. Hal ini dapat membantu menyelesaikan masalah perawat dan bisa berbagi cerita satu dengan yang lainnya.

IV.3 Jumlah Pasien

Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo Semarang memiliki daya tampung 160 orang. Saat pemantauan dilakukan, panti dihuni oleh 90 orang laki-laki dan 60 orang perempuan. Menurut petugas panti, jumlah hunian akan bertambah jumlahnya saat lebaran, dimana biasanya saat Lebaran keluarga menitipkan anggota keluarganya di balai ini. Penghuni juga akan bertambah jika terjadi razia pada orang dengan disabilitas psikososial di daerah/ Kabupaten untuk pembersihan karena adanya ulang tahun daerah atau penyambutan tamu nasional. Aturannya dapat tinggal di balai ini 1-15 hari karena hanya balai persinggahan.

Di Rumah Sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang, ketika pemantauan ini dilakukan jumlah pasien adalah 271 orang, dimana 30%nya adalah perempuan. RS Amino pernah mengalami *overcrowded* (kelebihan daya tampung) saat keluar kebijakan daerah bebas pasung melalui arahan Gubernur Jawa Tengah periode 2010-2014. Sebanyak 100 orang pasien tambahan karena RS Amino menjemput pasien yang dipasung.Menurut petugas,wilayah dimana praktik pemasungan banyak ditemui salah satunyaPati, dimana ada 22 orang yang dibebaskan. Di daerah ini dikenal tradisi pasung.

UPT Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu, Kendal dihuni oleh 187 pasien, terdiri dari 144 orang laki-laki dan 43 orang perempuan. 15 diantara pasien adalah mantan pekerja migran perempuan. Diantara pasien ada pula yang mengalami disabilitas ganda, karena selain psikotik juga rungu wicara. Pasien panti yang tidak bisa mengingat nama diberi nama sesuai hari atau bulan ia masuk panti tersebut atau sesuai nama yang sering ia sebut. Biasanya juga karena masyarakat yang mengantar hanya menemukan di tengah jalan.

Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) yang ditampung di Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo, Semarang sebanyak 150 orang. 95% diantaranya adalah orang dengan disabilitas psikososial. Di antara pasien ada 15 orang yang telah mandiri, mereka inilah yang membantu petugas mengurus penghuni panti yang lanjut usia.

Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara menampung 10 orang pasien perempuan dan 18 orang pasien laki-laki. Pasien perempuan harus tes kehamilan ketika masuk untuk antisipasi terjadinya kehamilan dan melahirkan pada masa perawatan. Alasan rumah sakit tersebutkarena kondisi kejiwaan pasien perempuan, bisa saja diperkosa dan hamil sebelum masuk ke RS.

IV.4 Penanganan dan Perawatan

Perawatan

Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang dalam penanganan pasien mengenal prosedur pengekangan (lazim dikenal dengan istilah fiksasi/*restrain*). Umumnya pasien yang datang dalam kondisi gaduh gelisah ditindak dengan cara*restrain* di mana prosedur pengikatan (fiksasi) tangan dan dilakukan dan dimonitoring secara ketat agar pasien tidak lecet. Ketika pengekangan dilakukan pasien tetap mendapatkan makan minum, dimana tujuan pengekangan adalah agar pasien tidakmengganggu. Pengekangan dilakukan tidak seharian dan dilakukan pelepasan berkala agar gaduh gelisah pasien tidak berlarut. Pasien yang menderita halusinasi pendengaran atau penglihatan, dikontrol dengancara mengetahui isi halusinasinya, sebagai contoh jika pasien mengalami halusinasi dan memicu gaduh gelisah nya karena di rumah pasien tersebut tidak suka laki-laki maka perawat perempuan yang menangani pasien tersebut. Untuk pasien yang hamil RS Amino menempatkan mereka di ruangan yang mudah dipantau agar tidak dicelakai dan diganggu pasien lain. Sementara untuk pasien perempuan yang sedang menstruasi dibantu merawat diri.Setelah kondisi pasien stabil, ada beberapa yang bermasalah isolasi sosial, yaitu menarik diri dan tidak mau melakukan interaksi, maka terapinya secara bertahap dengan kegiatan interaksi.

Bunuh diri merupakan kedaruratan psikiatri, dimana masyarakat dan keluarga juga perlu memahami anggota keluarganya yang mengalami seperti ini. Hasil wawancara dengan perawat Di RS Amino menyatakan pernah terjadi kasus bunuh diri dengan cara menggantung diri di kolong tempat tidur ruang perawatan menggunakan selendang yang dibawakan oleh anggota keluarga mereka ketika menjenguk, padahal sudah ada CCTV di kamar pasien tetapi sayangnya kejadian tersebut lolos dari pengawasan. Untuk pasien yang mengidap HIV, RS Amino bekerjasama untuk penanganannya dengan RS Karyadi Semarang, namun ada pasien disabilitas mental dan juga mengidap HIV yang sudah meninggal.



Foto: Ruang Perawatan dan Fasilitasnya di RS Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang

Di Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang, pasien diberikan kegiatan sosial pasien mulai pukul 08.00-10.00 dengan menyulam, menjahit, menanam, bengkel juga rekreasi ke Bandungan. Ada juga aktivitas berkelompok untuk memantau perkembangan psikis pasien. Pasien yang sudah mandiri diizinkan berjualan di dalam kawasan rumah sakit.

UPT Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu Kendal menampung eks psikotik orang dengan Skizofrenia Paranoid yang beberapa diantaranya masih mengkonsumsi obat, utamanya yang kambuh *(relapse).* Penggunaan obat dalam pengawasan petugas. Kebanyakan diantara mereka dapat mengkonsumsi obat karena menggunakan BPJS. Pelatihan yang diberikan pada orang dengan disabilitas psikososial adalah keterampilan industri rumahan, pertanian, tukang batu dan cuci mobil/motor.

Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo Semarang memiliki kebijakan penanganan untuk perempuan dengan disabilitas psikososial dengan metode operatif wanita (MOW) berupa pemasangan susuk atau suntik KB agar tidak mengalami kehamilan tidak diinginkan.

RSJD HB Saanin, Padang memiliki standar waktu perawatan maksimal 44 hari dalam penanganan dan minimal dalam waktu 14 hari. Standar waktu ini berdasarkan pengalaman, karena biasanya dalam jangka waktu 14 hari, pasien sudah mengalami perubahan.

RS Jiwa Puti Bungsu, Padang memiliki standar waktu perawatan minimal 25 hari dengan perkiraan sekitar 8 juta sudah termasuk ruang rawat inap, dokter, obat,

dan terapi rohani. Biaya perawatan dibayar pribadi. Ada juga yang menggunakan kerjasama asuransi kesehatan dengan perusahaan seperti dengan PT Semen Padang, dan lain-lain. Penanganan di RS ini menggunakan obat-obat psikotik sesuai diagnosa penyakit jiwa yang didiagnosis. Namun di RS ini masih menggunakan alat ECT *(Electric Compulsive Therapy)* yang di gunakan ketika pasien mengalami gaduh gelisah.





Foto kiri: Alat Kejut Listrik (ECT) di RSJ Swasta Puti Bungsu Padang
Foto kanan: Ruang Kejut Listrik (ECT) di RSJ Swasta Puti Bungsu Padang

Rumah Sakit Mahoni, Sumatera Utara memberi layanan psikiatri, juga menyediakan layanan untuk tes psikolog dan juga perawatan untuk pengguna Narkoba. Pasien paling banyak di RS ini menderita skizofrenia, bipolar, dan ketergantungan Narkoba. Layanan yang diberikan medis: obat-obatan, suntik, dan obat makan, serta psikoterapi/konseling. Setelah pengobatan dan kondisi pasien membaik maka pasien dapat rawat jalan. Lama perawatan biasanya antara 10-14 hari. Seluruh penanganan disertakan *informed consent* dari keluarga/orang tua yang jadi pihak yang menyetujui tindakan apa yang akan dilakukan terhadap pasien. Kebanyakan pasien jika ditanya suka atau tidak dengan tindakan yang dilakukan, kebanyakan menjawab ingin cepat pulang.

Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara mengutamakan metode medis dengan pengawalan Psikiater. Penyakit yang banyak didiagnosa adalah skizofrenia.Ketika

mulai masuk, pasien akan disuntik obat-obatan saja, setelah kondisinya baik hanya perlu kontrol obat. Namun meski kontrol obat bagus, namun suatu saat bisa kambuhlagi, jika trauma muncul. Perkembangan pasien dilihat dari kemampuannya mengurus diri sendiri. Tambahan pengembangan ketrampilan dilakukan melalui kegiatan terapi okupasi, menyapu, bersihkan kamar, tanam ubi, pisang, membuat batako. Dapat juga pengembangan melalui kerohanian dan olahraga seperti renang. Perawat juga menjaga aktivitas seksual pasien, karena biasanya mereka onani/ masturbasi. Beberapa diantaranya juga melakukan eksibisionis di awal-awal masuk di institusi perawatan. Dalam hal ini perawat selalu berikan edukasi dengan berbincang kepada pasien, "Kalo buka baju kan malu, dilihat orang". Perawat juga mengedukasi pasien sendiri harus melawan bisikan-bisikan dan tidak membiarkan pasien untuk melamun. Terkait antisipasi *informed consent keluarga*, pihak RS berstrategi meminta dua nomor telpon keluarga. Misalnya minta persetujuan rujukan jika ada hal-hal atau tindakan yang akan diambil. Rumah Sakit Bina Karsa juga memiliki kebijakan perempuan harus tes kehamilan ketika masuk untuk antisipasi terjadinya kehamilan dan melahirkan pada masa perawatan. Juga untuk diberi perawatan khusus karena pasien yang sedang hamil akan mengalami efek samping terutama pada janin bila mengkonsumsi obat-obatan kimia untuk psikotiknya. Oleh karenanya pasien yang hamil harus tanda tangan, karena RS tidak bertanggung jawab jika anak yang dilahirkan cacat.

Obat

Orang dengan skizofrenia harus mengkonsumsi obat dalam jangka panjang bahkan seumur hidup agar tetap stabil. Dampaknya penggunaan obat dalam jangka panjang yang biasa dialami pasien antara lain adalah tremor, hipersalinitas dan rigiditas (kaku). Sebelum BPJS, pengobatan menggunakan ASKES, dimana obat yang dapat dibiayai oleh ASKES tidak hanya satu macam dan ragamnya disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Kendala yang ada sekarang skema penggunaan obat yang dibiayai BPJS masih terbatas. Akses obat juga sangat bergantung pada tipe RS, Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang, sebagai RS di tingkat Kabupaten obatnya lebih sedikit. Padahal ada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan lebih dari satu jenis.

Semua pasien yang menghuni UPT Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah Panti Pelayanan Sosial Eks Psikotik Ngudi Rahayu Kendal, mendapat bantuan pemerintah 3 jenis obat sehari yang harus diminum seumur hidup. Obat disediakan oleh dokter di RS Semarang atau RS di Solo.

Tahapan pengobatan di Rumah Sakit Mahoni adalah sebagai berikut, apabila kondisi pasien *fluktuatif* maka diberikan obat berupa injeksi selama 1-5 hari. Obat minum dihindari karena biasanya akan dimuntahkan. Setelah tenang pasien baru bisa mengkonsumsi obat dan diajak berkomunikasi.Obat yang diberikan dapat memproteksi sel-sel saraf yang belum rusak. Obat-obatan psikotik sekarang bersifat proteksi sehingga resiko kambuh bisa diminimalisir. Untuk pasien skizofrenia memang harus makan obat seumur hidup.

RSJD HB Saanin, Padang menceritakan adanya kendala mengambil obat melalui Formulirium Nasional (Formnas). RSJ besar saja bisa kekurangan obat. Meminta

obat melalui Formnas hanya bisa dibeli di *e-katalog* Formas dan kadang terlambat pengirimannya. Kadang kala ada obat ada yang tidak ada hingga terpaksa harus membeli diluar Formnas. Namun, jika membeli obat diluar Formnas akan rawan terhadap pemeriksaan. Kelebihan lain membeli obat Formnas adalah harganya yang sudah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Pasien dan Keluarga

Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang mengakui adanya hambatan dari pihak keluarga. Biasanya keluarga datang hanya mengantar dan menjemput pasien, sehingga sulit mengedukasi mereka. Keluarga yang peduli hanya sedikit, dan ada kalanya yang rajin membesuk adalah keluarga yang tidak serumah dengan pasien. RS Amino juga melakukan jangkauan dan sosialisasi mengenai kesehatan jiwa ke sekolah sekolah untuk sosialisasi soal rehabilitasi jiwa, ketika melakukan kerjasama dengan SMA II Semarang, RS melakukan Unit Kesehatan Sekolah Jiwa, dengan menggunakan *tools* ada terdeteksi satu orang siswi yang mau bunuh diri karena tidak suka dengan gurunya dan ayahnya. Kendala lain yang dirasakan berat adalah menghapus stigma pada orang dengan disabilitas psikososial. Pada saat dipulangkan, tidak ada keluarga yang mau menerima mereka. Untuk pasien yang seperti ini biasanya dikembalikan ke panti. Salah satu pasien yang sudah mandiri mengaku telah 4 tahun tinggal di panti.

Di Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo Semarang pernah ada pasien yang meninggal dan dikubur oleh pihak balai, karena tidak diketahui keluarganya. Setelah berlalu, baru ditemukan KTP yang bersangkutan dan balai mencoba mengontak keluarga mereka. Balai Rehabilitasi Sosial Margo Widodo menyebut ada pula beberapa perempuan yang terlantar karena diceraikan oleh suaminya.

Beberapa pasien pengguna Narkoba yang dirawat di Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara juga mengalami penelantaran. Mereka ini biasanya berada di rentang usia 14 – 25 tahun dan berasal dari keluarga ekonomi menengah ke bawah. Kerjasama antara rumah sakit dengan BNN ketika keluarga/ orang tua melapor ke BNN dimana lalu BNN melakukan penangkapan dan memasukan mereka ke rumah sakit ini.

Pasien Tindak Pidana

Untuk pasien tindak pidana yang terindikasi menderita gangguan jiwa dan juga pasien yang mengalami gangguan jiwa karena ketergantungan Narkoba, Kepolisian atau Kejaksaan atau Pengadilan Negeri bekerjasama dengan Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang. Kerjasama ini karena adanya penetapan pengadilan dimana biaya perawatan pasien dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan. RS ini pernah merawat lima orang laki-laki dan satu perempuan yang menderita gangguan jiwa karena ketergantungan Narkoba. Pada saat Komnas Perempuan melakukan kunjungan ada 1 orang pasien laki-laki dan satu orang pasien perempuan yang terganggu kesehatan jiwanya akibat ketergantungan Narkoba.

Di Rumah Sakit Mahoni pernah ada beberapa titipan tahanan Narkoba yang diputus rehabilitasi oleh Pengadilan. Putusan Pengadilan menetapkan biaya rehabilitasi

berasal dari keluarga, bukan dari pemerintah. RS Mahoni juga menjalin kerja sama dengan panti rehabilitasi lain termasuk milik swasta. Ada juga pasien yang mengalami ketergantungan Narkoba sebelum sampai pada ranah hukum sudah dibawa oleh keluarga ke RS Mahoni.

IV.5 Persoalan Pendanaan dan Asuransi

Pasien di Rumah sakit Dr. Amino Gondhohutomo, Semarang sebagian besar menggunakan asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sehingga memiliki batas waktu perawatan maksimal 42 hari rawat inap. Jika tidak dijemput keluarga, pihak RS akan melakukan *dropping* atau pengantaran langsung ke rumah keluarga yang ada dalam data pasien. Kendala yang dialami RS adalah ketika mengantar pasien pulang, keluarga tidak menerima atau keluarga tidak ditemukan. Apalagi untuk pasien perempuan yang sudah bercerai dengan suami, ada yang tidak mau diterima oleh mertua. Jika tidak ada keluarga yang menerima, maka RS Amino bekerjasama dengan Dinas Sosial untuk menampung pasien yang bersangkutan.

Rumah Sakit Mahoni belum terakreditasi untuk dapat mengakses BPJS sehingga pasien membayar sendiri atau melalui asuransi perusahaan, atau lembaga lain yang bertanggung jawab membayar biaya perawatan. Untuk kelangsungan perawatan, RS Mahoni menerima sumbangan-sumbangan berupa uang dan barang seperti: Alat sulam, Perlengkapan menempel kertas, dan sebagainya yang bisa membuat pasien betah selama perawatan. Hal ini dilakukan karena RS kekurangan bahan belajar atau aktivitas bagi pasien. Jadi biasanya RS menerima kunjungan individu atau organisasi seperti Buddha Tzu Chi, perayaan ulang tahun, dan sebagainya. RS Mahoni pernah mengajukan untuk masuk dalam skema pembayaran BPJS, namun ditolak karena BPJS masih fokus pada RSJ milik Pemerintah. RS juga menghadapi kendala pasien yang tidak mampu membayar atau tidak ada keluarga yang bertanggung jawab.

Misalnya pada kasus seorang perempuan yang bersuami orang Malaysia dan suaminya tidak pernah pulang walaupun biaya pengobatan dari suaminya tersebut. Beberapa kali juga terjadi 'lari malam' atau keluarga membawa pasien kabur di malam hari untuk menghindari pembayaran. Keluarga tidak ada yang bisa dihubungi atau tidak mau membayar. Keluarga/orang yang membawa pasien berbeda dengan orang yang membawa lari pasien.

Rumah Sakit Bina Karsa, Sumatera Utara adalah RS swasta yang telah masuk dalam skema pembayaran BPJS. Namun kendala yang ditemui adalah ketika pasien pengguna BPJS terlambat membayar premi, maka pasien akan dikenakan denda. Pernah ditemui kasus ada 2 orang pasien yang menunggak selama 2 tahun namun tetap memaksa untuk di *opname.* BPJS menolak membayar klaim, tapi RSJ menerima dan merawat pasien. Peraturan BPJS menyebutkan jika tiga hari (3 x 24 jam) pembayaran premi tidak diselesaikan maka pasien menjadi pasien umum. Kendala lain yang dirasakan keluarga adalah bahwa kepesertaan BPJS berdasarkan kartu keluarga, sehingga bila terlambat membayar premi maka harus membayar semua denda keterlambatan (misal satu KK ada terdiri dari 6 orang, walau hanya 1 orang yang sakit jiwa, maka premi dan denda satu KK harus dibayar). Berbeda

dengan kepesertaan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang individual berdasarkan nama pada KIS tersebut. Dilema bagi RS menghadapi kasus begini adalah keluarga pasien/masyarakat yang tidak mengetahui peraturan dan tidak mampu akhirnya tidak membayar. Atau ketika dibawa pulang ke rumah, pasien masih dalam keadaan gelisah.

Pada saat dilakukan pemantauan, RS Jiwa Puti Bungsu Padang juga sedang membenahi bangunan dan fasilitas RS nya untuk masuk ke dalam akreditasi BPJS. Hal ini dilakukan karena BPJS mempunyai standar akreditasi RS yang harus dipenuhi. RSJD HB Saanin, Padang menerima pasien BPJS. 90% dari pasien di RS ini menggunakan BPJS. Namun ditemui kendala, sejak tahun 2017, BPJS tidak mau membayar dokter jika tidak ada surat penugasan atau SIP nya. Dulu masih bisa menggunakan MOU untuk mendatangkan dokter dan dibayar oleh BPJS. Jika BPJS tidak mau membayarkan dokter yang didatangkan ke rumah sakit ini, rumah sakit ini akan *collapse* karena hanya 10% pasien yang membayar swadaya.

05

LATAR BELAKANG **PEREMPUAN DENGAN DISABILITAS PSIKOSOSIAL (PdDP)** DENGAN DIMENSI KEKERASAN BERBASIS GENDER

V.1 Penyebab Umum

Hasil pemantauan Komnas Perempuan tentang penyebab umum yang menyebabkan orang menderitaDisabilitas Psikososial di beberapa rumah sakit jiwa baik negeri maupun swasta, lembaga rehabilitasi dan panti komunitas, di wilayah Semarang, Padang dan Medan, memperlihatkan temuan-temuan penting. Bisa jadi pendekatan medis psikiatrik maupun psikologis lebih luas dari temuan ini, namun kami akan memunculkan temuan-temuan yang kami peroleh dari hasil pemantauan ini.

Temuan ini kami olah dari suara para pasien yang sedang kondusif untuk diajak bicara, dari dokter dan aparatus medis, serta pendamping. Penyebab umum tersebut dalam perspektif ahli medis antara lain namun tidak terbatas pada: a) Genetik; b) Kepribadian; c) *Stressor;* berbagai permasalahan dalam hidup yang berat dan bertubi-tubi; d) Gangguan dalam otak; e) Kesehatan fisik yang buruk; f) Gangguan sosial.

Sebuah tantangan tersendiri untuk menelisik persoalan perempuan yang mengalami disabilitas psikososial, untuk melihat mana realitas dan mana fantasi. Menurut para aparat dan pendamping, pasien yang mengalami skizofrenia, bisa naik turun kondisinya. Dalam fase yang sedang membaik, mereka bi disebut sehat, bisa bertutur logis dan konsisten. Saat sedang kambuh, mereka hidup dalam fantasi dan khayalannya yang oleh banyak pihak sering tidak dipercaya. Ada fase aktif dimana halusinasi dan waham mereka yang dominan, sehingga cenderung menceritakah hal-hal fantasinya, yang tidak selalu berbasis realitas empirik. Bagi mereka dengan gangguan jiwa berat, wahamnya bisa obsesif. Seorang yang neurotik, bisa jadi pernyataan yang disampaikan adalah kunci untuk menelusuri psikopatologi mereka, termasuk perlu menelusur wahamnya. Misalnya kasus seseorang membunuh anaknya, bisa jadi perilaku kekerasan tersebut karena ada halusinasi atau wahamnya. Misalnya lagi, ada anak yang memasukkan ibunya ke dalam sumur karena dia merasa banyak orang yang akan mengganggu ibunya. Pada kasus lain, ada pasien agresif yang merusak barang, bahkan membunuh orang terdekatnya karena ingin "menyelamatkan" sesuai waham dalam pikirannya, Keluarga dan masyarat umum kadang tidak mengerti penyebab *stressor*-nya.

Berikut temuan-temuan lebih detail penyebab gangguan kejiwaan tersebut, baik yang dialami laki-laki maupun perempuan, antara lain:

a). Gangguan Genetik

Gangguan kejiwaan yang pada dasarnya sudah ada keturunan, tetapi beberapa kasus yang dilaporkan pada Komnas Perempuan, gangguan tersebut muncul karena ada *stressor*, dan bahkan bisa terjadi bersamaan karena terstimulasi anggota keluarga yang lebih dahulu mengalami gangguan kejiwaan. Temuan ini kami dapatkan di sejumlah RSJ termasuk ke pusat pengobatan wilayah Wonosobo.Misalnya M dan S memiliki 9 saudara, dua orang mengalami gangguan kejiwaan dan dimasukkan ke Panti. Pengalaman lain, salah satu pemilik panti rehabilitasi awalnya mengalami gangguan kejiwaan, yaitu dirinya dan dua adiknya secara bersama. Satu pasien asal Bogor Juga ada yang mengalami kondisi yang sama, dia dan dua adiknya mengalami gangguan kejiwaan.

b). Akibat Kematian Orang-orang Terdekat

Sejumlah pasien yang ditemui Komnas Perempuan dan diverifikasi pada pendamping yang dirawat antara lain di RSJ Bina Karsa Medan, RSJD Semarang dan pada panti di Kendal, mengalami gangguan jiwa akibat trauma kehilangan anggota keluarganya, terutama karena meninggal dunia secara berturut-turut dan mendadak, yang membuat dirinya cemas berlebihan dan gampang takut akan kematian.

c). Situasi Ekonomi yang Sulit

Konteks ini ada beberapa kasus: a) Kehilangan mata pencaharian dimana sejumlah pasien yang awalnya bekerja, lalu mengalami banyak tekanan ketika berhenti bekerja, hingga akhirnya mengalami gangguan jiwa (RSJ Medan), b) Lilitan hutang, c) kehabisan harta benda karena gagal usaha dan karena musibah.

d). Dampak Migrasi

Sejumlah mantan pekerja migran juga mengalami gangguan kejiwaan karena tekanan ekonomi, karena pulang tidak digaji, atau saat repatriasi uang yang dihasilkan disalahgunakan suami.

e). Pengasuhan yang tidak Manusiawi

Salah satu pasien RS ada yang mengalami perlakuan tidak manusiawi dari orang tuanya, perlakuan kejam tersebut berupa penyiksaan dengan pemukulan, terus-menerus dimarahi, dipendam dan tidak bisa mengungkapkan perasaan-perasaan marahnya, pelan-pelan menjadi pendiam atau mudah marah dan akhirnya mengakibatkan gangguan kejiwaan.

f). Tidak Siap Kalah

Sejumlah kasus disampaikan rumah sakit salah satunya karena pasien kalah dalam pemilihan legislatif yang memicu gangguan kejiwaan, karena tidak siap kalah dan terlilit hutang.

g). Ketergantungan Narkoba/Napza

Sejumlah pasien korban Napza bahkan sudah pada tingkat yang membahayakan orang lain. Mayoritas keluarga para pasien belum faham soal hak asasi, sehingga pasien tidak jarang mendapatkan kekerasan dari keluarganya karena tingkah lakunya dianggap sudah tidak terkontrol dan dapat mencelakakan maupun merugikan orang lain, kekerasan ini pula yang memperparah gangguan kejiwaanya.

h). Korban "Ngilmu", atau tidak Kuat dengan Ilmu-ilmu Spiritual-Mistis yang Dipelajari

Penyebab PDDP salah satunya karena “ngilmu”, yang kami temui di Panti Eks Psikotik Ngudi Rahayu Kendal, pasien menyatakan bahwa ketika hampir lulus SMA dia mencobangilmu yaitu melalui ilmu kekebalan, ilmu silatnamun ia “tidak kuat” sehingga menderita gangguan jiwa.

Selain penyebab umum di atas ada juga pasien yang mengalami gangguan jiwa ringan, biasanya orang yang mengalami depresi dan insomnia yang juga dirawat di layanan rehabilitasi berbasis komunitas. Dari segi gender, menurut sejumlah narasumber dari pemantauan ini, laki-laki rentan terkena Skizofrenia di usia remaja (belasan tahun), sementara perempuan dari usia remaja hingga tua, tetapi salah satu yang paling rentan bagi perempuan adalah usia sesudah menikah di usia 25 tahun. Sekitar 10-20 persen pasien RS BinaKarsa Medan mengalami gangguan jiwa dengan latar belakang kekerasan.

V.2 Kekerasan Terhadap Perempuan yang Melatarbelakangi atau Berkontribusi Memperparah Kondisi Perempuan dengan Disabilitas Psikososial

Temuan Komnas Perempuan dalam pemantauan kali ini menunjukkan bahwa kekerasan terhadap Perempuan berkontribusi sangat signifikan yang memicu maupun yang menyebabkan Perempuan menjadi PDDP, tidak sanggup atau tidak terdukung untuk *survive*, akhirnya menjadi disabilitas psikososial.Pola-pola KtP yang menjadi penyebab dan memperparah gangguan kejiwaan antara lain:

1. **Kekerasan seksual**: Dalam pemantauan ini kami mendapati sejumlah Perempuan dengan disabilitas psikososial yang mengalami kekerasan seksual sebagai pemicu atau yang memperparah kondisi kejiwaan-nya dalam bentuk:
    a) Perkosaan
    b) Inses
    c) Pencabulan
    d) Penghamilan dengan kekerasan seksual
    e) Pelecehan seksual
    f) Eksploitasi seksual

    Detail kasusnya adalah, di Padang ditemukan satu orang narasumber yang mengalami perkosaan oleh pacar saat usia muda yang mengalami trauma berulang hingga lebih dari 3 kali masuk RSJ. Di Wonosobo pengamen anak Perempuan juga alami **kekerasan seksual berulang hingga hamil dan melahirkan anak** yang akhirnya diadopsi oleh orang lain. Termasuk kasus **perkosaan dalam pemasungan** yang memperparah kondisi korban. Kasus lain yang disampaikan pendamping di Padang, adalah kasus **inses** oleh bapak kandung dan ancaman dibunuh yang membuat perempuan korban ini alami gangguan kejiwaan. Kasus **pencabulan** yang sering disimplifikasi sebagai pelecehan seksual oleh aparat medis didapati sejumlah 7 kasus di salah satu RS di Semarang yang menjadi penyebab gangguan kejiwaan. Selain itu juga ada **eksploitasi seksual** yang dilakukan oleh suami di Medan. Sebagaimana disampaikan salah satu tenaga kesehatan di sebuah RSJ swasta di Medan:"Ada perempuan yang menikah karenahamil di luar nikah, dalam pernikahan suaminya nikah lagi. Lalu suaminya menjual dia ke orang lain".

2. **Kekerasan dalam Pacaran (KDP):** Salah satu temuan di Medan, seorang perempuan mantan model mengalami gangguan kejiwaan karena korban mengalami kekerasan dalam pacaran termasuk menjadi korban ingkar janji menikah.

3. **Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT):** Kasus KDRT yang menjadi pemicu atau memperparah gangguan kejiwaan pada perempuan yang ditemukan dalam pemantauan ini adalah:
    a. Kasus perselingkuhan oleh pasangan/suami
    b. Pengusiran oleh suami
    c. Poligami
    d. Kekerasan ekonomi karena suami berhutang

Kekerasan Seksual sebagai Penyebab Disabilitas Psikososial

Awal Desember 2018, Komnas Perempuan menerima pengaduan kekerasan seksual yang diduga dilakukan oleh seorang pejabat publik pada kantor badan pemerintahan berinisial SA. Korbannya yakni RA, asisten pribadi SA. RA melaporkan SA telah beberapa kali melakukan pencabulan hingga perkosaan terhadapnya di berbagai tempat dan kesempatan dengan dalih kerja. Kasus ini beredar luas di pemberitaan media dan RA sebagai korban kekerasan seksual terekspos dengan jelas baik wajah maupun identitasnya dengan maksud untuk mendapatkan dukungan luas.

Sayangnya proses hukum tidak mendukung upaya RA, laporannya di Bareskrim Mabes Polri dengan nomor laporan polisi LP/B/0006/I/2019/BARESKRIM tanggal 3 Januari 2019, dihentikan proses penyidikannya oleh Kepolisian Daerah Metro Jaya dengan alasan kurang bukti. Sementara itu, proses hukum RA dan pendampingnya telah melakukan pencemaran nama baik terhadap SA terus berlangsung di Bareskrim Mabes Polri LP/B/0026/I/2019/BARESKRIM tanggal 7 Januari 2019.

Padahal tim pemeriksa kasus ini yang dibentuk oleh kantor badan pemerintahan tersebut telah menghasilkan pemeriksaan yang memutuskan SA terbukti melakukan perbuatan tercela/asusila yang melanggar peraturan lembaga. Seolah tak tersentuh hukum, pada Juli 2019, SA dicalonkan sebagai anggota komisi badan pemerintahan lainnya.

Proses hukum yang demikian serta pendampingan RA khususnya secara psikologis, yang kurang efektif mengakibatkan RA mengalami depresi. Sejak memutuskan untuk melapor dan muncul di publik, RA berkali-kali mencoba untuk bunuh diri, mengkonsumsi obat penenang, mendapatkan bantuan dari psikiater, dan beberapa kali dirawat di rumah sakit jiwa karena terindikasi mengalami gangguan kejiwaan. Kekerasan seksual serta proses hukum yang tidak memulihkan RA bahkan mengkriminalisasi, berdampak pada kondisi kejiwaannya. Latar belakang pengalaman sebagai korban kekerasan seksual yang kemudian memicu gangguan kejiwaan, ditemui pula pada sejumlah kasus yang dilaporkan ke Komnas Perempuan.

e. Perebutan gono gini
f. Kekerasan fisik dengan penganiayaan
g. Kekerasan psikologis
h. Eksploitasi seksual
i. Teror mistis dari suaminya
j. Kelelahan mengurus rumah tangga dengan beban berat

Detail kasus yang ditemukan antara lain, suami berselingkuh dengan kakak ipar yang kami dapati kasusnya di Kendal, pengusiran oleh suami sepulang jadi buruh migran, sehingga menjadi gelandangan sampai diselamatkan oleh salah satu wihara di Kendal. Kasus poligami atausuami kawin lagi termasuk yang diadukan, ada yang menghamili perempuan lain atau menikah dengan banyak Perempuan juga menjadi pemicu kekecewaan tidak bisa dikelola. Kasus Poligami sebagai penyabab gangguan kejiwaan ini kami dapati di Kendal, Wonosobo, Semarang dan Padang. Perebutan gono gini dan kekerasan ekonomi lain seperti hutang, kami temukan di Semarang. Belitan hutang suami yang tidak sanggup dibayar yang berdampak pada perempuan, uang yang disalahgunakan suami padahal uang tersebut dari hasil migrasi. Selain itu, eksploitasi seksual dialami hingga menjadi perempuan dengan disabilitas psikososial dengan 'dijual' kepada orang lain oleh suaminya. Selain itu ada juga kasus isteri merasa terteror secara mistis oleh suaminya.

4. **Cita-cita Terputus karena Perkawinan:**Kekecewaan yang berat karena cita-cita terputus atau tidak tercapai juga jadi pemicu. Beberapa kasus yang kami temukan di Kendal karena yang bersangkutan ingin menjadi guru, kasus di Wonosobo karena paska menikah tidak bisa melanjutkan cita-cita kuliah lagi.
5. **Ketidaksanggupan Mandiri dan Hilang Rasa Aman**: Sejumlah kasus terjadi karena konstruksi terhadap Perempuan yang tidak terlatih mandiri. Sehingga kasus yang kami dapati adalah, ada perempuan yang selalu merasa terancam karena suami bepergian terus, pendidikan isteri yang terbatas, sehingga merasa *insecure*. Kasus ini kami dapati di Padang.
6. **Post Partum:** Paska melahirkan berkontribusi cukup signifikan pada Perempuan sehinggamengalami depresi dan berujung pada disabilitas mental apabila tidak dilakukan pendampingan. Di Wonosobo terdapat kasus *baby blues*, yang membuat seseorang tiba-tiba kehilangan ingatan paska melahirkan, termasuk kasus-kasus yang dituturkan pendamping di Semarang, Wonosobo dan 2 di Padang, dan satu kasus lagi yang diadukan ke Komnas Perempuan. Gangguan jiwa karena pasca melahirkan, kemungkinan belum siap memiliki anak, maupun kondisi biologis dan psikis yang alami, perubahan drastis, perasaan tidak aman *(insecure)*, serta minimnya dukungan pascamelahirkan.
7. **Domestifikasi Perempuan dan Pencerabutan Otoritas Diri**: Kasus yang didapati Komnas Perempuan adalah seorang istri polisi yang dari pembicaraan adalah perempuan pintar, dimana dia dipaksa ikut organisasi istri yang tidak sesuai dengan kehendaknya, Dia tidak suka dengan ritual bersolek, standar kecantikan dan pakaian yang diatur dalam pertemuan organisasi istri-istri Polisi. Dia merasa banyak potensi yang bisa dia lakukan, tetapi hilang kesempatan karena jadi istri polisi yang harus dukung karir suami. Selain itu ada kasus seorangguru bahasa Inggris juga gagal melanjutkan mimpinya, karena kondisi kejiwaannya.
8. **Kompleksitas dan Konstruksi Perkawinan**: Beberapa kasus yang kami temukan antara lain, Perempuan di Wonosobogagal mendapatkan jodoh yang menjadi target impiannya. Perempuan dengan disabilitas psikososial ini kerap

Menjadi PdDP Paska Melahirkan dan Penyalahgunaan Narkoba

Pada Juli 2019, seorang perempuan mengaku bernama P, datang ke Komnas Perempuan untuk melakukan pengaduan. Pengaduan yang disampaikannya tidak jelas karena ceritanya berputar-putar dan tidak fokus. P juga tampak cemas dan beberapa kali menangis dan berteriak-teriak. Pada petugas penerima pengaduan, P menyampaikan bahwa ia dipukuli oleh seorang laki-laki bernama IL, ayah dari ketiga anaknya. IL juga mengancam akan memukul anak-anaknya. Setelah beberapa lama, P menambahkan ceritanya bahwa ia mendapatkan kekerasan dari bapak dan adiknya karena terlalu lama bermain facebook. P memaksa Komnas Perempuan mendampinginya ke Mabes Polri untuk membuat laporan.

Karena kesulitan mendapatkan cerita utuh dari P dan melihat kondisinya, petugas penerima pengaduan mendatangi rumah P. Petugas tidak bertemu dengan siapapun, hanya mendapatkan informasi dari tetangga P, kalau P dan suaminya adalah orang gila dan mengkonsumsi Narkoba.

Petugas kembali lagi ke kantor Komnas Perempuan dan akhirnya dari P mendapatkan nomor telpon ayahnya. Ayah P datang ke Kantor Komnas Perempuan bersama dengan anak pertama P (berusia 18 tahun). Dari ayah dan anak P diketahui P menikah tidak tercatat dengan IL dan memiliki tiga orang anak, paling kecil empat tahun. P dan suaminya sama-sama pengguna Narkotika jenis sabu dan mereka berdua sering kali bertengkar. Anak P menyebut bahwa kedua orang tuanya sudah sering bertengkar sejak ia berusia 9 tahun. Selain Narkoba, pemicu pertengkaran lainnya suami menuduh P selingkuh. Puncaknya dua hari sebelum kedatangan P ke Komnas Perempuan, ia diusir oleh suami. Kondisi P dan suaminya yang demikian mengakibatkan keluarga menjauhkan ketiga anak dari orang tuanya.

Mengenai kondisi kejiwaan, ayah P mengatakan P sering kali mendapatkan perawatan rumah sakit jiwa. Ia didiagnosa menderita skizofrenia paranoid. Gangguan kejiwaan semakin parah sejak P melahirkan anaknya yang ketiga. Terakhir P dirawat di Yayasan ODGJ Cipondoh Tangerang, namun ketika perawatan masih berlangsung, suami P menjemputnya paksa untuk menggunakan sabu bersama. Kondisi perkawinan P, Narkoba, dan trauma paska melahirkan berakumulasi menimbulkan gangguan psikotik.

menyebut nama-nama laki-laki yang oleh pendamping disebut sebagai laki-laki yang diidolakannya dan gagal didapat. Selain itu tuntutan keharusan menikah pada perempuan juga menjadi pemicu, karena pertanyaan terus menerus dari masyarakat tentang perempuan ideal seharusnya segera menikah. Padahal perempuan ini ingin melanjutkan karirnya menjadi perawat. Selain itu juga ada

kasus pemaksaan perkawinan dengan laki-laki yang bukan pilihannya. Selain itu ada kasus perasaan bersalah karena menikah dengan orang yang tidak direstui orang tuanya sehingga selalu merasa dihantui oleh arwah ibunya.

9. **Hilangnya Hak Asuh Anak**: Hak asuh anak karena perceraian juga menjadi salah satu bentuk kekerasan yang kontributif pada parahnya disabilitas psikososial, salah satunya dialami oleh perempuan asal Brebes yang dirawat di RSJ Semarang. Selain itu diambilnya anak untuk diadopsi orang lain juga menjadi memori buruk yang selalu diulang dan disebut oleh perempuan dengan disabilitas psikososial, duakasus ini ditemukan di Wonosobo.
10. **Kondisi Kerja Domestik yang Tertutup dan Eksploitatif**: Kasus-kasus para buruh migran yang menjadi PRT dengan kondisi kerja yang buruk, dilarang bermobilitas, tertutup, beban kerja berlebih, membuat kasus-kasus paling mengedepan yang dialami buruh migran yang alami gangguan kejiwaan.
11. **Kegagalan Migrasi dan Problem Integrasi:** Kasus-kasus lain yang berhubungan dengan migrasi adalah tidak adanya persiapan saat kembali. Para buruh migran berharap saat kembali bisa menikmati hasil kerjanya, tetapi kembali justru uang habis, terlilit hutang, keluarga hanya butuh uang. Situasi inilah yang membuat para migran kehilangan daya dan penopang hidup.
12. **Pengabaian Lanjut Usia Perempuan**: Komnas Perempuan mendapati setidaknya lima Lansia Perempuan yang tinggal atau "dibuang" di RSJ/panti hingga meninggal. Keluarga seperti membuang, tidak ditengok, dan yang kami temui di Padang dan di Wonosobo karena merasa kesepian dan diabaikan oleh anak-anaknya.
13. **Ketegangan Spiritual dan Pemaksaan Berbusana atas Nama Agama:** Kasus kekerasan berbasis gender juga terjadi karena spiritualitas yang dipaksakan, salah satunya karena merasa dipaksa harus berbusana panjang dan tertutup, padahal dia dalam proses mencari spiritualitasnya. Daya refleksi mencari Tuhan melampaui isu kotak-kotak agama inilah yang membuatnya merasa berfikir sendiri, dianggap gila, dan dia dipaksa dibawa ke pusat rehabilitasi.

V.3 Kekerasan Berbasis Gender terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial dalam Konteks Migrasi

Pada bagian ini Komnas Perempuan akan membuat bagian khusus tentang migrasi dan isu disabilitas psikososial pada perempuan pekerja migran, karena bukan hanya konflik dan tertekan yang berkontribusi kuat dalam memicu gangguan kejiwaan, tetapi migrasi menjadi salah satu penyebab signifikan. Karena siklus kekerasan migrasi, dimulai sejak pra berangkat, transit, di tempat kerja baik oleh majikan maupun oleh keluarga di tempat asal, hingga saat kembali. Dari hasil temuan Komnas Perempuan melalui pemantauan sejumlah konteks pemantauan menunjukkan bahwa kekerasan berbasis gender, baik KDRT, kekerasan seksual,perkawinan anak, korban industri hiburan dan berlapis dengan isu kemiskinan yang menjadi penyebab dan pendorong migrasi. Mereka bekerja menjadi pekerja migran adalah langkah penyelamatan

Perempuan Korban KDRT Pelaku Pembunuhan Ketiga Anaknya

NL seorang ibu yang terbukti membunuh ketiga anaknya (usia 6, 4, dan 2 tahun) dengan cara membekap dengan bantal. Setelah itu NL berusaha bunuh diri dengan minum racun, menyayat nadi dan lehernya. NL dapat diselamatkan namun ketiga anaknya meninggal dunia. Pada tanggal 9 Oktober 2018, Pengadilan Negeri Gianyar menjatuhkan putusan NL bersalah melakukan tindak pidana kekerasan terhadap anak sebagaimana diatur dalam pasal 76C jo. pasal 80 ayat (3) dan (4) UU No. 35 tahun 2014 tentang Perlindungan Anak, dan dijatuhi pidana penjara selama 4 tahun 6 bulan.

Putusan ini lebih rendah dari tuntutan Jaksa Penuntut Umum (JPU) yang menuntut NL melakukan pembunuhan berencana pasal 340 KUHP dengan tuntutan pidana penjara selama 19 tahun. Majelis Hakim menyatakan pembunuhan berencana seperti tuntutan JPU tidak terbukti. Dalam pertimbangannya Majelis Hakim menjadikan fakta hukum NL sebagai korban KDRT dan berpengaruh pada kondisi kejiwaannya pada saat melakukan pembunuhan sebagai dasar Hakim dalam menjatuhkan putusan No. 80/PID.SUS/2018/PN.GIN.

NL adalah korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) psikis dan penelantaran rumah tangga yang dilakukan oleh suaminya, bapak mertuanya, dan iparnya. NL juga terpaksa menjadi tulang punggung bagi ketiga anaknya dengan bekerja sebagai PNS. Pada saat berusaha lepas dari KDRT dengan cara pergi dari rumah mertua dan membawa ketiga anaknya, suami justru mengancam akan mengambil ketiga anaknya. Sebelum perkawinan ini, NL juga mengalami KDRT dari mantan suaminya. Paska perceraian NL dipisahkan dari anak kandungnya. Seluruh peristiwa KDRT ini mengakibatkan trauma mendalam dan mendorong tindakan NL bunuh diri dan anak-anaknya untuk mengakhiri penderitaannya dan anak-anaknya.

Tiga ahli kedokteran jiwa menyebut tindakan NL melakukan bunuh diri dan hendak mati bersama anak-anaknya adalah bukan kehendak bebas, namun lebih dikendalikan oleh rasa kalut, frustasi, bingung, ketakutan, kesedihan, putus asa sehingga tidak mampu lagi berfikir rasional karena kelelahan mental yang dialami. Lebih lanjut ahli Dr. I Dewa Basudewa, SpKJ menerangkan NL mengalami keadaan yang dinamai Disosiasi (proses ketika senyawa ionic terpisah menjadi partikel yang radikal) akibat KDRT yang dialaminya. Disosiasi yaitu suatu keadaan dimana mekanisme seorang manusia yang menderita sakit mental, tertekan, sedih yang luar biasa hingga pikiran dan perasaan serta perbuatannya terpisah satu sama lain, dan tidak terkendali oleh dirinya.

diri, eskapisme (berlari dari situasi buruk), juga upaya menopang keluarga untuk memperoleh keberlanjutan hidup.

Mekanisme rekruitmen dan pemberangkatan, berkontribusi besar dalam memperparah kondisi psikis para migran,karena tidak ada tes psikis,pemulihan maupun penyiapan psikis lainnya. Kesakitan pra berangkat ini dipaksa untuk langsung bekerja dalam situasi kerja-kerja domestik yang tertutup, eksploitatif, beban kerja yang tidak rasional, kesunyian, mudah dicemburui, absurditas sebagai orang tua yang harus menjaga anak orang lain dengan meninggalkan anak-anaknya sendiri, dan lain-lain. Catatan hasil pemantauan Komnas Perempuan menemukan bahwa mereka yang terancam hukuman mati, karena melakukan tindak pidana agresi dengan pembunuhan, akibat depresi berat, gangguan psikologis karena kondisi kerja yang buruk, penumpukan persoalan sejak berangkat, ketakutan dan kehilangan rasa aman serta resistensi/perlawanan karena kekerasan seksual.

Kekerasan di tempat kerja ini secara paralel juga mengalami kekerasan oleh keluarganya karena suami yang menikah lagi, uang yang didapatkan dari hasil kerjanya dipakai untuk bersenang-senang suami, dipersalahkan sebagai ibu karena dianggap tidak urus anak, merasa jadi mesin uang karena keluarga hanya menagih kiriman uang dibanding menanyakan kesehatan atau kondisi psikis pekerja migran. Setelah kembali juga tidak jarang alami kekerasan, seperti pertanyaan tentang kesucian selama bekerja di LN, tuntutan berhasil, rasa berjarak dengan anak, suami yang kerap di dapati menikah lagi atau ada hubungan dengan Perempuan lain, hutang yang tidak bisa ditebus, semakin memperparah kondisi psikis dan ujung akhirnya alami gangguan kejiwaan. Kondisi akumulatif inilah yang membuat pekerja migran alami kerusakan psikologis.

Dalam pemantauan ini, Komnas Perempuan menemukan 16 eks pekerja migran perempuan yang alami disabilitas mental, yang dirawat di satu panti rehabilitasi di Wonosobo. Yang berhasil di wawancara ada 7, ada 2 eks dari PMI Singapore,salah satunya alami kekerasan seksual saat diasingkan dan dipasung di tengah kebun yang diduga pelakunya adalah penjaganya, hingga melahirkan seorang anak. Kasus-kasus lainnya, saat kembali dari Singapura sudah dalam keadaan psikotik. Kondisi kerja yang tidak manusiawi juga berkontribusi pada kerusakan mental mereka, salah satunya ada eks migran yang sedang direhabilitasi, selalu menyebut-nyebut "ada majikan, ada majikan" dengan expresi ketakutan. Eks migran yang sudah lansia juga alami gangguan kejiwaan karena terlilit hutang, akibat uang yang diperoleh dari pekerja jadi PMI dihabiskan oleh suami. Kasus-kasus lain menurut informasi pendamping, karena suami kawin lagi saat isteri bekerja di luar negeri, ada juga kasus yang diusir oleh suami saat akan kembali ke rumah dan mendapati isteri sudah mulai ada gejala gangguan kejiwaan.

Data BNP2TKI memperlihatkan bahwa pada 2015 terdapat 19 kasus pekerja migran yang mengalami depresi/sakit jiwa[1]. Data ini juga menyebutkan ada 18 kasus pekerja migran yang mengalami pelecehan seksual sepanjang 2015.BPK TKI Selapajang Tangerang mencatat bahwa kasus pelecehan seksual tahun-tahun sebelumnya (2008-2014) mencapai 11.343 kasus, dengan rincian 1889 (2008),

2518 (2009), 2978 (2010), 2186 (2011), 1202 (2012), 477 (2013), 93 (2014, hingga September).[10]

Jumlah korban para perempuan migran sudah sedemikian besar, namun residu dari dampak migrasi masih belum menjadi wilayah yang harus jadi tanggung jawab Negara. Keluarga harus bertarung sendiri untuk melanjutkan kehidupan para ex-migran yang alami disabilitas, termasuk disabilitas mental. Kemiskinan ekonomi dan miskin informasi membuat para mantan migran dengan disabilitas mental ini tidak tahu bagaimana harus merawat, sehingga mereka ada yang dipasung di tengah kebun. Sebagian dimasukkan ke panti rehabilitasi tradisional milik mantan buruh migran, dengan segala keterbatasan dukungan untuk pemulihan.

V.4 Menyelami dan Memahami Dunia Disabilitas Mental dari Perspektif Para Perempuan dengan Disabilitas Psikososial

Dalam perspektif HAM, manusia dengan kondisi apapun dan tanpa syarat, punya hak asasi yang melekat, termasuk hak perempuan dengan disabilitas psikososial (PDDP). Beberapa persoalan mendasar yang dialami Perempuan dengan disabilitas psikososial adalah diskriminasi dan kekerasan baik sebagai penyebab maupun dampak, disangkal dan dihilangkan sebagai subjek untuk didengarkan.

Dalam bagian ini, Komnas Perempuan perlu menuliskan dan menghadirkan suara Perempuan dengan disabilitas psikososial sebagai subjek, mengakui pengalamannya, dan mendokumentasikan apa yang dipersepsi dan dialaminya, saat awal atau pergulatannya mengalami disabilitas mental.



Foto: Komnas Perempuan bersama PdDP di RSJ Swasta Puti Bungsu Padang

10 Laporan Kinerja Deputi Bidang Perlindungan Tahun 2016 Badan Nasional Penempatan Dan Perlindungan Tenaga Kerja Indonesia (BNP2TKI).Terminologi depresi/sakit jiwa ini merupakan klasifikasi kasus berdasarkan BNP2TKI.

1. **Pengalaman Saat Awal Terkena "Gangguan" Kejiwaan dan Perasaan Saat Gaduh Gelisah**

   Dikalangan Perempuan dengan disabilitas mental, sebutan yang mereka gunakan untuk menjelaskan situasi yang dialaminya dengan istilah "gila." Istilah gila ini label sosial dan narasi yang sering dilekatkan dan diadopsi oleh mereka. Salah satu pengalaman PdDP bernama UT menuturkan bagaimana pengalaman awal terkena gangguan kejiwaan ini. Secara garis besar, dia mulai mengalaminya setelah melahirkan, UT tiba-tiba merasa masuk ke dunia gelap, dunia yang tidak dikenalinya, dan dia merasa seperti disetrum. Dalam alam pikir dan rasanya, dia banyak mendengar suara gaduh, merasa akan diserang, banyak didatangi wujud aneh. Misalkan, dia melihat orang yang lewat didepannya yang tiba-tiba dalam penglihatannya berubah seperti binatang yang akan menyerang, bahkan ada yang berbentuk binatang seperti anjing, padahal tetangganya.

   Adapun AU, selama masa gaduh gelisah merasa hilang kendali diri, tidak bisa mengontrol tubuhnya, bahkan dia merasa badannya dijalankan oleh energi yang tidak bisa dikendalikan, selain itu juga sudah tidak ada rasa malu walau jalan tanpa pakaian. Perempuan-perempuan yang sedang dalam perawatan merasa lemas, pusing, tidak tahu kenapa dibawa ke tempat rehabilitasi, apa salah dia? Kenapa dibuang oleh keluarga?

2. **Kecenderungan Bunuh Diri dan Sulit Tidur**

   Sejumlah pusat rehabilitasi menyampaikan kekhawatiran bahwa PdDPcenderung ingin bunuh diri. Walau aturan rumah sakit melarang membawakan alat-alat yang berpotensi digunakan untuk bunuh diri, rupanya ada kasus Perempuan bunuh diri di RS, bahkan tidak terdeteksi oleh CCTV, karena menggunakan selendang dan menggantung dibawah tempat tidur. Komnas Perempuan berhasil mewawancara penyintas yang pernah berusaha bunuh diri. Apa yang dirasakan mereka yang alami gangguan kejiwaan sehingga mereka cenderung untuk bunuh diri? AU merasakan bahwa hidupnya menderita, bahkan membuat penderitaan orang lain dan keluarganya, menyusahkan dan tidak berguna. Sehingga dia berusaha bunuh diri di tempat yang sulit digagalkan oleh orang lain, karena area yang dituju dianggap angker olah masyarakat sekitar karena pernah menjadi tempat beberapa kasus bunuh diri sebelumnya. Tetapi dia gagal bunuh diri, karena tali putus. Kegagalan bunuh diri tersebut justru menjadi pembuka matanya dan membuatnya berkesimpulan bahwa Tuhan tidak mengizinkannya bunuh diri.

   Sejumlah kasus perempuan dengan disabilitas mengalami kesulitan tidur bahkan dalam ketakutan karena beberapa situasi dan pengalaman buruknya. Ada yang merasa diganggu oleh roh jahat, ada yang ketakutan pada serangan magi/mistis yang dirasakan selalu mengganggu jiwanya, atau ada figur menakutkan yang mengancam dan dia harus berjaga-jaga. Bahkan ada yang tidak bisa tidur selama 30 hari berturut-turut karena kekecewaan mendalam akibat suaminya ingkar pada komitmen.

3. Penghilangan Hak Membuat Keputusan, Perasaan Dibuang, dan Pengalaman Diasingkan

Situasi yang paling tidak disukai PDDP adalah perasaan disangkal sebagai subjek, merasa dibendakan, tidak didengar suara dan keputusan atas dirinya. Misalkan tiba-tiba dia dipaksa masuk mobil untuk dibawa ke RSJ atau tempat rehabilitasi tanpa persetujuannya. Pihak yang membawa merekalah yang paling mereka benci dan akibatnya mereka bisa jadi sasaran agresi saat gaduh gelisah. Merekayang sering masuk dalam dalam *list* buruk antara lain supir mobil yang membawa mereka, ibu kandung yang selalu disebut-sebut telah membuangnya, paman dan anggota keluarga yang sepihak memaksa ke RSJ, atau anak-anak yang mengasingkan orang tuanya yang sudahLansia.

Mereka merasa dibuang oleh keluarga, tidak diterima oleh masyarakat, merasa sunyi, khususnya para lansia dengan disabilitas psikososial. Selain itu, kasus-kasus kekecewaan yang jadi pemicu, seperti persoalan efeksi yang tidak tersalurkan, kawin paksa, gagal menikah dengan seseorang, membuat perempuan dengan disabilitas psikososial mengalami sulit tidur.

Tidak ada satu jawaban apakah mereka lebih senang tinggal bersama keluarga atau di RSJ. Beberapa mengakui bahwa rumah yang tidak kondusif dan supportif justeru memperburuk kondisi mereka. "Saya kalau di rumah kumat" kata seorang Perempuan dengan disabilitas mental yang merasa lebih tenang kalau di RSJ. Ada juga yang lebih senang di pusat rehabilitasi spiritual-tradisional karena tidak harus makan obat. Hampir semua Perempuan dengan disabilitas mental, selalu memeluk kencang saat kita dekap--bahkan mayoritas menangis--, merasa bahagia saat dikunjungi dan diajak bercakap dengan cara yang setara, akrab dan membangun percaya, bahkan saling berpegang tangan saat wawancara.

4. Ingatan Kuat pada Para Pelaku Kekerasan

Dari sejumlah percakapan dengan Perempuan dengan disabilitas psikososial, dari dua korban kekerasan yang bisa diajak bicara, mereka hanya berputar pada satu soal sebagai penyebab inti persoalannya dan sulit diajak bicara tema yang lain. Ada juga informasi yang kerap inkonsisten, termasuk sulit konsentrasi. Tapi saat disinggung siapa yang melakukan kekerasan seksual (hubungan seksual), dua korban dengan jelas menyebut nama-nama pelaku yang pernah membuat mereka jadi korban hingga hamil, juga lokus kejadian di kebun atau di alun-alun. Demikian juga untuk konteks KDRT, wajah mereka paling menegang saat mereka marah dan menyebut suami yang jadi pelaku dan menelantarkannya.

5. Menjadi Ibu, Rasa Kehilangan Anak dan Kekuatan Dicintai

PdDP yang oleh pihak panti dianggap parah, tetapi saat bicara soal anak, Perempuan berwajah muda seperti dibawah umur ini bertutur *" Aku hamil, perutku ada cethut-cethut, aku punya bayi ganteng, dibawa sama bu…"*. Satu peristiwa yang mengharukan, ada salah satu Perempuan dengan disabilitas psikososial yang dicari anaknya, kebetulan dia pernah diadopsi oleh tetangganya karena kondisi ibunya yang terganggu ingatan dan kesehatannya. Saat di Panti,

PdDPyang punya anak diminta berjajar untuk mempermudah identifikasi siapa ibu kandung, dengan sisa-sisa memori yang ada. Salah satu ibu, ada yang ingat bahwa dulu punya bayi dengan nama NC, dan akhirnya mereka bisa saling bertemu dengan anaknya yang lama mencarinya. Dia calon tentara dan janji akan merawat ibunya setelah selesai pendidikan.

Kasus lain, penyebab gangguan kejiwaan yang dialami oleh salah satu PdDP dari Brebes juga karena dipaksa berpisah dengan anaknya setelah perceraian. Perempuan dari Temanggung mantan migran menjadi lebih sehat saat tahu anaknya disekolahkan oleh pihak gereja, hampir sarjana, dan selalu bisa dikontak. Anaknya berjanji akan cepat selesai sekolah dan akan merawat ibunya.

6. Titik Balik dan Upaya Merajut Pulih

Kapan seseorang dengan disabilitas psikososial dalam kondisi sehat atau merasa sehat? Salah satu PdDP punya pengalaman menarik dan bertutur. *"Setelah 30 hari, tiba-tiba makhluk di depan saya tunduk sujud ke saya, lalu saya merasa disetrum, dunia berisik tiba-tiba jadi terang benderang"*. Transisi dan pengalaman lain yang dialami PdDP yang memicunya untuk sembuh: *"Saya tiba-tiba melihat anak kecil yang luka seluruh punggungnya, dan ada nenek-nenek miskin yang mengobati, lalu anak itu semangat untuk sembuh. Saya tergugah untuk kenapa saya tidak bisa seperti anak ini?"*. Pengalaman lain, PdDP merasa sembuh saat tidak minum obat, boleh jalan-jalan di tempat lebih luas, sering ditengok dan dapat dukungan keluarga.

06

TEMUAN KEKERASAN TERHADAP **PEREMPUAN DAN PENYIKSAAN**

SAAT DALAM PERAWATAN DI RUMAH SAKIT/ PANTI REHABILITASI DAN ATAU PANTI SOSIAL

VI.1 Kekerasan Berbasis Gender

Secara umum temuan indikasi kekerasan berbasis gender yang terjadi pada perempuan di seluruh rumah sakit/panti rehabilitasi adalah sebagai berikut:

1. **Rentan Kekerasan Seksual oleh Sesama Penghuni Panti dan Petugas**

   Kondisi rentan kekerasanseksual ditemukan Komnas Perempuan di panti-panti rehabilitasi. Hal ini disebabkan karena lokasi untuk kegiatan harian antara penghuni perempuan dan laki-laki bercampur, walaupunlokasi untuk kamar tidur sudah terpisah. Petugas di Panti Sosial Margo Widodo mengatakan bahwa terkadang penghuni perempuan dan laki-laki mengendap-endap di malam hari untuk melakukan hubungan seksual.Untuk rumah sakit jiwa, kebanyakan ruangan perawatan dan ruang kegiatan harian terpisah secara permanen, sehingga kekerasan seksual dapat diminimalisir. Namun terkadang kekerasan seksual bisa juga dilakukan oleh petugas panti/RSJ di Indonesia sebagaimana dikonfirmasi

dalam FGD dengan PdDP dan pendampingnya. Di Panti Eks Psikotik Ngudi Rahayu Boja Jawa Tengah ada aturan bagi penghuni yang melakukan pelecehan seksual, seperti yang tadi-nya boleh bergerak bebas menjadi dibatasi dan dimasukkan ke dalam ruangan khusus yang dikunci bersama sesama penghuni yang masih gaduh gelisah.Pembedaan tingkat kepulihan dilakukan dengan membedakan warna kaus yang dipakai, merah untuk penghuni yang "bermasalah" dan menggunakan baju berwarna biru untuk penghuni yang bisa bergerak bebas di sekitar panti.

2. Minimnya Petugas Perempuan Terutama di Malam Hari dan Potensi Kekerasan Seksual

Di beberapa lokasi pemantauan terutama di panti rehabilitasi petugas mengatakan masih minimpetugas perempuan yang bertugas pada malam hari. Kebanyakan petugas yang berjaga di malamhari adalah petugas laki-laki. Ketika pemantauan di lakukan di Panti Ngudi RahayuKendal, jumlah penghuni berjumlah 187 orang terdiri dari 84 orang laki-laki dan 103 orang perempuan.Dengan penghuni sebanyak itu, petugas yang melayani hanya oleh 23 orang,sehingga tidak semua pasien perempuanditangani oleh petugas perempuan. Hal ini juga terjadi di RSJ Bina KarsaMedan, walaupun jumlah keseluruhan staf-nya adalah 25 orang, namun ketika jadwal dinas malam hari hanya menugaskan2 orang perawat terdiri dari 1 laki-laki dan 1 perempuan. (malam). Sementara jumlah pasien rata-rata 28orang bahkan bisa mencapai 30 orang. Tidak seimbangnya jumlah perawat dengan penghuni di berbagai rumah sakit maupun panti, berpotensi menimbulkan kekerasan (terutama kekerasan seksual) karena hanya petugas laki-laki yang ada ketika malam.

3. De-personalisasi dan Perendahan Integritas Tubuh

Kasus yang ditemukan adalah, PdDP dimandikan di tempat terbuka yang dapat dilihat oleh orang lain baik petugas yang tidak berkepentingan atau sesama penghuni panti. Kamar mandi terbuka ada di beberapa lokasi pemantauan antara lain di Panti Sosial Ngudi Rahayu, Kendal dan Panti Rehabilitasi Swasta Dzikrul Ghofilin, Wonosobo. Kamar mandi yang terbuka merendahkan kemanusiaan perempuan, karena tubuh mereka tidak diperhitungkan sebagai bagian dari harga diri mereka sebagai perempuan. Kamar mandi terbuka menyebabkan PdDP rentan mengalami kekerasan seksual dan pelecehan, baik dari sesama penghuni panti dan dari petugas/perawat. Memandikan PdDP di tempat terbuka dan terkadang yang dimandikan adalahpetugas laki-laki merupakan bentuk pencerabutan martabat sebagai perempuan.Martabat dianggap melekat hanya pada orang yang memiliki kesadaran penuh.

Namun kondisi ini juga kondisi yang dilematis, kadang tugas memandikan diserahkan kepada petugas laki-lakikarena memang minim petugas perawat perempuan, dan jika terpaksa untuk menghindaripelecehan seksual. PdDP dimandikan sesama PdDP yang kondisinya sudah membaik.



Foto kiri: Kamar Mandi tempat Pasien Perempuan Dimandikan Bersamaan di Ngudi Rahayu Kendal. Foto kanan: Kamar Mandi Perempuan (terbuka) di Panti Dzikrul Ghofilin Wonosobo

Selain itu penggundulan juga dilaporkan pada Komnas Perempuan dalam FGD yang masih dipraktikkan oleh sejumlah panti di Indonesia, atas nama kebersihan dan kesehatan. Padahal, apa yang melekat dalam diri seseorang adalah identitas penting yang harus dimintai persetujuan, karena bagi pemiliknya sangat berharga.

4. Perkosaan dan Penghamilan selama Pemasungan

Salah seorangpenghuni panti rehabilitasi Dzikrul Ghofilin bernama T adalah mantan TKW di Singapura yang sebelum berada di panti, dipasung oleh keluarganya di tengah sawah di desa nya di Purworejo selama 8 tahun.Walaupun perkosaan tidak terjadi di panti yang dipantau KP, tapi KP bertemua dengan PdDP yang mengalami pemasungan dan dapat menceritakan pengalamannya ketika focus. T bisa sangat jelas menyebut nama pelaku yang dalam ingatannya bernama Tumbras dan Muhyiddin ketika dipasung hingga hamil dan melahirkan anak.

5. Pemaksaan Kontrasepsi

Seluruh perempuan penghuni yang ada di Panti Sosial Margo Widodo, Semarang. jika dalam usia subur langsung di pasang KB susuk, sementara di RSJD Dr Amino dengan MOW (tubektomi).Jika pasien diantar keluarga maka *consent* dimintakan kepada keluarga, namun untuk penghuni panti yang diantarkan oleh satpol PP, setelah melakukan razia di jalanan, prosedur pemasangan kontrasepsi dilakukan tanpa *informed consent* dari yang bersangkutan. Sementara itu, di RSJ Bina Karsa Medan, seluruh pasien jiwa harus tes kehamilan ketika masuk RS tersebut (sebelum mendapatkan perawatan). Menurut pihak RS, langkah tersebut diambil sebagai antisipasi. Misalnya, kadang-kadang ada pasien jalan-jalan ke luar Rumah sakit tanpa mereka sadari, sehingga bisa saja diperkosa dan hamil saat diluar akibat hal tersebut. Selain itu, untuk mengantisipasi efek obat yang dikhawatirkan akan mengganggu kehamilan. Secara teori, konsumsi obat untuk psikotik akan

mempengaruhi kondisi kehamilan seseorang. Karenanya pasien yang dalam kondisi hamil, ketika masuk RS harus menandatangani persetujuan terlebih dahulu bahwa jika ada gangguan terhadap kehamilan bukan menjadi tanggung jawab RS. Seperti yang dinyatakan staf RSJ Bina Karsa sebagai "*Jangan sampai jika ada hamil cacat, RS tidak bertanggung jawab dan jangan sampai disalahkan*".

6. Minim Perawatan Kesehatan Reproduksi

Di panti Dzikrul Ghofilin Wonosobo, ada pasien bernama T yang menderita miom, miom ini membuat T mengalami pendarahan yang berbau busuk ketika menstruasi. Pengurus panti yang 100 persen menggunakan dana pribadi mengatakan bahwa panti tidak memiliki cukup dana untuk memeriksakan kesehatan reproduksi T secara intensif. Untuk RSJD seperti RSJD Amino Semarang dan RSJD HB Saanin Padang yang sudah memiliki poliklinik Obstetri Ginekologi di dalam-nya, perawatan untuk pasien yang mengalami gangguan kesehatan reproduksi bisa langsung dirujuk ke poli tersebut. Pasal 5 ayat (2) huruf b Undang-undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa perempuan dengan disabilitas memiliki hak menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi. Pasal ini menegaskan bahwa pilihan (menerima atau menolak) dari perempuan disabilitas tidak dapat diabaikan dalam pemakaian alat kontrasepsi.

7. Kehilangan Hak atas Anak

Di panti sosial di Wonosobo, seorang pasien yang hamil karena diperkosa mengaku melahirkan anak lelaki dan mengatakan ingin memelihara anak yang dilahirkan, namun kondisi pasien yang masih di bawah umur, menyebabkan pengurus panti menyerahkan anak yang dilahirkan pihak yang mau mengadopsi. Lalu ada seorang PdDP yang diambil dari jalanan lalu di tampung di Panti Margo Widodo Semarang, diambil dari jalanan sudah dalam keadaan hamil kemudian melahirkan di panti, anak yang dilahirkan di panti tersebut di bawa ke panti penampungan anak di Salatiga. Hampir bisa dipastikan PdDP yang hamil kemudian melahirkan di panti, akan kehilangan anak yang dilahirkan, kecuali jika PdDP tersebut memiliki keluarga atau tetangga yang bersedia mengadopsi dan merawat anak mereka. Yang menarik dari temuan ini bahwa PdDP nyaris terganggu ingatannya kecuali ingatan bahwa mereka memiliki dan kerinduan kepada anak.

8. Persoalan Penerimaan Keluarga Pasca Perawatan

Petugas di Panti Eks Psikotik Ngudi RahayuBoja mengatakan bahwa kesulitan yang dialami salah satunya ketikatiba waktunya PdDP dipulangkan, tidak semua keluarga bisa menerima kembali. Ada suamiyang tidak lagi bisa menerima istri mereka yang selesai dirawat. Ada seorang PdDP bernamaV mantan TKW dari Hongkong, yang sebenarnya kondisi nya sudah baik dan dikembalikan kekeluarga, namun tidak lagi diterima di keluarga sehingga pergi ke Vihara Tanah Putih diSemarang dan akhirnya kembali lagi ke Panti Eks Psikotik Ngudi Rahayu karena sudah tidak adayang mau menampung. V karena kondisinya sudah

membaik bekerja di bagian laundry dipanti. Namun banyak di panti atau rumah sakit lain yang sama sekali keluarga tidak lagi bisa menerima walaupun kondisi pasien/penghuni sudah membaik. RSJ Dr Saanin Padang mengungkapkan bahwa *continuum of care* yang selama ini menjadi salah satu kendala, karena keluarga tidak mau menerima keluarga yang selesai dirawat di RSJ.

VI.2 Bentuk-bentuk Penyiksaan atas Nama Perawatan dan Penyembuhan

Beberapa bentuk penyiksaan dan perlakuan tidak manusiawi serta merendahkan yang dialami Perempuan dengan disabilitas psiko sosial atas nama perawatan dan penyembuhan antara lain adalah:

1. **Pasien/Penghuni *Dilabur* Karbol dan Belerang untuk Pengobatan Penyakit Gatal Kudis *(Scabies)***

   Beberapa penghuni panti di Wonosobo dan Panti Margo Widodo Semarang mengungkapkan bahwa penyakit gatal yang sering dialami penghuni panti adalah skabies. Penyakit skabies adalah penyakit gatal pada kulit yang disebabkan oleh tungau atau kutu kecil yang bernama *Sarcoptes scabiei* varian hominis, ditandai dengan keluhan gatal, terutama pada malam hari dan mudah menular melalui kontak langsung atau tidak langsung. Menurut pengurus panti Dzikrul Ghofillin mereka akhirnya membakar seluruh kasur yang digunakan penghuni supaya penularan berhenti. Di Margo Widodo, penghuni panti akhirnya di labur (dilumuri seperti cara mengecat tembok) dengan karbol yang dicampur dengan belerang. Karbol digunakan karena murah dan dianggap efektif mengobati penyakit *scabies* yang membandel. Penggunaan karbol dan belerang ini merupakan bentuk perlakuan tidak manusiawi, karena penggunaan karbol ke tubuh pasien/penghuni. Penyakit kulit *scabies* sendiri dikarenakan kondisi kebersihan yang kurang terjaga, sanitasi yang buruk, kurang gizi dan kondisi ruangan terlalu lembab dan kurang mendapat sinar matahari. Sehingga pengobatan dan pencegahan bisa dengan menjaga kebersihan lingkungan dan mencuci semua benda-benda (pakaian, seprei) dengan disinfektan dan pemeriksaan kesehatan berkala oleh dokter.

2. **Praktik*Electro Convulsive Therapy* (ECT) atau Terapi KejutListrik**

   Kedaruratan psikiatri menurut penjelasan psikiater yang ditemui KP, merupakan gangguan dalam pikiran, perasaan atau yang berisiko tinggi untuk melakukan tindakan kekerasan baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sehingga membutuhkan intervensi segera. Penanganan yang sering dilakukan di rumah sakit jiwa adalah pengikatan atau restrain dan terapi elektrokonvulsif (ECT). *Restrain* adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengekang seseorang dengan menggunakan fisik atau alat lain yang dilakukan untuk mengendalikan tindakan kekerasan yang timbul akibat perilaku mal-adaptif dalam diri pasien. ECT merupakan terapi kejang listrik dengan menghantarkan arus listrik pada elektroda dan dipasang pada kepala sehingga menyebabkan kejang.

Beberapa rumah sakit baik milik pemerintah dan swasta masih melakukan terapikejut/kejang listrik untuk pengobatan pasien yang sedang gaduh gelisah ataumengalami kedaruratan psikiatri. Untuk pasien yang sudah sangat gelisah itudimasukan ke ruangan intensif atau UPIP (Unit Perawatan IntensifPasien). Pasien ditenangkan selama satu sampai dua hari. Jika masa kritisnyasudah dilewati, pasien akan dipindahkan ke ruangan yang lain. Selama maksimal duahari pasien akan dipantau secara intensif dan jika pasien sudahtenang, baru dipindahkan ke ruangan sesuai klasifikasi kebutuhannya termasukobat. Pelaksanaannya, ECT hanya dapat dilakukan atas saran dari seorang dokterpsikiater jika pengobatan oral tidak berhasil dan tidak direspon. Seorang dokter yang hadir dalam pelaksanaan ECT harus seorang dokter psikiater konsultan atau psikiateryang telah menyelesaikan kursus ECT dan berpengalaman dalam mengelola ECT. Dokter yang melakukan tindakan ECT adalah seorang dokter psikiater yang telahmendapat pelatihan resmi, dalam penggunaan ECT, sesuai dengan kriteria masing-masing institusi[11] b) Pemeriksaan status psikiatri, dokter psikiater menentukan bahwapasien memiliki kondisi kualifikasi untuk ECT berdasarkan evaluasi status medis danstatus psikiatri [12] c) Komunikasi dan penyediaan informasi, tersediasecara tertulis disertai pertemuan yang cukup sering antara pasien, keluarga dandokter untuk konsultasi sangat penting karena beberapa pasien yang sakit parahmungkin kesulitan mengingat konsultasi pra ECT. Disarankan bahwa lembar informasi mencakup sifat pengobatan, prosedur dan manfaat yang diharapkan sertarisiko yang mungkin terjadi.[13]

Para petugas kesehatan menyadari bahwa praktik ECT seringkali dianggaphal yangtidak manusiawi dan melanggar HAM, namun dalam perspektifpetugas kesehatan,jika ECT dilakukan dengan anastesi maka tidak menjadipelanggaran. ECT dinilai mereka efektif karena kejut listrik merangsang sistem yangmembuat respon pengobatanlebih baik. Pasien yang diterapi denganmenggunakan ECT juga menjadi lebih tenang dan ada perubahan karenalebih cepat daripada menggunakan obat. Penggunaan ECT tergantung darikebutuhan dan keputusan dari psikiater. Untuk melakukan ECT,psikiater butuh pelatihan. Di beberapa rumah sakitECT kadang belum bisa dilakukan karena anastesi perlu dokter anestesi tersendiri. Yang kadang menjadi hambatan di beberapa rumahsakit yang menjadi subjekpemantauan, adalah karena terbatasnya tenaga dokteranestesi. Pasal dalamPERMENKES yang mengatur tentang izin dokter,menyebutkan bahwa dokter termasuk dokter anastesi hanya boleh memilikipraktik di tiga tempat saja.

Selain itu biaya ECT yang mahal dan terbatasnya pembiayaan oleh BPJSyang hanyabisa membiayai terapi ini 2 kali seminggu, bahkan di rumah sakitswasta yang tidakmasuk dalam skema BPJS,maka pasien atau keluargapasien harus

11 (ECT Manual Victoria Gov., 2009)

12 (Ghaziuddin, 2004).

13 (ECT Manual Victoria Gov., 2009).

membiayai sendiriterapi ini. Mengingat kesulitan dankelangkaan dokter anestesi di beberapa wilayah, dan minimnya peralatanECT yang modern, terapi ECT tidak terhindarkan untuk dilakukan, bahkan tanpa dimodifikasi (tanpa anestesi atau relaksan otot).Risiko ECT yang belum dimodifikasi antara lain kerontokan gigi, patah tulangbelakang danpanggul, maupun cedera otot.[14] Perawatan ECT terdiri 12sesi selama dua sampaitiga kali seminggu.[15]Namun penggunaan ECTdengan modifikasi pun bukan tanpa resiko. Terapi ini harus dilakukan dengansangat hati-hati dan dengan prosedur yangrigid. Resiko tersebut kalau mau disederhanakan antara lain:Kategori pertama adalah risiko kesehatan dan fisik, termasuk reaksi negatif terhadap obat anestesi dan obat relaksasi otot, komplikasi kardiovaskular, trauma fisik, nyeri, ketidaknyamanan, kejang berkepanjangan dan kematian.

Kategori kedua adalah risiko disfungsi kognitif dan memori karena aliran ListrikECT diberikan pada area medial temporal yang berhubungan dengan memori termasuk hipokampus yang merupakan area yang mempunyai ambang kejang rendah. Pasien harus diperingatkan akan risiko amnesia menetap dan kemungkinan gangguan kognitif. Kategori ketiga adalah risiko kerusakan pada alat ECT. Kualitas alat ECT yang digunakan harus memenuhi*StandardInternational Elektrotechnical Commision*.

ECT sendiri diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwayang menyebutkan bahwa bentuk terapi lainnya yaitu ECT (terapi kejang listrik) dapat dilakukan pada pasien Skizofrenia katatonik[16] dan Skizofrenia refractur (yang sulit disembuhkan).

Persoalan mendasar mengenai terapi ECT seperti disebutkan di atas jika dilakukan tanpa modifikasi (tanpa anestesi atau relaksan otot) maka akan berIsiko tinggi seperti mengakibatkan kerontokan gigi, patah tulangbelakang dan panggul, serta cedera otot sampai kematian. Namunpenggunaan ECT dengan modifikasi pun masih ada resiko-resiko mulai dari resiko kesehatan fisik dan amnesia sampai kematian. Prosedur ini harus dilakukan dengan *informed consent* dan pemberian informasi menyeluruh baik kepada pasien dan keluarga pasien terutama mengenai pilihan perawatan yang lain.

14 Chittaranjan Andrade et al., *"Position Statement and Guidelines on Unmodified Electroconvulsive Therapy,"* Indian Journal of Psychiatry, 54 (2012): 119–133, diakses 26 Januari 2014.

15 National Institute for Health and Care Excellence (NICE), "Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy (TA59) – The Technology," October 2009, http://publications.nice.org.uk/guidance-on-the-use-of-electroconvulsive-therapy-

16 Skizofrenia katatonik ditandai dengan penurunan dramatis dalam aktivitas, hingga akhirnya benar-benar berhenti. Penderita skizofrenia katatonik cenderung enggan bergerak dan tidak responsif terhadap dunia sekitar mereka. Postur tubuh atau mimik wajah mereka sering menjadi kaku dan tak lazim. Orang-orang ini mungkin juga menunjukkan peningkatan gerak berlebihan tanpa tujuan. Pasien skizofrenia katatonik sering pula mengulang-ulang gerakan dan meniru ucapan orang lain.

Hal tersebut semestinya menjadi perhatian dan diutamakansebelum memberikanperawatan dengan terapi kejut listrik. Pengawasanterhadap pelaksanaanterapi ECT juga bisa menjadi isu tersendiri, karenanyaharus ada aturan hukum atau kebijakan yang lebih komperhensif mengenaiterapi ini. Mengingat bahwa terapi ini masih menjadi kontroversi dan bahwabisa mengarah pada tindakan penyiksaan, perlu dipertimbangkan duniamedis memikirkan alternatif perawatan lain yang lebih manusiawi bagi pasiendisabilitas psikososial.

3. Pengekangan atau *Restrain*

a. Fiksasi dengan tali kain

Pengekangan atau *restrain* di lakukan ketika terjadi kedaruratan psikiatri. Pasien akan dimasukan ke dalam ruang isolasi dan jika sudah mulai ingin melukai diri sendiri, membahayakan lingkungan dan membahayakan orang-orang baik sesama pasien maupun petugas, fiksasi akan dilakukan. Fiksasi yang ditunjukkan pada Komnas Perempuan, menggunakan bahan yang lembut. Setiap 30 menit atau setiap jam, posisi akan diubah agar tidak menyebabkan luka/bekas. Luka/bekas tersebut bisa terbentuk saat pasien meronta-ronta. Selama di fiksasi, kebutuhan pasien akan tetap dipenuhi seperti makan dan minum. Pasien juga diberikan terapi sehingga mereka bisa menjadi lebih tenang. Secara umum, jika diberikan obat penenang, pasien akan menolak karena merasa dirinya tidak sedang sakit. Selain itu, obat tidur bisa menimbulkan kantuk dan jika jalan bisa sempoyongan yang dapat membahayakan pasien. Pasien akan diikat selama sehari sampai dua hari tergantung dengan kondisi pasien. Akan dilepas jika sudah tenang, dan jika masih membahayakan, akan di ikat lagi.



Foto: Kain kekang di RSJD Prof HB Saanin

b. Pengekangan dengan Rantai Besi

Di RSJ Swasta Bina Karsa Medan masih ada metode pengekangan menggunakanrantai besi, selain dikekang

dengan rantai besi, pasien juga dimasukan ke dalamruangan berjeruji. Metode pengikatan fisik di rumah sakitjiwa dibolehkan Undang-undang Kesehatan Jiwa 2014. Alasan diikatmenggunakan rantai besi adalahkarena kondisi kedaruratan psikiatri.

Pengekangan menggunakan rantai besi beresiko melukai tangan, kaki ataubagian dimana pasien di kekangbisa jadi karena pasien meronta-ronta yang mengakibatkan kulit di bagian kekang akan luka. Tidak jarang karena berhari hari pasien tidakkunjung tenang, rantai tidak dilepas. Pengekangan menggunakanrantai besi mengarah pada bentuk penyiksaan dan perlakuan merendahkan yang tidak manusiawi sehingga sudah semestinya tidakdigunakanlagi untuk penanganan pasien.

4. Perampasan Kebebasan Dengan Sel Isolasi

Di Panti eks psikotik Ngudi Rahayu Kendal ada beberapa orang yang ditempatkan terpisah dalam sel berjeruji. Ruangan sel berjeruji tersebut berukuran kira-kira 3x4m^2 Alasan penempatan di ruang isolasi berjeruji adalah karena ODDP tersebut sering mengamuk dan berpotensi melukai orang lain atau melukai diri sendiri. Di panti eks psikotik tersebut ada sekitar 4 orang laki-laki yang ditempatkan di ruang isolasi dikarenakan alasan tersebut. Selain sering mengamuk ODDP juga ditempatkan di sel jeruji dikarenakan mereka sering kabur dan kadang memanjat pohon untuk keluar dari panti, banyak dari mereka yang tidak lagi mau menggunakan baju atau selalu melepas baju dan celana yang diberikan petugas, bahkan ketap sampai dalam kondisi telanjang bulat.Walau Panti Ngudi Rahayu masih menggunakan sel untuk isolasi ODDP yang gaduh gelisah, Panti ini memiliki standar minimum yang tidak memperbolehkan borgol dan tidak lagi memakai *electro compulsive therapy* (ECT).Untuk ODDP yang gaduh gelisah, mereka juga menggunakan bius dan rutin minum obat anti psikotik.

Di panti Wonosobo, ada ruangan yang memakai jeruji juga digunakan untuk ODDP yang masih sering mengamuk, namun ketika pemantauan dilakukan pada Juli 2018, tidak ada yang menempati ruangan seperti sel tersebut. Untuk RSJ HB Saanin Padang, ada beberapa ruangan di unit intensif yang masih menggunakan jeruji, ketika pemantauan dilakukan ada dua orang ODDP yang ditempatkan di ruangan tersebut karena masih dalam tahap observasi dan memang masih dalam kondisi gaduh gelisah. Untuk RS Puti Bungsu, ruangan untuk pasien yang gaduh gelisah dan baru tiba juga ada, namun ketika pemantauan dilakukan tidak ada ODDP yang ada dalam ruangan tersebut. Beberapa rumah sakit seperti RSJ Amino adalah contoh yang cukup baik yang tidak lagi menempatkan pasien yang gaduh gelisah di sel jeruji isolasi melainkan di ruangan dengan kasur tanpa ranjang. Ruangan tersebut berukuran kira-kira 4x4m^2, namun yang masih menjadi dilema adalah bahwa ruangan tersebut adalah ruangan kaca yang masih



Foto: Sel Isolasi Pasien yang Dianggap Membahayakan di Ngudi Rahayu Kendal

bisa dilihat dari luar, sehingga misalnya ketika ada pasien yang kondisi gaduh gelisahnya melepas seluruh pakaian yang melekat pada tubuhnya, baik petugas ataupun keluarga pasien lain bisa melihat PdDP dalam kondisi telanjang bulat, hal ini Komnas Perempuan saksikan sendiri ketika melakukan kunjungan ke RS Amino. Pengekangan yang dilakukan dengan cara fiksasi dengan tali kain, fiksasi dilakukan dengan SOP yang ketat.

5. Mengalami Kekerasan Fisik

Kekerasan fisik yang dialami pasien antara lain dengan dipukul, dipelintir hingga berdarah,disemprot dengan selang air. Kekerasan fisik dialami oleh penghuni panti yang mengamuk dan menyerang sehingga terpaksa "ditenangkan" dengan cara kekerasan fisik. Pengurus panti mengatakan bahwa tindakan kekerasan fisik dilakukan karena ada "penyerangan" dari pasien yang mengamuk. Kekerasan fisik juga kadang dilakukan bukan oleh petugas di panti melainkan oleh sesama pasien.Di panti Margo Widodo pernah ada penghuni yang sampai berdarah-darah dan luka berat, namun menurut petugas pasien tersebut sama sekali tidak

merasakan sakit. Kekerasan fisik terjadi karena minimnya pengawasan untuk mencegah terjadinya kekerasan antar pasien/penghuni panti. Apalagi penjelasan dari petugas panti bahwa PdDP walaupun dipukul hingga berdarah-darah cenderung tidak melawan atau bahkan diam saja. Artinya justru pengawasan untuk mencegah harus lebih ketat.

6. Dibawa ke Tempat Pengobatan/Perawatan dengan Kekerasan dan Pemaksaan

Penahanan tanpa proses hukum *(Deprivation of Liberty)*, tanpa ada kepastian batas waktu adalah pengalaman jamak yang kerapa dialami OdDP. Banyak penghuni panti yang di ambil paksa dari jalan ketika razia, karena daerah atau wilayah tersebut sedang mengikuti lomba adipura atau kedatangan tamu dari luar daerah.Untuk mencitrakan daerah yang bersih terkendali maka OdDP dan PMKS lainnya diambil dari jalan-jalan. Kebanyakan pasien/penghuni RS yang memiliki keluarga juga mengaku dipaksa di bawa ke panti atau RS. Banyak dari mereka mengaku dibohongi, di borgol, diikat, dipaksa dimasukan ke mobil ketika akan di bawa ke tempat perawataan. Hal ini menimbulkan dendam dari yang bersangkutan kepada yang membawa. Menurut mereka, di tempat pengobatan bukan merasa bertambah baik, mereka menjadi semakin depresif.

7. Penyiksaan Psikis: "Dibuang" Oleh Keluarga dan Tidak Pernah Ditengok/ Dijenguk

Di RSJ dan panti yang menjadi subjek pemantauan, banyak pasien dan penghuni yang merasa "dibuang" oleh keluarga. Pengurus panti Dzikrul Ghofilin mengungkapkan bahwa banyak keluarga yang menitipkan anggota keluarga-nya untuk mendapatkan perawatan dengan memberikan nomor telfon palsu sehingga tidak lagi bisa dihubungi, sehingga penghuni panti tidak lagi mendapatkan uang bulanan sebagai biaya perawatan. Terkadang 2-3 bulan pertama setelah PdDP dititipkan, keluarga masih mengirimkan uang bulanan dan bisa dihubungi untuk mengetahui perkembangan terakhir selama perawatanamun setelahnya keluarga kerap atau sama sekali tidak lagi bisa dihubungi. Salah seorang penghuni bernama NH, 59 tahun panti Dzikrul Ghofilin yang berhasil diwawancara, dengan serius mendekati pemantau Komnas Perempuan untuk menitipkan pesan agar ia segera dijemput keluarga karena ia merasa tidak betah di dalam panti. Ia juga menitip pesan agar ditengok oleh keluarganya, ia memiliki 2 orang anak, lelaki dan perempuan. Ia mengatakan bahwa ia dibawa ke Panti oleh kakaknya, memberikan alamat-nya di Semarang dan ia merasa dirinya tidak giladan heran kenapa ia di titipkan di panti tersebut. Di Panti Margo Widodo juga walau aturan lama penitipan di panti hanya 15 hari, namun pada praktiknya ada penghuni panti yang tinggal seumur hidup di panti hingga meninggal di panti tersebut. Pihak panti bersukur,mendapatkan sedikit lahan untuk pemakaman penghuni panti yang meninggal.

8. Isolasi dan Stigma Dari Masyarakat Sekitar

Label orang gila adalah stigma yang paling dikenal dan label yang paling membekas untuk perempuan dengan disabilitas psikososial karena label dan stigma sosial yang dilekatkan kepada perempuan. Pada pemantauan kali ini ditemukan ada keluarga yang sudah bisa menerima PdDP yang kembali dari RSJ namun kehadirannya ditolak tetangga sekitar.Walaupun secara fisik PdDPtidak lagi tercerabut kebebasannya, namun karena stigma sebagai PdDP, mereka ditolak, dijauhi, dihina dan dilecehkan yang bagi PdDP itu serupa dengan penghukuman dan isolasi.Hak bebas dari stigma tercantum dalam pasal 7 UU Penyandang Disabilitas yang meliputi hak bebas dari pelecehan, penghinaan, dan pelabelan negatif terkait kondisi disabilitasnya. Peran serta keluarga dan masyarakat untuk memahami dan membantu OdDP adalah faktor krusial yang dapat menyumbang pada kesembuhan mereka.

9. Penggunaan obat-obatan yang beresiko pada kerusakan organ lain

Jenis disabilitas psikososial yang paling banyak diderita oleh PdDP adalah skizofrenia. Pengobatan skizofrenia adalah pengobatan jangka panjang yang membutuhkan obat-obatan untuk mencegah kekambuhan dan biasanya dikonsumsi seumur hidup. Ketika pasien sudah bisa dipulangkan dari RS, maka pasien akan diberikan dosis pemeliharaan. Obat-obatan anti psikotik biasanya bekerja di neurotransmitter otak untuk mengendalikan dopamine dan serotonin di otak. Efek samping penggunaan obat-obatan anti psikotik dalam jangka panjang antara lain adalah tremor, hipersalinitas dan rigiditas (kaku), gangguan ginjal, dan lain-lain. Psikiater di RSJ Dr Amino mengatakan bahwa seringkali pasien menolak minum obat karena merasa dirinya menjadi bodoh.

10. Pemasungan pada Perempuan

Dalam pemantauan ini Komnas Perempuan tidak bertemu langsung dengan PdDP yang sedang dipasung, namun di Indonesia pemasungan ini masih sering terjadi walaupun Pemerintah sudah berupaya menghapuskannya dengan program bebas pasung. Namun Komnas Perempuan menemukan PdDP asal Purwerejo yang pernah mengalami pemasungan di tengah sawah sebelum akhirnya dirawat di Panti swasta di Wonosobo. Pemasungan ini dilakukan oleh keluarganya karena terbatasnya pilihan keluarga untuk menanganinya. Meski pemasungan terjadi juga kepada laki-laki dengan disabilitas psikososial namun dampak kepada perempuan lebih buruk. T mengalami perkosaan berulang selama dipasung di sawah hingga hamil dan melahirkan. Anaknya diadopsi oleh tetangganya hingga akhirnya mencari ibu kandungnya saat dewasa. T juga menderita miom sehingga menurut pendamping, menstruasi T mengeluarkan bau busuk, dan belum terobati secara maksimal karena keterbatasan dana dari panti.

VI.3 Isu-isu Krusial Pengalaman PdDP dan Pendamping: Masukan di LuarWilayah yang Dipantau

Setelah tim pemantauan menyelesaikan laporannya, dilakukan penyempurnaan akhir dalam bentuk dua kali *Focus Group Discussion* yang menghadirkan peserta dari ahli/ psikiater, pegiat disabilitas, pendamping, dan Kementerian/Lembaga. Beberapa masukan dalam FGD menjadi tambahan informasi untuk laporan Komnas Perempuan. Masukan ini ada yang kami integrasikan langsung apabila menyangkut kerangka normatif dan kebijakan, namun masukan-masukan yang berupa kasus-kasus, kami sendirikan penulisannya, karena temuan ini diluar hasil pemantauan kami, untuk memudahkan akuntabilitas dan sebagai bagian dari potret luas kondisi PdDP diluar yang kami pantau. Masukan tambahan kasus-kasus dan praktik baik antara lain:

1. ***Informed Consent:***

   Inform consent memang menjadi satu persoalan dalam penanganan ODGJ, salah satu peserta FGD memberikan sebuah contoh yang terjadi di sebuah panti yang dikelola Yayasan Galuh di Bekasi, memberikan obat kepada pasien tanpa pernah melalui prosedur *inform consent*. Selain itu, dikarenakan keterbatasan varian obat, apapun diagnosanya, obatnya tetap sama. Misalnya ketika semua pasien depresi, obat yang diberikan adalah obat anti psikotik, padahal belum tentu diagnosanya adalah psikotik. Dalam pemberian obat, juga harus dilihat fasenya kapan ia membutuhkan kapan tidak, karena yang dibutuhkan pasien adalah obat tapi bukan ketergantungan obat.

2. **Kebebasan Bermobilitas dan Kepemilikan Hak Pribadi**

   Dalam FGD para pendamping juga mengiyakan persoalan kebebasan bermobilitas. Beberapa panti tidak punya standar yang jelas kapan mereka boleh keluar masuk. Di beberapa panti bahkan mereka tidak boleh keluar kamar. Tidak ada kejelasan berapa lama mereka ada di dalam, kapan boleh keluar dan siapa yang membuat keputusan tentang hal ini. Komunitas Jiwa Sehat, salah satu pendamping juga menyayangkan tidak diperbolehkannya penghuni panti memiliki barang pribadi. Larangan ini diberlakukan tanpa kejelasan alasannya.

3. **Dilema Menjamurnya Rehabilitasi Berbasis Komunitas dan Problem Perizinan maupun Minimnya Pengawasan**

   Dalam rangka mencegah gangguan kejiwaan terjadi serta menjaga kesehatan jiwa, sebenarnya berbagai upaya masih perlu dilakukan. Peserta FGD menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan jiwa harusnya bisa dilakukan di tingkat Puskesmas dan mudah diakses. Namun demikian patut dipantau juga panti-panti yang memiliki pusat rehabilitasi model pesantren dengan tokoh agama/ Kyai sebagai penentu pengobatan. Panti-panti ini biasanya sudah beroperasi sebelum dapat izin dari Kemenkumham. Dengan model pengawasan minim, di beberapa wilayah, pemerintah daerah malah memberi dukungan pada panti rehab tersebut.

Ada panti rehabilitasi model pesantren dengan Kyai sebagai penentu pengobatan. Panti-panti ini biasanya beroperasi dulu baru dapat izin dari kemenkumham. Dengan model pengawasan yang minim, pemerintah daerah justru mendukung panti rehab seperti itu.

4. Akses Pengobatan dan Metode Penyembuhan

Salah satu peserta FGD yang juga merupakan ahli kejiwaan/ Psikiater menjelaskan bahwa pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, ada gangguan keseimbangan zat kimia di otak, yang ini harus dinetralisir lewat obat dan terapi lainnya. Pada pengobatan generasi pertama, biasanya menimbulkan dampak samping: *Extra pyramid syndrome*: kaku/ seperti robot, tremor, sulit bernafas, dan lain-lain tergantung kondisi pasien.

Untuk kondisi yang lebih kompleks, pengobatan tergantung dari pasien itu sendiri, di RSJ, gaduh gelisah juga biasa ditangani dengan terapi ECT/ kejut listrik. Terapi ECT ini juga ada beberapa jenis,dimana metode yang terbaru adalah ditempel *coil* di kulit kepala, dan otaknya dialiri gelombang elektromagnetik.

Kerap terjadi, terutama saat gaduh gelisah, pasien jiwa dianggap tidak punya hak untuk menolak ketika ada efek samping obat. Padahal penerimaan obat pada tubuh bisa berbeda-beda. Artinya pengobatan dengan metode tersebut tetap dilakukan.

5. Hak Bekerja di SektorPublik dan Dukungan Rehabilitasi

Tentang hak ODGJ dalam dunia kerja, dibahas juga dalam FGD bahwa di Indonesia tidak banyak dari mereka yang bisa bekerja/ tidak ada jaminan kerja karena persyaratan melampirkan surat keterangan sehat jasmani dan rohani. Diskriminasi di masyarakat masih tinggi, bahkan pengalaman peserta FGD Dalam terungkap juga bahwa stigma yang dilekatkan oleh masyarakat terhadap PdDP yang dalam wacana masyarakat menyebut "pengidap ODGJ" masih sangat kuat. Bahkan fobia masyarakat karena minimnya pemahaman tentang PdDP, juga berdampak pada pendamping apalagi PdDP. Misalnya pendamping menceritakan pengalamannya ditolak transportasi online di Banjarmasin saat mengantar pasien psikososial. Di Magelang, pendamping lain bercerita saat menunggu bis di depan RSJ Prof. Dr. Soerojo, tidak ada bis yang mau berhenti.

6. Problem Tempat Tinggal *(Housing)*

Persoalan di Indonesia, ODGJ dianggap sebagai PMKS (penyandang masalah kesejahteraan sosial) melalui Permensos. Pasien RSJ yang sudah tidak bisa diobati kemudian "dibuang" ke Dinsos, akibatnya ia terampas kebebasannya *(depriviation of liberty),* tanpa diberikan alternatif tempat tinggal yang layak *(supported accommodation)*ada perawat dan Peksos serta disediakan pekerjaan. Perlu juga dilakukannya kajian sehingga bisa terdefinikan secara lebih jelas perbedaan karakter dan perlakuan di panti sosial (penderita psikotik yang dibawa oleh Satpol PP) dan pasien RSJ (yang dirujuk dan dibawa oleh keluarga.)

Karena biasanya kondisi di panti sosial lebih buruk, disatukan dalam satu ruangan yang penuh sesak dan diperlakuan secara buruk.

7. Pengalaman Khas Perempuan: Kekerasan Berbasis Gender

Dalam FGD, pendamping memberikan informasi tambahan atas temuan Komnas Perempuan bahwa ada beberapa PdDP yang sedang menjalani program kehamilan karena ingin memiliki anak. Sayangnya komposisi obat psikiatri tidak semua bisa diterima oleh ibu hamil. Selain itu paradigma penanganan bagi PdDP juga belum sama di kalangan medis, misalnya masih ada tenaga medis yang mengatakan: "Sebaiknya jangan punya anak karena nanti gangguan kejiwaan bisa menurun ke anak,"atau juga pernyataan yang meragukan: "Apa bisa ibu merawat anak?"

Pendamping dari *Rise Up,* yang hadir dalam FGD menyampaikan beberapa pengalaman dalam pendampingan perempuan PdDP, ada yang mengalami kekerasan fisik yaitu dipukul saat mengatakan kangen anak dan ingin pulang. Perempuan PdDP lain juga dipukul saat melaporkan kekerasan seksual yang dialaminya yaitu diraba-raba saat mandi. Masih adanya panti yang mensyaratkan penghuni harus digunduli, juga menjadi pelanggaran atas *body integrity.* Ini akibat dari minimya perspektif HAM perempuan dari para aparat yang menangani PdDP.

Persoalan kesehatan reproduksi, juga menjadi persoalan krusial bagi perempuan PdDP. Selain adanya pemaksaan kontrasepsi di RSJ, di beberapa panti tidak menyediakan pembalut, dan hanya kain yang dilapis-lapis. Akibatnya di panti tersebut perempuan PdDP di bajunya banyak bercak darah. Dari Komunitas Jiwa Sehat pernah mendampingi perempuan dengan PdDP yang ibu dan bayinya meninggal saat melahirkan. Rentannya kesehatan reproduksi PdDP ditambah lagi dengan adanya *cross cutting issues* antara ODGJ dengan NAPZA dan HIV/ AIDS.

VI.4 Dilema di Balik Isu-Isu Krusial Pelanggaran dan Hambatan Pemenuhan Hak PdDP

Pada bagian ini, kami mengangkat tersendiri tentang dillema penanganan terhadap PdDP, untuk melihat gap kebijakan dan praktik, kondisi ideal dan keterbatasan, senjang kesadaran HAM semua pihak dan dampak yang ditimbulkan.

1. Dilema ruang Isolasi dan Metode-metode Pengekangan

Masih digunakannya ruang-ruang isolasi dengan sel-sel jeruji besi seperti di Panti eks psikotik Ngudi Rahayu Kendal, Di Panti Dzikril Gofilin Wonosobo, unit intensif RSJ HB Saanin Padang, RSJ Puti Bungsu Padang, RSJ Mahoni dan RSJ Bina Karsa Medan adalah dilema tersendiri. Ada contoh baik seperti RSJ Dr Amino Semarang yang tidak lagi menempatkan pasien yang gaduh gelisah di ruangan yang menyerupai sel melainkan di ruangan dengan kasur tanpa ranjang, namun ruangan tersebut adalah ruangan kaca yang masih bisa dilihat dari luar, sehingga misalnya ketika ada pasien yang kondisi gaduh gelisahnya melepas

seluruh pakaian yang melekat pada tubuhnya, baik petugas ataupun keluarga pasien lain bisa melihat PdDP dalam kondisi telanjang bulat. Ketika pemantauan dilakukan untuk panti eks psikotik Ngudi Rahayu Kendal, yang berada di dalam sel isolasi hanya laki-laki, dan 1perempuan di panti komunitas. Selain itu metode pengekangan dengan menggunakan rantai besi juga masih ditemukan di salah satu RSJ Swasta di Medan, padahal metode ini mengarah pada bentuk penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia.

Pelapor khusus tentang penyiksaan sebelumnya, Manfred Nowak telah menyatakan bahwa pengasingan atau pengucilan paksa, yang dirancang sebagai bentuk tindakan kontrol atau perawatan medis, "tidak dapat dibenarkan untuk alasan terapeutik atau sebagai bentuk hukuman."[17] Juan Mendez, pelapor khusus PBB tentang penyiksaan saat ini melihat bahwa praktik sel isolasi terhadap penyandang disabilitas psikososial selama durasi waktu berapapun bisa mendorong perlakuan atau penghukuman kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia dan bahkan bisa dipandang sebagai tindak penyiksaan.[18]

Dilema ini memperlihatkan adanya disparitas pengetahuan mengenai hak dasar yang melekat pada setiap manusia (HAM melekat tidak hanya hak manusia "waras" melainkan hak setiap manusia) dengan praktik-praktik medis untuk perawatan dan penyembuhan OdDP di kalangan petugas kesehatan dan individu-individu yang menyediakan penampungan dan perawatan bagi OdDP. Selain dikarenakan stigma dan bias kepada para OdDP menyebabkan minimnya perhatian, pemantauan serta pelaporan kondisi tempat-tempat perawatan yang masih melakukan praktik- praktik tersebut di atas.

Resolusi Dewan Hak Asasi Manusia 36/13 tentang kesehatan mental dan HAM menyatakan bahwa *Informed consent* adalah elemen inti dari hak atas kesehatan, baik sebagai kebebasan dan sebagai pengaman integral untuk menikmati hak itu (A/64/272). Hak untuk memberikan *informed consent* untuk perawatan dan rawat inap, termasuk hak untuk menolak pengobatan (lihat E/CN.4/2006/120, paragraf 82). Negara harus sepenuhnya mengintegrasikan perspektif HAM ke dalam layanan kesehatan mental dan masyarakat, dan mengadopsi, menerapkan serta memantau semua hukum, kebijakan dan praktik yang ada, dengan maksud untuk menghilangkan semua bentuk diskriminasi, stigma, kekerasan dan pengucilan sosial dalam konteks tersebut. Hak atas kesehatan sekarang dipahami dalam kerangka Konvensi tentang Hak-hak Penyandang Disabilitas. Oleh karena itu, aksi cepat diperlukan untuk secara radikal mengurangi paksaan

17 Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia, Manfred Nowak, A/63/175, 28 Juli 2008,www.un.org/disabilities/images/A .63.175.doc (diakses 4 April 2019) para. 56.

18 Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia, Juan Mendez, A/66/268, 5 Agustus 2011,http://solitaryconfinement.org/uploads/SpecRapTortureAug2011.pdf (diakses 4 April 2019) para. 78

medis dan memfasilitasi gerakan untuk menghentikan semua perawatan dan kurungan psikiatris yang dipaksakan. Perawatan dan/ atau pengobatan dengan menggunakan obat-obatan kimia dengan tujuan untuk mengatasi kedaruratan psikiatri dan juga untuk perawatan lanjutan *(continuum of care)* sebenarnya perlu disandarkan pada prinsip-prinsip hak asasi tersebut di atas, sebagai bentuk tanggung jawab negara memenuhi hak warganya.



Foto kiri: Ruang "Isolasi" bagi PdDP yang Masih sering Gaduh Gelisahdi Panti Rehabilitasi Dzikrul Ghofilin Wonosobo. Foto kanan: Ruang Perawatan di Panti Pelayanan Sosial Eks Psikoltik Ngudi Rahayu

2. Pasien Tanpa Keluarga, Durasi tinggal di Panti dan "Pingpong" Paska Perawatan atau Penanganan

Kerumitan dan kesulitan koordinasi serta "pingpong" pasien antar instansi terjadi ketika ada pasien yang sama sekali tidak memiliki keluarga atau yang dititipkan keluarga (baik di panti sosial maupun di RSJ) dan setelah itu tidak pernah lagi dijenguk atau dijemput oleh keluarga. Dinas sosial bekerjasama dengan satpol PP biasanya mengadakan operasi penangkapan/razia OdDP di jalan-jalan, lalu membawa mereka ke panti-panti untuk ditampung sementara. Untuk OdDP tanpa keluarga ini maka status mereka adalah tampungan negara. Jika OdDP tersebut memiliki indikasi rawat inap, maka dinas sosial yang akan menanggung dan membayarkan. Walaupun dalam perawatan orang dengan disabilitas psikososial perlu pertanggung jawaban, RS tidak boleh menolak pasien yang datang dari dinas sosial. Untuk pasien yang sudah akan dipulangkan paska perawatan namun ditolak oleh keluarganya, biasanya RS akan membawa ke walikota/bupati untuk membayarkan dan biasanya di tampung di Panti Sosial Eks Psikotik seperti Panti Ngudi Rahayu di Boja, Kendal, karena RS tidak mungkin memberikan pelayanan gratis untuk pasien dalam jumlah banyak. Pasien atau OdDP yang tidak memiliki keluarga biasanya rentan mendapatkan kekerasan yang lebih tinggi. Paska perawatan pasien tanpa keluarga biasanya akan dikembalikan ke dinas sosial dengan cara mengantar ke dinas sosialnya, namun ditemukan dari pemantauan

ini banyak pengalaman rumah sakit ketika meminta untuk dijemput, dinas sosial tidak datang.

Panti dan rumah sakit terutama milik pemerintah memiliki aturan lama hari penampungan. Contoh seperti panti persinggahan Margo Widodo peraturan pemerintahmenyebutkan bahwa lama tinggal di panti yang dibiayai negara hanya 15 hari, untuk rumah sakit lama perawatan yang dibiayai BPJS paling lama adalah 40 hari. Dilema ini dihadapi rumah sakit dan panti terkait pasien/OdDP yang tidak memiliki keluarga atau ditelantarkan keluarga ketika masa penampungan, karena menurut aturan negara sudah selesai, namun tidak ada keluarga yang menjemput. Di beberapa panti bahkan ada OdDP yang seumur hidup tinggal di dalam panti sampai meninggal. Persoalan kerumitan administrasi, keterbatasan skema BPJS, birokrasi dan tidak harmonisnya kebijakan serta kerja-kerja unit layanan yang kurang bersinergi menyebabkan hak-hak dasar perempuan dengan disabilitas psikosial tidak terpenuhi.

Bila masa waktu tinggal di panti yang dibiayai dan ditanggung negara habis, maka ada kerumitan mengenai bagaimana OdDP ini akan ditempatkan. Pemantauan ini menemukan beberapa kasus OdDP yang dipindahkan dari satu panti ke panti lain dan juga termasuk mendapati ketidaktegaan petugas panti yang akhirnya membolehkan OdDP untuk terus tinggal di Panti sampai batas waktu yang tidak ditentukan, negara harus memastikan bahwa OdDP tetap bisa di rawat negara.

3. Hilangnya Hak Identitas dan Sejarah Keluarga

Berkaitan dengan pasien tanpa keluarga atau OdDP yang ditangkap di jalanan entah karena razia atau operasi gabungan penyandang masalah kesejahteraan sosial, seringkali tidak memiliki identitas sama sekali. Pasien-pasien tersebut menurut petugas kadang sama sekali tidak menjawab nama mereka ketika ditanya atau bahkan lupa sama sekali di mana rumah dan asal mereka. Pasien-pasien seperti ini biasa di namakan sesuai hari atau bulan kedatangan mereka, seperti jika datang hari senin akan dipanggil Senin, Selasa atau Rabu. Jika datang bulan Maret akan dipanggil Maret, Mei atau Juni. Petugas panti juga terkadang kesulitan menelusuri keluarga dan alamat OdDP bersangkutan dan akhirnya terpaksa menampung untuk kemudian dilakukan*assesment* dan ditangani sesuai dengan indikasi medis yang bersangkutan.Hal lain yang memprihatinkan jika OdDP yang tidak punya keluarga meninggal, sering tidak bisa menginformasikan kepada keluarga perihal kematiannya.

4. Dilema Hilangnya Hak dan Kesempatan Pengasuhan Anak

Ada dua PdDP yang kehilangan hak atas pengasuhan anak-nya, satu Perempuan adalah PdDP yang ada di Panti Dzikril Ghofilin Wonosobo, yang diperkosa di jalanan dan kemudian melahirkan anak lelaki. Kondisi pasien yang masih di bawah umur, menyebabkan keluarga menyerahkan anak yang dilahirkan kepada pihak yang mau mengadopsi. Lalu ada seorang PdDP yang diambil dari jalanan lalu di tampung di Panti Margo Widodo Semarang, ketika diambil dari jalanan, perempuan ini sudah dalam keadaan hamil kemudian melahirkan di panti, anak yang dilahirkan di panti tersebut di bawa ke panti penampungan anak di Salatiga.

PdDP yang kebetulan hamil dan kemudian melahirkan dapat dipastikan mayoritas akan kehilangan hak atas anak mereka, apalagi bila PdDP tersebut tidak memiliki keluarga. PdDP tidak seharusnya kehilangan hak atas anak-nya karena ke-disabilitas-an-nya. Yang menjadi dilema adalah bahwa ketika orang menderita disabilitas psikosial maka ada anggapan yang masih kuat bahkan di kalangan petugas kesehatan bahwa PdDP tidak perlu ditanya pendapat dan perasaan nya ketika anak-nya akan diserahkan ke pihak lain, PdDP dianggap tidak cakap dan tidak mampu mengurus anak, pembuat masalah dan akan membahayakan hidup anak. Di satu sisi PdDP dengan disabilitas yang berat seperti skizofrenia paranoid memang dianggap psikiater dan pendampingnya, tidak lagi bisa menjalankan aktivitas harian seperti mandi dan merawat diri, dan biasanya dikuti oleh halusinasi dan delusi yang bisa mendorong PdDP melukai diri sendiri dan orang lain. PdDP dengan disabilitas psikososial yang berat memang membutuhkan bantuan orang lain dan perawatan segera. Keluarga terdekat seharusnya bisa mengambil alih peran perawatan anak karena anak membutuhkan lingkungan yang sehat dan penuh kasih untuk dapat tumbuh dengan baik. Keluarga terdekat paling tidak bisa memberikan akses kepada PDDP untuk secara rutin bertemu dengan anaknya dan membantu pengurusan anak.

Dalam pandangan hak asasi, walaupun PdDP tidak mampu melaksanakan kewajibannya bukan berarti kehilangan haknya, dalam hal ini negara harus menopang pemenuhan hak PdDP seperti hak atas anaknya. Bangkok Rules menggarisbawahi di mana seseorang yang sedang dalam menjalani penghukuman atau dalam kondisi pencerabutan kebebasan tidak boleh menghilangkan hak keperdataan termasuk hak atas anaknya.

07

ANALISIS PELANGGARAN HAM: KEKERASAN BERBASIS GENDER & PENYIKSAAN

VII.1 Pelanggaran HAM Perempuan Khususnya Kekerasan Berbasis Gender

Dari paparan di atas kasus kekerasan-kekerasan berbasis gender yang ditemukan dalam pemantauan kali ini adalah: PdDP rentan alami kekerasan seksual oleh sesama penghuni panti dan petugas, potensi kekerasan seksual karena minimnya petugas perempuan terutama di malam hari, perkosaan dan penghamilan ketika dipasung, pemaksaan kontrasepsi, minim perawatan kesehatan reproduksi, kehilangan hak atas anak dan persoalan penerimaan keluarga paska perawatan, serta stigma sosial yang menutup akses Sipol EKOSOB mereka.

Berbagai persoalan tersebut berpotensi melanggar konvensi CEDAW pasal 12 tentang Kesehatan dimana: 1) Negara peserta wajib membuat peraturan-peraturan yang tepat untuk menghapus diskriminasi terhadap perempuan di bidang pemeliharaan kesehatan dan supaya menjamin diperolehnya pelayanan kesehatan termasuk pelayanan yang berhubungan dengan keluarga berencana (*family planning*), atas dasar persamaan antara laki-laki dan perempuan. Serta Konvensi disabilitas terutama pada pasal 25 poin d: Mewajibkan para profesional di bidang kesehatan untuk menyediakan perawatan dengan kualitas sama kepada penyandang disabilitas sebagaimana tersedia kepada orang-orang lain, termasuk atas dasar *free and informed consent.*

Rekomendasi Umum Komite CEDAW No.18 tentang Perempuan dengan Disabilitas, paragraf keenam: Merekomendasikan agar negara pihak menyediakan informasi tentang perempuan disabilitas dalam laporan periodik, dan membuat aturan yang perlu terkait situasi mereka yang partikular, termasuk aturan khusus untuk memastikan mereka mendapat akses yang setara pada pendidikan dan pekerjaan, layanan kesehatan dan jaminan sosial, dan memastikan bahwa mereka berpartisipasi dalam semua area kehidupan sosial dan budaya.Konvensi Disabilitas yang telah diratifikasi Indonesia terutama pada pasal 6: 1) Negara pihak wajib mengenali perempuan dan anak perempuan yang mengalami disabilitas menghadapi diskriminasi berlapis, dan harus membuat regulasi untuk memastikan pemenuhan yang setara atas HAM dan kebebasan fundamental; 2) Negara pihak wajib membuat peraturan yang memadai untuk memastikan pembangunan penuh, pemajuan dan pemberdayaan perempuan, dalam rangka menjamin HAM dan kebebasan fundamental seperti yang telah disebutkan di awal konvensi.

Dalam kebijakan nasional menekankan pada layanan kesehatan dan bersifat netral gender. Dengan disahkannya UU Penyandang Disabilitas menggeser paradigma Penyandang Disabilitas telah menggeser makna dan penguatan HAM. UU Nomor 39 Tahun 1999 dan UU Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*memberikan kewajiban-kewajiban negara untuk menjamin dan memajukan pemenuhan hak penyandang disabilitas melalui UU No. 8 Tahun 2016. UU telah memasukkan perspektif HAM sebagaimana pasal 3 dimana pelaksanaan dan pemenuhan hak penyandang disabilitas salah satunya bertujuan melindungi penyandang disabilitas dari penelantaran dan eksploitasi, pelecehan seksual dan segala tindakan diskriminatif serta pelanggaran HAM. UU Penyandang Disabilitas mengakui perempuan dan anak perempuan mengalami kerentanan dan diskriminasi berlapis dibanding penyandang disabilitas yang laki-laki.Kemajuan pengakuan dengan menempatkan perlindungan perempuan dan anak mendapat perlindungan khusus atas kesehatan reproduksi.Mereka berhak menerima atau menolak penggunaan alat kontrasepsi. Hal ini memenuhi mandat pasal 5, 11, 12 dan 16 CEDAW. Sehingga implementasi kebijakan-kebijakan nasional lainnya harus mengacu pada UU No. 8 Tahun 2016.

PdDP yang kehilangan hak atas pengasuhan anak-nya, karena anaknya diserahkan ke keluarga atau diadopsi orang lain dapat dilihat dalam Bangkok Rules. Terkait hak asuh anak pada proses penerimaan dan registrasi (*Rule* 3-4), tahanan perempuan berhak mengatur pengasuhan anak serta meminta penundaan penahanan demi kepentingan terbaik anak. Data diri anak dari tahanan perempuan harus tercatat dan bersifat rahasia termasuk status perwalian mereka jika tidak bersama. Untuk penempatan tahanan perempuan, sedapat mungkin di penjara yang dekat dengan rumah atau tempat rehabilitasi sosialnya, dengan memperhitungkan tanggung jawab pengasuhan yang dijalani (*Rule* 5).

VII.2 Analisa Penyiksaan, Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia dan Pelanggaran HAM Lainnya

A. Bentuk-bentuk Penyiksaan dan Pelanggarannya

Isolasi dan beragam metode pengekangan seperti pengikatan dengan rantai, ditahan di ruang isolasi yang kecil dan berjeruji, pengekangan dengan obat serta pengobatan dengan terapi kejut listrik, pengobatan gatal-gatal dengan menggunakan karbol dan belerang, serta penanganan dengan cara dipukul, dipelintir, disemprot air merupakan pelanggaran terhadap Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi dan Merendahkan Martabat Manusia. Indonesia telah meratifikasi konvensi ini melalui Undang-undang No.5 tahun 1998. Dalam pasal 1 ayat (1)untuk tujuan Konvensi ini, istilah "penyiksaan" berarti setiap perbuatan yang dilakukan dengan sengaja, sehingga menimbulkan rasa sakit atau penderitaan yang hebat, baik jasmani maupun rohani, pada seseorang untuk memperoleh pengakuan atau keterangan dari orang itu atau dari orang ketiga, dengan menghukumnya atas suatu perbuatan yang telah dilakukan atau diduga telah dilakukan oleh orang itu atau orang ketiga, atau mengancam atau memaksa orang itu atau orang ketiga, atau untuk suatu alasan yang didasarkan pada setiap bentuk diskriminasi, apabila rasa sakit atau penderitaan tersebut ditimbulkan oleh, atas hasutan dari, dengan persetujuan, atau sepengetahuan pejabat publik. Hal itu tidak meliputi rasa sakit atau penderitaan yang semata-mata timbul dari, melekat pada, atau diakibatkan oleh suatu sanksi hukum yang berlaku; (2) Pasal ini tidak mengurangi berlakunya perangkat internasional atau peraturan perUndang-undangan nasional yang mengandung atau mungkin mengandung ketentuan-ketentuan dengan penerapan yang lebih luas.

Me-review Konvensi Anti Penyiksaan, Pelapor khusus tentang penyiksaan Manfred Nowak telah menyatakan bahwa pengasingan atau pengucilan paksa, yang dirancang sebagai bentuk tindakan kontrol atau perawatan medis, "tidak dapat dibenarkan untuk alasan terapetik atau sebagai bentuk hukuman."[19] Juan Mendez, pelapor khusus PBB tentang penyiksaan saat ini melihat bahwa praktik sel isolasi terhadap penyandang disabilitas psikososial selama durasi waktu berapapun bisa mendorong perlakuan atau penghukuman kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat manusia dan bahkan bisa dipandang sebagai tindak penyiksaan.[20]

Sejalan dengan Konvensi Anti Peyiksaan, hierarki tertinggi perUndang-undangan di Indonesia, Undang-undangDasar 1945 telah menjamin HAM setiap orang untuk

19 Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia, Manfred Nowak, A/63/175, 28 Juli 2008, www.un.org/disabilities/images/A .63.175.doc (diakses 4 April 2019) para. 56.

20 Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia, Juan Mendez, A/66/268, 5 Agustus 2011,http://solitaryconfinement.org/uploads/SpecRapTortureAug2011.pdf (diakses 4 April 2019) para. 78

bebas dari penyiksaan atau perlakuan yang merendahkan derajat manusia termasuk hak atas hidup, hak hidup tentram, aman dan damai, bahagia dan hak atas lingkungan hidup yang sehat, tak terkecuali pada Orang dengan Disabilitas Psikososial dan Perempuan dengan Disabilitas Psikososial (PdDP). UU turunannya yaitu UU N0. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan juga memberikan pemenuhan hak kesehatan pada PdDP bahwa hak mereka sama dengan hak warga negara yang lain dalam, mereka wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Permenkes Nomor No. 54 tahun 2017 melarang pemasungan. Pemasungan adalah segala bentuk pembatasan gerak ODGJ oleh keluarga atau masyarakat yang mengakibatkan hilangnya kebebasan ODGJ, termasuk hilangnya hak atas pelayanan kesehatan untuk membantu pemulihan. (Hak atas kebebasan dan penyiksaan)

Rehabilitasi adalah bagian dari rangkaian proses terapi untuk pemulihan ODGJ melalui pendekatan secara fisik, psikologis dan sosial. Sementara, Pasal 333 KUHP melarang melakukan perbuatan perampasan kemerdekaan seseorang. Pasal 333 KUHP berbunyi (terjemahan: "Barang siapa dengan sengaja merampas kemerdekaan orang lainsecara melawan hukum atau meneruskan perampasan kemerdekaan demikian, diancam dengan pidana penjara paling lama delapan tahun" dan pasal ini diterapkan juga bagi orang yang dengan sengaja dan melawan hukum memberi tempat untuk perampasan kemerdekaan. Mempertimbangkan hal tersebut tampak bahwa sebagai salah satu kewajiban bagi penyandang disabilitas untuk ditempatkan dalam layanan RSJ/pusat rehabilitasi maka harus dipastikan RSJ dan pusat rehabilitasi bebas dari perampasan kemerdekaan sewenang-wenang. Pelaksanaan kebijakan nasional guna menjamin layanan kesehatan bagi Orang/ Perempuan dengan Disabilitas Psikososial hendaknya disertai SOP yang mencegah terjadinya Pelanggaran HAM dan hukum.

Dalam kebijakan nasional, upaya pencegahan bentuk-bentuk penyiksaan terhadap perempuan dengan disabilitas psikososial, dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 54 tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasungan Orang dengan gangguan jiwa, peraturan tersebut melarang orang melakukan pemasungan, penelantaran, kekerasan dan/atau meyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran dan/atau kekerasan dengan ancaman pidana. Peraturan ini menegaskan pentingnya praktik-praktik dalam memenuhi hak atas layanan kesehatan, menjauhkan dari pemasungan, penelantaran dan/atau kekerasan melalui informasi yang tepat tentang kesehatan jiwa layanan kesehatan yang mudah dijangkau dan kondusif termasuk persetujuan atas tindakan medis serta mendapatkan perlindungan dari penelantaran, ekploitasi dan diskriminasi.

Standar layanan tersebut seharusnya dilakukan dengan mensinkronkan standar internasional dalam pencegahan penyiksaan dan menghapuskan praktik-praktik penyiksaan termasuk memaknai kembali penyiksaan dalam cara-cara perawatan dan pengobatan. Dalam upaya mencegah penyiksaan tersebut Pasal 7 ayat (1) huruf b Undang-undang Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, memberikan peran masyarakat untuk menghilangkan stigma, diskriminasi dan pelanggaran hak asasi Orang dengan Gangguan Jiwa yang dalam istilah hak asasi disebut orang dengan disabilitas psikososial (PdDP). Diantaranya dengan melaporkan berbagai tindakan

penyiksaan yang mereka alami. Selain itu Peraturan Menteri No.64 tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan belum mengintegrasikan pencegahan penyiksaan. Ke depan upaya ini bisa diintegrasikan dalam peraturan terkait.

Komnas Perempuan memandang bahwa yang disebut penyiksaan, bisa:

1. Sebagai perluasan bentuk diskriminasi.
2. Tujuannya "penghukuman" karena orang dengan disabilitas psikososial dianggap mengganggu ketertiban sosial, keamanan, dan kenyamanan pihak lain.
3. Penanganan dan perawatan yang dilakukan serupa dengan penghukuman dalam tempat-tempat yang mencerabut kemerdekaan seorang tahanan/ serupa tahanan sehingga pemaknaan penyiksaan dapat mencakup situasi dan kondisi yang mereka alami.
4. Cara memberikan perawatan dan obat-obatan dalam pemenuhan hak atas layanan kesehatan dilakukan melalui "penghukuman" karena dianggap perempuan dengan disabilitas psikososial membahayakan atau mengancam ketertiban umum. Padahal mereka melakukan tindakannya tanpa kesadaran karena kondisi disabilitas psikososial yang mereka alami. Justru seharusnya mereka dirawat dan diobati sebagaimana cara-cara perawatan dan pengobatan orang sakit. Sehingga mereka tidak mengalami penyiksaan.
5. Pemenuhan hak perempuan dengan disabilitas psikososial atas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan perawatan dan obat-obatan yang dibutuhkan selama ini dilakukan dengan cara-cara yang tidak menunjang/mendukung proses perawatan dan obat-obatan yang lebih manusiawi bahkan lebih cenderung menggunakan kekerasan yang merupakan bentuk penyiksaan. Sehingga negara harusnya membuat standar cara memberikan perawatan dan obat-obatan dalam pemenuhan hak atas layanan kesehatan yang lebih manusiawi.

B. Pelanggaran atas Jaminan Keberlanjutan Pengobatan dan Perawatan Sebagai Bentuk Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia

Kerumitan dan kesulitan koordinasi serta "pingpong" pasien antar instansi terjadi ketika ada pasien yang sama sekali tidak memiliki keluarga atau yang dititipkan keluarga (baik di panti sosial maupun di RSJ) dan setelah itu tidak pernah lagi dijenguk atau dijemput oleh keluarga. Dinas sosial bekerjasama dengan satpol PP biasanya mengadakan operasi penangkapan/razia ODDP di jalan-jalan, lalu membawa mereka ke panti-panti untuk ditampung sementara. Untuk ODDP tanpa keluarga ini maka status mereka adalah tampungan negara. Jika ODDP tersebut memiliki indikasi rawat inap, maka dinas sosial yang akan menanggung dan membayarkan. Walaupun dalam perawatan orang dengan disabilitas psikososial perlu pertanggung jawaban, RS tidak boleh menolak pasien yang datang dari dinas sosial. Untuk pasien yang sudah akan dipulangkan paska perawatan namun ditolak oleh keluarganya, biasanya RS akan membawa ke walikota/bupati untuk membayarkan dan biasanya di tampung

di Panti Sosial Eks Psikotik seperti Panti Ngudi Rahayu di Boja, Kendal, karena RS tidak mungkin memberikan pelayanan gratis untuk pasien dalam jumlah banyak. Pasien atau ODDP yang tidak memiliki keluarga biasanya rentan mendapatkan kekerasan yang lebih tinggi. Paska perawatan pasien tanpa keluarga biasanya akan dikembalikan ke dinas sosial dengan cara mengantar ke dinas sosialnya, namun ditemukan dari pemantauan ini banyak pengalaman rumah sakit ketika meminta untuk dijemput, dinas sosial tidak datang. Hal ini menyebabkan ketidakpastian jaminan keberlanjutan pengobatan dan perawatan di mana bagi OdDP, diskontinuitas pengobatan akan berdampak fatal pada kesehatan jiwa-nya dan hak hidupnya.

Untuk itu Komnas Perempuan melihat isu koordinasi yang komprehensif antar *duty bearer*, bukan lagi isu teknis, tetapi sangat prinsipil guna pencegahan peristiwa di atas, dengan mengacu pada prinsip *due diligence* yang kedua yaitu Proteksi/ Perlindungan. *Due diligence* mensyaratkan ketersediaan dan akses korban terhadap layanan yang memadai dan berkelanjutan bagi korban/ penyintas. Pelayanan intervensi jangka pendek bisa berupa penyediaan pusat layanan terpadu/ satu pintu, *hotline/ helpline*, konseling, layanan medis dan tempat penampungan, sedangkan pelayanan intervensi jangka panjang dapat berupa pemberdayaan ekonomi, pekerjaan dan tempat tinggal. Program proteksi juga mensyaratkan adanya ketersediaan layanan yang dapat diakses, perintah perlindungan, aparat hukum yang menjunjung tinggi pertolongan segera, pelatihan yang berkelanjutan dalam rangka membentuk sikap positif dan sensitivitas terhadap korban, serta melakukan pendekatan multisektoral dan koordinasi pelayanan. Sebenarnya jika melihat Undang-undang RI No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, nafas utamanya adalah perwujudan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/ atau masyarakat.

Pada pasal 12 ayat 1 disebutkan negara pihak dalam Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental; 2) Langkah-langkah yang akan diambil oleh negara pihak pada Kovenan ini guna mencapai perwujudan hak ini sepenuhnya, harus meliputi hal-hal yang diperlukan untuk mengupayakan: (c) Pencegahan, pengobatan dan pengendalian segala penyakit menular, endemik, penyakit lainnya yang berhubungan dengan pekerjaan; (d) Penciptaan kondisi-kondisi yang akan menjamin semua pelayanan dan perhatian medis dalam hal sakitnya seseorang.

C. Pelanggaran Hak Dasar Untuk Re-Integrasi

Mengenai kesulitan yang dialami PdDP untuk mengakses pemulihan/ pasca reintegrasi mengindikasikan tercerabutnya hak ekonomi, sosial dan budaya dari perempuan dengan disabilitas psikososial dikarenakan stigma 'gila', serta ketiadaan program pemulihan/ rehabilitasi pasca perawatan dan pendampingan/ evaluasi pasca perawatan, merupakan pelanggaran terhadap Kovenan Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (diratifikasi Indonesia melalui Undang-undang No.11 tahun 2005) terutama pada pasal 11 ayat 1 yang menyatakan negara pihak pada Kovenan ini mengakui hak

setiap orang atas standar kehidupan yang layak baginya dan keluarganya, termasuk pangan, sandang dan perumahan, dan atas perbaikan kondisi hidup terus menerus. negarapihak akan mengambil langkah-langkah yang memadai untuk menjamin perwujudan hak ini dengan mengakui arti penting kerjasama internasional yang berdasarkan kesepakatan sukarela. Pada pasal 12 ayat 1 disebutkan negara pihak dalam Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental; 2) Langkah-langkah yang akan diambil oleh Negara Pihak pada Kovenan ini guna mencapai perwujudan hak ini sepenuhnya, harus meliputi hal-hal yang diperlukan untuk mengupayakan: (a) Ketentuan-ketentuan untuk pengurangan tingkat kelahiran-mati dan kematian anak serta perkembangan anak yang sehat; (b) Perbaikan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri.

Selain itu, negara seharusnya membuat program pemberdayaan ekononomi yang berkelanjutan agar perempuan dengan disabilitas psikososial tidak mengalami pemiskinan, sesuai dengan kesepakatan global SDGs (*Sustainable Development Develompment Goals*) yang harus dicapai setiap negara di tahun 2030. Indonesia sendiri sudah mengadopsi SDGs melalui Peraturan Presiden No.59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan terutama tujuan 1: Mengakhiri segala bentuk kemiskinan di manapun. Dengan sasaran nasional RPJMN 2015-2019: 1.1) Menurunnya tingkat kemiskinan pada tahun 2019 menjadi 7-8% (2015: 11,13%).

D. Pelanggaran Hak Identitas dan Keperdataan

Berkaitan dengan pasien tanpa keluarga atau OdDP yang ditangkap di jalanan entah karena razia atau operasi gabungan penyandang masalah kesejahteraan sosial, seringkali tidak memiliki identitas sama sekali. Pasien-pasien tersebut menurut petugas kadang sama sekali tidak menjawab nama mereka ketika di tanya atau bahkan lupa sama sekali di mana rumah dan asal mereka. Yang memprihatinkan jika OdDP yang tidak punya keluarga ketika meninggal tidak bisa menginformasikan kepada keluarga perihal kematian-nya. Terkait dengan temuan ini, dalam Undang-undang No. 39 Tahun 1999 tentang HAM dalam pasal 3 (2) Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan dan perlakuan hukum yang adil serta mendapat kepastian hukum dalam semangat di depan hukum. (3) Setiap orang berhak atas perlindungan hak asasi manusia dan kebebasan manusia, tanpa diskriminasi. Sementara Pasal 5 (1) Setiap orang diakui sebagai manusia pribadi yang berhak menuntut dan memperoleh perlakuan serta perlindungan yang sama sesuai dengan martabat kemanusiaanya di depan hukum. (3) Setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Kemudian dalam UU No. 12 tahun 2005 tentang ratifikasi konvenan hak sipil politik disebutkan dalam Pasal 2 (1) Setiap Negara Pihak pada Kovenan ini berjanji untuk menghormati dan menjamin hak-hak yang diakui dalam Kovenan ini bagi orang yang berada di wilayahnya dan tunduk pada yurisdiksinya, tanpa pembedaan apapun seperti ras, warna kulit, jenis kelamin, bahasa, agama, pendapat politik atau pendapat lainnya, asal usul kebangsaan ataupun sosial, kepemilikan, keturunan atau status lainnya.

08

TANTANGAN, POLA SURVIVAL & UPAYA KE DEPAN

VIII.1 Persoalan dan Tantangan Para Pendamping PdDP

Kerja-kerja para pendamping atau *care giver* bagi PdDP perlu didokumentasi. Pendamping ini mencakup perawat, terapis, pendamping teknis, petugas pendukung perawatan, dan lain-lain. Peran dan tanggung jawab mereka penuh dengan tantangan maupun risiko, namun masih minim apresiasi. Situasi inilah yang berdampak pada sejumlah persoalan antara lain; kurangnya rasio perawat dan layanan yang harus dipenuhi, minimnya perlindungan bagi pendamping khususnya perempuan, dan berbagai tantangan lain berhadapan dengan klien PdDP yang alami persoalan berlapis.

1. Berhadapan dengan Keluarga PdDP

Beberapa persoalan yang dihadapi pendamping, antara lain; a). Keluarga memindahkan tanggungjawab dan memasrahkan pada perawat/pendamping; b). Keluarga sulit dihubungi,atau tidak jarang seperti sengaja mengganti nomor HP. Tidak jarang petugas kesulitan saat harus memulangkan padahal pasien sudah membaik atau sudah waktunya dipulangkan. Situasi ini sering membuat petugas/pendamping harus menampung karena pertimbangan kemanusiaan, walaupun dana minim atau bahkan tidak tersedia; c). Keluarga kadang tidak mengerti penyebab *stressor*PdDP yang salah satunya bersumber dari keluarga, khususnya suami, lingkaran dekat termasuk tetangga juga warga sekitar, d). Keluarga pasien mendesak untuk opname, padahal pasien tenang, tidak memerlukan opname, hanya dibutuhkan rawat jalan, karena tidak ingin terlihat oleh tamu, khususnya saat hari-hari raya; e). Keluarga menolak atau menghindari saat petugas/perawat

RS melakukan *home visit*, padahal sudah menempuh jarak jauh, sebagai bentuk dukungan dan bagian dari perawatan.

2. Stigma Masyarakat dan Tanggungjawab Pendamping

Beberapa persoalan yang Komnas Perempuan temukan: a) Keluarga yang merawat inapkan anggota keluarganya, ada yang tidak memberi petunjuk rumah pasien anggota keluarganya kepada petugas/perawat RS karena menghindari diketahui oleh tetangganya agar tidak ada stigma dari warga sekitarnya pada PdDP anggota keluarganya tersebut,b) Penolakan masyarakat karena tindakan klien yang merisikokan keamanan warga sekitar. Akibatnya stigma warga pada PdDP tersebut menghambat pasien untuk sembuh dan kembali menjadi tanggungjawab RS. Untuk itu petugas/perawat RS harus memberi edukasi pada warga.

3. Resiko Keamanan dan Problem Perlindungan pada Pendamping

Menghadapi pasien agresif yang sedang gaduh gelisah atau dalam proses penyembuhan, termasuk pada saat orang dengan disabilitas psikososial timbul halusinasi, tidak jarang pasien merasa perawat akan menyerangnya, maka pasien cenderung akan menyerang terlebih dahulu, karena kondisi paranoid. Tindakan pasien ini sulit disebut sebagai tindakan kekerasan, karena dilakukan tanpa kesadaran penuh. Akan tetapi pendamping tetap merasakan dampak kesakitan dan resiko lainnya, seperti: diludahi, dijambak, disiram bubur kacang hijau, dipukul, alami pelecehan seksual hingga serangan seksual pada perawat perempuan, ada yang dilempar barang hingga pecah, ada yang menyerang supir saat sedang menyetir mengantarkan pasien, Petugas/perawat RS mengalami tantangan keamanan diri dari pasien yang mengamuk. Kadang petugas lebih sedikit dari proporsi jumlah pasien, tidak jarang 1 orang pasien kekuatannya seperti beberapa orang, padahal seharusnya perlu ditangani beberapa pendamping saat PdDP tersebut sedang *relapse*.

4. Minimnya Pemulihan bagi Pendamping (*Caring for Caregivers)*

Petugas/pengurus panti kerap harus menyembuhkan dirinya sendiri, karena setiap hari berhadapan dengan situasi yang membutuhkan kesabaran. Misalnya setiap hari harus membersihkan kotoran pasien yang berceceran dimana-mana, harus menyerap energi sakit dari pasien saat sedang kambuh. Atau merasa bersalah saat ada yang bunuh diri, memendam ketakutan karena pasien yang tidak jarang agresif bahkan membunuh karena kondisi kejiwaannya. Psikolog,psikiater atau petugas, harus memulihkan diri sendiri, bahkan ada dari mereka yang alami kanker yang bisa jadi karena tekanan profesi. Di sejumlah RS mulai membuat kegiatan-kegiatan *tour* atau *gathering* untuk tujuan pemulihandan penyegaran.

5. Diskriminasi Karier dan Minimnya Imbal Prestasi

Perawat atau petugas di RSJ sedikit diminati, karena ada problem jenjang karier yang tidak seluas dalam struktur karier perawat di RS umum. Selain itu, profesi perawat RSJ juga mendapatkan imbal jasa yang relatif lebih kecil dibanding perawat di RS Umum karena dampak dari sistem penilaian kinerja.

VIII.2 Pola *Survival* PdDP

Dalam pemantauan tentang HAM perempuan dalam berbagai konteks, Komnas Perempuan juga mengidentifikasi bagaimana pola *survival* atau daya bertahan para PdDP. PdDP yang sudah membaik dan berusaha menstabilkan kondisi kejiwaannya, punya strategi bertahan yang penting untuk didokumentasi, terlepas dari perbedaan pendekatan saintifik modern dan tradisional spiritualistic. Pola *survival* ini untuk memberi ruang bagaimana para PdDP bertahan ditengah persoalan diatas, yang diantaranya adalah sebagai berikut:

a. Menghindari ketergantungan obat

b. Penguatan etos pada diri sendiri untuk sembuh.

   Terlepas dari perbedaan pendekatan medis soal perlunya pengobatan modern untuk keseimbangan sistem saraf, tetapi di tempat rehabilitasi berbasis komunitas, justeru pasien dibuat tidak bergantung dengan obat, tetapi dengan menguatkan kesadaran spiritual dan keinginan untuk sembuh melalui sugesti dari pemimpin panti yang punya sejarah jadi *survivor*PdDP.

c. Berjualan untuk mengisi kegiatan dan tambahan ekonomi

   Cara *survivor* lain semasa transisi dari panti rehabilitasi ke keluarga, sebagian mereka ada yang berjualan es, dan berinteraksi dengan penduduk sekitar Panti sebagai penjembatan untuk integrasi kembali ke masyarakat dan keluarganya.

d. Menjadi asisten petugas Panti

   Bagi PdDP yang sudah dianggap stabil, ada yang menjadi karyawan *laundry*, petugas jaga malam hari, memandikan sesama pasien dan membersihkan panti. Mereka menerima imbalan untuk jajan, atau kadang menjadi pola *survival* bagi pasien yang sudah membaik tetapi tidak ada keluarga yang menjemput.

e. Menitipkan anak pada keluarga dekat, panti atau yayasan

   PdDP yang punya anak, baik hasil perkawinan sebelum kondisi psikisnya memburuk, atau hasil dari penghamilan atau kekerasan seksual saat kondisi kejiwaaanya sedang memburuk, mereka atau pihak keluarga akan menitipkan anak tersebut pada yayasan, untuk disekolahkan, diadopsi tetangga atau keluarga dengan dirahasiakan atau dengan sepengetahuannya, termasuk ada yang diberikan di panti anak, untuk diadopsi pada orang lain.

f. Merasa ditunggu anak dan keluarga

   Beberapa PdDP semangat untuk sembuh dan segera keluar dari perawatan, kalau mereka punya anak-anak atau keluarga yang menunggu dan menerima apa adanya. Komnas Perempuan mendapati dua kasus, dimana dua PdDP ini punya anak yang giat menuntaskan studinya di Universitas Satya Wacana dan satu lagi di TNI, dan keduanya menerima apa adanya, serta berjanji agar bisa segera menjemput dan merawat ibunya.

g. Semangat untuk sehat

PdDP kerap mengalami pengobatan tanpa persetujuan, atau disembuhkan karena asumsi 'dirasuki setan', atau tindakan penyiksaan atas nama penyembuhan lainnya. Di tengah keletihan PdDP dalam upaya penyembuhan, tetap ada harapan untuk hidup sama seperti manusia lainnya. Harapan itu bisa hadir dari hal-hal kecil, seperti menyaksikan anak kecil yang menderita, perawat atau dokter yang baik dan menyayangi PdDP atau motivasi dari Ibu yang merawat. Hal ini kami jumpai di tempat-tempat yang menjadi subyek pemantauan seperti inilah yang menjadi harapan baik dari PdDP.

Dalam pengalaman penyembuhan di Panti, kapan seseorang dengan disabilitas mental sehat atau merasa sehat? "Setelah 30 hari" merupakan pernyataan dari salah satu pendiri Panti Dzikrul Ghofilin, Wonosobo. Dia mengalami gangguan kejiwaan dan sembuh dengan pendekatan spiritual tanpa minum obat. Beberapa PdDP juga merasa sehat ketika dijenguk oleh keluarga mereka. Di RSJ Mahoni, PdDP yang merasa sudah sembuh sering mengalami kerinduan pada keluarga. Namun jika tidak dijenguk, mereka tak henti bertanya kepada perawat dan dokter. Seakan penantian sembuh sangat ditunggu agar dapat berkumpul bersama keluarga.

"Saya tiba-tiba melihat anak kecil yang luka seluruh punggungnya, dan ada yang mengobati, lalu anak itu semangat untuk sembuh. Saya tergugah, 'kenapa saya tidak bisa seperti anak ini?' " (Seorang PDDP di Panti Dzikrul Ghofilin, Wonosobo)



Foto: Komnas Perempuan Ditengah PdDP di Panti Rehabilitasi Dzikrul Ghofilin Wonosobo

VIII.3 Rencana Pengembangan dan Pemajuan Penanganan

Harapan PdDP adalah bisa melanjutkan hidup biasa,wajar dan tanpa diskriminasi. Hak ini harus ditunjang oleh institusi yang merawatnya. Bisa Rumah Sakit, Panti milik pemerintah atau swasta. Selain itu juga upaya komprehensif Negara, masyarakat dan keluarga. Jika dihubungkan antara harapan dan rencana terkait pengembangan penanganan PdDP maka temuan dari pemantauan ini adalah:

a. Mengupayakan RS tanpa dinding: yaitu upaya preventif dan promotif agar kebijakan tidak hanya fokus pada upaya kuratif PdDP saja. Misalnya memberi edukasi pada guru PAUD dan alangkah baiknya masuk ke kurikulum Nasional. Edukasi ini dapat mengurangi aksi perundungan atau *bully* pada anak dan seterusnya. Contoh inilah yang dipikirkan oleh RSJ Amino sebagai perluasan upaya perawatan sosial pada PdDP. Upaya yang dilakukan oleh RSJ Amino RSJ Amino secara lintas sektoral dengan Dinas Pendidikan dengan melakukan pendidikan kejiwaan sejak dini.

b. Mengedukasi warga untuk tidak melakukan stigma pada PdDP dan menerima kondisi mereka serta turut memberi dukungan pada PDDP. RSJ Amino memulai dengan penjangkauan kader. Ada 50 kader di daerah binaan yang mendapat pengajaran tentang deteksi, mengembangkan pendekatan kultural untuk perawatan sosial, dan membawa ke RS untuk tindakan medis bagi PdDP yang tidak dapat ditangani oleh masyarakat. Sebagai langkah awal, kader dapat bekerjasama dengan Puskesmas agar dapat melakukan penanganan terintegrasi. Sementara RS Puti Bungsu di Sumatera Barat menganggap peran serta masyarakat dalam penyembuhan PdDPpenting, untuk itu perlu memberi edukasi secara umum agar stigma pada PdDP tidak langgeng dan tergantikan dengan perawatan sosial dari masyarakat.

c. Edukasi pada keluarga; Bahwa perawatan tidak hanya fokus kepada PdDP saja, tetapi juga peran keluarga atau orang terdekatnya melakukan terapi dan tidak melakukan hal-hal yang menimbulkan masalah kejiwaan atau pemicu *stressor*. RSJ HB Saanin, Padang meyakini bahwa satu upaya untuk membantu menyelesaikan masalah PdDPdan juga mencegah kembalinya PdDP ke RS. Keluarga atau orang terdekat PdDPakan diajarkan bentuk penanganan PdDP saat berada di rumah. RSJ Amino juga melakukan pembekalan pengetahuan pada keluarga, pada saat PdDP menjalani terapi di RS.

d. Pendekatan perawatan yang memanusiakan menjadi fokus RSJ Puti Bungsu. Dokter dan perawat melakukan pendekatan emosional dengan pasien. Selain perawatan medis, pasien juga diajak memahami dunia luar dirinya, yang kadang negatif melihat sosok PdDP. Juga melakukan berbagai macam pelatihan untuk PdDP terkait perawatan diri sendiri dan melakukan kegiatan yang bermanfaat bagi orang lain.

e. Pemerintah memiliki kebijakan memberi pengembangan kapasitas pada untuk pasien dan staf rumah sakit. Setiap dua tahun sekali, ada pekan olah raga di-adakan secara nasional dengan lokasi berpindah-pindah. Staf juga mendapatkan pengetahuan terkait administrasi, manajemen RS dan perawatan.

f. Memperluas akses pembiayaan dan rumah singgah. Beberapa pemerintah daerah mulai melakukan pengembangan program, seperti di Sumatera Barat. Rumah singgah telah dibuat sebanyak 50 unit di beberapa daerah selama tahun 2018 ini. Perhatian pemerintah disetiap kota berbeda, di Pariaman, pemerintah memilki budget tersendiri untuk pasien jiwa. Pasien yang tidak ter-*cover* pembiayaannya oleh BPJS atau asuransi lainnya akan di-*cover* dari dana APBD Kota Pariaman.

VIII.4 Praktik Baik: Pelajaran dari Lokal Hingga Global

Praktik baik ini didokumentasi dari hasil dua konsultasi dengan para ahli dan PdDP untuk penyempurnaan laporan ini. Adapun masukan-masukan sebagai berikut:

Menjamin Kebebasan Bermobilitas dan Kepemilikan Hak Pribadi: Pada dasarnya, ODGJ bukanlah tahanan, maka seharusnya mereka bebas bermobilitas. Di negara-negara maju dikembangkan penanganan ODGJ tanpa dinding, salah satunya di US, mereka lebih banyak dikembalikan ke komunitas. Berbeda dengan di Indonesia, kebijakan yang mewajibkan setiap daerah memiliki RSJ, justru merupakan upaya me-rehospitalisasi mereka.

Akses layanan dan Pelibatan Komunitas: Beberapa inisiatif dari masyarakat juga sudah dilakukan seperti Komunitas *Health Centre* yang ada di Leuwiliang, Bogor. Komunitas semacam ini sangat membantu masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan jiwa yang murah dan mudah dijangkau. Pendamping juga memberi contoh di daerah Imogiri yang memiliki banyak pekerja sosial, maka kerawanan kesehatan jiwa dapat terdeteksi di tingkat Puskesmas.

Memastikan hak atas Informed consent pada PdDP: Salah satu pendamping yang pernah melakukan studi banding di negara maju, menuturkan bahwa belajar dari kota New York, ada regulasi yang mengatur kebebasan pasien untuk menolak penanganan medis. Berbeda dengan pasien di Indonesia yang dianggap berada di bawah pengampuan sehingga persetujuannya menjadi tidak penting melainkan persetujuan dari keluarga.

1. **Akses Pengobatan dan Jaminan Asuransi**

   Salah satu peserta dalam FGD yang merupakan pendamping korban juga mengatakan bahwa pihak RS kerap tidak mensosialisasikan obat-obatan yang disediakan, padahal sebetulnya ada obat berjenis generik dan ada yang masih paten. Di beberapa kasus RS memaksa membeli obat dengan alasan tidak ada opsi lain, atau keluarga pasien disuruh membeli sendiri di luar. Padahal sebenarnya di seluruh tahapan proses penyembuhan pasien ada pilihan obatnya dan sudah di-*cover* oleh BPJS, sehingga tidak ada alasan tidak mengakses kesehatan jiwa.

2. **Memastikan Rehabilitasi Komprehensif dan Membuka Akses Pekerjaan**

   Berbeda di negara-negara maju, upaya rehab psikososial didukung sepenuhnya oleh negara. Perusahaan dan semua instansi wajib menerima sedikitnya 5% karyawan dengan gangguan kejiwaan. Contoh baik untuk Rehab psikososial,

peserta memberikan contoh di RS dr. Marzuki Mahdi di Bogor ada rehab psikosial dengan tujuan mengembalikan pasien ke komunitas, program rehabilitasi memang berbasis RS dan komunitas. Selain itu RS dr. Mazuki Mahdi juga menyediakan pelatihan keterampilan sosial, tatacaraberbicara dengan orang lain, cara mengekspresikan perasaan yang negatif, latihan kemampuan kerja. Para mantan pasien ada yang sudah magang di pabrik, menjadi supir transportasi *online*, bahkan mengajar di UI, dan sebagainya. Di Bogor juga ada komunitas-komunitas pendamping yang setiap bulan diberikan edukasi.

3. Melihat Opsi Tempat Tinggal (Housing)

Kebutuhan Dukungan psikososial lainnya terhadap ODGJ adalah dengan menyediakan rumah bagi mereka. Di negara maju seperti Amerika Serikat, sudah ada program *Sharing Support Housing.* Program ini adalah hasil kerja sama antara universitas dengan pemerintah guna menyediakan rumah singgah untuk ODGJ dengan seluruh pendanaan disediakan oleh pemerintah. Mereka diperlakukan seperti tinggal di rumah/apartemen sendiri, ada fasilitas untuk mandi, masak, ruang keluarga, dan lain-lain. Selain itu juga ada pekerja sosial yang tinggal di lingkungan yang sama, untuk bertemu dan bicara dengan mereka.

09

KESIMPULAN & REKOMENDASI

Kesimpulan

Berikut sejumlah kesimpulan Komnas Perempuan memantau tentang "Hukuman tanpa Kejahatan": Dimensi Penyiksaan dan Daur Kekerasan terhadap Perempuan dengan Disabilitas Psikososial di Lokasi Serupa Tahanan (RSJ, Pusat Rehabilitasi dan panti). Pemantauan ini dilakukan di Semarang, Medan, Padang dan Kendal, Wonosobo dengan memantau di dua RSJ milik pemerintah, tiga RSJ swasta, tiga pusat rehabilitasi dan satu panti milik komunitas.Adapun kesimpulan pemantauan ini sebagai berikut:

1. Perempuan dengan disabilitas psikososial (PDdP) mengalami daur kekerasan berbasis gender, baik sebagai penyebab atau pemicu seorang Perempuan hingga menjadi disabilitas psikososial. Dimensi kekerasan yang dialami, dari pra dan saat menjalani perawatan, hingga kekerasan dan diskriminasi pasca rehabilitasi. Bentuk-bentuk kekerasan terhadap perempuan yang memicu, memperparah, sejak pra, saat dan paska perawatan adalah: kekerasan fisik, seksual, psikis, ekonomi.
2. PdDP mengalami tindakan serupa penghukuman, perlakuan yang tidak manusiawi dan merendahkan martabat, dengan pencerabutan kebebasan atau *deprivation of liberty*. Namun tindakan ini dilakukan bukan semata karena sanksi atau kesalahan yang dilakukannya dengan sadar seperti pelaku kejahatan lain sebagai subjek hukum. Perlakuan atau "penghukuman" yang diterima PdDP sama dengan mereka yang mengalami penghukuman untuk penjeraan yaitu berupa

pencerabutan kebebasan, seperti layaknya penghukuman pelaku kejahatan. Namun, pelaku kejahatan pada umumnya hanya terhukum lewat tahanan maupun pemenjaraan yang didahului melalui proses peradilan. Sayangnya tidak demikian pada kasus orang dengan disabilitas psikososial, mereka mengalami 'penghukuman' dengan proses pencerabutan kebebasan di semua lini, sejak dalam keluarga, dalam masyarakat dan dalam tempat-tempat perawatan "gangguan" kejiwaan. Menariknya, pelaku tidak jarang orang dekat, khususnya keluarga, warga yang dibiarkan oleh Negara.Pada umumnya penempatan PdDP untuk rehabilitasi yang setara dengan pemenjaraan ini, bukan berdasarkan keinginannya tetapi oleh pihak keluarga atau pihak lain yang pada titik tertentu dapat disetarakan dengan penahanan yang sewenang-wenang, dan bahkan direstui oleh Negara, atas nama tertib dan keamanan sosial.

3. Penanganan Perempuan dengan disabilitas psikososial masih menekankan pada penyelamatan mereka yang "sehat", agar tidak terancam keamanan maupun kenyamanannya akibat tindakan orang-orang dengan disabilitas psikososial. Karenanya penanganan dan pengobatan cenderung mengisolasi PdDP dari pada merubah budaya dan stigma, termasuk minimnya kesiapan serta daya dukung keluarga dan masyarakat. Selain itu PdDP dianggap sebagai pengganggu keamanan, kenyamanan, citra negara/ wilayah maupun mengganggu martabat keluarga. Karenanya mereka kerap dirazia untuk menjaga *image*sebuah wilayah atau dipindahkan di tempat rehabilitasi atas nama penyelamatan keluarga.
4. Persoalan PdDP dengan keluarga sangat kompleks. Keluarga masih diletakkan sebagai pihak penanggungjawab utama, padahal keluarga masihpemahaman maupun tanggung jawab penanganannya. Keluarga bisa jadi penyelamat, tapi di saat bersamaan juga bisa jadi pihak pelaku kekerasan. Sejumlah orang dengan disabilitas psikososial cenderung "dibuang" oleh keluarga baik di jalan maupun di panti-panti, rumah sakit. Keluarga tidak bisa dikontak untuk menjemput, bahkan ada sejumlah kasus meninggal dunia dimana keluarga tidak bisa diakses/ nomor kontak palsu. Selain itu, juga ada fenomena (lari malam) dimana pasien yang sudah sembuh tidak dijemput keluarga yang bisa jadi karena tingginya biaya yang tidak sanggup ditanggung oleh keluarga, atau sejumlah kasus keluarga ada yang tidak mau bertanggungjawab.
5. Stigma dan diskriminasi adalah bentuk penghukuman lain terhadap perempuan dengan disabilitas psikososial, dengan pola berlapis stigma di masyarakat, dipersalahkan sebagai beban keluarga, bahkan hilang kesempatan untuk mendapatkan hak dasar baik berkeluarga,mempertahankan perkawinan hingga diskriminasi pada hak paling dasar untuk memperoleh sumber penghidupan.
6. Tempat-tempat rehabilitasi berupaya untuk memperbaiki layanan dan kinerjanya namun masih didapati ada tempat rehabilitasi yang masih menjadi tempat serupa tahanan karena mencerabut hak kebebasan, serta masih didapati kekerasan dan perlakuan yang tidak manusiawi, dan merusak integritas PdDP RSJ dan tempat rehabilitasi yang menjadi subjek pemantauan sebenarnya dalam standar formal kesehatan terkesan sudah dinilai baik, namun dalam standar

HAM, kami masih menemukan bentuk-bentuk perlakuan tidak manusiawi saat perawatan khususnya di tempat rehabilitasi.

7. Temuan-temuan pelanggaran hak asasi perempuan antara lain; a) Minimnya jaminan keamanan seperti ditunggu petugas laki-laki, masih ada kasus bunuh diri, melarikan diri, tawuran, pelecehanan sesama penghuni, hingga kekerasan seksual, b) Perawatan yang merendahkan martabat seperti dimandikan di tempat terbuka karena asumsi mereka tidak punya kesadaran "utuh", c) Pengabaian jaminan keperdataan antara lain anak diadopsi tanpa persetujuannya, pengaburan keperdataan dan identitas (terutama penggantian nama) karena yang bersangkutan tidak ingat; d)Pemaksaan kontrasepsi melalui MOW (Metode Operatif Wanita) antara lain tubektomi dan susuk, e)Adanya batas waktu penampungan orang-orang dengan disabilitas psikososial sehingga mereka seperti korban *"forced eviction"* atau penggusuran paksa karena tidak ada tempat tinggal (bagi yang tidak teridentifikasi dimana posisi keluarganya), situasi ini akan ada dampak berbeda pada perempuan, karena saat tidak punya tempat tinggal atau dijalan rentan kekerasan seksual.
8. Hak asasi lain (umum) yang terlanggar: a) Penanganan medis yang masih menggunakan kejut listrik, obat-obatan yang memperburuk fungsi organ lainnya,b) Masih terdapat isolasi sebagai upaya klimaks karena ditolaknya perawatan dari rumah sakit jiwa yang lain,c) Hak atas informasi/*informed consent* atas tindakan medis, minimnya mekanisme *complain*, evaluasi serta pengawasan yang komprehensif,d) pengobatan yang tidak sensitif pada latar belakang keagamaan pasien, khususnya terjadi di panti, dimana menggunakan pendekatan agama tertentu untuk pemulihan walaupun tidak dalam konteks pemaksaan,e) Kehilangan hak sipol termasuk hak ekosob untuk mendapatkan pekerjaan atau kehilangan pekerjaan karena disabilitas psikososialnya,f) Layanan kesehatan yang masih buruk dari standar kesehatan, seperti penanganan sakit gatal *scabies* menggunakan karbol, dan lain-lain.
9. Khusus isu Narkoba yang berdampak kepada PdDP, memiliki dimensi pelanggaran berlapis karena rehabilitasi setara dengan penghukuman berdasarkan keputusan legal.Pola-pola penghukumannya seperti pola penghukuman lain dengan pencerabutan kebebasan, namun lebih parahnya pemenjaraan ditanggung oleh negara, akan tetapi rehabilitasi dalam konteks ini dibebankan kepada keluarga.
10. Perkembangan hak asasi tidak beriring dengan perkembangan didalam dunia dan kebijakan medis yang masih menerapkan praktik-praktik yang bertentangan dengan HAM, baik diterapkan di hampir semua rumah sakit jiwa, baik milik pemerintah maupun swasta. Hak-hak dasar PdDP kerap terhalang oleh administrasi birokrasi, kebijakan medis, dan ketidakpastian skema asuransi. Selain itu terjadi diskoneksi antar kebijakan maupun pusat-pusat layanan juga masih ada keragaman pendekatan pengobatan dan rehabilitasi, yang cenderung menegasi satu dengan yang lain yang belum terjembatani, dan belum ada standar minimum yang memastikan hak dasar bagi Perempuan dengan disabilitas, khususnya bebas dari perlakuan yang tidak manusiawi. Selain itu masih terjadi

gap antara rumah sakit-rumah sakit pemerintah di kota-kota tertentu dengan rumah sakit swasta yang minim sumberdaya, pasien, maupun dukungan karena skema kebijakan kesehatan (asuransi), apalagi panti-panti tradisional sangat bergantung pada dukungan-dukungan filantropik yang tidak menentu bahkan pada titik yang sangat kekurangan sehingga berkontribusi pada tercerabutnya hak paling dasar yaitu hak atas pangan dan hak kesehatan lainnya. Fasilitas untuk menopang kesehatan fisik dan jiwa melalui kegiatan-kegiatan produktif dan kreatif masih terbatas di rumah sakit-rumah sakit besar. Sejumlah rumah sakit swasta maupun panti-panti rehabilitasi bahkan tidak mempunyai fasilitas kegiatan, yang membuat mereka menjadi pasif dan memperburuk kondisi kejiwaan.

11. Kebijakan nasional tentang perlindungan pada orang dengan disabilitas psikososial berusaha menjamin sejumlah hak dasar namun tidak menjamin secara spesifik hak perempuan dengan disabilitas psikososial. Negara dan berbagai pihak harus mengenali perempuan dan anak perempuan dengan disabilitas psikososial, yang mengalami diskriminasi berlapis. Selain itu minimnya perspektif HAM perempuan/sensitivitas gender masih jadi persoalan di kalangan aparatus Negara dan apparatus medis antara lain dengan menyalahkan korban, melazimkan kekerasan berbasis gender yang menjadi *stressor*, termasuk mensimplifikasi isu-isu kekerasan seksual yang serius dengan sikap dan penamaan yang ringan.

12. Indonesia sudah mempunyai kebijakan perlindungan dengan ratifikasi sejumlah instrumen HAM internasional yang relevan dengan isu ini, baik KovenanHak SIPOL-EKOSOB maupun CEDAW, CRPD, CAT dan turunannya, namun kebijakan pelayanan dan penanganan serta praktik-praktik di tempat-tempat rehabilitasi psikis medis untuk perempuan dengan disabilitas psikososial masih belum memenuhi standar HAM perempuan tersebut. Di level nasional, terdapat sejumlah kebijakan kondusif maupun kebijakan yang masih bermasalah. Kebijakan nasional masih ada sejumlah gap dengan kebijakan internasional antara lain UU Disabilitas yang minim membahas hak perempuan, termasuk penggunaan istilah yang lebih kondusif dan sesuai dengan prinsip HAM perempuan.

Rekomendasi

A. Komnas Perempuan sebagai salah satu mekanisme HAM Nasional merekomendasikan kepada sejumlah pihak:

DPR RI dan Pemerintah:

1. DPR-RI dan dan Pemerintah perlu melakukanreformasi dan harmonisasi UU maupun kebijakan lainnya, agar sesuai dengan instrumen dan mekanisme HAM internasional. DPR RI perlu menghapuskan segala bentuk penyiksaan, perlakuan yang menyakiti dan merendahkan martabat dengan melakukan sejumlah hal antara lain namun tidak terbatas pada: a)Meratifikasi OPCAT (Opsional Protokol untuk Pencegahan Penyiksaan) untuk optimalisasi perlindungan dan pencegahan penyiksaan di tempat-tempat pencerabutan kebebasan, b)

Menindaklanjuti rekomendasi mekanisme HAM internasional, salah satunya pelapor khusus anti penyiksaan Manfred Nowak untuk memastikan definisi penyiksaan dalam RUU Hukum Pidana, c) Rekomendasi Pelapor khusus hak atas kesehatan Dainius Puras dan Komite CEDAW untuk mengoptimalkan layanan disabilitas psikososial, khususnya PdDP, d) Menggunakan paradigma, definisi hingga istilah yang konsisten dan tepat untuk martabat kemanusiaan khususnya orang dengan disabilitas psikososial.

2. Perlu ada komitmen DPR RI dan Pemerintah untuk membuat kebijakan untuk dukungan yang komprehensif bagi PdDP, antara lain namun tidak terbatas pada:tempat tinggal layak dan terintegrasi, kesempatan kerja, dukungan khusus, termasuk mengalokasikan anggaran yang cukup untuk memperluas akses layanan mental-psikososial khususnya pada PdDP agar tidak dibebankan kepada keluarga seperti halnya penghukuman yang lain.

Pemerintah RI:

1. Perlu mengembangkan sistem pencegahan maupun perlindungan dari kekerasan khususnya kekerasan berbasis gender dalam layanan maupun rehabilitasi bagi perempuan dengan disabilitas psikososial korban kekerasan, dengan kecermatan assessment pada setiap pasien yang sedang menjalani pemulihan
2. Pemerintah perlu mendorong dan mengoptimalkan peran keluarga dan komunitas untuk menjadi bagian dari sistem pendukung upayapemulihan dan penanganan PdDP. Pendekatan yang dilakukan bukan denganmenjauhkan dari keluarga yang justru berpotensi memperburuk kondisi dan merapuhkan produktitasnya.
3. Optimalisasi *National Preventive Mechanism*/Mekanisme Pencegahan Nasional dengan memastikan petugas-petugas di tempat-tempat pencerabutan kebebasan termasuk ditempat serupa tahanan, menghentikan pola-pola penyiksaan atas nama pengobatan, menghormati hak asasi PdDP dengan tidak mencerabut hak kemerdekaan dan bebas dari penyiksaan dan perlakuan tidak manusiawi. Setidaknya seluruh apparatus pembuat kebijakan dan pelaksana layanan pemulihan PdDP mempunyai pemahaman tentang HAM dan gender, untuk tidak melakukan diskriminasi dan penyiksaan di lembaga-lembaga layanan.Upaya-upaya tersebut harus terlembaga dan terukur, setidaknya melalui SOP yang jelas dan ada mekanisme pengawasan yang ketat dan terlaporkan ke public, Pemerintah, dan Penyelenggara Kesehatan Jiwa baik yang negeri maupun swasta untukmelakukan pendidikan dan penyadaran kepada aparatus medis tentang HAM perempuan, sensitifitas gender, sikap dan perilaku yang manusiawi serta menghargai martabat perempuan dengan disabilitas mental, termasuk membuat mekanisme pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender khususnya kekerasan seksual.
4. Pemerintah bersama penyelenggara kesehatan jiwa baik negeri maupun swasta harus tegas melarang perlakuan dan tindakan yang tidak manusiawi yang merendahkan martabat perempuan dengan disabilitas mental, salah satunya

dengan melarang terapi ECT atas nama pengobatan karena penggunaan ECT, pengurungan dan pemasungan sebagai bagian dari penyiksaan dan perlakuan buruk serta merendahkan martabat. Selain itu juga harus mengevaluasi dan mencari alternatif untuk mencegah terapi-terapi yang berpotensi maupun berdampak memperburuk kesehatan fisik dan mental orang dengan disabilitas psiko sosial khususnya PdDP.

5. Pemerintah dan aparatus medis perlumemikirkan skema pengobatan yang maju dan model social dengan pendekatan HAM-gender. Pengobatan yang mudah diakses, berbasis kebutuhan dan kecermatan diagnosis, juga meminimalisir resiko jangka panjang. Selain itu perlu mengintegrasikan kebutuhan rehabilitasi PdDP diluar kebutuhan pengobatan medis yang juga harus disediakan untuk mendukung pemulihan, dengan kondisi yang tidak mengisolasi, *integrated* dengan lingkungan sosial, serta mendukung produktivitas maupun peran sosial.
6. Membangun skema akomodasi atau *supported housing* berbasis komunitas. Prinsip housing housing komunitas ini mengintegrasikan PdDP kedalam komunitasnya dengan prinsip-prinsip non diskriminasi, menjadi bagian dari masyarakat agar tidak diisolasi, mengembangkan kemampuan sosialnya dan dengan dukungan yang komprehensif.
7. Menyediakan dukungan yang optimal dan mudah diakses, termasuk revitalisasi fungsi Puskesmas agar mudah dijangkau pelayanannya bagi warga negara yang perlu dukungan penyembuhan, dukungan dana yang memadai dan efektif.
8. Memastikan ada *informed consent* atas tindakan medis yang dilakukan secepat dan setepat mungkin, baiks aat pre-medikasi hingga saat penanganan dan pemulihan. Selain itu juga perlu menyediakan mekanisme *complain* bagi PdDP, keluarga dan pihak lain yang signifikan untuk menyatakan *complain* atau masukannya.
9. Membangun dukungan rehabilitasi dengan memperkuat kesadaran dan dukungan keluarga maupun warga, mengembangkan akses penghidupan secara komprehensif untuk mendukung kemandirian PDDP

Pemerintah dengan Masyarakat:

1. Pemerintah dan masyarakat perlu melakukan tindakan preventif dan promotifuntuk menghilangkan stigma, diskriminasi dan perlakuan tidak manusiawi pada perempuan dengan disabilitas psikososial agar hak atas hidup dan kehidupan dapat terpulihan dan terpenuhi, termasuk menghilangkan pengucilan sosial.Selainituperluadaevaluasi dan pengawasanatasupaya-upayatersebut.
2. Memperkuat kesadaran keluarga dan masyarakat bahwa pendekatan kesehatan jiwa tidak cukup dengan perspektif dan peran aparatus medis, tapi perlu pelibatan masyarakat dan dengan perspektif hak perempuan sebagai pendekatan komprehensif.

3. Mencegah dan menangani kekerasan berbasis gender sebagai pemicu, yang memperparah dan sebagai dampak yang dialami PdDP. Selain itu juga membangun dukungan berbasis komunitas untuk menjadikan PdDP sebagai bagian dari masyarakat, membangun budaya inklusi dan menghentikan isolasi maupun diskriminasi, termasuk mendukung akses penghidupan dan kemandirian PdDP.

B. Rekomendasi dari Mekanisme HAM Internasional kepada Indonesia

1. Rekomendasi dari Pelapor Khusus PBB tentang Hak Setiap Orang untuk Menikmati Standar Kesehatan Fisik dan Mental, Dainius Puras, dalam kunjungannya ke Indonesia dari tanggal 22 Marethingga 3 April 2017, memberikan rekomendasi kepada pemerintah Indonesia:

    a. Pemerintah khususnya penyelenggara kesehatan jiwa menyelenggarakan *inform consent* untuk mengambil tindakan pengobatan khususnya perempuan dengan penyandang disabilitas.

    b. Pemerintah untuk menghormati, melindungi dan memenuhi hak atas kesehatan perempuan dan anak perempuan dengan menghilangkan hambatan terhadap hak seksual dan reproduksi mereka.

    c. Memadukan kebijakan, program dan layanan kesehatan dengan pendekatan berbasis hak asasi manusia, dengan penekanan yang kuat pada prinsip kesetaraan, nondiskriminasi, transparansi, partisipasi, dan pertanggungjawaban.

    d. Memperkuat sistem perawatan kesehatan dan menjamin pembiayaan yang memadai, adil dan berkelanjutan dengan meningkatkan alokasi anggaran nasional untuk kesehatan, dan terus meningkatkan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan di daerah terpencil.

    e. Memastikan perlindungan komprehensif bagi perempuan terhadap semua bentuk kekerasan berbasis gender dalam legislasi dan dalam praktiknya, dalam upaya untuk memastikan kesetaraan substantif dan kenikmatan perempuan pada hak ata skesehatan dan hak terkait lainnya.

    f. Mengadopsi kebijakan dan layanan kesehatan mental modern dengan maksud untuk mengarusutamakannya ke dalam sistem kesehatan umum dan meluncurkan reformasi menyeluruh dari sistem perawatan kesehatan mental dalam upaya untuk mengoptimalkan layanan yang berorientasi pada masyarakat berdasarkan prinsip-prinsip nondiskriminasi, partisipasi dan menghormati martabat dan hak-hak pengguna.

2. Rekomendasi Universal Periodic Review (sebuah mekanisme PBB untuk *review* dan rekomendasi dari berbagai negara) pada sesi ke-36 tanggal 11-29 September, yang ditujukan untuk Indonesia:

    a. Meratifikasi Protokol Opsional untuk Konvensi menentang Penyiksaan dan mempercepat harmonisasi perundang-undangan sesuai dengan Konvensi tersebut.

b. Mengambil langkah-langkah yang diperlukan dalam pelaksanaan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas.

c. Memajukan program untuk melindungi hak-hak perempuan, anak-anak, penyandang disabilitas dan orang lanjut usia.

d. Memperbaiki kerangka hukum dan kelembagaan dalam melaksanakan kebijakan dan program yang berfokus pada pemajuan hak-hak perempuan, anak-anak, penyandang disabilitas dan orang lanjut usia.

e. Mempercepat proses merevisi KUHP untuk memastikan semua tindakan penyiksaan diatur sebagai tindak pidana. Termasuk definisi penyiksaan yang konsisten dengan Konvensi menentang Penyiksaan.

f. Memastikan akses layanan kesehatan sesuai dengan skema asuransi kesehatan Nasional.

g. Mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan representasi dan partisipasi para penyandangdisabilitas.

h. Menyesuaikan kerangka kerja legislatif untuk menghilangkan pembatasan hukum dan politik yang mendiskriminasikan perempuan atas dasar status pribadi mereka, dan hal-hal yang mungkin melanggar hak seksual dan reproduksi mereka.

i. Mengakhiri perawatan medis yang wajib dan reformasi persyaratan pelaporan yang wajib untuk memungkinkan akses yang anti-diskriminasi atas perawatan kesehatan.

3. Rekomendasi Umum Komite CEDAW No. 18 tahun1991 tentang Perempuan dengan Disabilitas

   a. Menyediakan informasi tentang Perempuan disabilitas dalamlaporan periodik.

   b. Membuat aturan yang perlu terkait situasi mereka yang partikular, termasuk aturan khusus untuk memastikan mereka mendapat akses yang setara pada pendidikan dan pekerjaan, layanan kesehatan dan jaminan sosial

   c. Memastikan bahwa mereka berpartisipasi dalam semua area kehidupan sosial dan budaya.

4. Rekomendasi Umum Komite CEDAW No. 30 tahun 2013 tentang Perempuan dlam Situasi Pencegahan Konflik, Konflik dan Pasca Konflik

   Mengatasi risiko spesifik dan kebutuhan khusus dari berbagai kelompok perempuan pengungsi dan pengungsi internal yang mengalami berbagai bentuk diskriminasi, termasuk perempuan penyandang disabilitas.

Bibliografi

Buku

1. Reinharz, Shulamit. *Metode-Metode Feminis dalam Penelitian Sosial*. Jakarta : Women Research Institute. 2005. Hal, 21 – 50.
2. Reefani, Nur Kholis. *Panduan Anak Berkebutuhan Khusu*s. Yogyakarta: Imperium.2013.
3. Victorian Department of Health. E*lectroconvulsive Therapy Manual: Licensing, Legal Requirements and Clinical Guidelines*. Melbourne, Australia: State Government of Victoria. 2009.

Jurnal

1. Rahayu, Sugi. Utami Dewi, Marita Ahdiyana. *Pelayanan Publik Bidang Transportasi Bagi Difabel di Daerah Istimewa Yogyakarta.*2013.
2. Ghaziuddin, Neera. Stanley P. Kutcher, Penelope Knapp. *Practice Parameter for Use of Electroconvulsive Therapy With Adolescents.* Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. Desember. 2004

Artikel Elektronik

1. Nowak, Manfred. "Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia." A/63/175, (Juli 2008), www.un.org/disabilities/images/A.63.175.doc. 4 April 2019 para. 56.
2. Nowak, Manfred. "UN Human Rights Council, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment"*: addendum: mission to Indonesia, (10 March 2008), A/HRC/7/3/Add.7, available at: http://www.unhcr.org/refworld/docid/47eba2802.html
3. Andrade, Chittaranjan et al., *"Position Statement and Guidelines on Unmodified Electroconvulsive Therapy,"* Indian Journal of Psychiatry, 54 (2012): 119–133. 26 Januari 2014.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *"Guidance on the Use of Electroconvulsive Therapy (TA59)—The Technology,".*Oktober 2009. http://publications.nice.org.uk/guidance-on-the-use-of-electroconvulsive-therapy-
5. Mandez, Juan. Komisi HAM PBB, Laporan Pelapor Khusus PBB tentang penyiksaan dan perlakuan atau penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia, A/66/268. 5 Agustus.
6. Geneva. United Nation. General Assembly. *Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 5 Agust. 2011. http://solitaryconfinement.org/uploads/SpecRapTortureAug2011.pdf. 4 April 2019. para. 78

7. http://www2.ohchr.org/english/law/cat-one.htm

Peraturan Perundang-undangan

1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 7tahun 1984 tentang Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Wanita.
2. Undang-undangRepublik Indonesia Nomor 5 tahun 1998 tentang Pengesahan Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia.
3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2015 tentang Pengesahan Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya.
4. Undang-undangRepublik Indonesia Nomor 12 Tahun 2005 Tentang Pengesahan *International Covenant On Civil And Political Rights* (Kovenan Internasional Tentang Hak-hak Sipil dan Politik)
5. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 tahun 2011 Tentang Pengesahan *Convention on The Rights Of Persons with Disabilities* (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas).
6. Protokol Opsional terhadap Konvensi PBB Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Penghukuman Lain yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia (selanjutnya disebut OPCAT atau Protokol Opsional untuk Konvensi Menentang Penyiksaan) disahkan pada tanggal 18 Desember 2002 oleh MajelisUmum PBB
7. Bangkok Rules (Aturan tentang perlindungan terhadap perempuan tahanan dan serupa tahanan) diadopsiMajelisUmum PBB pada tahun 2010
8. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
9. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa
10. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-undang Nomor 32 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah
11. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial.
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 54 tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasungan Orang dengan Gangguan Jiwa
13. Peraturan Menteri No.64 tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

"Hukuman Tanpa Kejahatan"

Bebas dari penyiksaan adalah hak asasi setiap manusia yang tidak boleh dikurangi dalam keadaan apapun. Pengakuan dan jaminan pada hak ini secara tegas dinyatakan di dalam Konstitusi, yaitu pada Pasal 28G Ayat (2) dan Pasal 28I Ayat (1) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Hak bebas dari penyiksaan juga dinyatakan di dalam berbagai landasan hukum Indonesia dan instrumen HAM Internasional. CAT (Konvensi Anti Penyiksaan) salah satunya, melarang tegas penyiksaan dan perlakuan lainnya yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan martabat, khususnya di tempat pencerabutan kebebasan. Manfred Nowak pelapor khusus PBB anti penyiksaan menegaskan tentang larangan penyiksaan di tahanan dan serupa tahanan seperti di panti rehabilitasi sosial dan rumah sakit jiwa.

Pemantauan dengan judul "penghukuman tanpa kejahatan" ini adalah kelanjutan pemantauan Komnas Perempuan tentang tahanan dan kondisi serupa tahanan di tahun 2012. Pemantauan dalam laporan tahun 2018-2019 ini, melihat bagaimana dimensi penyiksaan dan kekerasan berbasis gender di RSJ dan panti atas nama perawatan, bagaimana PdDP (Perempuan dengan Disabilitas Psikososial) mengalami "penghukuman" dengan pencerabutan kebebasan karena tindakan di luar sadarnya, juga dimensi penyiksaan dan kekerasan berbasis gender yang dialami saat perawatan hingga paska rehabilitasi. Pemantauan ini juga melihat daur kekerasan berbasis gender, baik sebagai penyebab atau pemicu seorang perempuan hingga menjadi PdDP.

Hasil pemantauan ini sebagai bagian dari rangkaian upaya pencegahan penyiksaan dalam kapasitasnya sebagai salah satu lembaga HAM nasional.

PUBLIKASI KOMNAS PEREMPUAN