



BUKU PANDUAN DESA RAMAH KESEHATAN JIWA

PUSAT REHABILITASI YAKKUM | Jl. Kaliurang Km.13,5 Desa Besi, Sukoharjo, Ngaglik, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55581

Acknowledgement

Publikasi ini di dukung oleh Pemerintah Australia melalui the Australian NGO Cooperation Program (ANCP) yang diimplementasikan oleh Pusat Rehabilitasi YAKKUM.

Disclaimer

Publikasi ini diterbitkan oleh Pusat Rehabilitasi YAKKUM melalui Program Rehabilitasi Kesehatan Jiwa berbasis Masyarakat (Community Empowerment for Psychosocial Health, Livelihood and Emergency Resilience in Yogyakarta / CEPLERY) di tiga Kabupaten di Yogyakarta dengan dukungan dari Pemerintah Australia melalui Program the Australian NGO Cooperation Program (ANCP). Pandangan yang diungkapkan dalam publikasi ini tidak mencerminkan atau mewakili Pemerintah Australia. Publikasi ini dicetak ulang dengan dukungan See You Foundation.







Penyusun	:	Triwahyuni Suci Wulandari
Tim Review	:	Siswaningtyas Tri Nugraheni Ayun Wrediningtyas Angga Anjelika Praptantya
Kontributor	:	Tim Proyek Ceplery Pusat Rehabilitasi Yakkum Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Sidoagung Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Sidoluhur Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Sidomulyo Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Sidomoyo Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Karangrejek Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Siraman Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Duwet Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Mulo Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Temon Wetan Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Temon Kulon Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Kaligintung Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Kulur Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Kedundang Tim Kesehatan Jiwa Kalurahan Petir
Layout	:	Fajar Tri Susilo Alfitra Yosi Putrijaya

Kata Pengantar

Assalamu'alaikum Wr. Wb. ,Salam Sejahtera Untuk Kita Semua, Om Swastiastu, Namu Buddhaya, Salam Kebajikan.

Kesehatan jiwa menjadi salah satu topik di isu kesehatan yang saat ini membutuhkan perhatian dari semua pihak karena prevalensi yang cenderung meningkat setiap tahunnya. Mulai dari gangguan mental emosional, depresi, kecemasan bahkan kecenderungan untuk melakukan bunuh diri. Fenomena ini membutuhkan perhatian dari semua pihak tidak hanya dari sisi Kesehatan saja terkait bagaimana mengupayakan peningkatan kualitas pelayanan dan atau penanganan kesehatan jiwa yang menyeluruh baik promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Upaya pemulihan bagi Orang dengan Disabilitas Psikososial (ODDP) dan atau orang dengan masalah kejiwaan tidak selesai hanya di sisi pelayanan dan atau penanganan di Rumah Sakit atau fasilitas Kesehatan saja namun juga membutuhkan upaya pemulihan secara sosial di masyarakat. Dimana pendekatan pemulihan melalui rehabilitasi sosial berbasis komunitas ini mendorong efektifitas dalam menurunkan stigma dan juga kekambuhan dari Orang dengan Disabilitas Psikososial.

Pendekatan kesehatan jiwa berbasis komunitas ini dapat mendorong adanya penerimaan, membuka kesempatan partisipasi di masyarakat, meningkatkan kapasitas secara pengetahuan maupun kemampuan produktif Orang dengan Disabilitas Psikososial dan keluarganya. Dalam pendekatan ini, komunitas yang memiliki peran penting adalah desa dimana desa adalah entitas pemerintahan yang paling dekat dengan masyarakat secara langsung, dan segala bentuk layanan kepada setiap individu masyarakat banyak dilakukan dari tingkat desa. Oleh karena itu berbagai bentuk dukungan pemerintah desa untuk membangun lingkungan dan kesadaran masyarakat yang ramah kesehatan jiwa. Desa ramah merupakan desa yang memiliki kesadaran, kemauan, kemampuan dalam mewujudkan ekosistem sehat jiwa. Ekosistem sehat jiwa diwujudkan oleh seluruh pemangku kepentingan desa yang terdiri dari pemerintah desa, masyarakat, organisasi desa, kader desa, kader kesehatan jiwa, meningkatkan kualitas hidup Orang dengan Disabilitas Psikososial dan Keluarganya.

Buku panduan desa ramah keswa ini disusun dengan harapan bahwa pemeritah desa, masyarakat serta pemangku kepentingan lainnya memiliki referensi, acuan atau pedoman untuk melakukan melakukan pemberdayaan kepada Orang dengan Disabilitas Psikososial dan keluarganya, mengalokasikan program dan layanan kesehatan jiwa dan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat yang berkelanjutan, serta memberikan pengetahuan bagi pemangku kepentingan tentang prinsip-prinsip dan prasyarat desa ramah kesehatan jiwa.

Salam sehat jiwa untuk kita semua.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb , Salam sejahtera bagi kita semua, Shanti Shanti Shanti Om.

Direktur Pusat Rehabilitasi YAKKUM

Chatarina Sari, SE

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	iii
GLOSSARIUM	iv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
BAB II. PENJELASAN UMUM DESA RAMAH KESEHATAN JIWA	4
BAB III. TAHAPAN MEWUJUDKAN DESA RAMAH KESEHATAN JIWA.....	12
BAB IV. ODDP SEBAGAI SUBYEK PEMBANGUNAN DESA RAMAH KESEHATAN JIWA ...	31
BAB V. MONITORING DAN EVALUASI KINERJA DESA RAMAH KESEHATAN JIWA.....	35
BAB VI. PENUTUP.....	39
REFERENSI.....	40

GLOSARIUM

APBDes	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
APBKal	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Kalurahan
Bappenas	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
Berkelindan	:	Erat menjadi satu
BK	:	Bimbingan Konseling
BLT	:	Bantuan Langsung Tunai
BPD	:	Badan Permusyawaratan Desa merupakan lembaga yang melaksanakan fungsi pemerintahan yang anggotanya merupakan wakil dari penduduk Desa berdasarkan keterwakilan wilayah dan ditetapkan secara demokratis.
BPKAL	:	Badan Permusyawaratan Kalurahan merupakan sebutan BDP di DIY berdasarkan Peraturan Gubernur DIY No. 25 Tahun 2019 tentang Pedoman Kelembagaan Urusan Keistimewaan pada Pemerintah Kabupaten/Kota dan Kalurahan.
Caregiver	:	Orang/Individu baik keluarga maupun pihak lain yang melakukan kerja perawatan dan pendampingan ODDP.
CSR	:	<i>Corporate Social Responsibility</i> atau Tanggung jawab sosial dan lingkungan perusahaan merupakan komitmen Perseroan Terbatas (“PT”) untuk berperan serta dalam pembangunan ekonomi berkelanjutan guna meningkatkan kualitas kehidupan dan lingkungan yang bermanfaat, baik bagi PT sendiri, komunitas setempat, maupun masyarakat pada umumnya.
Database	:	Basis data adalah kumpulan data yang terorganisir dan dikelola berdasarkan ketentuan tertentu yang saling berhubungan sehingga mudah dalam pengelolaannya. Melalui pengelolaan tersebut pengguna dapat memperoleh kemudahan dalam mencari informasi, menyimpan informasi dan membuang informasi.
Data agregat	:	Data yang dikumpulkan dan kemudian disusun hingga membentuk laporan dari banyak individu dalam suatu populasi.

Data individu	:	Informasi tentang individu yang dapat mengidentifikasi individu tersebut secara langsung atau tidak langsung melalui sistem elektronik atau non-elektronik.
Desa	:	Kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus urusan pemerintahan, kepentingan masyarakat setempat berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal usul, dan/atau hak tradisional yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
DPO	:	<i>Disabled persons' organization</i> atau Organisasi Penyandang Disabilitas.
DTKS	:	Data Terpadu Kesejahteraan Sosial
Ekosistem sehat jiwa	:	Keadaan keseluruhan yang berhubungan dengan fenomena kesehatan jiwa dalam lingkungan masyarakat. Hal ini terdiri dari unsur yang secara bersama menyediakan modal untuk mendukung dan meningkatkan kesejahteraan manusia, yaitu modal alam seperti ruang hijau, dan modal sosial, yang mencakup modal terbangun (infrastruktur) dan modal sumber daya manusia (lembaga dan tata kelola manusia).
Entitas	:	Sesuatu yang memiliki keberadaan yang unik dan berbeda, walaupun tidak harus dalam bentuk fisik.
GEDSI	:	<i>Gender Equality, Disability and Social Inclusion</i>
Inklusi	:	Sebuah pendekatan untuk membangun lingkungan yang terbuka untuk siapa saja dengan latar belakang dan kondisi yang berbeda-beda. Hal itu meliputi karakter, kondisi fisik, kepribadian, status, suku, budaya dan lain sebagainya.
Kalurahan	:	Sebutan desa di DIY berdasarkan Peraturan Gubernur DIY No. 25 Tahun 2019 tentang Pedoman Kelembagaan Urusan Keistimewaan pada Pemerintah Kabupaten/Kota dan Kalurahan.
Kamituwo	:	Staf pembantu lurah yang bertugas berhubungan dengan masyarakat dan setara dengan jabatan Kepala Seksi Pelayanan berdasarkan UU no. 13 tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta.

KDD	:	Kelompok Disabilitas Desa
Keswa	:	Kesehatan Jiwa
KIS	:	Kartu Indonesia Sehat
KUBE	:	Kelompok Usaha Bersama
LSM	:	Lembaga Swadaya Masyarakat.
Menkes	:	Menteri Kesehatan
Musrenbangkal	:	Musyawarah Perencanaan Pembangunan Kalurahan/Desa.
Nakes	:	Tenaga Kesehatan
ODDP	:	Orang Dengan Disabilitas Psikososial
PAUD	:	Pendidikan Anak Usia Dini
PBB	:	Perserikatan Bangsa-Bangsa
Pemerintahan desa	:	Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat dalam sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
Pemerintah desa	:	Kepala Desa atau yang disebut dengan nama lain dibantu perangkat Desa sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Desa.
P3KE	:	Pensasaran Percepatan Penghapusan Kemiskinan Ekstrim
PKH	:	Program Keluarga Harapan
PKK	:	Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga merupakan organisasi kemasyarakatan yang memberdayakan wanita untuk turut berpartisipasi dalam pembangunan Indonesia.
Perdes	:	Peraturan Desa
Perkades	:	Peraturan Kepala Desa

Pulih	: Proses sembuh atau baik kembali yang memungkinkan orang dengan disabilitas psikososial untuk menjalani kehidupan yang bermakna. Pulih dapat ditinjau dari Pulih secara medis dan pulih secara sosial. Pulih secara medis artinya sembuh, tidak ada/berkurangnya gejala. Pulih secara sosial artinya dapat berinteraksi, memiliki harapan, merasa punya makna, berkontribusi ke masyarakat, produktif dan berdaya. Pulih digunakan untuk kondisi yang sifatnya bisa mengalami kekambuhan atau muncul kembali jika tidak dilakukan upaya untuk mempertahankan kondisi pulih tersebut.
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Quality Rights	: Inisiatif global atau program dari WHO untuk meningkatkan kualitas layanan yang diberikan oleh layanan kesehatan mental dan sosial dan mempromosikan hak asasi manusia bagi orang-orang dengan kondisi kesehatan mental dan disabilitas psikososial, intelektual atau kognitif.
Ratifikasi	: Salah satu bentuk pengesahan perjanjian internasional di mana negara yang mengesahkan turut menandatangani naskah perjanjian tersebut.
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SD	: Sekolah Dasar
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i> / Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SHG	: <i>Self Help Group</i> atau Kelompok Swabantu
SK	: Surat Keputusan
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sekolah Menengah Kejuruan
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
Stigma	: Ciri negatif yang terdapat pada pribadi seseorang karena pengaruh dari lingkungannya
TPKJM	: Tim Pengarah dan Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat.

UNCRPD	:	<i>United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities</i> / konvensi hak asasi manusia internasional yang mengatur hak asasi manusia mendasar para penyandang disabilitas.
UU	:	Undang-Undang
WHO	:	<i>World Health Organization</i> / Badan Kesehatan Dunia

BAB.I

PENDAHULUAN



1.1. Latar belakang

Dewasa ini persoalan kesehatan jiwa menjadi masalah krusial di banyak wilayah dan menjadi isu krusial di tingkat global, termasuk di Indonesia. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada usia ≥ 15 tahun sebesar 9,8 persen atau dialami oleh 1 dari 10 orang. Sedangkan, prevalensi depresi pada usia ≥ 15 ke atas sebanyak 6,1 persen lebih tinggi dari rerata dunia yang hanya 3,8 persen, hal ini setara dengan 1 dari 16 orang mengalami depresi. Bahkan, hasil penelitian dari Indonesia-National Adolescent Mental Survey tahun 2021, menunjukkan prevalensi gangguan cemas pada remaja usia 10-17 tahun sebesar 3,7 persen dan 1,4 persen diantaranya memiliki pikiran untuk melakukan bunuh diri dalam 12 bulan terakhir.

Sementara itu, data tingkat depresi antar negara tahun 2023 yang dimuat laman World Population Review menyebutkan di Indonesia ditemukan 9.162.886 kasus depresi dengan prevalensi 3,7 persen. Di sisi lain, jumlah penduduk Indonesia setiap tahun bisa bertambah sampai lebih dari 3 juta jiwa yang kini sudah menyentuh total 278.16.661 jiwa. Hal ini senada dengan hasil Survei Kesehatan Indonesia, pada 2023 prevalensi depresi nasional mencapai 1,4 persen. Artinya ada sekitar 1 dari 100 penduduk usia 15 tahun keatas yang mengalami depresi. Mengacu pada fakta data yang ada, maka sudah seharusnya pemerintah memberikan perhatian lebih kepada layanan kesehatan jiwa. Pemerintah harus meningkatkan kualitas penanganan kesehatan jiwa yang komprehensif mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dengan demikian layanan kesehatan jiwa dapat diterima sedini mungkin sehingga tidak akan mengakibatkan gangguan jiwa berat di masyarakat. Upaya penanganan tersebut harus dilakukan baik di tingkat pusat, daerah hingga desa/kelurahan.

Terkait dengan persoalan ini, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) secara global mulai menginisiasi sebuah reformasi dalam pelayanan kesehatan jiwa. Inisiatif tersebut dinamakan Quality Rights yang merupakan sebuah inisiatif dengan prinsip pelayanan kesehatan mental yang menggunakan pendekatan berdasarkan pemenuhan hak-hak asasi manusia dan berorientasi pada proses pemulihan. Inisiatif ini dikembangkan dalam bentuk material/toolkit dan berupa serial training. Orientasi pada pemulihan tersebut tidak selalu tentang pelayanan yang berbasis rumah sakit (Hospital-based) namun juga menuntut pemerintah dan pemberi layanan kesehatan untuk terus berupaya meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa berbasis komunitas (Community-based). WHO telah merilis pedoman layanan kesehatan mental komunitas sejak Juni 2021. Pedoman ini memberikan contoh layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas yang menghormati hak asasi manusia dan berfokus pada pemulihan.

Sejalan dengan hal tersebut, di level nasional, pemerintah Indonesia juga mulai mengadopsi layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas. Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 406/Menkes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas. Selain itu, dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 Pasal 77 ayat 1 huruf f mengamanatkan tentang upaya kesehatan jiwa berbasis masyarakat sebagai bagian dari upaya kesehatan jiwa keseluruhan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan jiwa bagi Orang Dengan Disabilitas Psikososial (ODDP).

Pendekatan ini dilakukan untuk melengkapi pelayanan kesehatan jiwa berbasis rumah sakit dan rehabilitasi berbasis institusi. Layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas yang lebih dikenal dengan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat mulai dijalankan oleh beberapa wilayah termasuk desa. Pendekatan ini dirasa lebih efektif karena terbukti mampu mengurangi dampak kekambuhan pada ODDP. ODDP yang telah menjalani perawatan medis dan rehabilitasi berbasis institusi akan kembali ke keluarga dan masyarakat dalam keadaan pulih. Disinilah mulai dijalankan pendekatan penanganan kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Peran keluarga dan masyarakat menjadi kunci penting dalam menjalankan rehabilitasi berbasis masyarakat. Selain mengurangi dampak kekambuhan, maka pendekatan ini juga berdampak signifikan terhadap pemberdayaan dan kesejahteraan ODDP. Pendekatan berbasis komunitas mendorong adanya penerimaan, membuka kesempatan partisipasi di masyarakat, meningkatkan kapasitas livelihood ODDP.

Sejalan dengan hal itu, peran desa sangat penting dalam menjamin layanan publik diterima oleh Orang dengan Disabilitas Psikososial. Desa sebagai entitas pemerintahan paling dekat dengan masyarakat sehingga dapat mengetahui kondisi dan kebutuhan dari ODDP. Kewenangan yang dimiliki oleh desa, memberikan keleluasaan untuk mengoptimalkan sumberdaya yang ada guna mewujudkan layanan kesehatan jiwa masyarakat. Selain itu, pemerintah desa juga akan lebih mudah dalam menerapkan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat. Sayangnya, sampai saat ini masih sedikit desa yang menjalankan program terkait dengan kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Masih ditemukan desa yang masyarakatnya menjalankan praktik pemasungan dan masih terjadi stigma kepada ODDP. Pelayanan kesehatan jiwa yang dijalankan oleh pemerintah desa umumnya masih bersifat kegawatdaruratan psikiatrik yang bekerjasama dengan dinas sosial, dinas kesehatan dan puskesmas seperti menjangkau ODDP yang kambuh dan dirujuk ke fasilitas layanan kesehatan.

Terdapat praktik baik rehabilitasi sosial berbasis masyarakat yang telah dijalankan oleh beberapa desa seperti pembentukan kader kesehatan jiwa, membentuk kelompok swabantu, pemberdayaan ekonomi bagi ODDP. Praktek baik ini ada yang berangkat dari inisiatif murni desa (inisiatif mandiri) dan ada juga yang muncul berkat kerjasama atau pendampingan oleh lembaga di luar desa (inisiatif kolaboratif). Tentunya semua praktik baik ini menarik untuk dikembangkan dan direplikasikan ke desa-desa yang lain. Oleh karenanya, praktek baik yang telah mereka lakukan harus dibukukan dan dapat menjadi acuan atau panduan bagi desa lain jika ingin menyelesaikan masalah kesehatan jiwa di wilayahnya.

1.2. Maksud dan Tujuan

Buku ini disusun dengan maksud memberikan panduan kepada pemerintah desa/kelurahan, masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya yang ingin mengembangkan inisiatif desa ramah kesehatan jiwa. Sedangkan tujuan dari penyusunan buku ini adalah :

- a. Memberikan acuan dan/atau pedoman bagi pemerintah desa/kalurahan, masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya untuk mengalokasikan program dan layanan kesehatan jiwa berdasarkan kebutuhan Orang dengan Disabilitas Psikososial,
- b. Memberikan pengetahuan bagi pemangku kepentingan tentang prinsip-prinsip dan prasyarat desa ramah kesehatan jiwa,
- c. Menjadi referensi bagi para pemangku kepentingan yang memiliki komitmen untuk pemberdayaan dan pembangunan berbasis masyarakat,

1.3. Sasaran

Sasaran dari buku panduan ini meliputi:

1. Pemerintah desa/ kelurahan untuk mengembangkan desa ramah kesehatan jiwa dan mengintegrasikannya ke dalam program pembangunan desa/ kelurahan;
2. Organisasi masyarakat sipil dan organisasi penyandang disabilitas untuk pengembangan program-program pemberdayaan masyarakat yang mainstreaming kesehatan jiwa;
3. Organisasi Perangkat Daerah ditingkat Kabupaten dan Provinsi untuk mendukung dan melakukan asistensi pengembangan desa ramah kesehatan jiwa;
4. Akademisi/ Perguruan Tinggi untuk program pengabdian masyarakat (PPM);
5. CSR untuk pengembangan program tanggung jawab sosial;
6. Masyarakat, kader, relawan untuk pengembangan program inovasi pembangunan dan pemberdayaan masyarakat;
Kementerian/ Lembaga untuk acuan dalam mengembangkan kebijakan Program Pemberdayaan dan Pembangunan Masyarakat Desa

BAB. II

PENJELASAN UMUM DESA RAMAH KESEHATAN JIWA



Kementerian Desa melalui Peraturan Menteri Desa Nomor 21 Tahun 2020 Pasal 86 ayat 2 huruf b memandatkan pengembangan Desa inklusif dalam rangka pencapaian SDGs Desa. Pengembangan desa inklusif ini merupakan salah satu upaya mencapai penguatan budaya desa adaptif yang merupakan tujuan 18 SDGS Desa. Desa inklusif adalah kondisi kehidupan Desa yang setiap warganya bersedia secara sukarela untuk membuka ruang kehidupan dan penghidupan bagi semua warga desa yang diatur dan diurus secara terbuka, ramah dan meniadakan hambatan untuk bisa berpartisipasi secara setara, saling menghargai serta merangkul setiap perbedaan dalam pembangunan. Pembentukan dan pengembangan desa inklusif tidak hanya berupa penyediaan layanan dasar, tetapi juga peningkatan kualitas layanan dasar maupun peningkatan partisipasi kelompok marginal dan rentan dalam penyelenggaraan desa.

Kelompok marginal dan rentan meliputi: warga miskin, warga disabilitas, perempuan, anak, lansia, masyarakat adat, kelompok minoritas serta kelompok marginal dan rentan lainnya. Dalam konteks kesehatan jiwa, ODDP merupakan bagian dari kelompok rentan yang belum dapat terlibat aktif dalam pembangunan. Disisi lain, ODDP yang telah pulih belum dilibatkan oleh pemerintah dalam proses pembangunan. Hal ini dikarenakan adanya diskriminasi terhadap kondisi yang dialami oleh ODDP. Desa Ramah Kesehatan Jiwa ini merupakan pendekatan untuk implementasi Desa Inklusif yang menekankan pada isu kesehatan jiwa agar ODDP tidak tertinggal dalam pemberdayaan dan pembangunan di desa.

2.1. Latar belakang

Desa merupakan wilayah administrasi terkecil dan terdepan yang langsung berhadapan dengan masyarakat harus tanggap dalam mengatasi persoalan sosial yang timbul. Persoalan sosial yang timbul di masyarakat perlu segera diakomodasi melalui pelayanan publik yang inklusif, termasuk persoalan kesehatan jiwa. Terdapat dua tipe desa dalam merespon persoalan sosial yang terjadi di wilayahnya yaitu:

- a. Desa yang memiliki inisiatif mandiri.
Inisiatif mandiri dilakukan atas prakarsa dari desa sendiri untuk menyelesaikan masalah sosial
- b. Desa yang memiliki inisiatif kolaboratif.
Inisiatif kolaboratif biasanya dilakukan melalui proses kerjasama, pendampingan atau intervensi program dari pihak ketiga diluar desa. Pihak ketiga diluar desa antara lain LSM, CSR, Perguruan Tinggi atau pemerintah dari level supra desa.

Dalam konteks pengembangan desa ramah kesehatan jiwa, terdapat desa yang secara mandiri menjalankannya dan ada desa yang melakukannya secara kolaboratif. Saat ini, beberapa desa memiliki penyebutan yang berbeda dalam proses intervensi masalah kesehatan jiwa misalnya desa siaga sehat jiwa, desa ramah kesehatan jiwa, desa inklusif kesehatan jiwa. Upaya tersebut menjadi kekayaan desa di Indonesia dalam merespon persoalan kesehatan jiwa guna memenuhi hak dasar penyandang disabilitas psikososial.

2.2. Definisi Desa Ramah Kesehatan Jiwa

Desa ramah kesehatan jiwa adalah desa yang memiliki kesadaran, kemauan, kemampuan dalam mewujudkan ekosistem sehat jiwa. Ekosistem sehat jiwa diwujudkan oleh seluruh pemangku kepentingan desa yang terdiri dari pemerintah desa, masyarakat, organisasi desa, kader desa, kader kesehatan jiwa, keluarga, Orang Dengan Disabilitas Psikososial (ODDP). Ekosistem sehat jiwa yang dimaksud adalah keadaan keseluruhan yang berhubungan dengan fenomena kesehatan jiwa dalam lingkungan masyarakat. Hal ini terdiri dari unsur yang secara bersama menyediakan modal untuk mendukung dan meningkatkan kesejahteraan manusia, yaitu modal alam seperti ruang hijau, dan modal sosial, yang mencakup modal terbangun (infrastruktur) dan modal sumber daya manusia (lembaga dan tata kelola manusia).

Ekosistem sehat jiwa dan penerimaan sosial kepada Orang dengan Disabilitas Psikososial ini ditunjukkan dengan adanya:

- a. Peningkatan pengetahuan pemerintah desa dan masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan jiwa,
- b. Peningkatan kapasitas pemerintah desa dalam membuat kebijakan kesehatan jiwa,
- c. Komitmen pemerintah desa dalam mengimplementasikan kebijakan dan program kesehatan jiwa,
- d. Keterlibatan aktif masyarakat dan penyintas ODDP dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kebijakan serta program kesehatan jiwa,
- e. Peningkatan kemampuan masyarakat desa dalam melaksanakan perilaku sehat jiwa,
- f. Peningkatan kemampuan pemerintah desa dan masyarakat dalam penanganan kesehatan jiwa,

- g. Penerimaan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi ODDP yang menunjukkan adanya penurunan stigma,
- h. Penguatan kapasitas ODDP dan pendamping/caregiver (keluarga dan/atau pihak yang merawat ODDP) selaku aktor sekaligus subjek dari pembangunan desa.

Dengan adanya desa ramah kesehatan jiwa, diharapkan orang yang berisiko dan mengalami gangguan jiwa mendapatkan penanganan dan pelayanan yang sesuai dan tepat.

2.3. Amanat UNCRPD dan SDGs

Desa ramah kesehatan jiwa merupakan perwujudan dari mandat Konvensi PBB tentang Hak Penyandang Disabilitas (UNCRPD) dan pemenuhan SDGs. Konvensi ini telah diratifikasi oleh pemerintah Indonesia dalam Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011. Tujuan dari UNCRPD adalah untuk memajukan, melindungi dan menjamin penikmatan seluruh hak asasi manusia dan kebebasan mendasar secara penuh dan setara oleh semua penyandang disabilitas, dan untuk meningkatkan penghormatan terhadap martabat yang melekat pada mereka, tak terkecuali orang dengan disabilitas psikososial. Pada Pasal 19 UNCRPD secara tegas memandatkan jaminan bagi penyandang disabilitas untuk hidup mandiri dan dilibatkan dalam masyarakat. Merujuk pada hal tersebut, maka pemerintah di semua level berkewajiban untuk menyediakan layanan kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, ekonomi, dan layanan publik lain yang dapat diakses ODDP. Pemerintah termasuk pemerintah desa juga wajib menciptakan lingkungan yang inklusif, mampu menerima, dan menghapus stigma pada ODDP. Dengan demikian, ODDP dapat percaya diri sehingga mampu berinteraksi di masyarakat dan berkembang menjadi mandiri, produktif, dan berdaya.

Pada Goals ke 3 SDGs memandatkan negara untuk memastikan hidup sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua usia. Pada target SDG 3.4, secara eksplisit menyebutkan penyakit tidak menular dan kesehatan mental: pada tahun 2030, mengurangi sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular



melalui pencegahan dan pengobatan serta meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mental. Hal ini juga diadopsi oleh pemerintah Indonesia melalui Bappenas yang mendorong semua daerah untuk menyusun rencana aksi daerah SDGs. Rencana aksi ini memastikan bahwa semua goals SDGs masuk dalam proses perencanaan penganggaran daerah dan menjadi dasar program kegiatan pembangunan. Dengan demikian target-target yang telah ditetapkan dapat tercapai. Termasuk untuk akselerasi pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan ini, pemerintah Indonesia menurunkannya di level desa yang kemudian dikenal sebagai SDGs Desa yang selanjutnya dikawal oleh Kementerian Desa.



SDGs Desa adalah sebuah upaya terpadu yang bertujuan untuk mewujudkan Desa tanpa adanya angka kemiskinan dan juga kelaparan, ekonomi desa tumbuh secara merata, desa peduli akan kesehatan, desa peduli terhadap lingkungan, desa peduli

akan pendidikan, desa ramah terhadap perempuan, desa mewujudkan jejaring kerjasama, dan desa tanggap terhadap perwujudan budaya untuk mempercepat tercapainya Tujuan Pembangunan yang Berkelanjutan. Apabila dalam SDGs Nasional terdapat 17 tujuan pembangunan yang akan dicapai maka dalam SDGs Desa terdapat 18 tujuan. Ada satu tujuan yang ditambahkan untuk menjamin agar pembangunan desa tetap mengangkat aspek kultural dan keagamaan. Tujuan ini tidak tercantum dalam SDGs global maupun nasional sehingga dalam SDGs desa ditambahkan tujuan ke-18 tentang kelembagaan desa dinamis dan budaya desa adaptif. Goals ke 18 ini sejalan dengan pengembangan desa ramah kesehatan jiwa, dimana penting untuk masyarakat bisa menerima ODDP dalam interaksi sosial kemasyarakatan. Selain itu, goals ke 3 yaitu desa sehat dan sejahtera juga secara spesifik sangat terkait dengan upaya layanan kesehatan bagi pemulihan ODDP.

2.4. Kelompok masyarakat berisiko kesehatan jiwa

Pada dasarnya, semua orang dengan berbagai latar belakang memiliki resiko atau kerentanan terkait masalah kesehatan jiwa. Namun, berdasarkan data, terdapat kelompok berisiko gangguan jiwa yang terdiri dari beberapa klasifikasi antara lain: kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan usia, berdasarkan kondisi psikososial, berdasarkan kondisi ancaman, dan berdasarkan kondisi fisik.

<p>Kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan usia</p>	<p>Anak Remaja</p>
<p>Kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan kondisi psikososial</p>	<p>Masyarakat miskin Pengangguran</p>
<p>Kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan kondisi ancaman</p>	<p>Masyarakat yang berada di daerah: konflik & bencana Masyarakat yang berada di lingkungan fisik tidak kondusif, gangguan perubahan iklim</p>
<p>Kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan kondisi fisik</p>	<p>Orang yang mengalami gangguan kesehatan kronis Penyandang disabilitas</p>

Selain empat kelompok diatas, berdasarkan aspek GEDSI maka terdapat satu kelompok lagi yang berisiko gangguan kesehatan jiwa yaitu perempuan. Perempuan dengan keragaman identitas memiliki kerentanan yang berlapis dan berisiko mengalami gangguan kesehatan jiwa, misalnya perempuan penyandang disabilitas yang menjadi kepala keluarga, perempuan penyandang disabilitas yang mengalami kekerasan, perempuan miskin yang tinggal di daerah rawan bencana, dll.

2.5. Definisi Desa Ramah Kesehatan Jiwa

Dasar hukum yang menjadi rujukan dalam penyelenggaraan desa ramah kesehatan jiwa antara lain meliputi:

1. Pasal 20, Pasal 21, Pasal 28H ayat (1), dan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention on The Rights of Persons with Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas);
3. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4. Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa;
5. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 Tentang Penyandang Disabilitas;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasangan pada Orang dengan Gangguan Jiwa;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 220 / MENKES / SK / III / 2002 Tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 48 Tahun 2006 Tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Masyarakat Akibat Bencana dan Konflik;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 406 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Komunitas;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang
11. Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga;
SE Menkes RI No. 868 tahun 2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TP-KJM)

2.6. Prinsip-prinsip desa ramah kesehatan jiwa

Prinsip – prinsip desa ramah kesehatan jiwa meliputi:

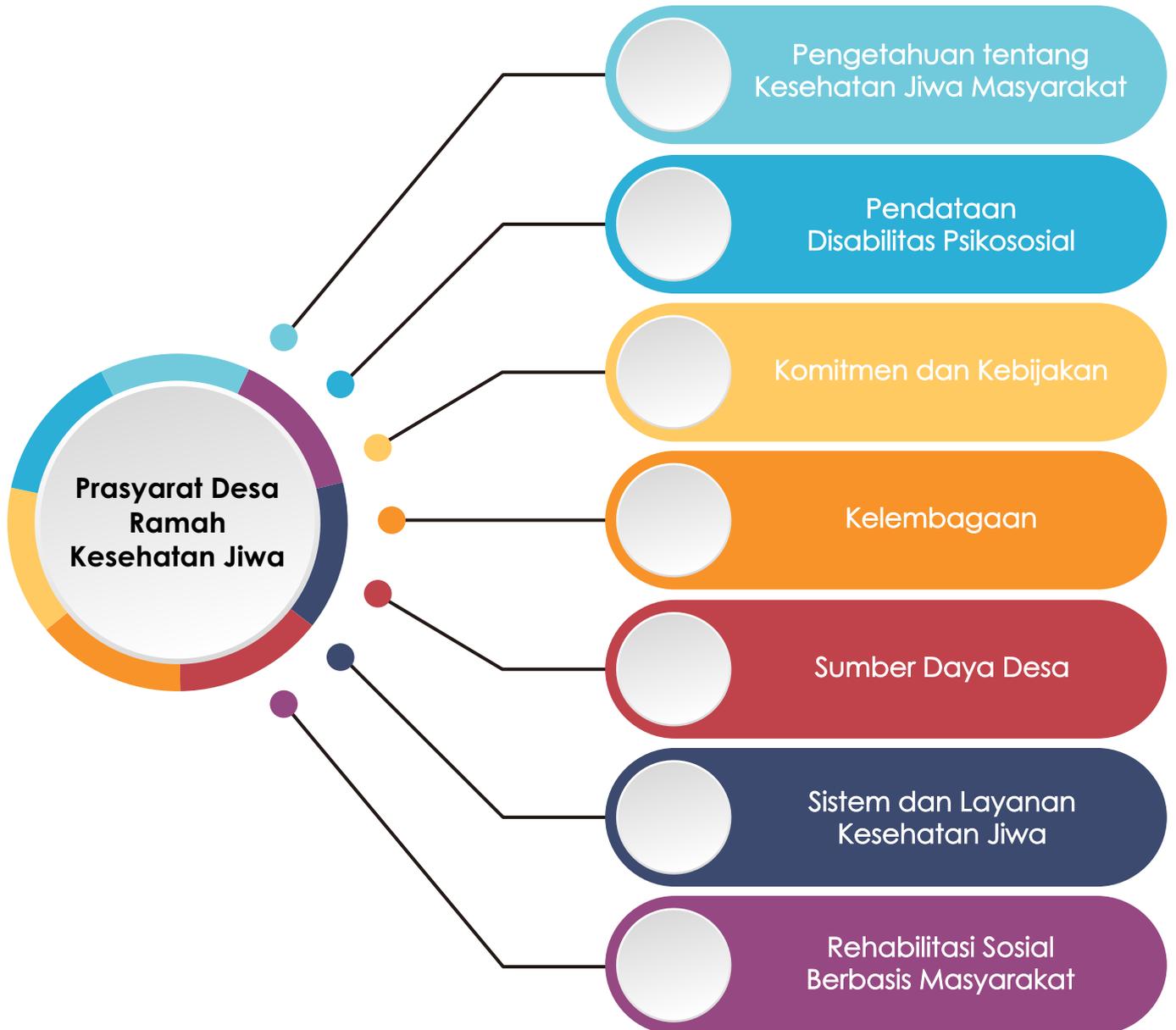
- a. Demokrasi
Semua warga desa tanpa kecuali termasuk warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa memiliki kebebasan untuk terlibat aktif dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal strategis di desa melalui proses musyawarah desa yang dilakukan secara partisipatif, adil, transparan, dan akuntabel.
- b. Non-diskriminasi
Desa dalam menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa tidak membedakan Orang Dengan Disabilitas Psikososial (ODDP) berdasarkan jenis kelamin, suku, agama, ras, status sosial, pilihan politik, warna kulit, usia maupun lainnya. Desa melarang setiap praktik pembedaan, pengucilan dan pembatasan berdasarkan alasan apapun. Setiap orang setara dan memiliki hak serta harus diperlakukan sama.
- c. Pemberdayaan
Desa melakukan upaya yang diarahkan untuk memampukan dan memandirikan warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa dengan memperkuat potensi, mengembangkan sistem perlindungan, dan menciptakan suasana yang mendukung potensi mereka untuk berkembang. Melalui proses ini, desa mempersiapkan warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa mempunyai daya sehingga mampu memenuhi kebutuhan dasarnya.

- d. Gotongroyong
Semua warga desa termasuk warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa secara sukarela terlibat langsung dalam penyelenggaraan pembangunan desa melalui kerjasama antar masyarakat tanpa terkecuali.
- e. Tanpa kekerasan
Desa menjamin tidak ada seorangpun di desa melakukan dan/atau membiarkan adanya ancaman kekerasan terhadap ODDP. Kekerasan dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung yang mencakup kekerasan fisik, psikis, seksual, ekonomi dan politik serta kekerasan budaya berdasarkan tradisi yang umumnya berlaku.
- f. Perlakuan khusus sementara / Tindakan afirmasi
Tindakan afirmasi menjadi salah satu indikator dalam mewujudkan inklusi bagi ODDP. Pelibatan ODDP dalam proses pembangunan di desa, baik tata kelola pemerintahan desa, proses pengambilan keputusan di desa dan kehidupan sosial masyarakat desa dilakukan secara bertahap. Desa memastikan bahwa prinsip ini dijalankan sebagai upaya mempercepat pemenuhan hak penyandang disabilitas psikososial yang selama ini tertinggal sampai terwujud lingkungan yang inklusif bagi mereka. Perlakuan khusus sementara atau tindakan afirmasi ini dilakukan untuk mewujudkan desa yang mengakui dan menghargai pandangan ODDP dalam pembangunan desa.
- g. Perlindungan
Desa dalam menyelenggarakan penanganan kesehatan jiwa harus dilaksanakan sebagai upaya yang diarahkan untuk melindungi, mengayomi dan memperkuat hak ODDP. Perlindungan merupakan bagian dari agenda pembangunan global, regional dan nasional. Perlindungan memberikan jaminan agar dalam menjalankan agenda pembangunan tidak menimbulkan risiko, kerentanan, kekerasan bagi ODDP.
- h. Keberlanjutan
Desa dalam menyelenggarakan penanganan kesehatan jiwa harus dilaksanakan secara konsisten dan berkesinambungan untuk menjamin keberhasilan penanganan masalah kesehatan jiwa.
- i. Sosial budaya dan kearifan lokal
Desa memberikan perlindungan dan pemberdayaan warga dengan masalah kesehatan mental yang memperhatikan fungsi sosial dan budaya masyarakat desa serta karakteristik budaya dan desanya dalam rangka mewujudkan pembangunan yang berkelanjutan.

2.7. Prasyarat desa ramah kesehatan jiwa

Terdapat tujuh prasyarat dalam penyelenggaraan desa ramah kesehatan jiwa yang meliputi :

1. Pengetahuan tentang kesehatan jiwa masyarakat
2. Pendataan Disabilitas Psikososial
3. Komitmen dan kebijakan
4. Kelembagaan
5. Sumberdaya desa
6. Sistem dan layanan kesehatan jiwa
7. Rehabilitasi sosial berbasis masyarakat



Ketujuh prasyarat ini harus dipenuhi oleh desa ketika akan menjadi desa ramah kesehatan jiwa. Ketujuh prasyarat tersebut saling berhubungan dan tidak berdiri sendiri. Desa diberikan keleluasaan dalam pemenuhan ketujuh prasyarat tersebut. Pemenuhan 7 (tujuh) prasyarat tersebut bisa dilaksanakan dalam satu waktu tertentu, misal satu tahun atau bisa juga dilakukan bertahap secara berkelanjutan dengan menyiapkan roadmap yang dapat dijadikan panduan stakeholder desa. Pemenuhan setiap prasyarat sangat bergantung pada kondisi dan potensi di masing-masing desa. Upaya mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa tidak harus selalu dimulai dari membangun komitmen dan kebijakan, tetapi bisa juga dimulai dengan membangun kelembagaan desa yang fokus pada kesehatan jiwa.

BAB III. TAHAPAN MEWUJUDKAN DESA RAMAH KESEHATAN JIWA



Dalam mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa maka pemangku kepentingan di desa harus menjalankan serangkaian tahapan. Tahapan tersebut mengacu pada pemenuhan tujuh prasyarat Desa Ramah Kesehatan Jiwa yang telah dirumuskan berdasarkan hasil praktik baik yang dilakukan oleh beberapa desa/kelurahan. Diagram tahapan mewujudkan Desa Ramah Kesehatan Jiwa sebagai berikut:



3.1. Pengetahuan tentang Kesehatan Jiwa Masyarakat

Peningkatan pengetahuan tentang kesehatan jiwa menjadi dasar dalam pelaksanaan penanganan kesehatan jiwa. Selama ini, banyak masyarakat yang masih awam dengan isu kesehatan jiwa seperti pengelolaan stres maupun berbagai jenis gangguan jiwa, pencegahan, dan cara penanganannya. Pengetahuan yang minim juga menyebabkan masih tingginya stigma terhadap ODDP di keluarga dan masyarakat. Sehingga banyak masyarakat yang tidak mau mengakses layanan kesehatan jiwa ketika mereka mengalami masalah kesehatan jiwa seperti stress, gangguan tidur, kecemasan yang berlebihan. Apabila individu mengalami masalah kesehatan jiwa dan tidak segera dilakukan penanganan maka akan beresiko mengalami kondisi disabilitas psikososial.

Mengacu pada potret di atas, penting untuk melakukan edukasi kepada semua pihak mulai dari keluarga, masyarakat, pemerintah dan pemangku kepentingan lain terkait kesehatan jiwa. Dengan meningkatnya pengetahuan kesehatan jiwa akan memudahkan keluarga, masyarakat, pemerintah dan ODDP itu sendiri dalam membangun komunikasi. Pengetahuan tentang kesehatan jiwa juga mampu menjadi support system untuk ODDP dan keluarga. Peningkatan pengetahuan semua stakeholder desa menjamin efektifitas dan keberlanjutan pelaksanaan desa ramah kesehatan jiwa.

a. Tujuan

Tujuan dari peningkatan pengetahuan tentang kesehatan jiwa masyarakat adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan jiwa dan mengurangi stigma yang masih ada terkait masalah kesehatan jiwa.

b. Tahapan pemenuhan prasyarat

- Melakukan identifikasi wilayah dan individu yang akan menjadi target kegiatan peningkatan pengetahuan tentang kesehatan jiwa,
- Melakukan identifikasi metode peningkatan pengetahuan yang efektif seperti sosialisasi, training, lokakarya, FGD dll,
- Bekerjasama dengan para pihak di wilayah yang bersangkutan untuk menyelenggarakan sosialisasi/training/lokakarya dll,
- Melibatkan keluarga dan pendamping ODDP untuk mengurangi stigma dari lingkup terkecil,
- Melakukan upaya-upaya sosialisasi, deteksi dini gangguan kesehatan jiwa, pelatihan yang meliputi beberapa tema antara lain rujukan kegawatdaruratan psikiatri, pendataan dan validasi warga yang mengalami gangguan jiwa di masyarakat, pengenalan gejala gangguan jiwa dll.
- Peningkatan pengetahuan dilakukan melalui forum-forum publik di level desa seperti arisan, pengajian, karang taruna, PKK, dasawisma, sekolah, PAUD, peringatan hari besar nasional dan keagamaan, serta forum yang diselenggarakan baik formal maupun informal.
- Tema pengetahuan kesehatan jiwa yang diberikan berupa mengenal kesehatan jiwa, penanganan dan pencegahan kasus pasung, pencegahan bunuh diri, kegawatdaruratan, disabilitas, deteksi dini, pendampingan dan perawatan keluarga, mengurangi stigma terhadap ODDP, akses layanan kesehatan, pemantauan minum obat, pengenalan gejala kekambuhan dan cara mengatasinya.

c. Praktik baik

1. Sosialisasi penanganan dan pencegahan pasung pada tokoh masyarakat (PKK, Karang Taruna, dukuh, dll) di Kalurahan Siraman, Wonosari, Gunungkidul.
2. Sosialisasi pengenalan kesehatan jiwa di masyarakat bagi kelompok PKK dan Karang Taruna di Pengasih, Kulon Progo. Kegiatan ini dilakukan dalam lingkup padukuhan hingga kalurahan.
3. Sosialisasi kesehatan jiwa bagi Guru BK dan Kepala Sekolah Menengah Negeri di Kabupaten Kulon Progo
4. Sosialisasi pengurangan stigma dengan membuat karya kerajinan tangan yang dilakukan oleh ODDP kepada anak-anak PAUD dan SD di Godean, Sleman. Sosialisasi ini menyampaikan tentang cara berinteraksi kepada ODDP seperti tidak boleh menyebut "orang gila", tidak boleh mengolok - olok dan mengejek.
5. Sosialisasi kesehatan jiwa untuk mengenal gejala gangguan jiwa dan melakukan screening pada siswa SMK/SMA di Playen Gunungkidul dan Pengasih Kulonprogo. Kampanye kesehatan jiwa dalam peringatan hari besar misalnya kirab budaya 17 Agustus di Temon Kulon, Kulon Progo dan Jalan Sehat dalam rangka Ulang Tahun Desa di Godean.
7. Mengenalkan kesehatan jiwa melalui pameran produk karya kelompok swabantu seperti dalam kegiatan Musyawarah Nasional Perempuan di Bali, peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia dan Hari Disabilitas Internasional, dan lain - lain.

3.2. Pendataan Disabilitas Psikososial

Data merupakan salah satu prasyarat penting dalam penyelenggaraan desa ramah kesehatan jiwa. Data disabilitas psikososial di Indonesia tidaklah mencukupi karena data yang dikumpulkan tidak memberikan informasi yang cukup tentang penyandang disabilitas psikososial mulai dari tingkat keparahan, jenis kelamin, usia, intervensi layanan yang didapat, kebutuhan mereka, kapasitas dan kesejahteraan mereka. Selama ini, desa sebagai institusi yang langsung bersentuhan dengan ODDP juga belum memiliki data yang komprehensif dan terpilah baik yang masuk dalam kategori ODDP maupun masyarakat berisiko gangguan kesehatan jiwa. Salah satu hambatan dasar dalam upaya pemenuhan hak disabilitas psikososial adalah ketiadaan data yang komprehensif dan yang diperbaharui baik dari nama ataupun kondisi kedisabilitas. Ketidadaan data yang komprehensif ini berdampak pada pemenuhan hak disabilitas psikososial dalam memiliki data kependudukan, dokumen pendidikan, dan kartu penyandang disabilitas sebagaimana diatur dalam pasal 22 UU No. 8 tahun 2018 tentang penyandang disabilitas. Selain itu, pemerintah desa yang memiliki kewenangan lokal skala desa juga kesulitan untuk melakukan intervensi program dan kegiatan guna memberikan layanan kesehatan jiwa.

Sebagai sebuah prasyarat dan merujuk pada urgensi keberadaan data ini maka perlu ada akselerasi dalam penyediaan data disabilitas psikososial. Desa yang ingin menjadi desa ramah kesehatan jiwa harus mulai melakukan perbaikan data base disabilitas psikososial desa melalui kegiatan pendataan yang komprehensif. Terdapat dua aspek yang perlu diperhatikan dalam melakukan pendataan disabilitas psikososial, yaitu:

1. Tata Kelola

Tata kelola data mencakup bagaimana sistem data dibangun, dianalisis, digunakan dan dilindungi. Sistem data disabilitas psikososial di level desa dibangun dengan menggunakan pendekatan hak asasi manusia. Pendataan disabilitas psikososial perlu melibatkan semua pihak termasuk penyandang disabilitas itu sendiri, serta dukungan kebijakan dan anggaran dari pemerintah. Data ini dapat membantu pemerintah dalam merencanakan kebijakan, pendampingan, dan fasilitasi dalam mewujudkan pembangunan inklusi. Data disabilitas psikososial yang dikumpulkan oleh desa dapat terbagi dalam dua macam, pertama, data kuantitatif yang mencakup jumlah, sebaran demografi, jenis kelamin, usia, pendidikan, dll. Kedua, data kualitatif antara lain kondisi disabilitas psikososial, intervensi layanan yang sudah diterima, potensi dan masalah yang dimiliki, diagnosis, aktivitas produktif, dll.

Mengacu pada dua jenis data tersebut maka data disabilitas psikososial yang dihasilkan dapat dianalisis oleh pemerintah desa untuk mendapatkan data individu dan agregat. Analisis data dilakukan dengan tujuan menemukan informasi yang berguna yang dapat dijadikan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk memecahkan suatu masalah. Proses analisis ini meliputi kegiatan pengelompokan data disabilitas psikososial berdasarkan karakteristiknya, pembersihan data, transformasi data, pembuatan model data hingga mencari informasi penting dari data tersebut. Data yang telah dianalisis selanjutnya dikelola menjadi database desa. Data yang bersifat agregat disimpan di internal desa dan dapat dipublikasikan melalui media informasi desa. Sedangkan untuk data individu atau by name by address disimpan dan dikelola oleh desa. Mengacu pada UU keterbukaan informasi publik Nomor 14 Tahun 2008 data yang bersifat pribadi tidak bersifat publik. Data disabilitas psikososial yang telah dikumpulkan menjadi database desa. Selanjutnya, data menjadi dasar dalam proses perencanaan penganggaran dan intervensi program pembangunan desa.

2. Teknis Pendataan

Teknis pendataan terkait dengan tools/instrument yang digunakan, teknis pengumpulan data dan pihak yang akan melakukan pendataan. Salah satu tantangan dari pendataan disabilitas psikososial adalah instrumen pendataan itu sendiri. Instrumen pendataan yang disusun harus mampu memotret kondisi riil dari disabilitas psikososial mulai dari jenis disabilitas, jenis kelamin, umur, kondisi diri, dukungan yang diperoleh, kondisi sosial, dan faktor pendukung lainnya.

a. Tujuan

Ada beberapa tujuan dari proses pendataan disabilitas psikososial dalam konteks pengembangan desa ramah kesehatan jiwa. Pertama, mengetahui dan mendapatkan jumlah, sebaran, ragam, kondisi disabilitas psikososial di wilayah desa. Kedua, mengetahui perubahan penduduk disabilitas psikososial di wilayah desa. Ketiga, mengetahui berbagai informasi terkait disabilitas psikososial seperti intervensi yang telah diterima, kemampuan/potensi yang dimiliki, hambatan yang dialami dan berbagai faktor yang mempengaruhi. Dan keempat, memiliki database disabilitas psikososial desa sebagai bahan perencanaan pembangunan agar lebih tepat berdasarkan kebutuhan mereka.

b. Tahapan pemenuhan prasyarat

Tata Kelola Data

- Melakukan koordinasi data disabilitas psikososial di desa melibatkan perwakilan pemerintah desa, BPD, lembaga desa, organisasi disabilitas, kader, puskesmas, Merumuskan sistem pendataan yang akan digunakan, bisa berbasis online
- maupun offline,
Merumuskan metode analisis data psikososial yang telah diperoleh,
- Merumuskan alur penggunaan atau pemanfaatan data disabilitas psikososial,
- Merumuskan metode penyimpanan dan perlindungan data disabilitas
- psikososial yang selanjutnya menjadi database desa,
- Menunjuk tim yang akan mengelola database disabilitas psikososial desa.

Teknis Pendataan

- Melakukan koordinasi yang melibatkan pemangku kepentingan di desa yang terdiri dari pemerintah desa, BPD, lembaga desa, organisasi penyandang disabilitas, kader, puskesmas, dll untuk melakukan pendataan,
- Membentuk tim pendataan disabilitas psikososial di desa yang melibatkan kader, puskesmas, dan pendamping,
- Merumuskan instrumen pendataan disabilitas psikososial bisa dengan mengembangkan instrumen sendiri atau mengacu pada instrumen pendataan disabilitas yang sudah dikembangkan; seperti instrumen Washington Group on Disabilities, instrumen pendataan BPS, dll,
- Penyusunan instrumen dapat disesuaikan dengan kebutuhan informasi dan data yang ingin didapatkan oleh desa misal identitas diri ODDP (nama, jenis kelamin, kondisi), potensi diri ODDP, intervensi layanan kesehatan yang diterima ODDP, intervensi program pemberdayaan yang diterima ODDP, bantuan sosial yang diterima ODDP, dan lain-lain,
- Melakukan training pendataan (instrumen dan proses pendataan) kepada tim pendata yang akan turun ke lapangan untuk menggali data,
- Tim pengambilan data melakukan pendataan jumlah warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa dengan menggunakan instrumen yang disusun dan disepakati,
- Pendataan awal untuk memperoleh database disabilitas psikososial desa harus dilakukan oleh masing-masing desa,
- Desa yang sudah memiliki database disabilitas psikososial desa dapat melakukan identifikasi data dan validasi jumlah warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa setiap tahun,
- Verifikasi dan validasi data disabilitas psikososial desa dilakukan setiap tahun sekali pada awal tahun sehingga data bisa digunakan sebagai basis proses perencanaan penganggaran desa,
- Melakukan uji publik hasil pendataan disabilitas psikososial desa,
- Menetapkan hasil pendataan disabilitas psikososial desa sebagai database desa.

Database disabilitas psikososial desa terintegrasi dengan Puskesmas dan Dinas Kesehatan (Kabupaten/Kota).

a. Contoh Praktik baik

1. Pendataan ODDP dilakukan oleh desa dengan melibatkan kader dan bekerjasama dengan puskesmas. Kader melakukan pendataan dengan menggunakan instrumen yang dimiliki oleh puskesmas. Pendataan dilakukan oleh kader kesehatan jiwa, melalui kunjungan rumah Orang dengan Disabilitas Psikososial dan Keluarga. Hasil pendataan diolah oleh desa dan menjadi database disabilitas psikososial yang dimiliki oleh desa. Data yang sudah dikelola selalu dilakukan verifikasi dan validasi. Database ini digunakan untuk intervensi program layanan kesehatan jiwa di desa. Desa yang telah melakukan pendataan yaitu Desa Sidoluhur dan Desa Sidoagung, Kecamatan Godean, Kabupaten Sleman, D.I. Yogyakarta.

Contoh form instrumen pendataan Orang dengan Disabilitas

No	Nama ODDP	Jenis Kelamin	Alamat	Diagnosa	Tempat Tanggal Lahir	Pekerjaan	Pendidikan	Potensi	Masalah	Kondisi			Nama Caregiver
										Ringan	Sedang	Benar	
1	Bunga	P	Dusun X, Kalurahan	Skizofrenia	Sleman, 1 Januari 2000	Pedagang	SMA	Menanam Tanaman	Sulit minum obat	√			Melati
2	Dahlia	P	Dusun X, Kalurahan	Bipolar	Kulon Progo, 1 Desember 1990	Buruh Tani	SMP	Beternak	Keluarga tidak mendukung		√		Bagus
3	Muda	L	Dusun X, Kalurahan	Depresi	Bantul, 10 Februari 1998	Peternak	SMA	Menari	Sulit bersosialisasi			√	Madya
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

2. Data caregiver dari masing-masing ODDP. Data ini dimaksudkan untuk memudahkan desa mendekatkan akses informasi dan layanan kepada ODDP melalui caregiver. Selain itu, data ini dapat digunakan untuk melihat penanggung jawab dari intervensi layanan yang diterima oleh ODDP. Desa yang telah melakukan pendataan caregiver meliputi Desa Sidoluhur dan Desa Sidoagung, Kecamatan Godean, Kabupaten Sleman D.I. Yogyakarta.

Contoh form data caregiver desa.

No	Nama Caregiver	Jenis Kelamin	Alamat	Tempat, Tanggal Lahir	Pekerjaan	Pendidikan	Hubungan dengan ODDP	Hambatan dalam Pendampingan
1	Ronaldo	L	Dusun X, Kalurahan	Sleman, 2 Januari 1980	Wiraswasta	S1	Kakak	kondisi kestabilan ODDP yang naik turun
2	Messi	L	Dusun X, Kalurahan	Gunung Kidul, 3 Maret 1974	Karyawan Swasta	SMA	Adik	Produktivitas ODDP yang masih membutuhkan arahan
3	Bunga	P	Dusun X, Kalurahan	Jakarta, 4 April 1983	Buruh Pabrik	SMA	Ibu	Membujuk ODDP minum obat
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

3.3. Komitmen dan Kebijakan Desa

Komitmen dan Kebijakan menjadi salah satu prasyarat dalam penyelenggaraan desa ramah kesehatan jiwa. Membangun komitmen dari para pengambil kebijakan di desa menjadi dasar awal dalam mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa. Komitmen akan dituangkan dalam kebijakan desa yang berupa dokumen tertulis dan menjadi acuan bagi seluruh pemangku kepentingan desa. Kebijakan desa yang mengakomodasi kebutuhan Orang Dengan Disabilitas Psikososial (ODDP) menjadi kunci dalam kesuksesan membangun ekosistem sehat jiwa di sebuah wilayah.

Indikator-indikator telah adanya komitmen dapat dilihat dari adanya kebijakan desa yang tertuang dalam beragam dokumen kebijakan. Beberapa dokumen kebijakan tersebut antara lain Peraturan Desa (Perdes), Surat Keputusan (SK) Kepala Desa (Kades) yang berkaitan dengan dukungan untuk memperkuat pelaksanaan penanganan kesehatan jiwa di masyarakat. Seperti adanya Perdes Partisipasi Kelompok Rentan dan Marginal dalam perencanaan penganggaran desa dan SK Kades berkaitan dengan kelembagaan kesehatan jiwa.

a. Tujuan

Tujuan membangun komitmen dan kebijakan desa yang ramah kesehatan jiwa adalah memastikan keberlanjutan inisiatif untuk menjawab kebutuhan penanganan masalah kesehatan jiwa di level desa. Melalui komitmen dan kebijakan yang dikeluarkan oleh desa akan mampu menumbuhkan kesadaran stakeholder desa dalam memahami masalah kesehatan jiwa yang dihadapi oleh ODDP. Hal ini akan memudahkan pemerintah desa dan stakeholder lain untuk mengoperasionalkan program dan kegiatan pembangunan guna mewujudkan pemenuhan hak ODDP.

b. Tahapan pemenuhan prasyarat :

- Identifikasi permasalahan kesehatan jiwa di level desa.
- Menggunakan database disabilitas psikososial yang dimiliki oleh desa (mengacu pada proses pendataan) untuk melihat potensi, sebaran dan data lain terkait dengan ODDP dan hasil identifikasi masalah kesehatan jiwa.
- Membangun komitmen dari para pengambil keputusan di level desa diantaranya pemerintah desa dan BPD melalui forum di desa bisa berupa rapat koordinasi, workshop, audiensi, FGD atau kegiatan pertemuan lainnya.
- Kegiatan ini bisa dilakukan secara terus menerus supaya pengambil kebijakan menjadikan isu kesehatan jiwa sebagai isu prioritas.
- Melakukan pembahasan hasil identifikasi masalah kesehatan jiwa di level desa dan merumuskan strategi penanganan masalah tersebut berbasis potensi yang dimiliki.
- Menentukan regulasi dan kebijakan desa yang sesuai dengan kebutuhan untuk menyelesaikan masalah kesehatan jiwa yang muncul.
- Menyusun regulasi dan kebijakan desa dengan melibatkan semua unsur masyarakat desa seperti PKK, Karang Taruna, Kelompok Tani, Kelompok Usaha Bersama dan kelompok lainnya termasuk ODDP, dan caregiver.
- Melibatkan dan memfasilitasi ODDP dalam proses perencanaan penganggaran desa (musyawarah desa).
- Merumuskan program dan kegiatan penanganan kesehatan jiwa yang merupakan turunan dari dokumen kebijakan desa.

c. Contoh Praktik Baik

1. Surat Keputusan Kepala Desa Nomor 09 Tahun 2022 Tentang susunan pengurus Kalurahan Siaga Sehat Jiwa Saras Mulyo Periode 2022 - 2025 Kalurahan Margomulyo, Kapanewon Seyegan, Sleman.
2. Surat Keputusan Kepala Desa No 45 tahun 2023 Tentang Penetapan Kelompok SHG Bangun Jiwa Kalurahan Kedundang, Kapanewon Temon, Kabupaten Kulon Progo.
3. Surat Keputusan Kepala Desa Nomor 19 tahun 2022 tentang Penetapan Kelompok Disabilitas Berdaya Kalurahan Temon Wetan, Kapanewon Temon, Kulon Progo
4. Surat Keputusan Kepala Desa Nomor 35 tahun 2022 tentang Pendirian Bank Sampah "Sinergi Berdaya" Kalurahan Temon Wetan, Kapanewon Temon, Kulon Progo
5. Perdes NO 23 Tahun 2022 Tentang APBKal Sidoluhur Sleman, untuk anggaran pertemuan SHG (Snack dan minum), Bantuan transport kegiatan, belanja peralatan Posbindu, honorarium bagi Konsultan/Narasumber, operasional untuk rujukan kegawatdaruratan psikiatri, insentif untuk kader, dll.
6. PerKal Kebonharjo Nomor 9 tahun 2023 tentang Pencegahan Penanganan dan Perlindungan Gangguan Kesehatan Jiwa, di Samigaluh Kulonprogo
7. Surat Keputusan Lurah Siraman nomor 39/KPTS/2021 tentang Pengurus Paguyuban ODDP Sihawa yang sudah menganggarkan insentif kader ketika melakukan kunjungan rumah sebesar Rp 25.000 per kunjungan ODDP dan keluarga.
Surat Keputusan Kepala Desa Petir Nomor 13/KPTS//2015 Tentang Pembentukan
8. Forum Lentera Jiwa Desa Petir Kecamatan Rongkop Kabupaten Gunungkidul.
9. Surat Keputusan Lurah nomor 40 tahun 2023 tentang penetapan kelompok swabantu Sugeng Jiwa kalurahan Temon kulon kapanewon Temon Kulon Progo
10. Surat Keputusan Lurah nomor 20 tahun 2023 tentang penetapan kelompok swabantu Unggul Jiwa kalurahan Kaligintung kapanewon Temon Kulon Progo
11. Surat Perjanjian Pemerintah Kalurahan Kaligintung dan Kelompok swabantu Unggul Jiwa periode 2023-2027 (5 tahunan) tentang hibah lahan seluas 846 meter persegi dan dikelola untuk pengembangan kelompok usaha bersama (KUBE)
12. Surat Keputusan Lurah nomor 43 tahun 2022 tentang penetapan kelompok swabantu Ngudi Waras Kalurahan Karang Sari kapanewon Pengasih Kulon Progo
13. Surat Keputusan Lurah nomor 39 tahun 2022 tentang penetapan kader kesehatan jiwa kalurahan karangsari periode 2022-2025 kalurahan Karang Sari Kapanewon Pengasih Kulon Progo

3.4. Kelembagaan

Kelembagaan desa ramah kesehatan jiwa adalah sebuah lembaga yang dimandatkan oleh stakeholder kesehatan jiwa di level desa untuk mengoperasionalkan inisiatif pemenuhan desa ramah kesehatan jiwa. Kelembagaan ini merupakan sebuah komponen penting untuk mendorong keberlanjutan inisiatif penyelenggaraan kesehatan jiwa. Kelembagaan ini merupakan forum dialog dan penanganan kesehatan jiwa di level desa. Berdasarkan praktik baik yang telah dijalankan di beberapa desa terdapat dua model kelembagaan yang muncul dalam pengembangan desa ramah kesehatan jiwa. Pertama, kelembagaan berupa organisasi multipihak yang terdiri dari individu-individu atau berbagai pihak yang memiliki kepedulian pada isu kesehatan jiwa. Kelembagaan ini lebih banyak melakukan respon atas kasus kegawatdaruratan, seperti melakukan penjangkauan, rujukan, dan penanganan kesehatan jiwa lainnya.

Kedua, kelembagaan komunitas yang terdiri dari ODDP, keluarga, caregiver dan pihak-pihak yang peduli isu kesehatan jiwa. Kelembagaan yang kedua ini biasa disebut dengan kelompok dukungan sebaya. Adanya kelompok dukungan sebaya sangat krusial dalam proses pemulihan ODDP. Kelompok ini menjadi tempat untuk berbagi cerita, pengalaman, saling membantu dalam mencari dan menemukan cara menyelesaikan masalah. Selain itu, kelompok dukungan sebaya ini juga menjadi salah satu sarana untuk ODDP mendapatkan perhatian dari pemerintah desa/kelurahan sampai kabupaten/kota melalui kebijakan baik anggaran maupun program. Dengan kata lain, Self Help Group atau kelompok swabantu menjembatani penerimaan diri bagi ODDP dan penerimaan sosial di masyarakat. Kelompok ini juga menjadi wadah untuk melakukan edukasi, memetakan minat dan bakat sampai dengan pendampingan pentingnya minum obat, resosialisasi, dan melatih produktivitas. Kelembagaan ini merupakan langkah nyata dalam mengawal perubahan proses penanganan kesehatan jiwa yang selama ini lebih banyak berbasis institusi mengarah pada pemulihan berbasis masyarakat.

Selain membangun kelembagaan yang fokus pada kesehatan jiwa, mengoptimalkan kelembagaan desa yang telah ada akan sangat mendukung pelaksanaan desa ramah kesehatan jiwa. Struktur kelembagaan desa yang sudah ada perlu didorong untuk melakukan kolaborasi dalam penanganan kesehatan jiwa. Selama ini peran penanganan kesehatan jiwa di desa masih tersentral di Kepala Seksi Kesejahteraan, padahal isu ini merupakan isu lintas sektor yang harus diintervensi secara bersama dan berkesinambungan.

Koordinasi lintas bidang untuk penanganan kesehatan jiwa di desa misalnya Kepala Seksi Pembangunan dan Kemakmuran bisa melibatkan ODDP yang sudah pulih dalam program pemberdayaan. Sedangkan untuk penanganan kegawatdaruratan melibatkan peran dari Kepala Seksi Pemerintahan dan Keamanan. Penjangkauan dilakukan atas koordinasi dari Kepala Seksi Kesejahteraan bersama dengan Kepala Seksi Pemerintahan dan Keamanan.

Badan Permusyawaratan Desa (BPD) sebagai salah satu lembaga pengambil kebijakan di desa juga harus memiliki perspektif tentang kesehatan jiwa. Dengan demikian, kebijakan desa yang diambil bersama dengan pemerintah desa akan mengarah pada terwujudnya desa ramah kesehatan jiwa. Disisi lain, lembaga kemasyarakatan desa seperti PKK, karang taruna, kelompok tani, dasawisma juga perlu ditingkatkan kepeduliannya terkait kesehatan jiwa. Masing-masing lembaga memasukkan isu kesehatan jiwa kedalam rencana kerja atau menjadi salah satu isu yang dibahas dalam agenda pertemuan.

a. Tujuan

Kelembagaan ini bertujuan untuk memastikan implementasi desa ramah kesehatan jiwa diinternalisasi oleh semua pemangku kepentingan di desa yang dilaksanakan secara kolaboratif dan berkelanjutan. Kelembagaan akan menjadi wadah bagi keluarga untuk saling berbagi dan bersama-sama menyelesaikan permasalahan yang ditemui dalam pendampingan ODDP. Disisi lain, kelembagaan ini akan dapat memperlancar proses penanganan kesehatan jiwa di masyarakat baik yang bersifat kegawatdaruratan sampai dengan rehabilitasi paska medis. Kelembagaan desa yang fokus pada kesehatan masyarakat akan meningkatkan kapasitas pengetahuan keluarga dalam pendampingan ODDP.

b. Tahapan pemenuhan prasyarat

Organisasi multipihak peduli Kesehatan Jiwa	Kelompok dukungan sebaya	Struktur kelembagaan desa	Lembaga Keswadayaan Desa (LKD)
<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi individu-individu di desa yang memiliki kepedulian terhadap permasalahan kesehatan jiwa • Membangun kelompok dan melakukan pertemuan rutin 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi ODDP, keluarga, caregiver, kader yang mau diajak untuk berkelompok • Membangun kesadaran dan kepedulian pada persoalan kesehatan jiwa di desa 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kapasitas dan kepedulian staf pemerintah desa dan BPD tentang kesehatan jiwa • Mengidentifikasi kebutuhan penyelesaian masalah kesehatan jiwa, 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pengetahuan dan kepedulian LKD tentang kesehatan jiwa • Mengidentifikasi masalah dan kebutuhan kesehatan jiwa,
<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan pertemuan untuk membahas kondisi eksisting permasalahan kesehatan jiwa di desa • Melakukan penanganan permasalahan kesehatan jiwa di desa 	<ul style="list-style-type: none"> • Membangun komitmen berkelompok sebagai wadah berbagi antar ODDP dan keluarga • Pembentukan kelompok dan penyusunan rencana kerja kelompok. 	<ul style="list-style-type: none"> • Membangun komitmen bersama lintas seksi perangkat desa dan BPD untuk menyelesaikan masalah kesehatan jiwa • Melakukan koordinasi penanganan kesehatan jiwa yang terintegrasi dan holistic. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memasukkan isu kesehatan jiwa dalam rencana kerja LKD atau dijadikan salah satu isu dalam pertemuan LKD.

c. Contoh Praktek Baik

1. Kelompok Swabantu (Self Help Group -SHG) di Gunungkidul (Kalurahan Mulo, Duwet, Siraman, Karangrejek) yang berbasis partisipatif aktif dari semua elemen masyarakat. Contoh kegiatannya berupa pertemuan rutin dan arisan rutin, Terapi Aktivitas Kelompok, pelatihan, dll
2. Kelompok Swabantu (Self Help Group -SHG) yang selaras dengan program kerja pemerintah lokal setempat, contoh Kalurahan Siaga Sehat Jiwa (KSSJ), Kelompok Disabilitas Desa (KDD), dll. Contoh kegiatannya berupa posbindu, pelatihan, pengembangan usaha, dll.

3. Kelompok Disabilitas Berdaya di Temon Wetan Kulon Progo yang berinteraksi antara ODDP dan ragam disabilitas lainnya dalam kegiatan pengelolaan dan pemilihan sampah melalui Bank Sampah Sinergi Berdaya.
4. Forum Komunikasi Lentera Jiwa di Kalurahan Petir, Rongkop, Gunungkidul yang menjangkau komitmen masyarakat dalam penanganan masalah kesehatan jiwa baik dalam respon kegawatdaruratan maupun penerimaan kondisi ODDP dalam bermasyarakat. Forum komunikasi ini terdiri dari unsur pemerintah, pendamping, TKSK, Bhabinkamtibmas, panti rehabilitasi dan relawan.
5. Pengurus Kalurahan (desa) Siaga Sehat Jiwa (KSSJ) di Kalurahan Sidoluhur yang di SK-kan oleh Pemerintah Kalurahan. Pengurus KSSJ menjalankan peran pendataan, penjangkauan, pendampingan dan pengorganisasian serta membangun jejaring untuk mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa.

3.5. Sumber Daya Desa

Sumber daya desa yang pertama adalah sumber daya manusia yang mampu menjadi agen penggerak dalam menjalankan penanganan kesehatan jiwa. Sumber Daya manusia ini terdiri dari semua pemangku kepentingan di desa yang dapat dioptimalkan untuk menjalankan penanganan kesehatan jiwa. Pemangku kepentingan desa yang dapat dilibatkan mulai dari pemerintah desa, BPD, kelembagaan desa, relawan, kader kesehatan jiwa dan unsur pemangku kepentingan lainnya. Mereka dapat dibekali pengetahuan dan keterampilan tentang penanganan kesehatan jiwa mulai dari proses kegawatdaruratan sampai dengan rehabilitasi berbasis masyarakat. Pembekalan untuk kader kesehatan jiwa dalam melakukan pendampingan yang berorientasi pemulihan dapat merujuk pada Buku Seri Kader Kesehatan Jiwa : Mendukung disabilitas psikososial menuju pemulihan.

Terkait dengan sumber daya manusia yang dapat menjadi relawan dan kader kesehatan jiwa, terdapat beberapa kapasitas dasar yang harus dimiliki oleh individu yang ingin bergabung dalam penyelenggaraan kesehatan jiwa. Beberapa kapasitas dasar tersebut, meliputi :

- a. Berjiwa sosial
- b. Komunikatif
- c. Memiliki bekal pengetahuan tentang kesehatan jiwa atau perlu ada pembekalan ilmu kesehatan jiwa
- d. Dipercaya oleh masyarakat atau bisa dipercaya
- e. Tidak sombong
- f. Bisa advokasi dasar untuk akses layanan kesehatan jiwa
- g. Memiliki konseling dasar seperti mau mendengarkan, punya empati, dan tidak menghakimi
- h. Memahami karakter/kondisi ODDP, dalam artian bisa membaca kondisi psikologis karena setiap ODDP meski diagnosis sama tetapi karakternya tidak bisa sama.
- i. Mengenali ciri-ciri kekambuhan ODDP
- j. Kreatif
- k. Sabar
- l. Aktif di kegiatan pemerintah desa dan kegiatan kemasyarakatan

Sumber daya yang kedua adalah tersedianya pembiayaan untuk kegiatan peningkatan kapasitas, koordinasi, advokasi, penjangkauan, dan kegiatan penanganan kesehatan jiwa lainnya. Ketersediaan dana tersebut sangat berkaitan dengan dukungan sumber daya manusia yang mumpuni dalam mendukung pelaksanaan desa ramah kesehatan jiwa di desa. Jika alokasi anggaran tidak tersedia maka kemungkinan ketersediaan sumber daya manusia yang punya kompetensi terhadap penanganan kesehatan jiwa akan berkurang yang akibatnya pelaksanaan desa ramah kesehatan jiwa menjadi terhambat. Sumber pembiayaan yang dapat dioptimalkan dalam penyelenggaraan desa ramah kesehatan jiwa berasal dari APBDesa, APBD, dan sumber lain yang sah seperti kerjasama dengan pihak ketiga. Pengelolaan dana desa untuk mengatasi persoalan kesehatan jiwa dapat merujuk pada buku panduan Perencanaan dan Penganggaran Dana Desa dalam Pengarusutamaan Kesehatan Jiwa dan Penyandang Disabilitas.

Sumber daya yang ketiga adalah sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan penanganan kesehatan jiwa seperti ambulans desa, peralatan komputer, dan alat komunikasi. Selain itu, sarana dan prasarana lain yang digunakan untuk kegiatan pemberdayaan ODDP seperti peralatan ekonomi produktif. Perangkat hukum di level desa seperti peraturan desa, keputusan kepala desa, peraturan bersama desa juga menjadi bagian dari sumber daya desa yang dapat dioptimalkan untuk menjamin keberlanjutan inisiatif desa ramah kesehatan jiwa.

a. Tujuan

Tujuan dari penyediaan sumber daya desa agar pemerintah desa memiliki seperangkat instrumen baik finansial maupun non finansial seperti sarana dan prasarana yang mendukung kelancaran pelaksanaan penanganan kesehatan jiwa. Hal ini akan mempermudah terwujudnya desa ramah kesehatan jiwa berbasis potensi yang dimiliki dan berkelanjutan.

b. Tahapan pemenuhan prasyarat

Sumber Daya Manusia

- Melakukan identifikasi sumber daya manusia yang potensial untuk dijadikan kader dan relawan kesehatan jiwa,
- Melakukan sosialisasi, pelatihan, diskusi terkait kesehatan jiwa untuk peningkatan kapasitas kader, relawan, BPD dan pemerintah desa.
- Melakukan penjangkauan dan pendampingan kepada ODDP melalui kunjungan rumah Orang dengan Disabilitas Psikososial dan keluarga yang dimotori oleh kader kesehatan/perangkat desa lainnya
- Melakukan sosialisasi kepada masyarakat tentang kesehatan jiwa sehingga terbentuk ekosistem inklusif guna mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa.
- Menyepakati pembagian peran dalam penanganan kesehatan jiwa desa, yang meliputi:

Unsur	Peran dan tanggung jawab
ODDP	Berpatisipasi aktif dalam kegiatan sosial kemasyarakatan di desa, misalnya promosi kesehatan jiwa.
Keluarga	<ul style="list-style-type: none"> ● Mendampingi ODDP sesuai dengan kebutuhan ● Mengedukasi masyarakat tentang kesehatan jiwa ● Berkomunikasi dengan masyarakat terkait kondisi dan kebutuhan ODDP
Kader	<ul style="list-style-type: none"> ● Melakukan pendataan masyarakat berisiko gangguan kesehatan jiwa dan ODDP ● Melakukan edukasi kepada ODDP dan keluarga serta masyarakat tentang kesehatan jiwa dan rehabilitasi sosial ● Mendampingi ODDP dan keluarga ● Mempengaruhi pemerintah desa untuk mengakomodasi kebutuhan ODDP dan keluarga ● Mengorganisir kelompok disabilitas psikososial
Pemerintah Desa	<ul style="list-style-type: none"> ● Membuat kebijakan, program dan anggaran yang mengakomodasi kebutuhan ODDP dan keluarga ● Melakukan edukasi kepada ODDP dan keluarga serta masyarakat tentang kesehatan jiwa dan rehabilitasi sosial ● Melakukan koordinasi dengan pemangku kepentingan di desa untuk penanganan kesehatan jiwa masyarakat dan rehabilitasi sosial masyarakat ● Melakukan peningkatan kapasitas kepada kader kesehatan jiwa, ODDP dan keluarga
Tokoh masyarakat/ Tokoh agama	<ul style="list-style-type: none"> ● Mempromosikan kesehatan jiwa ● Melawan stigma di masyarakat melalui kegiatan sosial kemasyarakatan dan keagamaan ● Berpartisipasi dalam kegiatan kelompok swabantu
Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> ● Bekerjasama dengan desa dalam memberikan layanan kesehatan jiwa bagi ODDP dan keluarga serta masyarakat yang berisiko gangguan kesehatan jiwa, ● Melakukan screening dan deteksi dini ● Melakukan rujukan kegawatdaruratan ● Meningkatkan kapasitas pemerintah desa, kader, ODDP, keluarga dan masyarakat ● Melakukan koordinasi lintas sektor ● Updating data kesehatan jiwa (ODDP dan masyarakat berisiko gangguan kesehatan jiwa) ● Mendorong dan melakukan technical assistance kepada desa untuk memberikan layanan yang mengakomodasi kebutuhan ODDP.

Sumber daya anggaran

Untuk memastikan ketersediaan pembiayaan dari keuangan desa dan pendayagunaan aset desa untuk mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa, maka langkah-langkah yang harus dilakukan mencakup:

- Membuat kebijakan afirmasi mengalokasikan anggaran minimal (misal 15%) untuk mengembangkan strategi dan inisiatif mewujudkan Desa Ramah Kesehatan Jiwa,
- Mengorganisir ODDP beserta keluarga dan pendamping agar dapat mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi dalam kehidupan sosial dan ekonomi di desa sebagai basis data dan informasi dalam rencana pembangunan desa,
- Meningkatkan ODDP beserta keluarga dan pendamping untuk terlibat aktif dalam proses perencanaan pembangunan dan penganggaran di Desa serta mengembangkan strategi mengatasinya,
- Melibatkan ODDP beserta keluarga dan pendamping dalam memetakan potensi desa, keberadaan dan kondisi ODDP dari semua umur, aset sosial dan potensi alam, infrastruktur, inisiatif dan inovasi yang dimiliki desa,
- Meningkatkan kapasitas aparat desa, BPD dan kader kesehatan jiwa dalam menyusun anggaran kesehatan jiwa dalam perencanaan pembangunan desa. Menyelenggarakan musyawarah khusus kelompok ODDP (SHG) untuk
- mempersiapkan rancangan program yang akan diusulkan di Musrenbangdes. Mengembangkan sistem penganggaran yang partisipatif, transparan dan akuntabel, termasuk memperkuat sistem pemantauan berbasis komunitas.

Sumber daya sarana dan prasarana

- Melakukan identifikasi kebutuhan penanganan kesehatan jiwa yang berupa sarana dan prasarana dengan melibatkan ODDP dan/atau keluarga serta pendamping.
- Membangun dan/atau pengadaan sumber daya sarana dan prasarana yang mendukung kinerja layanan kesehatan jiwa di desa.
- Melakukan inventarisasi sumberdaya sarana dan prasana desa terkait layanan kesehatan jiwa.
- Meningkatkan kapasitas aparat desa, BPD dan kader kesehatan jiwa dalam mengelola sumber daya sarana dan prasarana.

c. Praktik Baik

1. Ambulan desa untuk kegawatdaruratan psikiatri baik pengadaan oleh Pemerintah Desa maupun dengan pihak ketiga (organisasi keagamaan, DPRD, CSR, dan relawan) seperti di Kalurahan Sidoagung Sleman, Karang Sari Kulon Progo, dan Kalurahan Petir Gunungkidul.
2. Anggaran desa untuk layanan kegawatdaruratan psikiatri, pertemuan rutin SHG dengan berbagai tema (pelatihan, outbound, dll), Sosialisasi kesehatan jiwa, Pembinaan kader kesehatan jiwa (insentif, transport pertemuan, peningkatan kapasitas), dukungan modal usaha,
3. Sumber Daya Manusia / SDM desa (kader, dukuh, perangkat desa, tokoh masyarakat, tokoh agama, caregiver, dll) yang memiliki pengetahuan dan keterampilan mengenai kesehatan jiwa, seperti kegawatdaruratan psikiatri, pendataan, konseling dasar, pemantauan minum obat.

4. Fasilitas usaha produktif (lahan, peralatan, perlengkapan) untuk program pemberdayaan ekonomi kelompok disabilitas psikososial, seperti hak pemanfaatan lahan tanah kas desa untuk usaha pertanian di desa Sidoluhur Sleman, hak guna ruangan kantor kalurahan sebagai dapur produksi telur asin di Kalurahan Sidomoyo Sleman, hak guna lahan pribadi milik relawan untuk pengembangan bank sampah di Kalurahan Temon Wetan Kulon Progo.
5. Fasilitasi jejaring kemitraan untuk peningkatan produktivitas disabilitas psikososial, seperti : pelibatan ODDP dalam program padat karya di Kalurahan Margoluwih Sleman , akses pelatihan ke Balai Latihan Kerja (BLK) di kalurahan Sendangsari Kulon Progo, akses pekerjaan dari pengusaha lokal (toserba, rumah makan, dll) di Kalurahan Sidoagung Sleman.
6. Lembaga mitra non pemerintah yang bisa meningkatkan kapasitas layanan kesehatan jiwa, seperti Forum Pengurangan Resiko Bencana (FPRB), Organisasi keagamaan (NU, Muhammadiyah, Komunitas Lintas Isu, GKJ Temon), Lembaga Kesejahteraan Sosial (Pondok Pemulihan Siloam), CSR, NGO lokal (KPSI, Nawakamal, Satunama, dll)
7. Lembaga pemerintah yang memberikan layanan kesehatan jiwa, seperti Puskesmas, Rumah Sakit, Rumah Sakit Jiwa Ghrasia, Wahana Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat (WKSBM), Balai Rehabilitasi Bina Karya dan Laras, dll.

3.6. Sistem dan Layanan Kesehatan Jiwa

Sistem dan layanan kesehatan jiwa merupakan rangkaian upaya yang ditujukan untuk penyelenggaraan penanganan kesehatan jiwa. Mengacu pada undang-undang kesehatan, upaya yang dilakukan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Ke empat upaya ini yang juga diterapkan dalam pengembangan desa ramah kesehatan jiwa oleh beberapa desa. Upaya promotif untuk penanganan kesehatan jiwa di level desa bisa dilakukan melalui kegiatan sosialisasi, pelatihan tentang kesehatan jiwa. Kegiatan ini bisa dijalankan berkolaborasi dengan pemerintah kabupaten, puskesmas, lembaga swadaya masyarakat, perguruan tinggi dan CSR.

Sedangkan upaya preventif di desa bisa berupa screening, pendataan, deteksi dini kepada masyarakat berisiko gangguan kesehatan jiwa misalnya lansia, penyandang disabilitas, perempuan, anak, masyarakat miskin dll. Desa juga bisa mengembangkan layanan kuratif bekerjasama dengan puskesmas misalnya melakukan kunjungan rumah untuk layanan kesehatan kepada ODDP. Desa bekerjasama dengan puskesmas melakukan pelayanan kedaruratan psikiatri (rujukan ke fasilitas kesehatan ketika ada ODDP yang kambuh). Upaya rehabilitasi dapat dilakukan desa melalui pengorganisasian kelompok swabantu, pendampingan produktivitas bagi ODDP baik secara individu maupun kelompok.

Desa ramah kesehatan jiwa harus mengembangkan sistem dan layanan kesehatan jiwa yang komprehensif. Berdasarkan praktik baik yang telah dilakukan oleh beberapa desa maka dapat dirumuskan alur sistem dan layanan kesehatan jiwa sebagai berikut:

Membangun sistem data dan informasi kesehatan jiwa di desa

Pemerintah desa bersama dengan kader kesehatan melakukan pendataan kasus kesehatan jiwa. Proses pendataan dilakukan secara terpilah. Semakin detail variabel terpilah dalam proses pendataan semakin detail data yang terpotret. Hal ini akan memudahkan pemerintah desa dan stakeholder lain melakukan intervensi program kepada warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa. Data yang terkumpul dikelola menjadi data base desa yang selanjutnya dikelola, dimutakhirkan dan dimanfaatkan untuk baseline data proses perencanaan pembangunan desa.

Melakukan penjangkauan kesehatan jiwa

Pemerintah desa melakukan upaya untuk mendekatkan layanan kesehatan jiwa bagi masyarakat atau area yang memiliki hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk bisa mendekatkan layanan maka perlu memetakan kebutuhan dari ODDP dan keluarga. Partisipasi dari ODDP dan keluarga dalam merumuskan layanan kesehatan yang akan diterima memudahkan pemerintah desa dan stakeholder lain dalam merumuskan kebijakan, program/kegiatan dan mendekatkan layanan kesehatan jiwa pada mereka.

Menyelenggarakan layanan kesehatan jiwa

Pemerintah mengalokasikan anggaran guna membiayai 4 upaya penanganan kesehatan jiwa yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Beberapa contoh program/kegiatan yang dijalankan oleh desa ramah kesehatan jiwa.

Promotif : sosialisasi dan penyuluhan tentang kesehatan jiwa

Preventif: deteksi dini kepada kelompok sehat, risiko masalah psikososial dan gangguan jiwa, pelatihan SDM yang terlibat (kader, pendamping ODDP, tenaga kesehatan)

Kuratif : penjangkauan kegawatdaruratan, konseling bekerja sama dengan Puskesmas.

Rehabilitatif : pembentukan kelompok, pendampingan minum obat, pertemuan keluarga ODDP, kegiatan pelatihan bagi ODDP, dukungan alat bantu.

a. Tujuan

Sistem dan layanan kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin pemenuhan hak atas layanan kesehatan bagi warga yang mengalami masalah kesehatan jiwa. Sistem dan layanan ini akan menjamin setiap orang di desa dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

b. Tahapan Pemenuhan Prasyarat

- Pemerintah desa bersama dengan kader kesehatan jiwa melakukan pendataan kasus kesehatan jiwa di level desa,
- Menyusun mekanisme tata kelola data dan sistem informasi kesehatan jiwa sehingga bisa menjadi rujukan dalam proses perencanaan pembangunan desa,
- Melakukan upaya untuk mendekatkan layanan kesehatan jiwa bagi masyarakat atau area yang memiliki hambatan dalam mengakses fasilitas pelayanan kesehatan.
- Memetakan kebutuhan dari ODDP dan keluarga. Partisipasi dari ODDP dan keluarga dalam merumuskan layanan kesehatan yang akan diterima memudahkan pemerintah desa dan stakeholder lain dalam merumuskan kebijakan, program/kegiatan dan mendekatkan layanan kesehatan jiwa pada mereka.
- Pemerintah mengalokasikan anggaran guna membiayai 4 upaya penanganan kesehatan jiwa yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Beberapa contoh program/kegiatan yang dijalankan oleh desa ramah kesehatan jiwa.

c. Contoh Praktik Baik

1. Pendataan ODDP dilakukan Pemdes dan Puskesmas setempat yang kemudian dikolaborasikan menjadi data pilah seperti yang dilakukan di Kalurahan Sidoluhur Sleman yang membangun sistem basis data ODDP.
2. Kunjungan rumah dan konseling dilakukan oleh kader kesehatan jiwa dan perangkat desa untuk pemantauan kondisi, pengobatan, rawat diri, komunikasi, interaksi sosial, dan produktivitas, serta edukasi bagi keluarga. Kegiatan ini dilakukan oleh 21 kalurahan mitra program.
3. Pemantauan minum obat dilakukan oleh caregiver yang sudah mendapat edukasi terkait pentingnya minum obat. Caregiver atau pendamping dalam memastikan ODDP kontrol/periksa dan meminum obat secara rutin. Kegiatan ini dilakukan oleh 21 kalurahan mitra program.
4. Posbindu berupa pemeriksaan kesehatan dasar seperti penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran perut, pengecekan tekanan darah, cek gula darah, cek kolesterol, dan cek asam urat; yang dilakukan setiap pertemuan rutin SHG di Godean dan Seyegan Sleman.
5. Evakuasi kegawatdaruratan dilakukan oleh tim relawan desa bekerjasama dengan puskesmas dan pihak terkait; ketika ODDP mengalami kekambuhan seperti kondisi gaduh gelisah, ancaman bunuh diri, peningkatan agresivitas yang membutuhkan rujukan ke fasilitas kesehatan. Kegiatan ini dilakukan oleh 21 kalurahan mitra program.
6. Alur rujukan dua arah medis dan sosial adalah sistem rujukan yang terintegrasi dari fasilitas kesehatan tingkat lanjut ke fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk pemantauan kondisi ODDP paska rawat inap guna memastikan perkembangan kondisi dan kestabilan. Fasilitas kesehatan tingkat lanjut juga mengkomunikasikan kepada pemerintah desa setempat agar mampu mendorong pemulihan melalui kegiatan sosial kemasyarakatan bagi ODDP misalnya melibatkan mereka dapat kegiatan SHG (kelompok swabantu) seperti yang dilakukan di Puskesmas Godean I kepada desa-desa wilayah Godean.

7. Screening dan deteksi dini kesehatan jiwa dilakukan bekerjasama dengan puskesmas dan menysasar ke berbagai sasaran misalnya siswa di sekolah, karyawan pabrik, staff kantor pemerintahan dan organisasi masyarakat (Karang taruna, PKK, kelompok pengajian). Layanan ini biasa dilakukan oleh Puskesmas Godean I, Puskesmas Patuk Gunungkidul, Puskesmas Pengasih II dan Puskesmas Temon Kulon Progo, bekerjasama dengan instansi setempat termasuk desa.
8. Akses administrasi kependudukan dan jaminan sosial. Desa berkewajiban untuk memberikan layanan dasar pencatatan kependudukan bagi disabilitas psikososial bekerjasama dengan Dinas Adminduk setempat. Beberapa Dinas Adminduk memiliki program jemput bola untuk melakukan pencatatan kependudukan bagi disabilitas psikososial yang memiliki keterbatasan mobilitas untuk mengakses layanan ini. Praktik ini telah dilakukan di Desa Sidoluhur, Sleman.
9. Akses layanan perlindungan sosial seperti BLT, PKH, KIP dan program perlindungan sosial yang lain. Desa memiliki kewajiban dalam memastikan ODDP masuk dalam basis data kemiskinan (DTKS, P3KE) sehingga mereka mendapatkan semua layanan program perlindungan sosial. Desa Kedungsari, Kulon Progo menjadi salah satu desa yang mengusulkan ODDP masuk dalam prioritas pemutakhiran DTKS.
10. Program permakanan bagi disabilitas yang diinisiasi oleh Kementerian Sosial melalui Dinas Sosial Kabupaten Gunungkidul menysasar ke salah satu sasaran disabilitas, yaitu satu orang disabilitas psikososial di Kalurahan Duwet, Kapanewon Wonosari, Kabupaten Gunungkidul.
11. Pelibatan ODDP potensial yang mampu dan mau terlibat dalam pelatihan dengan masyarakat umum lainnya, seperti yang dilakukan di Kalurahan Kaligintung dan Karang Sari, Kulon Progo.

3.7. Rehabilitasi Sosial Berbasis Masyarakat

Rehabilitasi Sosial Berbasis Masyarakat adalah strategi pendekatan sekaligus program penanganan, pelayanan dan pemberdayaan terhadap Orang Dengan Disabilitas Psikososial yang melibatkan sumber daya sosial maupun material di masyarakat. Aktor penting yang harus dilibatkan sekaligus menjadi subjek pelayanan dalam pendekatan ini adalah ODDP dan keluarganya. Dengan kata lain, program rehabilitasi yang dilaksanakan di masyarakat bukan berbasis Rumah Sakit dan melibatkan lintas sektor serta peran aktif masyarakat sehingga tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja. Maka diperlukan adanya suatu upaya rehabilitasi yang dilaksanakan di komunitas bagi penderita gangguan jiwa berat terutama skizofrenia.

Rehabilitasi sosial berbasis masyarakat diimplementasikan melalui usaha bersama berbagai pihak, baik dari nakes, keluarga, tokoh masyarakat, pekerja sosial, dll. Tipe pendekatannya tergantung dari aksesibilitas, potensi individu, sumber daya manusia dan potensi wilayah setempat, sensitivitas kultur dan besarnya partisipasi komunitas dalam penyediaan layanan. Rehabilitasi sosial berbasis masyarakat dilaksanakan di tingkat desa/kelurahan bahkan dusun dan berlangsung sepanjang waktu, dengan memanfaatkan potensi sumber daya setempat melalui berbagai kegiatan. Dalam pelaksanaannya dilakukan melalui usaha bersama diantara ODDP, keluarga, masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan, pendidikan, pekerjaan dan pelayanan sosial yang lebih baik.

a. Tujuan

Tujuan dari rehabilitasi sosial berbasis masyarakat adalah pemberdayaan ODDP, keluarga ODDP dan masyarakat tanpa memandang suku, agama, ras, adat, jenis kelamin, usia, pilihan politik dan diagnosis gangguan jiwa sehingga dapat meningkatkan kesadaran, inklusivitas sosial, mengurangi kemiskinan, menghilangkan stigma dan memenuhi kebutuhan dasar ODDP, seperti kesehatan, pendidikan dan kesempatan hidup layak serta menjadi anggota masyarakat dengan hak-hak yang setara.

b. Tahapan Pemenuhan Prasyarat

- Melakukan koordinasi lintas sektor terkait kesehatan jiwa di level desa (pemerintah desa, BPD, Kader kesehatan jiwa, relawan, PKK, ODDP dan keluarga dll) untuk memetakan kondisi eksisting situasi kesehatan jiwa.
- Mengembangkan kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan ODDP dan keluarganya untuk menyelesaikan masalah kesehatan jiwa.
- Berkolaborasi dengan berbagai sektor di berbagai level, baik di tingkat lokal (desa dan kecamatan), kabupaten/kota, provinsi bahkan pusat.
- Membangun kerjasama para pengambil kebijakan, lembaga/dinas pemerintah dan non pemerintah, serta masyarakat sasaran.
- Membangun penerimaan sosial masyarakat atas ODDP
- Melaksanakan program dan kegiatan rehabilitasi berbasis masyarakat yang berkelanjutan dengan pelibatan penuh masyarakat dan ODDP itu sendiri
- ODDP berdaya dan berinteraksi sosial di masyarakat.

c. Contoh Praktik Baik

1. Kelompok Usaha Produktif untuk kelompok ODDP, seperti Pertanian dan Perkebunan di Sidoluhur Sleman, Perikanan di Sidomulyo, Telur Asin di Sidomoyo Sleman, kerajinan batik ecoprint di Sidoagung Sleman, Bank Sampah di Temon Wetan Kulon Progo, Keripik pisang di Kedundang Kulon Progo, Beras di Kaligintung dan Temon Kulon Kulon Progo, Keripik singkong dan olahan makanan di Mulo Gunungkidul.
2. Dukungan produktivitas individu bagi ODDP, seperti : Usaha laundry Tri Patmawati di Margomulyo Sleman, Usaha ternak entok Harjaka di Margoluwih Sleman, Usaha warung kelontong Okta di Sidoagung Sleman, Usaha jahit Nur Zainah di Temon Wetan Kulon Progo, Usaha ternak kambing Budi di Siraman Gunungkidul dan beberapa ODDP di wilayah Kulon Progo seperti suparno dan subarno temon kulon, sutardi , fajar dan jemakir karangsari, Usaha tempe Kasmi, usaha ternak unggas paulus iswahyudi di Karang Sari Kulon Progo,
3. Jum'at berkah berupa pembagian sembako untuk ODDP dari kontribusi masyarakat sekitar
4. Kegiatan sosial kemasyarakatan di desa, seperti : kerja bakti, gotong royong, rewang/membantu dalam pernikahan, takziah, tilikan / membesuk orang sakit, ronda, kegiatan agama (pengajian, sholat berjamaah di masjid, ibadah di gereja), kegiatan olahraga (senam, turnamen sepakbola, jalan sehat, dll), kesenian dan budaya (kirab, pentas seni, dll), peringatan hari besar (lomba 17 Agustus, malam tirakatan, dll),

BAB IV. ODDP SEBAGAI SUBYEK PEMBANGUNAN DESA RAMAH KESEHATAN JIWA



Pemberdayaan ODDP sebagai upaya mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa berpedoman pada 4 (empat) aspek perlindungan dan pemberdayaan ODDP, yaitu:

Pertama, menumbuhkan kesadaran bersama baik ODPP maupun masyarakat secara umum tentang relasi negara dan warga negara. Hal ini terkait dengan pengelolaan dana publik yang berasal dari pajak yang dibayarkan warga negara termasuk ODDP. Pengelolaan dana public menjadi kewajiban negara dalam bentuk layanan publik seperti kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, ekonomi dll yang diberikan kepada warga negara secara umum dan kelompok ODDP secara khusus.

Kedua, kesadaran kritis seluruh warga desa terhadap kondisi, posisi, peran, status dan kedudukan ODDP yang setara dengan memastikan relasi yang setara dan adil dari tingkat keluarga hingga komunitas desa.

Ketiga, seluruh warga desa tanpa terkecuali memiliki posisi yang sama sebagai subyek dalam pemberdayaan desa. Partisipasi aktif ODDP dalam pengambilan keputusan strategis di Desa seperti dalam bidang ekonomi, sosial, budaya menjadi kunci pemberdayaan ODDP.

Keempat, akses terhadap berbagai sumber daya penghidupan dan kehidupan yang menjamin ODDP untuk menjadi berdaya. Pemenuhan akses ini merupakan perwujudan dari pemenuhan Hak Dasar ODDP. Hak ODDP ini dijamin oleh undang-undang termasuk hak sebagai warga negara memperoleh pendidikan, pembelajaran, perlindungan hukum, kesehatan, dan hak dasar lainnya.

4.1. Memperkuat peran ODDP dalam kehidupan bermasyarakat

Salah satu kunci dari keberhasilan penerapan desa ramah kesehatan jiwa adalah bagaimana ODDP dapat berperan dalam kehidupan bermasyarakat. Kondisi ini dapat dicapai dengan melakukan pemberdayaan kepada ODDP. Pernyataan “informasi membangkitkan partisipasi” menjadi dalil alam bagaimana fase berdaya harus terpenuhi. Informasi yang dapat membangkitkan kapasitas ODDP antara lain kemandirian dalam menjalani kehidupan sehari-hari (activity daily life) atau biasa disebut rawat diri, akses layanan publik seperti kesehatan, pendidikan dll, berkomunikasi dengan orang lain, menyampaikan pendapat, kepatuhan minum obat dan informasi lain yang berguna bagi ODDP.

Membangun komunikasi yang produktif dengan keluarga seperti memahami permintaan orang lain, menyampaikan permintaan dan kebutuhan ODDP menjadi langkah awal dalam memperkuat peran ODDP. Lingkup keluarga menjadi ajang untuk ODDP berlatih berinteraksi dengan pihak lain. Disisi lain, keluarga harus memberikan ruang kepada ODDP untuk berelasi dengan keluarga dan lingkungan. Keluarga memiliki peran penting dalam menumbuhkan rasa percaya diri ODDP dengan memberikan dukungan dan kepercayaan kepada mereka. Keluarga juga berperan dalam memperkenalkan inklusi bagi keluarga-keluarga di sekitar ODDP. Contohnya, keluarga tidak menyembunyikan anggota keluarga yang ODDP, mendukung perawatan dan pemulihan bagi ODDP dan mendampingi ODDP dalam berinteraksi dengan tetangga. Keluarga juga memegang peran penting dalam meningkatkan kesadaran tentang kesehatan jiwa kepada masyarakat.

Setelah ODDP memiliki kepercayaan diri dalam berinteraksi di level keluarga, mereka akan lebih leluasa dalam melakukan interaksi sosial di masyarakat. Lingkungan dan masyarakat dapat memberi kesempatan berupa aksi-aksi sederhana bagi ODDP dalam kegiatan-kegiatan sosial. Contohnya dalam kegiatan gotong royong di desa, ODDP diajak dan diberi peran untuk ikut bergotong royong sesuai dengan minat dan kemampuan ODDP. Misalkan dalam gotong royong bersih lingkungan, ODDP didukung berpartisipasi sesuai minatnya seperti mencabut rumput dan menyapu serta aksi lanjutan yang secara bertahap meningkat sesuai dengan kemampuan dan kondisi mereka. Dukungan seperti ini akan membantu proses berkembangnya peran ODDP di ruang publik. Secara bertahap dan terukur akan merasa diterima oleh masyarakat sehingga kondisi mereka akan stabil dan ini baik untuk pemulihan mereka secara berkelanjutan.

4.2. Kemandirian ODDP dalam kehidupan ekonomi, sosial dan budaya (ODDP produktif, mandiri dan berdaya)

Fase berikutnya dari kondisi ODDP yang sudah meningkat kapasitas dan perannya dalam kehidupan bermasyarakat adalah bagaimana ODDP dapat mandiri, produktif dan berdaya untuk pemenuhan kebutuhan mandiri mereka. Di bidang ekonomi, keterampilan mengelola pendapatan berkelanjutan menjadi penting. Keterampilan ini dapat dipantik dengan data tentang peta kebutuhan masyarakat di lingkungan sekitar ODDP yang dapat dipenuhi oleh mereka. Data ini dapat dipetakan bersama dengan keluarga atau pendamping (caregiver) dan kader kesehatan jiwa. Literasi data terkait barang dan jasa yang dibutuhkan oleh keluarga-keluarga sekitar dan lingkungan yang lebih luas menjadi dasar pilihan penghidupan yang akan dilakukan. Contoh dari pilihan penghidupan yang dapat dijalankan adalah seperti menjadi reseller barang-barang kebutuhan rumah tangga, usaha fashion, hasil usaha kriya, ternak, dan pertanian. Pilihan jenis kegiatan ekonomi produktif juga harus mempertimbangkan tingkat kemudahan bagi ODDP sehingga mereka merasa senang untuk menekuni dan tidak memberikan beban lebih yang dapat memicu kekambuhan.

Sebagai makhluk sosial, ODDP juga membutuhkan relasi sosial yang interaktif untuk memenuhi kebutuhan yang saling bergantung satu sama lain. Kehidupan yang saling bergantung ini disatu pihak akan mendorong kontribusi ODDP bagi pihak lainnya sekaligus semakin memperkuat posisi ODDP dalam pemulihan diri. ODDP akan merasa dibutuhkan dan diterima di masyarakat lingkungan sekitar sehingga meningkatkan rasa percaya diri mereka. Hal ini akan sangat mendukung proses pemulihan yang lebih cepat dan menjaga kondisi mental yang tetap stabil sehingga meminimalisir kekambuhan. Mendorong ODDP untuk dapat berinteraksi dengan baik sangat didukung oleh peran dari keluarga atau pendamping. Keluarga, pendamping, dan masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam memastikan ODDP berada dalam kondisi stabil sehingga bisa berinteraksi dengan baik secara sosial.

Dalam konteks budaya, terdapat dua aspek dimana ODDP menjadi bagian penting didalamnya. Aspek yang pertama adalah budaya sebagai ruang lingkup kehidupan. Contohnya, inisiatif warga lingkungan sekitar untuk mewujudkan inklusi sosial merupakan sebuah budaya masyarakat. ODDP sebagai salah satu elemen dari masyarakat juga berada dalam inisiatif tersebut. Sehingga mereka harus dilibatkan secara terukur dalam mewujudkan aspek budaya ini. Dengan pemulihan ODDP yang didukung oleh masyarakat akan mewujudkan ekosistem inklusi yang berdampak pada kehidupan yang lebih baik. Potret seperti ini yang kemudian dikenal sebagai desa yang ramah kesehatan jiwa. Ekosistem inklusi dalam desa ramah kesehatan jiwa ditunjukkan dengan keluarga, masyarakat dan pemerintah yang menerima isu kesehatan jiwa termasuk di dalamnya ODDP sebagai bagian dari kehidupan.

Aspek yang kedua yakni ragam produk seni budaya masyarakat. Aspek ini merupakan kekayaan inklusi yang dimiliki oleh masyarakat desa dan bisa menjadi salah satu metode pemulihan bagi ODDP. Gaya hidup, fesyen, music, tari, peran, lukis, kriya dan ragam lainnya menjadi ruang ekspresi bagi ODDP dan warga untuk mengembangkan minat dan bakat mereka. Identifikasi minat dan bakat ODDP harus dilakukan oleh keluarga bersama dengan pendamping didukung oleh pemerintah desa. Selain pendataan, pemerintah desa juga dapat memberikan dukungan dalam bentuk program dan kegiatan seni dan budaya yang melibatkan partisipasi ODDP.

Dalam mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa sebagai perwujudan dari inklusi sosial, Pemerintah Desa memiliki kewajiban dalam memfasilitasi stakeholder desa dengan rangkaian program dan kegiatan kesehatan jiwa. Beberapa program dan kegiatan tersebut antara lain sosialisasi tentang kesehatan jiwa untuk meningkatkan kesadaran warga tentang kesehatan dan ODDP, membangun ruang-ruang inklusi sosial yang mendukung partisipasi ODDP di ruang publik dan mewujudkan ekosistem penghidupan berkelanjutan secara inklusif. Hal ini dapat diwujudkan melalui kegiatan pemberdayaan ODDP di bidang ekonomi, sosial dan budaya.

BAB V. MONITORING DAN EVALUASI KINERJA DESA RAMAH KESEHATAN JIWA



Monitoring dan evaluasi terhadap pengembangan Desa Ramah Kesehatan Jiwa dapat dilakukan dengan melibatkan berbagai pihak dengan melalui berbagai cara, yaitu: (1) monitoring dan evaluasi partisipatif oleh masyarakat, (2) monitoring dan evaluasi oleh Pemerintah, dan (3) monitoring dan evaluasi independen oleh berbagai pihak.

- a. Monitoring dan evaluasi partisipatif oleh masyarakat
Keterlibatan masyarakat dalam monitoring dan evaluasi upaya pengembangan Desa Ramah Kesehatan Jiwa terjadi di semua tahapan, mulai dari perencanaan hingga pelaksanaan. Dalam perencanaan, masyarakat termasuk organisasi ODDP, keluarga dan pendamping dapat memantau dan mengawasi jalannya perencanaan karena perencanaan tersebut bersifat partisipatif. Sedangkan dalam tahap pelaksanaan, masyarakat ikut terlibat melaksanakan karena semua kegiatan dilaksanakan secara swakelola.

b. Monitoring dan Evaluasi oleh pemerintah

Monitoring dan evaluasi oleh Pemerintah terutama dilaksanakan melalui verifikasi laporan kegiatan dan keuangan. Juga melalui sistem informasi desa atau informasi kesehatan yang berjalan berjenjang dari desa ke kecamatan, kabupaten, provinsi dan pusat dalam koridor sistem informasi pembangunan desa. TPKJM di tingkat kabupaten dan kecamatan dapat menjadi pihak yang melakukan monitoring dan evaluasi penerapan desa ramah kesehatan jiwa.

c. Monitoring dan evaluasi independen oleh berbagai pihak

Kesempatan juga terbuka bagi berbagai pihak lain seperti wakil-wakil rakyat, ormas, perguruan tinggi, organisasi profesi, dan wartawan untuk melakukan pemantauan dan pengawasan independen dan melaporkan temuan-temuan yang didapat kepada pihak-pihak terkait.

Monitoring dan evaluasi kinerja desa ramah kesehatan jiwa dilakukan setiap akhir tahun. Monitoring dan evaluasi yang dimaksud disini adalah sebuah mekanisme untuk mengukur kinerja pemenuhan tujuh prasyarat desa ramah kesehatan jiwa yang terdistribusi dalam tools dibawah ini.

Rumusan indikator dan Formulasi Perhitungan :

No	Prasyarat	Indikator Pengukuran	Skor
1	Pengetahuan tentang Kesehatan Jiwa Masyarakat	Edukasi kepada semua pihak mulai dari keluarga, masyarakat, pemerintah dan pemangku kepentingan lain terkait kesehatan jiwa (Sosialisasi, pelatihan, training, workshop dll)	4
2	Pendataan disabilitas psikososial	Terdapat <i>database</i> disabilitas psikososial yang terpilah dan terverifikasi oleh tim pendata desa dan sistem informasi kesehatan jiwa yang terintegrasi.	3
		<i>Database</i> disabilitas psikososial digunakan dalam proses perencanaan penganggaran dan menjadi basis intervensi kebijakan dan program desa	4

3	Komitmen dan kebijakan	Regulasi desa terkait kesehatan jiwa (Perdes, SK)	5
		Dokumen kebijakan desa yang memuat tentang kesehatan jiwa (RPJMDesa, RKPDesa)	5
		Alokasi anggaran untuk layanan kesehatan masyarakat misal kegawatdaruratan, visit ke ODDP dan keluarga, pendataan ODDP, deteksi dini, dan validasi data. (Dokumen APBDesa)	2
		Alokasi anggaran untuk rehabilitasi sosial misal dukungan SHG, edukasi keluarga, ODDP. (Dokumen APBDesa)	2
		Alokasi anggaran untuk pembinaan kader, misal sosialisasi keswa ke masyarakat) dan pemberdayaan ekonomi, misal KUBE, dukungan stimulan modal untuk kegiatan produktif ODDP. (Dokumen APBDesa)	2
		Dokumen anggaran desa yang memuat tentang alokasi anggaran kesehatan jiwa dan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat : meliputi anggaran untuk layanan kesehatan masyarakat , anggaran untuk rehabilitasi sosial, anggaran untuk pembinaan kader dan pemberdayaan ODDP. (APBDes)	4
4	Kelembagaan	Lembaga kemasyarakatan desa yang memasukkan isu kesehatan jiwa dalam program kerja mereka (PKK, Karang taruna)	4
		Lembaga multipihak yang tumbuh karena memiliki kepedulian pada isu kesehatan jiwa.	4
		Kelompok swabantu seperti kelompok dukungan sebaya (<i>support groups</i>), <i>self help groups</i> , organisasi disabilitas desa.	4
		Inisiatif lintas seksi/bidang di internal pemerintah desa dan BPD untuk penanganan kesehatan jiwa.	4
5	Sumber daya desa	Manusia (kader kesehatan jiwa, relawan desa, <i>caregiver</i>)	4
		Anggaran (alokasi anggaran program penanganan kesehatan jiwa baik yang spesifik maupun afirmatif dalam nomenklatur program umum seperti kesehatan, disabilitas, desa siaga, pemberdayaan masyarakat)	5
		Perlengkapan atau sarana dan prasarana (alat komunikasi, ambulan desa, computer, perangkat hukum – regulasi, infrastruktur fisik yang aksesibel)	4

6	Sistem dan layanan kesehatan jiwa	Program dan kegiatan promotif contohnya sosialisasi, edukasi, training tentang kesehatan jiwa.	5
		Program dan kegiatan preventif contohnya screening, deteksi dini, jaminan kesehatan/BPJS.	5
		Program dan kegiatan kuratif contohnya penanganan kegawatdaruratan, akses layanan kesehatan, Posbindu, pemantauan minum obat, homevisit dll.	5
		Program dan kegiatan rehabilitatif contohnya SHG, KUBE, TAK, KSSJ	5
7	Rehabilitasi sosial berbasis masyarakat	Tidak ada stigma dari keluarga dan masyarakat kepada ODDP.	5
		ODDP mampu rawat diri, memiliki aktivitas sehari -hari, berkomunikasi	5
		Kondisi ODDP stabil (percaya diri, aktif berinteraksi sosial, minim kekambuhan)	5
		ODDP aktif di ruang publik (musrenbang, pertemuan warga, musren desa, kepanitian desa, gotong royong, bekerja, memiliki usaha dll)	5

Cara penghitungan terhadap capaian kinerja desa ramah kesehatan jiwa adalah dengan mengidentifikasi pemenuhan 7 prasyarat desa ramah kesehatan jiwa mengacu pada 24 indikator yang ada. Dari 24 indikator apabila terpenuhi semuanya akan mendapat total nilai 100. Berikut ini adalah klasifikasi desa menurut capaian nilai dari 24 indikator desa ramah kesehatan jiwa.

1. Desa yang meraih nilai dengan range 60 – 70 masuk dalam kategori Pratama (pemula).
2. Desa yang meraih nilai dengan range 75 – 85 masuk dalam kategori Madya (pengembangan).
3. Desa yang meraih nilai 90 keatas dengan pemenuhan indikator alokasi anggaran dan regulasi desa untuk menjamin keberlanjutan masuk dalam kategori Utama.

Klasifikasi desa ini dapat menjadi salah satu ukuran bagi pemerintah maupun masyarakat melihat upaya desa dalam pemenuhan hak dasar disabilitas psikososial. Selain mengacu pada form penilaian ini, desa dan pemangku kepentingan lain (TPKJM, pemerintah kabupaten, LSM, masyarakat) diperkenalkan mengadopsi dan/atau mengembangkan form monitoring dan evaluasi sebagai bagian dari penilain kinerja layanan desa ramah kesehatan jiwa.

BAB VI. PENUTUP

Pengembangan Desa Ramah Kesehatan Jiwa dapat dilakukan dengan menerapkan tujuh prasyarat. Tujuh prasyarat yang meliputi pengetahuan tentang kesehatan jiwa masyarakat, pendataan disabilitas psikososial, komitmen dan kebijakan, kelembagaan, sumber daya desa, sistem dan layanan kesehatan jiwa, dan rehabilitasi sosial berbasis masyarakat. Ke tujuh prasyarat tersebut saling berkelindan dalam mewujudkan desa ramah kesehatan jiwa yang berkelanjutan. Penerapan ke tujuh prasyarat bisa dijalankan secara bertahap dengan menyesuaikan potensi dan tantangan yang dimiliki oleh masing-masing desa.

Pengalaman dalam mengembangkan Desa Ramah Kesehatan Jiwa yang dilakukan oleh 21 Kalurahan (desa) di DIY telah menunjukkan keberagaman strategi implementasi sesuai dengan kondisi masing-masing wilayah. Akan tetapi tujuh prasyarat menjadi kunci keberhasilan dalam mewujudkan ekosistem inklusif untuk menerima ODDP menjadi bagian dari masyarakat. ODDP mampu mandiri dan berdaya berkat dukungan dari keluarga, masyarakat dan pemerintah yang memfasilitasi melalui kebijakan dan program desa. Melalui buku panduan ini diharapkan dapat membantu seluruh pemangku kepentingan di desa yang ingin mengembangkan Desa Ramah Kesehatan Jiwa.

REFERENSI

- Andiana, Elga. (2013). Perlindungan bagi kelompok berisiko gangguan jiwa.
- World Health Organization (WHO). (2011). Mental Health: A State of Well Being.
- Buku panduan Perencanaan dan Penganggaran Dana Desa dalam Pengarusutamaan Kesehatan Jiwa dan Penyandang Disabilitas.
- Buku Seri Kader Kesehatan Jiwa : Mendukung disabilitas psikososial menuju pemulihan.
- Data kasus depresi per tahun 2023
- <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/depression-rates-by-country>
- <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/community-based-mental-health-services-using-a-rights-based-approach>
- <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>
- <https://pryakkum.org/read/85/program-kesehatan-jiwa-berbasis-masyarakat.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8274404/>

