

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PEMENUHAN LAYANAN DASAR DALAM PANTI
BAGI PENYANDANG DISABILITAS MENTAL TERLANTAR MELALUI
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG SOSIAL**

***BASIC SERVICE FULFILLMENT POLICY IN INSTITUTION FOR MENTAL DISABILITY
THROUGH MINIMUM SOCIAL SERVICE STANDARD***

Rhea Diva Carissa

Universitas Indonesia

Jalan Salemba 1 No. 2A Jakarta Pusat

Email: rheadivacarissa@gmail.com

Fentiny Nugroho

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia

Gedung Nusantara II Lantai 2 Kampus UI Depok

Email: fentiny2015@gmail.com

Abstrak

Pemerintah telah menetapkan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam menjamin mutu dan jenis layanan untuk diperoleh warga negara secara minimal. Pelayanan dasar dalam Standar Pelayanan Minimal merupakan urusan pemerintah wajib yang dilaksanakan pemerintah pusat dan daerah. SPM bidang sosial merupakan salah satu urusan wajib layanan dasar yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah. Penyandang Disabilitas Mental (PDM) Terlantar merupakan salah satu jenis penerima layanan dasar SPM bidang sosial yang rentan mengalami keterlantaran karena gangguan fungsi pikir, emosi dan perilaku yang dialaminya. Melalui tulisan ini penulis ingin mengkaji implementasi kebijakan layanan dasar dalam panti bagi PDM terlantar melalui SPM bidang sosial melalui 4 aspek yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Rekomendasi yang diusulkan pada tulisan ini adalah perlunya asistensi khusus bagi pelaksana teknis secara langsung di panti oleh Kementerian Teknis melalui media yang tepat agar informasi kebijakan SPM bidang sosial tertransmisikan hingga level pelaksana maupun sasaran kebijakan, perlunya perhitungan rasio yang memadai antara kuantitas dan kualitas SDM dengan PDM terlantar sebagai penerima manfaat, serta peningkatan kapasitas yang memadai bagi penyedia layanan langsung sebagai ujung tombak penyelenggaraan kesos.

Kata Kunci : *Kebijakan, Penyandang Disabilitas Mental, Standar Pelayanan Minimal, Terlantar.*

Abstract

The Government has established Government Regulation Number 2 of 2018 concerning Minimum Service Standards (SPM) in guaranteeing the quality and type of services to be obtained by citizens at a minimum. Basic services in the Minimum Service Standards are mandatory government affairs carried out by the central and regional governments. The SPM in the social sector is one of the basic obligatory services that must be carried out by the Government. Persons with Mental Disabilities (PDM) Neglected is one of the types of recipients of basic social services SPM that are vulnerable to neglect due to impaired thought, emotion and behavior problems they experience. Through this paper the author wants to examine the implementation of basic service policies in institution for neglected mental disability through social service SPM by 4 aspects namely communication, resources, disposition and bureaucratic structure. The recommendation proposed in this paper is the need for special assistance for technical implementers directly at the institution by the Technical Ministry through the appropriate media so that MSS policy information in the social sector is transmitted to the level of implementers and policy targets, the need for calculating an adequate ratio between the quantity and quality of HR with neglected mental disability as beneficiaries, as well as adequate capacity building for direct service providers as the spearhead of the organization of social welfare.

Keywords: *Policy, Persons with Mental Disabilities, Minimum Service Standards, Neglected.*

PENDAHULUAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelayanan dasar dimaksud adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara. Standar Pelayanan Minimal ini diatur melalui Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal yang diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2019.

Pelayanan dasar dalam Standar Pelayanan Minimal merupakan urusan pemerintahan wajib yang diselenggarakan Pemerintah baik Pemerintah pusat maupun Pemerintah Daerah. Terdapat enam urusan wajib layanan dasar yaitu pendidikan; kesehatan; pekerjaan umum dan penataan ruang; Perumahan rakyat dan kawasan permukiman; ketentraman, ketertiban umum dan perlindungan masyarakat dan sosial.

SPM bidang sosial lebih lanjut diatur dalam Peraturan Menteri Sosial Nomor 9 Tahun 2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Sosial di Daerah Provinsi dan Kab/Kota. Jenis Penerima layanan dasar SPM bidang sosial yaitu Anak Terlantar, Penyandang Disabilitas Terlantar, Lansia Terlantar, Tuna Sosial Terlantar dan Korban Bencana Terlantar. Pembagian kewenangan SPM bidang sosial dibagi menjadi dua yaitu rehabilitasi sosial dasar dalam panti yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi dan rehabilitasi sosial dasar luar panti yang menjadi kewenangan pemerintah kab/kota.

Pasal 1 Ayat 15 Permensos No. 9 Tahun 2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar pada SPM bidang Sosial di Daerah Provinsi dan Kab/Kota menyebutkan bahwa Telantar adalah kondisi seseorang yang tidak terpenuhi kebutuhan dasarnya, tidak terpelihara, tidak

terawat dan tidak terurus. Jenis pelayanan dasar SPM bidang sosial dibagi menjadi rehabilitasi sosial dasar dalam panti yang menjadi kewenangan pemerintah provinsi dan rehabilitasi sosial dasar luar panti yang menjadi kewenangan pemerintah kab/kota.

Jenis Penerima layanan dasar SPM bidang sosial yaitu Anak Terlantar, Penyandang Disabilitas Terlantar, Lansia Terlantar, Tuna Sosial Terlantar dan Korban Bencana Terlantar. Adapun kriteria penerima rehabilitasi sosial bagi Penyandang Disabilitas Terlantar, Anak Terlantar, dan Lanjut Usia Terlantar di dalam Panti Sosial adalah ketika tidak ada lagi perseorangan, keluarga, dan/atau masyarakat yang mengurus; rentan mengalami tindak kekerasan dari lingkungannya; dan/atau masih memiliki keluarga, tetapi berpotensi mengalami tindak kekerasan, perlakuan salah, eksploitasi, dan penelantaran.

Salah satu kelompok yang rentan mengalami keterlantaran adalah Penyandang Disabilitas Mental karena gangguan fungsi pikir, emosi dan perilaku yang dialaminya. Kumar (2014) menyebutkan Penyandang Disabilitas Mental tidak hanya ditinggalkan, mereka melalui hidup yang buruk, tidak dapat menikmati akses kesehatan dasar, mengalami pelecehan seksual sehingga terkena HIV dan penyakit menular seksual lainnya, bahkan mengalami kematian dini (Kumar, 2014). Senada dengan pernyataan tersebut, Komisioner Pengkajian dan Penelitian KOMNAS HAM bahwa “Penyandang disabilitas mental adalah kelompok yang paling mendapat perlakuan tidak manusiawi. Pertama dibuang keluarganya, di sisi negara juga abai. Makanya sering kita jumpai mereka di jalan-jalan” (Merdeka, 2018).

Massifnya kasus penelantaran tersebut menyebabkan Penyandang Disabilitas Mental terlantar dan menggelandang atau berpindah-pindah tempat tinggal antar kota maupun

provinsi. Mereka kerap kali disebut “orang gila” dan mengalami penertiban oleh aparat yang sering disebut dengan istilah “garukan”. Kondisi ini mengakibatkan Penyandang Disabilitas Mental (PDM) terlantar menjadi beban pemerintah daerah karena kerap kali berpindah-pindah. Salah satu wilayah yang secara statistik mengalami beban peningkatan jumlah PDM terlantar adalah Provinsi DKI Jakarta. Gubernur DKI Jakarta mengatakan, sebanyak 75 persen penghuni Panti Sosial Bina Laras berasal dari luar Jakarta (Sari, 2017).

Banyaknya kasus Penyandang Disabilitas Mental Terlantar yang bermigrasi antar provinsi tersebut memerlukan penanganan yang serius dari Pemerintah Daerah dan salah satu jenis layanan dasar bidang sosial yang wajib diselenggarakan oleh pemerintah provinsi dalam merespon kasus tersebut adalah menempatkan PDM terlantar di dalam panti sosial.

Hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan (2018) menunjukkan angka prevalensi orang yang mengalami depresi pada penduduk umur diatas 15 tahun menurut provinsi adalah sebesar 6,1 per mil. Hanya 9% penderita depresi yang minum obat atau menjalani pengobatan medis. Selanjutnya, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk umur diatas 15 tahun adalah sebesar 9,8 per seribu penduduk, naik dari angka 6% pada tahun 2013. Depresi maupun gangguan kecemasan merupakan beberapa jenis dari Penyandang Disabilitas Mental. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 Penyandang Disabilitas Mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi dan perilaku.

Gangguan mental dan peningkatan populasinya secara tidak langsung dapat berpengaruh kepada beban sosial dan beban ekonomi nasional. Penyebabnya adalah kebutuhan dasar dan kebutuhan kesehatan mental yang tidak terpenuhi berimplikasi negatif

pada inisiatif pengurangan kemiskinan serta pembangunan ekonomi karena hal tersebut meningkatkan angka ketidakhadiran di sekolah, putus sekolah, unemployment, maupun pengeluaran bagi perawatan kesehatan dan pengangguran (Ngu et al, 2010).

Minimnya perhatian yang diberikan pemerintah akan layanan bagi Penyandang Disabilitas Mental dapat semakin memperburuk keadaan PDM. Terkait ketersediaan tenaga dan pelayanan profesional, delapan provinsi di Indonesia tidak memiliki rumah sakit jiwa, dan tiga provinsi tidak mempunyai psikiater. Di seluruh cakupan wilayah Indonesia hanya terdapat 600 hingga 800 psikiater - atau satu psikiater terlatih melayani 300.000 hingga 400.000 orang (Human Rights Watch, 2016), padahal WHO menetapkan standar jumlah tenaga psikolog dan psikiater dengan jumlah penduduk adalah 1:30 ribu orang, atau 0,03 per 100.000 penduduk.

Nieto, Gittelman & Abad (2008) menyebutkan terdapat korelasi yang kuat antara penyandang disabilitas mental dan gelandangan/tunawisma, disebutkan melalui laporan “Pressure Points” UK yang mengestimasi sepertiga dari seluruh kasus homelessness menderita gangguan mental dan sebaliknya yaitu gangguan mental dapat menyebabkan mereka menggelandang atau menopang hidup di jalanan. Penelitian Nasriati (2017) menyebutkan stigma yang tinggi terhadap Penyandang Disabilitas Mental tersebut menyebabkan kurangnya dukungan instrumental berupa makanan dan obat-obatan kepada PDM. Salah satu false belief dan stigma yang diberikan adalah bahwa gangguan jiwa merupakan akibat gangguan supranatural.

Hak Asasi Manusia (HAM) bersifat hakiki, tidak perlu diberikan atau diwariskan serta berlaku secara universal untuk setiap manusia tanpa memandang usia, jenis kelamin, bentuk,

ras, agama, maupun pandangan politik lainnya. Ife (2009) menyatakan HAM sebagai kewajiban pemerintah untuk menyediakan perlindungan dan realisasi terhadap pemenuhannya melalui legislasi maupun program. Ife menyebutkan bahwa selain melaksanakan perannya terkait pembuatan regulasi akan pemenuhan HAM, pemerintah memiliki kewajiban untuk menyediakan serta memastikan penyediaan layanan sosial dasar untuk warga negara termasuk PDM terlantar berdasarkan paradigma HAM sebagaimana dibunyikan dalam Deklarasi Universal HAK Asasi Manusia artikel 25 bahwa "Setiap orang memiliki hak atas standar kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, perumahan dan perawatan medis serta layanan sosial yang diperlukan, dan hak atas keamanan jika terjadi pengangguran, penyakit, kecacatan, janda, usia tua, atau kurangnya mata pencaharian lainnya dalam keadaan di luar kendalinya.

Apabila PDM terlantar tidak mendapatkan kebutuhan maupun layanan dasarnya dan negara abai, maka hal tersebut dapat menimbulkan efek negatif yaitu penyakit kronis, kekerasan eksploitasi, hingga kematian sebagaimana media monitoring yang dilakukan Wirya (2018) menyebutkan banyak PDM menjadi korban kekerasan diberitakan oleh media sepanjang tahun 2017. Bentuk tindak kekerasan tersebut meliputi penelantaran, pengeroyokan, pengeroyokan yang menyebabkan kematian, pemerkosaan, pembunuhan, pengamanan paksa, tindakan kekerasan dalam panti, dan pasung. Berdasarkan kajian literatur yang menyebutkan berbagai kondisi dan fakta Penyandang Disabilitas Mental Terlantar, bagaimana implementasi kebijakan layanan dasar dalam panti bagi Penyandang Disabilitas Mental tersebut dilakukan?

PEMBAHASAN

Implementasi Kebijakan

Tanpa implementasi, kebijakan hanya akan menjadi sebuah dokumen dan tujuan dari kebijakan tidak akan terlaksana. Implementasi merupakan jembatan bagi dunia konsep dan dunia realita (Grindle, 1980) dan menjadi tahapan berat karena sering ditemukan masalah dilapangan yang tidak disebutkan di konsep (Nugroho, 2009).

Edward menjabarkan empat faktor esensial pada implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi. Empat variabel ini bekerja secara serentak dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu atau menghambat implementasi kebijakan.

a. Komunikasi

Komunikasi merupakan sarana penyampaian implementasi kebijakan agar pelaksana kebijakan mengetahui tugas dan fungsinya. Edward (1980) menyebutkan terdapat tiga hal yang perlu diperhatikan pada aspek komunikasi: 1) Transmisi, yaitu transformasi informasi yang harus disampaikan kepada pelaksana, namun juga kelompok sasaran dan pihak terkait. Dalam implementasi kebijakan, pelaksana kebijakan harus memahami isi, tujuan, sasaran kebijakan secara jelas. 2) Kejelasan (*clarity*): Pelaksana sebaiknya tidak hanya sekedar menerima tugas terkait implementasi namun instruksi dan ketentuan yang dikomunikasikan tentang bagaimana program dijalankan harus jelas agar tidak terjadi misinterpretasi. 3) Konsistensi: agar kebijakan dapat diimplementasikan secara baik, diperlukan informasi yang konsisten agar tidak membingungkan pelaksana, kelompok sasaran dan pihak terkait. Apabila transmisi informasi sudah jelas namun terdapat instruksi yang kontradiktif maka dapat membingungkan pelaksana untuk mengimplementasikan kebijakan secara cepat dan tepat.

Penelitian Rawung (2017) menyebutkan aspek komunikasi pada kebijakan SPM belum

efektif karena informasi mengenai kebijakan SPM belum ditransmisikan hingga sasaran kebijakan. Senada dengan penelitian Gani (2017) dan Vermasari, Masrul & Yetti (2019) menyebutkan beberapa sumber daya manusia/staf masih belum memahami terkait SPM dan indikatornya.

Hambatan terkait distorsi komunikasi dapat muncul karena banyaknya lapisan pada hirarki birokrasi maupun informasi yang bertingkat (Edward III, 1980). Kegagalan komunikasi juga bisa diakibatkan oleh kurang tepatnya sarana penyampaian pesan yang tidak sesuai dengan kondisi atau kemampuan penerima pesan (Abidin, 2006).

b. Sumber Daya

Meskipun kebijakan sudah ditransmisikan dengan baik, tanpa adanya sumber daya maka kebijakan tidak dapat terimplementasikan. Sumber daya tersebut berupa: 1) Sumber Daya Manusia/Staf: kegagalan implementasi kerap kali disebabkan oleh tidak memadainya jumlah sumber daya manusia atau staf. Pada implementasi kebijakan diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi kuantitas dan kualitasnya. 2) Fasilitas: fasilitas fisik merupakan salah satu faktor untuk mendukung terlaksananya implementasi kebijakan. 3) anggaran

Hambatan mengenai aspek SDM di panti sosial bagi Penyandang Disabilitas adalah kurangnya kuantitas tenaga profesional dan kurangnya peningkatan kapasitas SDM. Mental berdasarkan Laporan Asistensi SPM bidang sosial yang dilakukan oleh Kementerian Sosial pada bulan September 2019 menyebutkan panti sosial bina laras yang menjadi satu-satunya panti untuk PDM terlantar di Provinsi NTB tidak memiliki pekerja sosial profesional yang tersertifikasi dan psikolog. Hanya terdapat 7 orang SDM untuk menangani 100 orang klien (1:14), hal ini tidak sesuai dengan rasio ideal

pemberi layanan dengan penerima manfaat yaitu 1: 5 sehingga dikhawatirkan pemberian layanan tidak dilakukan secara khusus dimana seyogyanya Penyandang Disabilitas Mental memiliki jenis gangguan dengan jenis dan kebutuhan layanan yang berbeda antara individu satu dengan lainnya secara komprehensif.

Hambatan selanjutnya yaitu kurangnya manajemen dalam pengembangan mutu SDM melalui training atau pelatihan. Hal ini sejalan dengan tidak meratanya alokasi untuk anggaran bimbingan teknis bagi SDM, sehingga SDM tidak mendapat peningkatan kapasitas secara menyeluruh (Vermasari, Masrul dan Yetti, 2019).

Dari segi fasilitas, berdasarkan Laporan Asistensi SPM bidang sosial yang dilakukan oleh Kementerian Sosial pada bulan September 2019 menyebutkan bahwa jumlah panti sosial bina laras yang terdapat di salah satu Provinsi bagian timur Indonesia (Nusa Tenggara Barat) tidak memadai untuk menampung jumlah Penyandang Disabilitas Mental terlantar di provinsi tersebut. Hal tersebut mengakibatkan kondisi panti tidak sesuai dengan standar minimal yang ditetapkan, dimana jumlah penghuni asrama yang melebihi kapasitas, belum terdapat pemisahan asrama laki-laki dan perempuan secara memadai, serta kurangnya pasokan obat medis dikarenakan minimnya anggaran.

Implementasi SPM juga kerap kali dihadapkan pada penerapan perencanaan dan penganggaran daerah yang belum berdasarkan SPM (Gani, 2017). Kurangnya anggaran dapat menyebabkan terhambatnya implementasi kebijakan karena keseluruhan aspek implementasi tersebut bekerja secara simultan.

c) Disposisi

Karakteristik atau kecenderungan pelaksana kebijakan memiliki peran penting dalam implementasi kebijakan. Jika pelaksana

kebijakan memiliki disposisi yang baik atau positif, maka ia cenderung dapat menjalankan kebijakan sebagaimana yang ditetapkan pembuat kebijakan, begitupun sebaliknya jika sikap pelaksana kurang mendukung maka implementasi kebijakan akan menjadi rumit. Karakter atau sikap penting yang dapat dimiliki pelaksana kebijakan misalnya komitmen sehingga pelaksana antusias melaksanakan tugas dan fungsi secara penuh tanggung jawab.

Dukungan dari pelaksana kebijakan implementasi pemberian layanan dasar bidang sosial dapat dilakukan melalui penyiapan regulasi yang bersifat teknis seperti Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur, Pedoman dan/atau Petunjuk Teknis, Silabi, dan Kurikulum pemberian layanan bagi PDM terlantar dalam panti. Pedoman dan Petunjuk Teknis ini dapat digunakan sebagai acuan bagi para pelaksana pemberi layanan dalam panti baik petugas struktural maupun fungsional serta tenaga pelaksana layanan seperti Pekerja Sosial, Psikolog, Perawat, Instruktur, dll. Kejelasan petunjuk teknis sangat penting agar pemberian layanan sesuai dengan kebutuhan PDM sebagai penerima manfaat layanan dan mencegah terjadinya pelanggaran HAM.

Dukungan lainnya yang dapat diberikan berupa pemberian insentif. Edward III (1980) menyatakan bahwa teknik yang potensial untuk mengatasi masalah terkait disposisi implementor adalah melalui pemberian insentif. Insentif dari pembuat kebijakan di level yang tertinggi dapat mempengaruhi tindakan pelaksana kebijakan untuk termotivasi mengimplementasikan kebijakan lebih baik lagi.

d) Struktur Birokrasi

Aspek struktur birokrasi melingkupi dua hal yaitu mekanisme (Standard Operating Procedure/SOP) dan struktur birokrasi itu sendiri. Edward III (1980) menyebutkan SOP sebagai pedoman maupun petunjuk bagi

pelaksana kebijakan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, siapa sasaran kebijakan dan output yang diinginkan dari kebijakan tersebut. Selanjutnya yaitu struktur birokrasi yang terlalu panjang dan terfragmentasi dapat melemahkan pengawasan.

SOP khusus pemberian layanan dasar bagi PDM terlantar dalam panti dapat menyebabkan prosedur pelayanan tidak dilaksanakan sesuai standar yang ditetapkan. Manfaat SOP yaitu agar PDM terlantar dengan kondisi tertentu (PDM dengan HIV/AIDS atau PDM dengan penyakit penyerta lainnya) bisa mendapatkan jenis dan mutu layanan sesuai standar.

Struktur birokrasi terkait dengan struktur organisasi. Struktur ASN Pekerja Sosial dan Non-ASN Pekerja Sosial (atau dalam nomenklatur lain disebut dengan Pemberi Jasa Layanan Perorangan) di panti yang seringkali berada di bawah komando Kepala Seksi Rehabilitasi Sosial. Pemberian Diklat pengembangan kapasitas pemberian layanan bagi PDM yang biasanya didisposisikan kepada struktur fungsional kerap kali hanya sampai kepada ASN Pekerja Sosial karena keterbatasan jumlah peserta.

Berdasarkan kondisi tersebut diperlukan koordinasi yang baik antara ASN Pekerja Sosial dengan Non-ASN Pekerja Sosial yang biasanya memberikan layanan langsung kepada PDM terlantar di dalam panti.

Penyandang Disabilitas Mental Terlantar dan Kebutuhan Dasar

Setiap individu memiliki resiko mengalami kedisabilitas. WHO (2011) menyebutkan bahwa manusia pada suatu masa dalam hidupnya dapat mengalami gangguan sementara maupun permanen, misalnya orang lanjut usia yang mengalami beberapa penurunan pada fungsi tubuhnya. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)* tidak secara

eksplisit mendefinisikan tentang disabilitas. Disabilitas disebutkan sebagai konsep yang berkembang serta dihasilkan dari interaksi antara gangguan yang dialami oleh individu dan hambatan sikap serta lingkungan untuk berpartisipasi penuh dan efektif di kehidupan bermasyarakat atas dasar kesetaraan dengan orang lain. Disabilitas dihasilkan dari interaksi antara masyarakat yang tidak inklusif dengan individu, misalnya orang yang menggunakan tongkat kruk mungkin mengalami kesulitan untuk memperoleh pekerjaan bukan karena tongkat kruknya, namun karena hambatan lingkungan seperti transportasi umum dan fasilitas kantor yang tidak aksesibel serta stigma dari lingkungan.

Merujuk pada undang-undang tersebut Penyandang Disabilitas didefinisikan sebagai “setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental dan/ sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak”. Ragam Penyandang Disabilitas berdasarkan UU No 8 Tahun 2016 adalah disabilitas fisik, sensorik, rungu wicara dan mental.

Penyandang Disabilitas Mental berdasarkan UU 8 Tahun 2016 adalah terganggunya fungsi pikir, emosi dan perilaku yang dibedakan menjadi dua yaitu psikososial (skizofrenia, bipolar, depresi, anxietas, dan gangguan kepribadian) serta disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial diantaranya autis dan hiperaktif. Beberapa literatur menyebutkan Penyandang Disabilitas Mental dengan orang yang mengalami gangguan jiwa atau gangguan mental, berbeda halnya dengan UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang membagi ke dalam dua istilah yaitu Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dengan Gangguan Jiwa

(ODGJ). ODMK adalah orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan dan/ kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa, sedangkan ODGJ merupakan orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. ODMK dapat dikatakan sebagai orang yang berisiko mengalami gangguan jiwa dikarenakan masalah yang dialaminya, sedangkan ODGJ adalah orang yang sudah mengalami gangguan jiwa.

Schulze (2010) menitikberatkan makna tujuan artikel satu pada *Convention on the Right of Persons with Disabilities* yaitu untuk mempromosikan, melindungi, memenuhi dan memastikan penikmatan penuh hak asasi manusia dan kebebasan mendasar untuk seluruh Penyandang Disabilitas dan mempromosikan penghormatan terhadap harga diri Penyandang Disabilitas. Schulze lebih lanjut menerangkan kata “melindungi” mengarah pada hak sipil dan politik yaitu negara harus memastikan bahwa tidak ada hak asasi penyandang disabilitas yang ditolak. Kata “memenuhi” diartikan bahwa negara wajib dan harus proaktif terlibat pada tindakan nyata agar dapat memperkuat akses penyandang disabilitas kepada haknya. Hak tersebut dapat dimulai dari pemenuhan hak berupa layanan dasar sebagai *basic rights* manusia.

Rehabilitasi Sosial Dasar Penyandang Disabilitas dalam Panti

Merespon banyaknya ditemukan Penyandang Disabilitas Terlantar khususnya Penyandang Disabilitas Mental, Pemerintah melalui Standar Pelayanan Minimal bidang sosial diwajibkan memberikan layanan dasar berupa rehabilitasi sosial dasar salah satunya melalui panti di

tingkat Provinsi. Rehabilitasi Sosial berdasarkan UU No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan seseorang mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar.

Layanan rehabilitasi sosial merujuk pada UU No. 11 Tahun 2009 terdiri dari motivasi dan diagnosis psikososial, perawatan dan pengasuhan, pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan, bimbingan mental spiritual, fisik, sosial, konseling psikososial, layanan aksesibilitas, bantuan dan asistensi sosial, bimbingan resosialisasi, bimbingan lanjut, rujukan. Layanan dasar merupakan bagian dari layanan reguler rehabilitasi sosial.

Layanan dasar bagi PDM terlantar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan melalui rehabilitasi sosial dasar dalam panti terdiri dari permukiman; sandang; asrama yang mudah diakses; alat bantu; perbekalan kesehatan; bimbingan fisik, mental, spiritual dan sosial; bimbingan keterampilan hidup sehari-hari; pembuatan nomor induk kependudukan; akses ke layanan pendidikan dan kesehatan dasar; pelayanan penelusuran keluarga/reunifikasi keluarga.

1. Penyediaan permukiman; Manusia sebagai makhluk biologis memiliki tubuh yang tersusun atas sistem organ tubuh yang dipergunakan untuk mempertahankan hidupnya sejak lahir, tumbuh kembang hingga kematian. sistem tubuh dapat berjalan apabila asupan makanan terpenuhi. Makanan merupakan kebutuhan paling dasar untuk keberlangsungan hidup manusia, termasuk Penyandang Disabilitas Mental. Berdasarkan indikator Permensos No 9 Tahun 2018, standar untuk penyediaan permukiman harus diberikan sebanyak 3 kali sehari sesuai standar gizi dan sesuai usia.

Nutrisi atau suplemen secara khusus dapat dilakukan apabila diperlukan kepada PDM karena gangguan fungsi pikir, mental dan perilaku yang dialaminya. Lim, et al (2016) menyebutkan komponen nutrisi yang disarankan bagi kesehatan mental adalah asam lemak omega-3, fosfolipid, kolesterol, niasin, folat, vitamin B6, dan vitamin B12. Pernyataan tersebut didukung oleh studi Lakhan dan Vieira (2008) kepada pasiennya melalui 0,8 mg asam folat / hari atau 0,4 mg vitamin B12 / hari dapat menunjukkan penurunan gejala depresi, selain itu konsumsi asam lemak omega-3 terbukti menstimulasi peningkatan mood pada penderita depresi. asam lemak omega-3 dapat ditemukan juga pada makanan seperti ikan tuna, sarden, tahu, kacang kedelai dan lainnya. Nutrisi khusus lainnya juga dapat diberikan kepada orang dengan gangguan skizofrenia maupun gangguan kepribadian sesuai dengan kebutuhan nutrisinya.

2. Penyediaan sandang; berdasarkan indikator Permensos No 9 Tahun 2018, standar perlengkapan sandang yang harus disediakan selain pakaian, perlengkapan mandi, alas kaki, perlengkapan ibadah, yaitu kebutuhan khusus bagi anak, perempuan dan yang mengalami *bedridden*. Penyediaan sandang tersebut disesuaikan dengan kebutuhan dan penggunaannya oleh PDM sehari-hari. Komponen ini adalah komponen dasar yang penting untuk diperhatikan karena penggunaan sandang memiliki hubungan dengan kedisiplinan PDM dalam perawatan serta kebersihan diri.
3. Penyediaan asrama yang mudah diakses; merujuk pada permensos No 9 Tahun 2018 standar asrama dalam panti adalah adanya pemisahan berdasarkan jenis kelamin dengan ukuran luas 4.5 m, Kamar mandi

yang akses terhadap penyandang disabilitas dengan rasio 1 (satu) kamar mandi untuk 10 (sepuluh) penerima layanan, Memiliki penerangan dan ventilasi untuk sirkulasi udara yang cukup.

Penyediaan asrama yang aksesibel penting untuk dipersiapkan apabila terdapat PDM yang mengalami kedisabilitas ganda seperti mental-sensorik, mental-fisik serta mental-intelektual. Aksesibilitas yang perlu dipersiapkan adalah akses huruf braille di beberapa titik fasilitas umum bagi penyandang disabilitas sensorik netra, media informasi audio visual bagi penyandang disabilitas sensorik rungu wicara, *ramp* atau akses kursi roda bagi penyandang disabilitas fisik, toilet khusus kursi roda, serta *handrail* dan *paving block* untuk akses penyandang disabilitas sensorik netra.

Makki (n.d) melalui studinya mencoba merancang arsitektur bagi Penyandang Disabilitas Mental khususnya autisme dan skizofrenia yang bertujuan untuk pemulihan dan reintegrasi. Adapun salah satu komponen pada desainnya diantaranya adalah lingkungan yang menstimulasi. Orang dengan Autisme kurang tertarik untuk menjelajahi lingkungan, dengan pola lantai yang tertentu. Warna, material dan isyarat sensorik dapat menarik perhatian mereka untuk berkeksplorasi dalam sebuah ruangan. Berbeda hanya dengan penderita skizofrenia, karena gangguan halusinasi yang dialaminya unsur-unsur tersebut dapat membuat mereka frustrasi, kebingungan dan kacau. Kurangnya stimulasi dapat menyebabkan kebosanan bagi orang dengan autisme dan sebaliknya, bagi orang dengan skizofrenia stimulasi yang tinggi dapat membenai indra dan menimbulkan gangguan. Selain itu, dimensi lainnya adalah perlunya keterbacaan pada sebuah

ruang. Diperlukan isyarat arsitektur yang jelas seperti pengkodean gambar diperlukan dalam menyampaikan fungsi sebuah ruang sehingga menghilangkan disorientasi dan kebingungan pada Penyandang Disabilitas Mental. Berdasarkan ungkapan tersebut, penulis memandang perlu untuk mendesain asrama maupun ruangan lainnya sesuai dengan kebutuhan ragam disabilitas mental agar tidak memicu kebingungan dan kekacauan dirinya sehingga dapat menunjang kestabilan dan pemulihannya.

4. Penyediaan alat bantu; selain fasilitas yang aksesibel, alat bantu diperlukan untuk menunjang mobilitas apabila terdapat penyandang disabilitas ganda di panti. Alat bantu dapat disediakan sesuai dengan kebutuhan dan ragam disabilitas dengan terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan dan pengukuran agar alat bantu tepat guna. Alat bantu tersebut dapat berupa kursi roda, kaca mata, pemeriksaan dan pengukuran serta penyediaan alat bantu, alat bantu dengar, kruk, tripod, tongkat putih dan reglet (alat tulis untuk tuna netra)
5. Penyediaan perbekalan kesehatan di dalam panti; Berdasarkan indikator Permensos No 9 Tahun 2018, perbekalan kesehatan di dalam panti berupa Obat psikiatri, Obat umum, Transmeter, Timbangan, Pengukur tinggi badan, Pengukur gula darah, Termometer, Honor perawat, Biaya kunjungan dokter, Biaya kunjungan psikiater, dan Biaya kunjungan pekerja sosial medis. Perbekalan kesehatan adalah salah satu komponen penting bagi PDM yang dapat mengalami penurunan kesehatan akibat gangguan pikiran yang mereka alami. Misalnya penderita gangguan mood depresi dapat menunjukkan gejala kehilangan energi dan minat maupun, perubahan perilaku makan yang signifikan, perubahan aktivitas dan ritme tidur. Gangguan makan

dan gangguan ritme tidur harus segera diatasi melalui pengecekan kesehatan dan pemberian obat oleh dokter, jika dibiarkan berlarut dapat semakin mengganggu kondisi kejiwaan PDM. Selain itu, penyediaan obat sesuai dengan gejala gangguan yang dialami PDM adalah hal mutlak yang harus tersedia di dalam panti, karena kepatuhan terhadap konsumsi obat adalah kunci untuk mencegah kekambuhan.

6. Pemberian bimbingan fisik, mental, spiritual dan sosial; pemberian bimbingan dapat dilakukan oleh pekerja sosial dan instruktur ahli. Bimbingan fisik dapat dilakukan melalui senam atau menari yang bertujuan untuk keaktifan dan kebugaran fisik PDM. Bimbingan mental atau psikososial salah satunya dapat dilakukan melalui konseling individu dengan tujuan untuk membantu PDM memahami masalah yang mengganggu, mencari solusi terhadap masalah tersebut, dan mencegah keberlanjutan masalah atau masalah baru.

Bimbingan spiritual bertujuan untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, sikap yang mencakup ajaran agama dan budi pekerti. Tujuannya yaitu agar dapat memberikan rasa aman, motivasi hidup secara spiritual sesuai ajaran agama masing-masing dalam membantu PDM mengatasi berbagai tekanan psikologis, seperti rasa terisolasi, hampa, gelisah dan tidak ada tujuan. Pemberian bimbingan sosial dapat dilakukan melalui berbagai kegiatan agar PDM dapat berbincang-bincang dan merespon pembicaraan, bersosialisasi dengan lingkungan, melatih empati serta menolong sesama. Salah satu bimbingan yang perlu dipertimbangkan untuk diberikan kepada PDM adalah bimbingan keterampilan sehingga mereka mempunyai kemampuan khusus yang dapat

dipergunakan untuk memperoleh penghasilan dan menjadi mandiri

7. Pemberian bimbingan aktivitas hidup sehari-hari; Kondisi gangguan pada fungsi pikir, mental dan perilaku menyebabkab PDM sulit untuk merawat diri. Gejala defisit perawatan diri yang dialami PDM meliputi masalah pada kebersihan diri seperti gigi rambut dan kuku yang kotor, jarang mandi, pakaian kotor, makan sembarangan, buang air sembarangan hingga bau ketiak. bimbingan aktivitas hidup sehari-hari dapat membantu PDM hidup bersih dan sehat dengan dibimbing oleh Pekerja Sosial atau pemberi layanan langsung lainnya sehingga WBS dapat merawat diri terbiasa mandiri.
8. Fasilitasi pembuatan Nomor Induk Kependudukan (NIK); Kondisi Penyandang Disabilitas Mental yang ditutupi keluarga, seringkali membuat mereka tidak terdaftar di dalam Nomor Induk Kependudukan. Begitupun dengan kondisi Penyandang Disabilitas Mental terlantar yang berpindah-pindah tempat bahkan lupa identitasnya. Oleh sebab itu, Panti Sosial Bina Laras sebagai tempat penanganan PDM terlantar diharuskan untuk memfasilitasi PDM untuk memperoleh NIK. PDM terlantar wajib terdaftar secara resmi dan memperoleh NIK sebagai bagian dari Warga Negara yang sah, sehingga PDM terlantar juga dapat memperoleh kepastian hak dasar yang dan akses layanan dan fasilitas publik untuk kesejahteraannya.
9. Akses ke layanan pendidikan dan kesehatan dasar;
 - a. Akses Pendidikan Dasar; Pendidikan adalah salah satu hak warga negara untuk dapat meningkatkan dan mengembangkan kapasitas dirinya berupa pengetahuan maupun

keterampilan tertentu. Panti yang menanganai Penyandang Disabilitas Mental dapat memfasilitasi PDM ke layanan pendidikan dasar sesuai dengan kemampuan dan derajat kedisabilitasannya. Permensos No 9 Tahun 2018 belum menyebutkan secara rinci terkait bagaimana proses pemenuhan akses pendidikan dasar bagi Penyandang Disabilitas Mental ini dapat dilakukan, apakah melalui pendidikan resmi atau hanya melalui pelatihan keterampilan tertentu.

- b. Akses Kesehatan Dasar; Penyandang Disabilitas Mental erat kaitannya dengan ketidakseimbangan kimiawi di otak (neurotransmitter), seperti serotonin, dopamin, dan norepinefrin. Idealnya, sel-sel saraf yang ada di otak mengirim impuls melalui senyawa kimia tersebut dalam mengatur emosi maupun suasana hati. Pada kondisi gangguan jiwa/mental, jumlah neurotransmitter tertentu menjadi tidak seimbang sehingga saraf terhalangi untuk mengirim impuls yang menyebabkan perubahan mood sehingga mempengaruhi perilaku. Kondisi Penyandang Disabilitas Mental tersebut memerlukan penanganan khusus di bidang medis, sehingga harus diberikan akses secara berkala ke layanan kesehatan dasar untuk menjaga agar PDM tetap stabil dan tidak kambuh. Layanan tersebut dapat diperoleh secara gratis melalui kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Rumah Sakit Jiwa. Obat gangguan jiwa sesuai resep oleh dokter, merupakan treatment untuk mengurangi gejala yang dialami pasien yang dapat bekerja secara langsung menyeimbangkan kadar senyawa kimia dalam otak serta mengurangi efek samping yang

menyertai gejalanya seperti mual, insomnia dan lemas. Selain kesehatan jiwa, PDM juga rentan mengalami sakit fisik sehingga menjadi salah satu komponen yang juga harus diperhatikan dalam pemberian layanan.

10. Pemberian pelayanan penelusuran keluarga dan/ atau Pemberian pelayanan reunifikasi keluarga; keluarga yang dengan sengaja maupun ketidaksengajaan menelantarkan Penyandang Disabilitas Mental karena ketidaktahuan mereka akan penyebab dan penanganan yang tepat bagi PDM, salah satunya penelitian Nasriati (2017) yang menyebutkan keluarga menganggap bahwa penyebab anggota keluarga menjadi PDM adalah faktor supranatural sehingga berbagai stigma muncul dan menyebabkan kurangnya dukungan instrumental berupa makanan dan obat-obatan bagi PDM. Pada kegiatan penelusuran keluarga, keluarga perlu diberi pemahaman yang cukup oleh Pekerja Sosial dan/atau pihak panti lainnya terkait penanganan bagi PDM dan layanan pengobatan yang dapat diperoleh secara gratis sehingga tidak membebani pendapatan keluarga. Melalui pemahaman yang cukup, diharapkan keluarga dapat memberi perhatian khusus dan meneruskan pengobatan PDM meskipun telah keluar dari panti.

PENUTUP

Penyandang Disabilitas Mental merupakan salah satu kelompok rentan yang rawan menjadi korban penelantaran baik karena faktor kesengajaan maupun ketidaksengajaan oleh keluarga dan lingkungan. Faktor kesengajaan antara lain karena keluarga malu, menganggap aib, mendapat stigma dari lingkungan bahwa PDM berbahaya, sampah, tidak mempunyai masa depan dan mengganggu ketertiban. Faktor ketidaksengajaan antara lain karena faktor

kemiskinan, ketidaktahuan atau orang tua yang juga mengalami gangguan jiwa. Kondisi keterlantaran dapat membuat kondisi fisik dan mental Penyandang Disabilitas Mental semakin memburuk bahkan mengalami kematian dini. Atas dasar pemenuhan Hak Asasi Manusia dan penghargaan pada setiap manusia atas eksistensinya, Penyandang Disabilitas Mental Terlantar mempunyai hak asasi yang tidak dapat digugat mengenai pemenuhan kebutuhan dan layanan dasar untuk keberlangsungan hidupnya.

Pemerintah telah menetapkan Peraturan Pemerintah mengenai Standar Pelayanan Minimal yang mengatur mutu dan jenis pelayanan dasar yang wajib diberikan oleh Pemerintah Daerah kepada warganya secara minimal. Salah satu layanan dasar untuk merespon kondisi Penyandang Disabilitas Mental Terlantar adalah Rehabilitasi Sosial dalam Panti agar PDM terlantar terpenuhi kebutuhan dasarnya dan dapat kembali berfungsi sosial secara wajar.

Rekomendasi terkait implementasi kebijakan pemenuhan layanan dasar dalam panti bagi Penyandang Disabilitas Mental Terlantar adalah:

1. Aspek Komunikasi: agar penyampaian informasi mengenai Kebijakan SPM bidang Sosial berjalan efektif diperlukan komunikasi kepada pelaksana teknis kebijakan dan sasaran kebijakan melalui transmitter maupun metode yang mudah dipahami. Agar informasi mengenai kebijakan SPM bidang sosial dalam panti bagi PDM terlantar dapat dipahami dengan baik dan jelas oleh pelaksana teknis, maka Kementerian Teknis dapat melakukan asistensi melalui kunjungan langsung ke panti sosial bina laras milik pemerintah daerah. Selain itu komunikasi lintas sektor juga diperlukan agar kebijakan terlaksana secara komprehensif.

2. Perlunya penambahan kuantitas SDM di panti sosial bina laras mengingat tidak imbangnya jumlah PDM terlantar dengan pemberi layanan. Mengingat jumlah pekerja sosial yang tidak merata di seluruh daerah, diperlukan kebijakan dari Pemerintah Pusat agar pekerja sosial dapat terdistribusi di berbagai wilayah. Penambahan kuantitas tidak akan cukup apabila tidak diimbangi dengan ahli yang berkompeten di bidangnya, maka diperlukan upaya berupa dorongan agar pekerja sosial dapat mengikuti sertifikasi yang diselenggarakan Lembaga Sertifikasi Pekerja Sosial.
3. Pemerintah daerah harus memastikan setiap Provinsi memiliki Panti Sosial Bina Laras yang disesuaikan dengan rasio jumlah PDM terlantar dan pemberi layanan serta fasilitas yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan untuk menjamin keberlangsungan hak Penyandang Disabilitas Mental Terlantar. Hal tersebut akan sangat berdampak pada kuantitas penyediaan permakanaan, sandang, maupun obat-obatan serta pemberian layanan lainnya yang berimplikasi langsung pada status gizi, kesehatan dan perkembangan mental PDM.
4. Perlunya peningkatan kapasitas secara berkala terutama bagi penyedia layanan langsung sebagai ujung tombak penyelenggaraan kesos di panti.

DAFTAR PUSTAKA

- Edwards III, G. C. (1980). *Implementing Public Policy*. USA: Congressional Quarterly Press
- Gani, Irwan. (2017). Penerapan dan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal pada Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Timur. *Jurnal Forum Ekonomi*, 19:1

- Grindle, M. S. (1980). *Politics and Policy Implementation in the Third World*. New Jersey: Princeton University Press
- Human Rights Watch. (2016). *Hidup di Neraka, Kekerasan terhadap Penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia* (Versi Bahasa Indonesia). USA: Human Rights Watch.
- Ife, J. (2009). *Human Rights from Below, Achieving Rights Through Community Development*. New York: Cambridge University Press
- Kumar, P. (2014, Agustus). Homelessness and Mental Health: Challenging Issue in an Indian Context. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences*, 7 (2), 160-163. https://www.researchgate.net/publication/266261491_Homelessness_and_Mental_Health_Challenging_Issue_in_an_Indian_Context
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Author. https://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riseskdas%202018.pdf
- Kementerian Sosial. (2018). Peraturan Menteri Sosial No. 9 Tahun 2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Sosial di Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Jakarta: Kementerian Sosial
- Lakhan, S.E & Vieira, K. F. (2008, Jan 21). Nutritional Therapies for Mental Disorder. *Nutrition Journal*, 7 (2), 1-8. doi:10.1186/1475-2891-7-2
- Lim, et al. (2016, Jul 20). Nutritional Factors Affecting Mental Health. "Online article review" 5(3):143-152. <http://doi.org/10.7762/cnr.2016.5.3.143>
- Makki, A.H. (n.d). Healing architecture: Designing for the Mentally Ill. https://scholar.cu.edu.eg/?q=mmyoussif/files/ayman_makki.pdf
- Nugroho, R. (2009). *Public Policy*. Jakarta: PT Gramedia
- Merdeka. (2018, Desember 3). Pemerintah Didesak Beri Perhatian pada Penyandang Disabilitas Mental. *Merdeka*. <https://www.merdeka.com/peristiwa/pemerintah-didesak-beri-perhatian-pada-penyandang-disabilitas-mental.html>
- Nasriati, R. (2017, April). Stigma Dan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 15 (1), 56-65. <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/medisains/article/view/1628/2107>
- Ngui et al. (2010, Juni 9). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry*, 22 (3), 235-244. DOI: 10.3109/09540261.2010.485273
- Nieto G., Gittelman M., Abad A. (2008). Homeless Mentally Ill Persons: A bibliography review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 12 (2). https://www.psychosocial.com/IJPR_12/Homeless_Mentally_Ill_Nieto.html
- Okular Analytics. (2017). Guidance and Toolbox for the Basic Needs Analysis (Version 2): Author
- Rawung, D. J. (2019). Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kota Palu (Studi Pusat Kesehatan Masyarakat). *Jurnal Katalogis*. 5:12, 138-144
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial. Jakarta: Republik Indonesia
- Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Jakarta: Republik Indonesia
- Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang RI No. 19 Tahun 2011 pengesahan konvensi mengenai hak-hak Penyandang Disabilitas. Jakarta: Republik Indonesia

- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang RI No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta: Republik Indonesia
- Republik Indonesia. (2014). Undang-Undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Jakarta: Republik Indonesia
- Republik Indonesia. (2016). Undang-Undang RI No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Jakarta: Republik Indonesia
- Republik Indonesia. (2018). Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal. Jakarta: Republik Indonesia
- Sari, Nursita. (2017, Agustus 30). Djarot: 75 Persen Penghuni Panti Bina Laras Berasal dari Luar Jakarta. Kompas. <https://megapolitan.kompas.com/read/2017/08/30/13473841/djarot-75-persen-penghuni-panti-bina-laras-berasal-dari-luar-jakarta>.
- Schulze, M. (2010). *Understanding the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: Handicap International
- Vermasari, A., Masrul & Yetti, Y. (2019). Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Mayjen Ha Thalib Kabupaten Kerinci. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 8:2, 275-284
- Wirya, A. (2018). Kebijakan yang Paranoid: Kekangan Terhadap Disabilitas Psikososial. Jakarta: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat. <https://lbhmasyarakat.org/wp-content/uploads/2018/05/Seri-Monitor-dan-Dokumentasi-Kekangan-terhadap-Disabilitas-Psikososial.pdf>
- WHO. (2011). *World Report on Disability*. Malta: Author. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- WHO (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders (Global Health Estimates)*. Geneva: Author. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10>
- 665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y