

**PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG
DISABILITAS PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN
(Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)**

SKRIPSI



Oleh:

LUTHFIA NUR FITRIANI WAHONO

No. Mahasiswa: 13410705

**PROGRAM STUDI (S1) ILMU HUKUM
FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2018**

**PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG
DISABILITAS PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN
(Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Guna Memperoleh

Gelar Sarjana (Strata-1) pada Fakultas Hukum



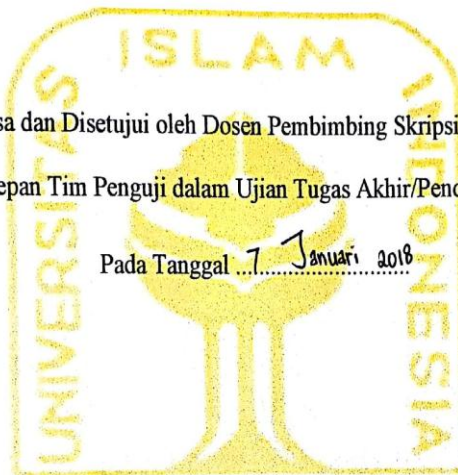
**PROGRAM STUDI (S1) ILMU HUKUM
FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2018**

HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR PRA PENDADARAN

PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG
DISABILITAS PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN
(Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)

Telah Diperiksa dan Disetujui oleh Dosen Pembimbing Skripsi untuk Diajukan ke
Depan Tim Penguji dalam Ujian Tugas Akhir/Pendadaran

Pada Tanggal 7 Januari 2018



Yogyakarta, 7 Januari 2018

Dosen Pembimbing Skripsi,

Dr. Suparman Marzuki, S.H., M.Si.

NIP: 904100103

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG
DISABILITAS PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN
(Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)**

Telah Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji dalam
Ujian Tugas Akhir/Pendadaran
pada Tanggal 5 Februari 2018 dan Dinyatakan **LULUS**

Yogyakarta, 5 Februari 2018

Tim Penguji

Tanda Tangan

1. Ketua : Dr. Suparman Marzuki, S.H., M.Si.
2. Anggota : Eko Riyadi, S.H., M.H.
3. Anggota : Karimatul Ummah, S.H., M.H.



Mengetahui :

Universitas Islam Indonesia Yogyakarta

Fakultas Hukum

Dekan,



(DR. AUNUR ROHIM FAQIH, S.H., M.HUM.)

NIP/NIK : 844100101

**SURAT PERNYATAAN
ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH BERUPA TUGAS AKHIR
MAHASISWA FAKULTAS HUKUM UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
BISMILLAHIRRAHMAANIRRAHIIM**

Yang bertandatangan di bawah ini saya:

Nama : Luthfia Nur Fitriani Wahono

NIM : 13410705

Adalah benar-benar Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia yang telah melakukan Penulisan Karya Ilmiah (Tugas Akhir) berupa Skripsi yang berjudul:

**PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG
DISABILITAS PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN
(Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)**

Karya ilmiah ini akan saya ajukan kepada tim penguji dalam ujian pendarasan yang diselenggarakan oleh Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia. Sehubungan dengan hal tersebut, dengan ini saya menyatakan:

1. Bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar-benar karya saya sendiri yang dalam penyusunannya tunduk dan patuh terhadap kaidah, etika, dan norma penulisan sebuah karya tulis ilmiah sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Bahwa saya menjamin karya ilmiah ini benar-benar asli (orisinil), bebas dari unsur-unsur yang dapat dikategorikan sebagai melakukan perbuatan penjiplakan karya ilmiah (plagiat);
3. Bahwa meskipun secara prinsip hak milik atas karya ini ada pada saya, namun untuk demi kepentingan-kepentingan yang bersifat akademik dan pengembangannya, saya memberikan kewenangan kepada perpustakaan Fakultas Hukum UII dan Perpustakaan di lingkungan Universitas Islam Indonesia untuk mempergunakan karya ilmiah saya tersebut.

Selanjutnya berkaitan dengan hal di atas (terutama pernyataan pada butir nomor 1 dan 2), saya sanggup menerima sanksi administratif, akademik, bahkan sanksi pidana, jika saya terbukti secara kuat dan meyakinkan telah melakukan perbuatan yang menyimpang dari perbuatan tersebut. Saya akan bersifat kooperatif untuk hadir, menjawab, membuktikan, melakukan pembelaan terhadap hak-hak saya serta menandatangani berita acara terkait yang menjadi hak dan kewajiban saya, di depan "Majelis" atau "TIM" Fakultas Hukum UII yang ditunjuk oleh pimpinan fakultas, apabila tanda-tanda plagiat disinyalir ada atau terjadi pada karya ilmiah saya oleh pihak Fakultas Hukum UII.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dalam kondisi sehat jasmani dan rohani, dengan sadar dan tidak ada tekanan dalam bentuk apapun oleh siapapun.

Yogyakarta, 7 Januari 2018



CURRUCULUM VITAE

1. Nama Lengkap : Luthfia Nur Fitriani Wahono
2. Tempat Lahir : Trenggalek
3. Tanggal Lahir : 26 Maret 1995
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Golongan Darah : O
6. Alamat Terakhir : Jl. Lowanu Gang Dahlia 686A,
Sorosutan, Umbulharjo, Yogyakarta
7. Alamat Asal : Jl. Mastrip Nomor 26 RT/13 RW/05,
Parakan, Trenggalek, Jawa Timur
8. Identitas Orang tua/Wali
 - a. Nama Ayah : Wahono Arief
Pekerjaan Ayah : Wiraswasta
 - b. Nama Ibu : (Almh.) Sri Utami
Pekerjaan Ibu : PNS
9. Riwayat Pendidikan
 - a. SD : MI Plus Wali Songo Trenggalek Jawa Timur
 - b. SLTP : MTS Ma'had Al – Zaytun Indramayu Jawa Barat
 - c. SLTA : MA Ma'had Al – Zaytun Indramayu Jawa Barat
10. Organisasi :
 1. Sekretaris MPPA Asrama An-Nuur periode 2008-2009
 2. Sekretaris MPK, periode 2010-2012
 3. Kader HMI Komisariat FH UII periode 2013 - 2014
 4. HMI FH UII Unit Dakwah periode 2015-2016
 5. Kohati HMI Cabang Yogyakarta periode 2016 – 2017

11. Pengalaman : 1. Relawan Kelas Inspirasi
Trenggalek #2 2016
2. Relawan Kelas Inspirasi Blitar #3
2017
3. Relawan Kelas Inspirasi
Yogyakarta 2017
12. Hobby : Membaca, Mendengarkan Musik,
Menonton, Berpetualang

Yogyakarta, 7 Januari 2018

Yang Bersangkutan,

(Luthfia Nur Fitriani Wahono)
NIM. 13410705

MOTTO DAN HALAMAN PERSEMBAHAN

“Maka, Nikmat Tuhan-Mu yang manakah yang engkau dustakan?”

QS. Ar-Rahmaan : 13

“Dunia itu seluas langkah kaki. Jelajahilah dan jangan pernah takut melangkah. Hanya dengan itu kita bisa mengerti kehidupan dan menyatu dengannya.” -Soe Hok Gie-

“This is my life, my self, not yours. Be your self, be brave, be strongest woment, be succes people and usefull for all people.” –Luthfia Nur Fitriani W.-

*Teruntuk dan terkhusus untuk dua insan manusia terhebat di dunia ini, yang
saya panggil Bapak dan Ibu tercinta:
Wahono Arief dan Almh. Sri Utami*

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum warohmatullahi wabarokatuh,

Alhamdulillahirabbil'alaamiin. Segala puji dan syukur Penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, ridho, nikmat iman, nikmat Islam, dan nikmat sehat, sehingga tugas akhir (skripsi) berjudul “Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman (Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia)” ini dapat diselesaikan. Shalawat dan salam dihaturkan kepada junjungan besar, Rasulullah SAW, yang senantiasa menjadi panutan hidup.

Penyusunan skripsi yang seluruh prosesnya memakan waktu sekitar 7 (tujuh) bulan ini diajukan guna memenuhi persyaratan dalam memperoleh gelar Strata 1 (S1) di Fakultas Hukum Universitas Islam Indonesia (FH UII). Maka pada kesempatan ini, perkenan Penulis untuk menyampaikan rasa hormat dan ucapan terimakasih sedalam-dalamnya teruntuk:

1. Bapak dan Ibu, Wahono Arief dan Almh. Sri Utami, dua orang *terhebat* dalam kehidupan Penulis, serta Ibu Munawaroh, mereka yang setiap detiknya berdoa agar putrinya selalu dalam ridho dan lindungan-NYA. Terimakasih banyak telah menjadi orang tua yang paling berpengaruh dalam sejarah hidupku. Kerja keras, peluh, dan tetes air mata demi menjadikanku seorang putri yang mampu mengangkat derajatmu.

Seorang putri yang mendapatkan ridho dalam setiap langkahnya. Seorang putri yang menggantungkan setiap impiannya setinggi bintang di langit, merendahkan hatinya *bak* mutiara yang ada di dasar lautan, sehingga menjadi pribadi yang bermanfaat. Semoga setiap do'a yang terpanjat dan usaha yang dilakukan menjadi bekal kami sekeluarga untuk kehidupan di dunia serta akhirat;

2. *Kebangganku* , Muhammad Haikal Ababil Wahono dan Hanum Kartikasari Wahono, yang selalu menjadi kebanggan dan penyemangat perjuangan masa depanku. Vinda Zakiyatus Zulfa dan Dennis Qurunul Bahri, perbedaan kita semoga bisa menyatukan dalam satu keluarga yang bahagia. Terimakasih atas *support* kalian adek-adekku tercinta.
3. Bapak Dr. Suparman Marzuki, S.H., M.Si., dosen pembimbing skripsi yang selama 7 (tujuh) bulan terakhir bersedia meluangkan waktu dan mencurahkan ilmunya demi kelancaran penulisan tugas akhir ini. Terimakasih banyak telah memberikan pelajaran agar selalu tetap teliti dan menghadapi segala sesuatu dengan melihat, mencermati, dan memahami segala situasi dan kondisi yang ada di sekitar kita;
4. Dr. Aunur Rohim Faqih, S.H., M.Hum., Dekan FH UII, serta seluruh jajaran Dosen dan civitas akademika FH UII yang telah membekali Penulis dengan ilmu ilmiah dan amaliyah untuk bekal dan pegangan hidup di dunia dan akhirat;
5. Dinas Sosial Kabupaten Sleman c.q. Kepala Seksi Rehabilitasi Penyandang Disabilitas Ibu Rosalia Rusbiyanti serta Bapak Budi selaku staff beserta

jajarannya, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman c.q. Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa Ibu dr. Patimah Hariyati dan Ibu Novita selaku Staff Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa beserta jajaran, Muhammad Novvaliant Filsuf Tasauqi, S.Psi., M.Psi. (Psikolog Rumah Sakit Jiwa Magelang dan Dosen Psikologi UII), Rafika Nur Kusumawati, S.Psi., M.A. (Ilmuan Psikologi dan Dosen Psikologi Universitas Sebelas Maret Surakarta), dan seluruh keluarga penyandang disabilitas psikososial yang telah bersedia menjadi narasumber dalam penulisan tugas akhir ini;

6. UPNORMAL Girls, Eka Irma Mardiyanti, Wahyu Arum Irfani, Diah Senja Oktaviani, Ghina Ari Khalidah, Anak Agung Chandra Kirana Putri, perempuan-perempuan terhebatku selama di tanah rantau perjuangan ini. Kisah dan cerita kita bersama takkan pernah terhapus hingga akhir kelak. Terimakasih banyak telah menjadi perempuan-perempuan hebat yang selalu memberikan kenangan di luar batas untuk perjalanan masa depan;
7. Friends Together *squad*, Dina Nur, Annajwa, Sitti Nurwita, Insani, Ainaya, Andriyani Valexy, Ditiani Sekar, Nur Annisa, Mar'ah Hanifah, Fathul Hanifah, Nurul Khotimah, Dina Istafada, Uswatun Khasanah, Maryatul, Dewi, pertemanan yang bermula dari hidup seruang seataap selama 6 tahun di Ma'had Al-Zaytun menjadikan kita semua saudara yang saling menggenggam tangan satu sama lain diantara ribuan terpaan yang melanda kita semua. Terimakasih telah menjadi teman, sahabat, saudaraku selama 12 tahun yang telah terlewat selama ini;

8. Kawan seperjuangan ter-‘setia’ dalam langkah penyelesaian skripsi ini, Citra Zahrotu, Rida Cholidatus, Peti, Indra, Hasbi, Qurrota. Adek serasa kakak, Alin dan Nadya. Terimakasih untuk kalian semua temannya teman yang telah masuk dalam daftar sahabatku.. Terimakasih banyak telah membantu suksesnya perjuangan akhir dalam memulai pembaruan hidup;
9. Clowok MG-266 *Squad*, Wida Ainina, Fairuza Chayacaqti, Nabitta Suri, Wildan Taufik, Bondan, Awang Okta, Buyung Kotto, *brothers and sisters* keluarga dan teman seperjuangan dua SKS seataap sebulan bukan cinta 2 sks tetapi musuh 2 sks. Terimakasih banyak telah menjadi keluarga baru yang luar biasa, segala macam cerita cinta dan permusuhan kekelompokan menjadi kegilaan kita bersama-sama;
10. Keluarga besar FH UII angkatan 2013. Terimakasih teman seperjuangan yang telah memberikan pelajaran sangat berharga, berjuang bersama selama kurang lebih 4,3 tahun, kalian semua telah mengajarkan saya bagaimana menjadi ‘orang hukum’, tersesat di jalan yang benar, semoga cita dan harapan universitas tercinta dapat kita laksanakan atas dasar moral dan integritas.
11. Keluarga besar Bowo Karyo dan Bani Soewidi, terimakasih atas do’a dan support yang telah kalian panjatkan dalam setiap langkah hidupku dan dalam setiap langkahku selama menuntut ilmu di luar kampung halaman. Aku rindu tanah kelahiranku. Biarkan aku berjuang di tanah rantauan untuk memajukan dan membesarkan kampung halaman tercinta.

12. Keluarga besar TIENS Syari'ah. Terimakasih telah memberikan ilmu untuk hidup sukses sehat dan sejahtera. Saya yakin, saya tidak terjun di dunia bisnis yang salah. Menjadi orang sukses hanya membutuhkan "MAU" dan tidak akan ada satu pun alasan untuk melangkah mundur demi kesuksesan dan Go Freedom.

Sekian kata pengantar dari penulis, segala kekurangan dan ketidaksempurnaan masih menyertai penyusunan skripsi ini. Maka dari itu, kritik dan saran yang bersifat membangun akan Penulis terima untuk kemajuan proses belajar di kemudian hari.

Billahi taufiq wal hidayah,

Wassalamu 'alaikum warahmatullahi wabarokatuh.

Yogyakarta, 7 Januari 2018

Tabik,

(Luthfia Nur Fitriani Wahono)
NIM. 13410705

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	v
LEMBAR CURRICULUM VITAE	Vi
HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN	Viii
KATA PENGANTAR	Ix
DAFTAR ISI	Xiv
ABSTRAK	Xvii

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Orisinalitas Penelitian	8
E. Tinjauan Pustaka	10
F. Definisi Operasional	18
G. Metode Penelitian	21

BAB II : Tinjauan Umum Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang

Disabilitas Psikososial Dalam Hukum Hak Asasi Manusia

A.	Pengertian Penyandang Disabilitas Psikososial, Khususnya Skizofrenia	24
1.	Pengertian Penyandang Disabilitas Psikososial.....	24
2.	Ciri – ciri dan Penyebab Penyandang Skizofrenia....	27
3.	Jenis Penyandang Gangguan Jiwa khususnya Skizofrenia.....	32
B.	Pengertian dan Ruang Lingkup Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial	36
1.	Pengertian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan	36
2.	Ruang Lingkup Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial, khususnya Skizofrenia	39
C.	Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum dan Hak Asasi Manusia.....	41
1.	Hak Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM Nasional	46
2.	Hak Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM Internasional	50
3.	Hak Peyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM dalam Islam	61

BAB III : Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Psikososial di

Kabupaten Sleman

A. Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman	69
B. Realitas Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman.....	78
C. Seharusnya Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial dibandingkan dengan Negara Skandinavia.....	101

BAB IV : PENUTUP

A. Kesimpulan	120
B. Saran	123

DAFTAR PUSTAKA	125
-----------------------------	------------

ABSTRAK

Studi ini bertujuan untuk mengetahui Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman. Rumusan masalah yang diajukan yaitu: Bagaimana Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman? Bagaimana Realitas Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman? Bagaimana Seharusnya Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial? Penelitian ini termasuk tipologi penelitian hukum yuridis sosiologis. Data penelitian dikumpulkan dengan cara studi lapangan/wawancara dan studi dokumen/pustaka. Analisa dilakukan dengan pendekatan perundang-undangan dipadukan dengan pendekatan sosiologis. Hasil studi ini menunjukkan bahwa pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman dinilai dari empat aspek hak atas kesehatan yaitu ketersediaan, aksesibilitas, kesetaraan, dan kualitas belum terpenuhi. Hal ini ditunjukkan dengan belum tersedianya sarana rumah sakit jiwa khusus psikosial, sedangkan prasarana berupa tenaga kesehatan jiwa sudah tersedia disetiap puskesmas. Di setiap daerah terdapat puskesmas untuk memudahkan aksesibilitas dalam pelayanan kesehatan serta terdapat tenaga kesehatan yaitu dokter, perawat, psikolog serta apoteker di setiap puskesmas. Kesetaraan dalam pemenuhan kesehatan bagi disabilitas psikososial belum setara karena kesehatan jiwa tidak menjadi prioritas dibanding dengan yang lain. Kualitas pelayanan kesehatan jiwa masih kurang memadai terlihat dari minimnya sumber daya manusia dalam penanganan pelayanan kesehatan jiwa. Faktor yang berperan dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas—psikososial—skizofrenia yaitu peran keluarga, penyelenggara (pemerintah atau negara), tenaga kesehatan, dan masyarakat. Dari keempat elemen alat ukur tersebut secara umum sudah bersinergi dan berusaha untuk memberikan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas—psikososial—skizofrenia, namun di lapangan keempat elemen tersebut masih ditemukan adanya kendala tertentu. Penelitian ini merekomendasikan keempat elemen tersebut menjunjung tinggi kesadaran dan keaktifan dalam memberikan pemenuhan hak kesehatan sesungguhnya bagi penyandang disabilitas—psikososial—skizofrenia mengingat hak kesehatan merupakan salah satu aspek utama dalam mewujudkan hak-hak lainnya.

Kata Kunci: pemenuhan, hak atas kesehatan, penyandang disabilitas—psikososial—skizofrenia.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Manusia merupakan makhluk ciptaan Tuhan Yang Maha Esa dimana semua manusia memiliki derajat yang sama dihadapan Tuhan Yang Maha Esa. Keberadaan manusia ini pun sangat melekat dengan hak asasi manusia dimana hal ini haruslah dilindungi, dihormati dan dimiliki oleh semua manusia dengan tak terkecuali, termasuk di dalamnya penyandang disabilitas kategori psikososial.

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.¹

Sejalan dengan amanat konstitusi dalam Pasal 28I ayat (2) Undang – undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 yang berbunyi “Setiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apa pun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakuan yang bersifat diskriminatif itu”.² Pasal ini menunjukkan bahwasannya setiap orang berhak untuk mendapatkan perlindungan, penegakan hukum dan pemenuhan hak asasi manusia dengan tanpa diskriminatif atas dasar apapun dalam menjalankan hidup dan kehidupannya secara aman dan tentram.

¹ Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

² Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945

Warga negara merupakan suatu bagian yang menjadi unsur daripada suatu negara dimana keberadaannya melekat hak dan kewajiban dalam dirinya sebagai manusia untuk dilindungi, dihormati, dan dihargai, begitupun sebaliknya dengan tanpa diskriminasi. Diskriminasi adalah setiap perbedaan, pengecualian pembatasan, pelecehan, atau pengucilan atas dasar disabilitas yang bermaksud atau berdampak pada pembatasan atau peniadaan pengakuan, penikmatan, atau pelaksanaan hak Penyandang Disabilitas.

Hak asasi manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, Pemerintah, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.³

Hak asasi manusia merupakan hak-hak yang dimiliki manusia semata-mata karena dirinya manusia. Umat manusia memilikinya bukan berdasarkan hukum positif melainkan semata-mata karena martabatnya sebagai manusia. Dalam artian meskipun setiap orang terlahir dengan warna kulit, jenis kelamin, bahasa, budaya dan kewarganegaraan yang berbeda-beda ia tetap mempunyai hak-hak tersebut. Inilah sifat *universal* dari hak-hak tersebut. Selain bersifat *universal rights*, hak ini juga merupakan *inalienable rights* yang melekat pada setiap orang sebagai makhluk insani, artinya seburuk apapun perlakuan yang dialami oleh seseorang

³ Pasal 1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia

atau betapapun bengisnya perlakuan seseorang, ia tidak akan berhenti menjadi manusia dan karena itu tetap memiliki hak-hak tersebut.⁴

Dalam konteks hak asasi manusia, negara merupakan subyek hukum utama karena negara merupakan entitas utama yang bertanggung jawab melindungi, menegakkan, memajukan serta melakukan pemenuhan atas hak asasi manusia. Sebagai subyek hukum utama, negara harus melakukan pemenuhan kewajiban atas hak – hak warga negaranya dengan menyeluruh dan tak terkecuali.

Kesehatan ialah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.⁵ Sesuai dengan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang memberikan artian kesehatan merupakan keadaan sejahtera, maka adalah suatu kewajiban dan tanggungjawab yang konkrit bagi negara untuk memberikan kesejahteraan penuh kepada warga negara nya dengan tak terkecuali dalam pemenuhan hak atas kesehatan.

Pengaturan mengenai hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas khususnya penyandang disabilitas psikososial telah dijamin dan diatur diberbagai instrumen internasional dan nasional, artinya dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial dapat diperoleh dengan bebas dan tanpa diskriminasi. Hal ini telah dipertegas dalam Pasal 12 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas yang menyatakan bahwa hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas meliputi :

⁴ Knut D. Asplund, Suparman Marzuki, Eko Riyadi (Penyunting/Editor), *Hukum Hak Asasi Manusia*, Ctk. Pertama, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2008, hlm. 7.

⁵ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

(1) memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan; (2) memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan; (3) memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; (4) memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; (5) memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya; (6) memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah; (7) memperoleh Pelindungan dari upaya percobaan medis; (8) memperoleh Pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.⁶

Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan memiliki asas dan tujuan bahwasannya pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, pelindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma – norma agama. Serta bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai, investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.⁷

Dalam Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang dimaksud dengan kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.⁸

Pasal 27 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah

⁶ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

⁷ Pasal 2 dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

⁸ Pasal 1 Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Daerah wajib melakukan perencanaan, penyelenggaraan, dan evaluasi tentang pelaksanaan Penghormatan, Pelindungan, dan Pemenuhan hak Penyandang Disabilitas.⁹

Pasal 3 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan telah menjelaskan tentang tugas dan wewenang dari pemerintah daerah salah satunya yaitu menyediakan akses pelayanan yang berkesinambungan meliputi pengobatan, pemulihan psikososial, rehabilitasi, pendampingan, dan/atau dukungan lain yang memadai untuk ODMK atau ODGJ.¹⁰

Sumber daya manusia yang ada dalam suatu negara tertentu merupakan sumber daya utama untuk menentukan bagaimana perkembangan dan kemajuan daripada suatu negara tersebut, untuk itu perlindungan hukum dan hak asasi manusia haruslah dilakukan dengan menyeluruh dan merata dengan tidak adanya perlakuan diskriminasi terhadap sesuatu, salah satunya dengan penelantaran terhadap penyandang psikososial dimana penyandang psikososial juga sangat membutuhkan perlindungan, pelayanan kesehatan, kebebasan dalam menjalani kehidupan dan mendapatkan penghidupan yang layak dari negara dimana pemerintah berkewajiban memberikan pemenuhan haknya kepada seluruh lapisan masyarakat dengan tanpa diskriminasi.

Namun faktanya, di Indonesia masih banyak penyandang disabilitas psikososial yang ditelantarkan oleh negara dengan tidak terpenuhi haknya untuk

⁹ Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

¹⁰ Pasal 3 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan.

mendapatkan pelayan kesehatan maupun kehidupan yang layak seperti halnya manusia semestinya. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan, DIY memiliki angka gangguan jiwa berat tertinggi yaitu 2,7 permil. Dari data yang ada dapat diperkirakan ada 2-3 penderita gangguan jiwa berat di antara 1.000 penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta. Total jumlah ODGJ di Daerah Istimewa Yogyakarta diperkirakan mencapai 9.862 orang.¹¹ Pada tahun 2014 di Daerah Istimewa Yogyakarta diagnosis tertinggi yaitu skizofrenia dan gangguan psikotik kronik lainnya sebanyak 6471 orang, sedangkan terendah yaitu enuresis non organik (ngompol) sebanyak 2 orang.¹² Dengan kasus pernah dipasung sebanyak 14,3% atau sekitar 1.375 jiwa yang pernah dipasung akibat dari penyandang gangguan jiwa berat (*Psikotik Kronik/Skizofrenia*).¹³

Kepala Bidang Penanggulangan Penyakit Dinas Kesehatan (Dinkes) Sleman Novita Krisnaeni mengatakan berdasarkan data Dinas Sosial (Dinsos) Sleman jumlah penyandang disabilitas psikososial berjumlah 543 jiwa. Mereka tersebar di beberapa wilayah di Sleman. Sementara kasus pasung pada penyandang disabilitas psikososial tercatat tujuh kasus.¹⁴

Pasal – pasal di atas telah menjelaskan bahwasannya penyandang disabilitas psikososial pun memiliki hak yang dilindungi oleh Undang-undang untuk tidak ditelantarkan dan memperoleh perawatan serta kehidupan yang layak

¹¹<http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/07/20/otcmoo327-mengapa-kasus-gangguan-jiwa-di-yogyakarta-tinggi> diakses pada tanggal 22 Agustus 2017.

¹²http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/3471_DIY_Kota_Yogyakarta_2014.pdf diakses pada tanggal 10 September 2017, pukul 14.03.

¹³<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/3711> diakses pada tanggal 10 September 2017, pukul 13.26.

¹⁴<http://m.harianjogja.com/baca/2017/07/26/dari-543-orang-disabilitas-psikososial-masih-tersisa-7-kasus-pemasungan-di-sleman-837417> diakses pada tanggal 5 September 2017.

sesuai dengan martabat kemanusiaannya, dan sangat tidak pantas apabila keluarga memperlakukan penelantaran apalagi dengan cara mengurung atau memasungnya.

Seharusnya penyandang disabilitas mendapatkan pemenuhan hak – hak atas kesehatan sebagaimana seharusnya karena dia sebagai manusia, seperti halnya pemenuhan hak atas kesehatan di beberapa negara dimana pemenuhan kesehatan merupakan kunci utama untuk mencapai kesejahteraan sosial dalam memajukan negaranya, contohnya adalah negara – negara Skandinavia yaitu Swedia, Denmark dan Norwegia yang merupakan negara ideal dan sangat ramah dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial.

Oleh sebab itu dengan problem dan permasalahan tersebut di Indonesia, penelitian ini akan mengangkat judul “Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman Dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia”.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman dalam perspektif hak asasi manusia?
2. Bagaimana realitas pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman?
3. Bagaimana seharusnya pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman dalam perspektif hak asasi manusia.
2. Untuk mengetahui bagaimana realitas pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman.
3. Untuk mengetahui bagaimana seharusnya pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman.

D. Orisinalitas Penelitian

Sebelum menyusun sebuah skripsi sangatlah penting untuk melakukan perbandingan terhadap beberapa karya ilmiah yang berupa skripsi atau tesis yang memiliki korelasi atau kemiripan dengan penelitian yang akan dilakukan penulis. Hal ini dilakukan untuk memastikan orisinalitas bahwa penelitian yang berjudul “Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia” dengan rumusan masalah bagaimana pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman dan apakah sudah sesuai dengan peraturan yang ada ini belum pernah diteliti atau dibahas dan juga memberikan batasan serta penjelasan bahwa penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya.

Diantara beberapa karya ilmiah berupa skripsi yang penulis temukan melalui penelusuran internet yang memiliki korelasi atau kemiripan dengan skripsi ini adalah sebagai berikut :

1. Skripsi berjudul “Perlindungan Hukum Terhadap Penderita Gangguan Jiwa yang Terlantar untuk Mendapatkan Hak Pengobatan dan Perawatan Kesehatan Dihubungkan dengan Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan” ditulis oleh Jeffry Ariambada. Fakultas Hukum Universitas Pasundan, Tahun 2012. Permasalahan yang diteliti terkait perlindungan hukum dan upaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa di Bandung Jawa Barat yang terlantar dihubungkan dengan Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Jurnal Hukum berjudul “Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Skizofrenia Di Daerah Istimewa Yogyakarta” ditulis oleh Firdaus dengan 3 permasalahan terkait bagaimana upaya dan kendala pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang skizofrenia, serta bentuk pelanggaran hak asasi manusia apa saja yang dihadapi penyandang skizofrenia.¹⁵
3. Thesis berjudul “Perlindungan Hukum Terhadap Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia yang Mengalami Penelantaran” ditulis oleh Jhohannes Haposan Situmorang. Fakultas Hukum Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Tahun 2015. Permasalahan yang diteliti terkait upaya apa saja yang perlu dilakukan untuk memberikan

¹⁵ Dimuat dalam jurnalkebijakan@balitbangham.go.id di Volume 10, Nomor 1, Maret 2016.

perlindungan hukum terhadap anggota keluarga penderita skizofrenia yang mengalami penelantaran.

Dari beberapa tulisan di atas dalam hal fokus permasalahan ataupun objeknya, penelitian ini berbeda dengan beberapa tulisan di atas. Oleh karena itu, keaslian penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan dan sesuai dengan asas – asas keilmuan yang harus dijunjung tinggi yakni kejujuran, rasionalitas, objektif serta terbuka. Hal ini merupakan implikasi etis dari proses menemukan kebenaran ilmiah. Sehingga dengan demikian penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya secara ilmiah, keilmuan dan terbuka untuk dikritisi yang sifatnya konstruktif.

E. Tinjauan Pustaka

1. Tinjauan Umum tentang Hak Atas Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial.
 - a. Hak Atas Kesehatan.

Hak memiliki artian sebagai pemberian wewenang kepada seorang maupun orang lain untuk melakukan suatu perbuatan, dimana hak tersebut dapat dipertahankan terhadap siapapun juga, begitupun sebaliknya setiap orang juga harus dan memiliki kewajiban untuk menghormati hak tersebut.¹⁶

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Selama ini kesehatan

¹⁶ C.S.T. Kansil, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1989, hlm. 120.

hanya dipandang dengan sehat fisik saja, tetapi secara harfiah adalah sehat mental dan jiwa bahkan juga secara spiritual.¹⁷

Secara umum dapat dikatakan bahwa subsistem kesehatan merupakan bagian dari sistem kemasyarakatan, bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit, memperpanjang masa hidup warga masyarakat, dan juga meningkatkan nilai kesehatan. Kesehatan sosial merupakan kehidupan dalam masyarakat yang sedemikian rupa mempunyai kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri serta kehidupan keluarganya di dalam masyarakat maupun kehidupan masyarakat lingkungan sekitarnya.¹⁸

Kesehatan juga dapat tercapai dengan dukungan lingkungan sekitar yang sehat. Yang dimaksud dengan lingkungan ialah segala sesuatu yang terdapat disekitar setiap manusia dalam kehidupan sehari-hari, yakni udara, tempat kediaman dan tanah sekitarnya, tempat bekerja, tempat berkumpul, tempat ibadah dan lainnya. Dalam hal ini sangat perlu adanya kebersihan dengan mencegah datangnya penyakit. Mencegah penyakit berarti mengusahakan segala sesuatu yang dapat melindungi rakyat dari sebab penyakit dengan usaha karantina, vaksinasi, dan usaha-usaha dalam lapangan kesehatan jiwa.¹⁹

¹⁷ Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2013, hlm. 32.

¹⁸ Soerjono Soekanto, Herkutanto, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remadja Karya, Bandung, 1987, hlm. 13.

¹⁹ CST. Kansil, *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia*, Rineka Cipta, Jakarta, 1991, hlm. 7.

Hak atas kesehatan yang dapat dimiliki oleh rakyat terdiri dari.²⁰

(1) Hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau; (2) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; (3) Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan; (4) Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab; (5) Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidak tepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif.²¹

Prinsip-prinsip yang harus ditaati oleh negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan mengandung empat unsur, yakni : ketersediaan, aksesibilitas, kualitas dan kesetaraan. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana (rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan

²⁰ Sri Siswanti, *Op. Cit.*, hlm. 33-34.

²¹ Hawari, Dadang, *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*, FK UI, Jakarta, 2001, hlm.

pembiayaan kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang khususnya kelompok rentan di masyarakat.²²

b. Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial.

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami gangguan, kelainan, kerusakan, dan/atau kehilangan fungsi organ fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka tertentu atau permanen dan menghadapi hambatan lingkungan fisik dan sosial.²³

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.²⁴

Dalam Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang dimaksud dengan kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik,

²² <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf> diakses pada tanggal 9 Oktober 2017.

²³ Pasal 1 Peraturan daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2012 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas.

²⁴ Ah. Yusuf dan Rizky Fitryasari, *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Salemba Medika, Jakarta, 2005, hlm. 8.

mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.²⁵

2. Hak Atas Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia (HAM).
 - a. Hak Atas Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dalam Instrumen Hukum HAM Nasional.

Berikut pengaturan terkait dengan hak bagi penyandang gangguan jiwa dalam instrument hukum HAM Nasional.

Pasal 28H ayat (1) Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.²⁶

Pasal 34 ayat (3) Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Pasal 9 Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa : (1) Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan

²⁵ Pasal 1 Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

²⁶ Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945.

meningkatkan taraf kehidupannya; (2) Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera lahir dan batin; (3) Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.²⁷

Pasal 42 Undang – undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa setiap warga negara yang berusia lanjut, cacat fisik dan atau cacat mental berhak memperoleh perawatan, pendidikan, pelatihan, dan bantuan khusus atas biaya negara, untuk menjamin kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kemanusiaanya, meningkatkan rasa percaya diri, dan kemampuan berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.²⁸

Pasal 12 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas meliputi :

- (1) memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan;
- (2) memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- (3) memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
- (4) memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- (5) memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya;
- (6) memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
- (7) memperoleh Pelindungan dari upaya percobaan medis;
- (8) memperoleh Pelindungan dalam penelitian dan

²⁷ Undang – undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

²⁸ Undang – undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.²⁹

Pasal 5 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa “tidak seorang jua pun boleh dianiayaatau diperlakukan secara kejam, dengan tak mengingat kemanusiaan ataupun jalan perlakuan atau hukum yang menghinakan.”³⁰

- b. Hak Atas Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dalam Instrumen Hukum HAM Internasional.

Berikut pengaturan terkait dengan hak penyandang gangguan jiwa dalam instrumen hukum HAM Internasional:

Pasal 12 ayat (1) Kovenan Internasional tentang Hak – hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya menyatakan bahwa “Negara Peserta Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai dalam hal kesehatan fisik dan mental.”³¹

Pasal 17 Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Person with Disabilities (CPRD)*) Naskah Terjemahan Resmi Lampiran Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011 menyatakan bahwa “setiap penyandang disabilitas memiliki hak untuk mendapatkan penghormatan atas integritas mental dan fisiknya atas dasar kesamaan dengan orang lain”.³²

²⁹ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

³⁰ Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM).

³¹ Kovenan Internasional tentang Hak –hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (Ekososbud).

³² Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Persons with Disabilities*) yang telah diratifikasi melalui Undang-undang Reprublik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas.

- c. Hak Atas Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas dalam Instrumen Hukum HAM dalam Islam.

Pasal 17 Deklarasi Kairo menyebutkan Pemerintah menjamin hak setiap orang atas penghidupan yang layak, yang terpenuhi segala kebutuhan pokok hidup dirinya dan keluarganya, seperti pangan, sandang, perumahan, pendidikan, perawatan kesehatan dan kebutuhan pokok lainnya.³³

Pasal 2 *Cairo Declaration* menyatakan Hidup adalah karunia yang diberikan Tuhan dan hak untuk hidup dijamin bagi setiap manusia. Ini adalah tugas individu, masyarakat dan negara untuk melindungi hak ini terhadap pelanggaran, dan itu dilarang untuk mengambil nyawa kecuali untuk sebuah alasan yang ditentukan syari'at. Hak untuk hidup berdasar dalam Al-Qur'an Surat Al-Maidah ayat 45 dan Surat Al-Isra' ayat 33.³⁴

Al-Qur'an dan Sunah merupakan sumber hukum pertama bagi umat Islam dan telah meletakkan dasar-dasar Hak Asasi Manusia serta kebenaran dan keadilan jauh sebelum timbul pemikiran mengenai hak asasi pada masyarakat di dunia ini. Dalam Al-Qur'an terdapat sekitar 80 ayat tentang hidup, pemeliharaan hidup dan penyediaan sarana kehidupan, misalnya dalam Qur'an Surat Al-Maidah ayat 32. Di samping itu Al-Qur'an juga berbicara tentang kehormatan dalam 20 ayat di dalam Al-Qur'an. Al-Qur'an

³³ Deklarasi Kairo Tahun 1990.

³⁴ *Ibid.*

juga menjelaskan dalam sekitar 150 ayat tentang ciptaan dan makhluk-makhluknya serta persamaan dalam penciptaannya seperti dalam Surat Al-Hujarat ayat 13.³⁵

Prinsip-prinsip lain yang bersifat menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia adalah kritik Islam atas ketidakadilan, ketimpangan sosial, dan diskriminasi. Nilai-nilai ini juga yang diperjuangkan oleh HAM. Sejak 1500 tahun yang lalu, Al-Qur'an menyampaikan kritik ini seperti ketidakadilan ekonomi dalam pernyataan "kekayaan tidak boleh berputar di kalangan orang-orang kaya saja", (QS Al-Hasyr ayat 7). Islam peduli pada orang-orang tertindas yang perlu ditolong dan ditingkatkan harkat dan martabatnya. Melakukan pembiaran atas nasib orang-orang miskin dan terlantar adalah perbuatan melanggar agama dan HAM.³⁶

F. Definisi Operasional

1. Pengertian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan

Menurut *Kamus Besar Bahasa Indonesia* kata pemenuhan adalah proses, cara, perbuatan memenuhi.³⁷ Pemenuhan adalah upaya yang dilakukan untuk memenuhi, melaksanakan, dan mewujudkan hak Penyandang Disabilitas.³⁸ Yang dimaksud dengan konsep pemenuhan hak

³⁵ <http://www.kumpulanmakalah.com/2015/12/ham-dalam-pandangan-islam.html>, diakses pada tanggal 29 September 2017, pukul 02.32.

³⁶ Nurul Qomar, *Hak Asasi Manusia dalam Negara Hukum Demokrasi*, Sinar Grafika, Cetakan Pertama, Jakarta, 2013, hlm. 90.

³⁷ Kbbi.web.id, diakses pada tanggal 30 September 2017, pukul 1.46.

³⁸ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

adalah jaminan hak atas kesehatan di dalam peraturan Perundang-Undangan.

2. Pengertian Perspektif Hak Asasi Manusia.

Perspektif Hak Asasi Manusia adalah cara pandang, prinsip – prinsip dan norma – norma Hak Asasi Manusia yang terkait langsung dengan hak – hak penyandang disabilitas khususnya penyandang disabilitas psikososial.

3. Pengertian Penyandang Disabilitas Psikososial.

Penjelasan terkait Penyandang Disabilitas Psikososial telah diatur dan dijelaskan dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa yang dimaksud dengan “Penyandang Disabilitas Mental” merupakan terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku antara lain : disabilitas psikososial diantaranya *skizofrenia*, *bipolar*, depresi, *anxietas*, dan gangguan kepribadian; dan disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial di antaranya autisme dan hiperaktif.³⁹

Adapun penyandang disabilitas psikososial yang dimaksud oleh penulis dalam penulisan ini merupakan penyandang disabilitas psikososial *skizofrenia*.

³⁹ Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

a. *Skizofrenia*

Menurut Kamus Lengkap Psikologi, *Schizophrenia* didefinisikan sebagai satu nama umum sekelompok reaksi psikotis, dicirikan dengan pemunduran emosional dan afektif dan tergantung pada tipe dan adanya halusinasi, delusi, tingkah laku negativistis, dan kemunduran atau perusakan yang progresif.

Berdasarkan DSM IV-R, *schizophrenia* adalah suatu gangguan yang terjadi sekurang-kurangnya enam bulan termasuk *symptom* fase aktif selama satu bulan yang diikuti dengan adanya delusi, halusinasi, disorganisasi dalam bicara, tingkah laku yang kasar, dan *symptom* negatif.⁴⁰

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *Schizophrenia* adalah kekacauan jiwa yang serius ditandai dengan kehilangan kontak pada kenyataan (psikosis), halusinasi, khayalan (kepercayaan yang salah), pikiran yang abnormal dan mengganggu kerja dan fungsi sosial yang dicirikan dengan adanya gangguan pikiran, emosi dan perilaku seseorang, dimana ide-idenya seringkali tidak logis, adanya persepsi yang salah, gangguan dalam aktivitas motorik dan memiliki afek yang datar bahkan seringkali tidak sesuai dengan norma-norma yang berlaku dalam masyarakat.⁴¹

⁴⁰ Maramis dan Rusdi, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDG III)*, FK Unika Atmajaya, Jakarta, 2010, hlm. 34.

⁴¹ Clifford R Anderson, *Petunjuk Modern Kepada Kesehatan*, Indonesia Publishing House, Bandung, 1975, hlm. 343.

Para pasien *skizofrenia* bertingkah laku aneh dalam hidup mereka. Sementara orang yang normal merasa hendak menangis, penderita skizofrenia boleh jadi tertawa ataupun tidak menunjukkan perasaan apapun dari luar. Sebaliknya, ia mungkin menangis pada waktu orang-orang lain tertawa.⁴²

G. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian Yuridis Sosiologis, yaitu Penelitian ini menelaah norma hukum tertulis berupa peraturan perundang – undangan terkait pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman yang dilanjutkan dengan melakukan pendekatan secara langsung dilapangan untuk melihat bagaimana realitas norma hukum yang ada tersebut dalam praktiknya. Data empiris/lapangan ini diperoleh dari hasil observasi atau wawancara dengan pihak – pihak terkait dalam penelitian ini.

2. Objek Penelitian

Fokus penelitian ini merujuk pada *pertama*, penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman apakah mendapat pemenuhan hak atas kesehatan atau tidak, dan *kedua*, bagaimana realitas pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman, serta *ketiga*, bagaimana seharusnya pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial. Ketiga obyek tersebut dilihat dari 4

⁴² *Ibid.*, hlm. 344.

(empat) alat ukur hak atas kesehatan yaitu ketersediaan, aksesibilitas, kualitas, dan kesetaraan.

3. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah Pemerintah Kabupaten Sleman dan Dinas Sosial Kabupaten Sleman serta Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Selain itu didukung dengan observasi lapangan dan wawancara dengan pihak – pihak terkait yang dilakukan oleh peneliti juga dijadikan sebagai sumber data dalam penelitian ini.

4. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini lokasi penelitian yang dipilih 9 (sembilan) tempat penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman, yaitu Caturharjo Sleman, Sidoagung Godean, Sidomulyo Godean, Sumberagung Moyudan, Catur Tunggal Depok, Margo Mulyo Sayegan, Sayegan, Godean, Sendangtirto Berbah.

5. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah dengan studi lapangan dan studi kepustakaan :

- a. Penelitian lapangan dilakukan dengan cara wawancara untuk memperoleh informasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan penelitian yang tidak dapat dijumpai dalam studi kepustakaan.
- b. Studi kepustakaan dilakukan dengan mengkaji dan mempelajari buku-buku serta peraturan perundang-undangan maupun

dokumentasi lainnya yang berkaitan dengan materi penelitian. Hal ini dilakukan dengan tujuan mempertajam analisis.

6. Metode Pendekatan

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Normatif Sosiologis. Penelitian ini menelaah norma hukum tertulis berupa peraturan perundang – undangan terkait pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman yang dilanjutkan dengan melakukan pendekatan secara langsung dilapangan untuk melihat bagaimana realitas norma hukum yang ada tersebut dalam praktiknya. Melalui pendekatan ini diharapkan dapat menemukan jawaban dari masalah-masalah yang terjadi.

7. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Analisis kualitatif yaitu pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan pengamatan.⁴³ Hal ini didasarkan atas teori dan peraturan perundang-undangan terkait pengaturan dan realitas hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial, khususnya *skizofrenia* dalam perspektif hukum dan hak asasi manusia di Kabupaten Sleman. Tujuannya untuk mendeskripsikan dan menganalisa realisasi pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman. Penyajian hasil analisis disajikan dalam bentuk narasi kemudian kesimpulan akan dituangkan dalam bentuk pernyataan dan tulisan.

⁴³ Suratman, Philips Dillah, *Metode Penelitian Hukum*, Cetakan Kedua, Alfabeta, Bandung, 2014, hlm. 145.

BAB II

Tinjauan Umum Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial Dalam Hukum Hak Asasi Manusia

A. Pengertian Penyandang Disabilitas Psikososial, Khususnya Skizofrenia

1. Pengertian Penyandang Disabilitas Psikososial

Penyandang Disabilitas adalah setiap orang yang mengalami gangguan, kelainan, kerusakan, dan/atau kehilangan fungsi organ fisik, mental, intelektual atau sensorik dalam jangka tertentu atau permanen dan menghadapi hambatan lingkungan fisik dan sosial.⁴⁴

Psikososial adalah suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial ataupun sebaliknya. Psikososial sendiri berasal dari kata psiko dan sosial yang mengacu pada aspek psikologis dari individu (pikiran, perasaan dan perilaku) sedangkan sosial mengacu pada hubungan eksternal individu dengan orang-orang di sekitarnya. Istilah psikososial menunjuk pada hubungan yang dinamis antara faktor psikis dan sosial yang saling berinteraksi dan memengaruhi satu sama lain. Psikososial juga berarti menyinggung relasi sosial yang mencakup faktor-faktor psikologis.⁴⁵

Masalah - masalah psikososial yang terjadi pada keadaan saat ini menurut Nanda dalam bukunya yaitu⁴⁶:

⁴⁴ Pasal 1 Peraturan daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2012 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas.

⁴⁵ Chaplin, J.P., *Kamus Lengkap Psikologi*, Rajagrafindo Persada, Jakarta, 2011, hlm. 34.

⁴⁶ Herdman, T. Heather. (2012). *NANDA International Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC, Jakarta, 2012, hlm. 73.

- a. Berduka.
- b. Keputus-asaan.
- c. Ansietas.
- d. Ketidakberdayaan.
- e. Risiko penyimpangan perilaku sehat.
- f. Gangguan citra tubuh.
- g. Koping tidak efektif.
- h. Koping keluarga tidak efektif.
- i. Sindroma post trauma.
- j. Penampilan peran tidak efektif.
- k. HDR situasional.

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat.⁴⁷

Dari artian di atas dapat dirumuskan bahwa di dalam konsep gangguan jiwa, didapatkan poin-poin sebagai berikut:⁴⁸

- a. Adanya Gejala *Klinis* yang bermakna, berupa :
 - 1) Sindrom atau Pola Perilaku.

⁴⁷ Ah. Yusuf dan Rizky Fitryasari, *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Salemba Medika, Jakarta, 2005, hlm. 8.

⁴⁸ Rusdi Maslim, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III)*, FK Unika Atmajaya, Jakarta, 2002, hlm. 7.

- 2) Sindrom atau Pola Psikologik.
- b. Gejala klinis tersebut menimbulkan “Penderitaan (*distress*)” antara lain dapat berupa rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tentram, terganggu, disfungsi organ tubuh dan lain-lain.
 - c. Gejala klinis tersebut menimbulkan “*disabilitas/disability*” dalam aktifitas kehidupan sehari-hari yang biasa dan diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, dan lain-lain).

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau “*deteriorating*”) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetic, fisik, sosial budaya. Pada umumnya ditandainya oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar atau tumpul. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.⁴⁹

Skizofrenia adalah salah satu bentuk gangguan psikosis yang menunjukkan beberapa gejala psikotik di atas, ditambah dengan kriteria lain seperti jangka waktu, konsekuensi dari gangguan tersebut dan boleh tumpang tindih dengan gangguan lain yang mirip.⁵⁰

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa

⁴⁹ *Ibid.*, hlm. 46.

⁵⁰ Iman Setiadi, “*Skizofrenia*” *Memahami Dinamika Keluarga Pasien*, PT. Refika Aditama, Bandung, 2006, hlm. 19.

tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidak tepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif.⁵¹

2. Ciri-ciri dan Penyebab Penyandang Skizofrenia.

Seseorang dapat dikatakan menderita gangguan jiwa *skizofrenia* harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang sangat jelas ada pada dirinya :⁵²

- a. Isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda ; atau
 Isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya ; atau
 Isi pikirannya tersiar ke luar sehingga orang lain atau umum mengetahui isi pikirannya.
- b. “*delusion of control*” waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
 “*delusion of influence*” waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
 “*delusion of passivity*” waham tentang dirinya tidaka berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar

⁵¹ Hawari, Dadang, *Manajemen Stress . . . Op. Cit.*, hlm. 12.

⁵² Rusdi Maslim, *Buku Saku . . . Op. Cit.*, hlm. 46.

“*delusion of perception*” pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat.

- c. Halusinasi auditorik berupa suara halusinasi yang beromental secara terus menerus terhadap pasien.
- d. Waham – waham menetap jenis lainnya yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.

Selain hal di atas juga terdapat gejala yang harus ada pada diri penyandang gangguan jiwa yang harus selalu ada pada pasien paling sedikit terdapat dua gejala yang jelas terlihat, yaitu :⁵³

- a. Halusinasi yang menetap dari panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan, terjadi setiap hari selama berminggu – minggu atau berbulan-bulan terus menerus ;
- b. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan yang berakibat *inkoherensi* atau pembicaraan yang tidak relevan, atau *neologisme* ;
- c. Perilaku *katatonik*, seperti keadaan gaduh dan gelisah .
- d. Gejala – gejala negatif seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan

⁵³ *Ibid.*, hlm. 47.

menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau *medikasi neuroleptika*.

- e. Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung secara terus menerus selama kurun waktu satu bulan atau lebih.
- f. Harus ada suatu perubahan yang konsisten yang bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek perilaku pribadi, bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan secara sosial.

Skizofrenia memiliki gejala – gejala positif dan negatif, berikut adalah gejala positif dari skizofrenia.⁵⁴

- a. *Delusi* yakni keyakinan keliru yang dipegang teguh karena adanya distorsi atau melebih-lebihkan pemikiran dan/atau kesalahpahaman terhadap persepsi atau pengalaman. Delusi kemudian dilihat sebagai sesuatu yang umum seperti keyakinan bahwa komentar, acara di radio atau TV dan sebagainya merupakan pesan khusus secara langsung untuknya.
- b. *Halusinasi* adalah distorsi atau melebih-lebihkan persepsi pada setiap indra, meskipun halusinasi pendengaran yang paling umum dan akan diikuti dengan halusinasi visual.

⁵⁴ C. George Boeree, *General Psychology : Psikologi Kepribadian, Persepsi, Kognisi, Emosi dan Perilaku*, Prismsophie, Yogyakarta, 2016, hlm. 470.

- c. *Ucapan/pikiran yang kacau* juga digambarkan sebagai gangguan pemikiran atau asosiasi yang terkendali yang merupakan aspek kunci skizofrenia.
- d. *Perilaku yang teramat kacau* mencakup kesulitan dalam perilaku yang punya tujuan, kedunguan atau agitasi yang tidak terduga, tidak ada hambatan sosial atau perilaku yang ganjil bagi penonton.
- e. *Perilaku katatonis* yang dicirikan dengan penurunan reaksi terhadap lingkungan sekeliling, kadang-kadang berupa keterpukuan dan ketidakpedulian yang tampak jelas, postur yang kaku dan aneh atau aktivitas motorik yang berlebihan dan tanpa tujuan.

Selain itu skizofrenia juga memiliki gejala negatif dengan gejala sebagai berikut :⁵⁵

- a. *Pendataran afektif* yakni reduksi dalam rentang dan intensitas ekspresi emosional yang meliputi ekspresi wajah, nada suara, kontak mata dan bahasa tubuh.
- b. *Alogia/miskin suara* adalah kurangnya kelancaran dan produktivitas bicara yang dianggap mencerminkan pemikiran yang tersumbat atau lamban dan acapkali termanifestasi dalam bentuk jawaban pendek dan kosong.
- c. *Avolisi (avolition)* adalah kesulitan atau ketidakmampuan untuk memprakarsai dan bertahan dalam perilaku yang kerap keliru karena ketidakberpihakan yang nyata.

⁵⁵ *Ibid.*, hlm. 471.

Penyebab dari skizofrenia menurut teori-teori somatogenesis adalah berupa .⁵⁶

- a. *Genetik*, yaitu penelitian pada keluarga, kembar dan anak adopsi cenderung menunjukkan bahwa kerentanan pada skizofrenia ditransmisikan secara genetik.
- b. *Biochemistry*, yaitu obat antipsikotik yang menghambat reseptor dopamine, cenderung menunjukkan bahwa skizofrenia disebabkan oleh masalah dalam sistem dopamine.
- c. *Neuroanatomy*, yaitu ketidaknormalan otak (misalnya pembesaran ventrikel) ditemukan di antara pasien-pasien skizofrenia.

Sebab-sebab schizofrenia menurut Dr. Kartini Kartono dalam bukunya yang berjudul *Patologi Sosial 3* ialah :⁵⁷

- a. Lebih dari separuh jumlah penderita schizofrenia mempunyai psikotis atau sakit mental.
- b. Tipe kepribadian degan jiwa yang cenderung menjadi schizofren dan bentuk jasmani yang tidak bertenaga/berdaya.
- c. Sebab organis karena adanya perubahan atau kerusakan pada sistem syaraf sentral, dan juga terdapat gangguan pada sistem kelenjar adrenal dan kelenjar di bawah otak.

⁵⁶ Iman Setiadi, *Skizofrenia . . .Op. Cit.*, hlm. 26.

⁵⁷ Kartini Kartono, *Patologi Sosial 3 Gangguan-gangguan Kejiwaan*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2002, hlm. 243-244.

d. Sebab psikologis karena adanya kebiasaan infantil yang buruk dan salah, sehingga selalu melakukan tindakan yang salah terhadap lingkungannya.

3. Jenis Penderita Gangguan Jiwa khususnya Skizofrenia.

Gangguan jiwa khususnya skizofrenia masih digolongkan ke dalam beberapa tipe atau macam tingkatan, yakni :⁵⁸

a. Skizofrenia Paranoid.

Ciri utama dari tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang relatif masih terjaga. Cirinya dengan bicara yang kacau, afek yang datar atau tidak tepat, katatorik atau motorik tidak menonjol, wahamnya lebih dari satu tetapi tersusun dengan rapi, berhalusinasi yang berkaitan dengan wahamnya.

Ciri-ciri lainnya meliputi kemarahan, menjaga jarak, suka berargumentasi, mempunyai tingkah laku superior, interaksi interpersonal yang kaku, melakukan tindakan kekerasan.⁵⁹

b. Skizofrenia Hebefrenik.

Ciri dari tipe ini mengalami desintegrasi kepribadian yang lebih parah dibandingkan tipe lain. Tipe ini sangat memperhatikan hal-hal kecil yang memiliki perhatian besar pada persoalan religius dan filosofis. Perlahan ia menarik diri dan dipenuhi fantasi, sesudahnya kan acuh tak acuh dan secara emosional bersikap kekanakan,

⁵⁸ Iman Setiadi, *Skizofrenia . . .Op. Cit.*, hlm. 44.

⁵⁹ *Ibid.*, hlm. 20.

bertingkah laku jorok, tidak menunjukkan sopan santun dan perasaan malu.⁶⁰

c. Skizofrenia Katatonik.

Ciri utamanya adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik, aktivitas motor yang berlebihan, *negativism* yang ekstrim, tidak mau berbicara dan berkomunikasi, gerakannya tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain dan mengikuti tingkah laku orang lain.

d. Skizofrenia tak terinci (Undifferentiated).

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul tidak dapat digolongkan pada skizofrenia tertentu, gejalanya memenuhi kriteria *hebrefenik* tetapi tidak memenuhi tipe paranoid, disorganized ataupun katatonik.

e. Depresi pasca-skizofrenia.

Depresi yang muncul setelah penyakit skizofrenia terlewati, dimana beberapa gejala alam perasaan suasana hati khas skizofrenia yang berada di bawah kadar normal masih hadir dalam diri penderita.

f. Skizofrenia Residual.

Jenis skizofrenia dimana yang memiliki kriteria yakni, tidak adanya penonjolan dalam hal delusi, halusinasi, pembicaraan serta tingkah laku yang kacau.

g. Skizofrenia YTT.

⁶⁰ A. Supratiknya, *Mengenal Perilaku Abnormal*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 1995, hlm. 74.

Skizofrenia dapat terjadi pada masa kanak-kanak, hal ini ditandai dengan keadaan atau perilaku dan pemikiran yang abnormal, dimana hal tersebut mulai timbul diantara usia 7 tahun dan awal masa remaja. Penyebabnya tidak diketahui, tetapi yang pasti bukan karena pola asuh yang jelek. Anak-anak mulai menarik diri dari pergaulan, kehilangan minatnya dalam kegiatannya sehari-hari dan mengalami perubahan dalam fikiran dan persepsi (wawasan).⁶¹

Kriteria diagnosis skizofrenia menurut DSM-IV TR paling tidak terdapat enam kriteria yakni :

a. Simtom – simtom khas.

Dua atau lebih dari berikut ini, masing – masing muncul cukup jelas selama jangka waktu satu bulan : Delusi, Halusinasi, Pembicaraan kacau, Tingkah laku kacau atau katatonik, Simtom-simtom negative.

b. Disfungsi sosial atau okupasional.

c. Durasi.

Simtom-simtom gangguan ini tetap ada untuk paling sedikit 6 bulan. Periode 6 bulan ini mencakup paling tidak 1 bulan dimana simtom-simtom muncul.

d. Tidak termasuk gangguan *schizoaffective* atau gangguan mood.

e. Tidak termasuk gangguan karena zat atau karena kondisi medis.

f. Hubungan dengan *Pervasive Developmental Disorder*.

⁶¹ Aden R, *Seputar Penyakit dan Gangguan Lain Pada Anak*, Siklus Hanggar Kreator, Yogyakarta, 2010, hlm. 204 – 205.

Bila ada riwayat *Autistic Disorder* atau gangguan PDD lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia hanya dibuat-buat bila ada halusinasi atau delusi yang menonjol selama paling tidak 1 bulan.⁶²

Kebanyakan penyandang disabilitas psikososial skizofrenia tidak kembali pada keadaan fungsi mental semula, kendati demikian dalam kajian jangka panjang mengungkap bahwa sekitar setengah atau dua pertiga pengidap skizofrenia dapat membaik atau sembuh secara signifikan dan diantara dapat sembuh total apabila dilakukan penyembuhan ataupun rehabilitasi dengan rutin dan sampai akhir.⁶³

B. Pengertian dan Ruang Lingkup Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial

1. Pengertian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan

Hak memiliki artian sebagai pemberian wewenang kepada seorang maupun orang lain untuk melakukan suatu perbuatan, dimana hak tersebut dapat dipertahankan terhadap siapapun juga, begitupun sebaliknya setiap orang juga harus dan memiliki kewajiban untuk menghormati hak tersebut.⁶⁴

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Selama ini kesehatan hanya dipandang dengan

⁶² Iman Setiadi, *Skizofrenia . . . Op. Cit.*, hlm. 19 - 20.

⁶³ C. George Boeree, *General Psychology : Psikologi Kepribadian, Persepsi, Kognis, Emosi dan Perilaku*, Prismsophie, Yogyakarta, 2016, hlm. 472

⁶⁴ C.S.T. Kansil, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta, 1989, hlm. 120.

sehat fisik saja, tetapi secara harfiah adalah sehat mental dan jiwa bahkan juga secara spiritual.⁶⁵

Secara umum dapat dikatakan bahwa subsistem kesehatan merupakan bagian dari sistem kemasyarakatan, bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit, memperpanjang masa hidup warga masyarakat, dan juga meningkatkan nilai kesehatan. Kesehatan sosial merupakan kehidupan dalam masyarakat yang sedemikian rupa mempunyai kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri serta kehidupan keluarganya di dalam masyarakat maupun kehidupan masyarakat lingkungan sekitarnya.⁶⁶

Dimensi politik, ekonomi, hukum, sosial dan budaya serta pendidikan memberikan pengaruh signifikan terhadap kualitas kesehatan individu dan masyarakat di suatu negara. Hak atas kesehatan pada prinsipnya tidak terlepas dari hak – hak dasar manusia yang lain seperti hak pendidikan, politik, ekonomi, sosial dan perlindungan hukum dimana di dalamnya termasuk hak persoalan – persoalan spesifik kesehatan seperti kesehatan lingkungan dan penyakit menular.⁶⁷

Kesehatan masyarakat adalah pilar daripada pembangunan sebuah bangsa. Derajat dan martabat sebuah bangsa akan terukur dari sejauh mana peran sosial yang dimainkan dalam kehidupan masyarakatnya. Jelas bahwa rendahnya kualitas kesehatan akan berdampak buruk bagi

⁶⁵ Sri Siswati, *Etika dan Hukum ...*, *Op. Cit.*, hlm. 32.

⁶⁶ Soerjono Soekanto, Herkutanto, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remadja Karya, Bandung, 1987, hlm. 13.

⁶⁷ Majda El Muhtaj, *Dimensi – Dimensi HAM Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Rajawali Pers, Jakarta, 2008, hlm. 152 – 153.

terselenggaranya roda pemerintahan serta kesadaran ini merupakan wujud komitmen semua negara. Kesehatan yang baik dengan terjaminnya perangkat supra dan infrastruktur kesehatan adalah bagian terpenting dalam mewujudkan perlindungan dan pelayanan kesehatan yang baik.⁶⁸

WHO menjelaskan bahwa untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat diperlukan enam usaha dasar kesehatan masyarakat yang terdiri dari : pemeliharaan dokumen kesehatan, pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan medis dan perawatan kesehatan. Merujuk dari keenam hal tersebut pendidikan dan kesehatan lingkungan merupakan usaha dasar kesehatan dalam masyarakat untuk menekan pencegahan secara dini kejadian suatu penyakit agar tidak lebih memperparah keadaan ataupun timbulnya suatu penyakit lainnya.⁶⁹

Kesehatan juga dapat tercapai dengan dukungan lingkungan sekitar yang sehat. Yang dimaksud dengan lingkungan ialah segala sesuatu yang terdapat disekitar setiap manusia dalam kehidupan sehari-hari, yakni udara, tempat kediaman dan tanah sekitarnya, tempat bekerja, tempat berkumpul, tempat ibadah dan lainnya. Dalam hal ini sangat perlu adanya kebersihan dengan mencegah datangnya penyakit. Mencegah penyakit berarti mengusahakan segala sesuatu yang dapat melindungi rakyat dari

⁶⁸ *Ibid.*, hlm. 157.

⁶⁹ Cecep Triwibowo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2014, hlm.

sebab penyakit dengan usaha karantina, vaksinasi, dan usaha-usaha dalam lapangan kesehatan jiwa.⁷⁰

Kesehatan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju. Meskipun masalah kesehatan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun gangguan tersebut dapat menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidak tepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif.⁷¹

Farid Anfasa Moelok dalam seminarnya menegaskan bahwa sesungguhnya tiap gangguan, intervensi, ketidakadilan, ketidakacuhan, dan apapun bentuknya yang mengakibatkan ketidaksehatan bagi tubuh manusia, kejiawaannya, lingkungan alam dan lingkungan sosialnya, pengaturan hukumnya, serta ketidakadilan dalam manajemen sosial yang mereka terima, adalah merupakan pelanggaran hak mereka dalam mendapatkan pemenuhan hak asasi manusia.⁷²

Prinsip-prinsip yang harus ditaati oleh negara dalam pemenuhan hak atas kesehatan mengandung empat unsur, yakni : ketersediaan, aksesibilitas, kualitas dan kesetaraan. Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana

⁷⁰ CST. Kansil, *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia ...*, *Op. Cit.*, hlm. 7.

⁷¹ Hawari, Dadang, *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*, FK UI, Jakarta, 2001, hlm. 12.

⁷² Farid Anfasa Moelok, *Pembangunan Berkelanjutan dalam Peningkatan Derajat Kesehatan Manusia*, makalah disampaikan pada seminar BPHN, Denpasar, 23 – 28 Juni Tahun 2003 dikutip dalam Majda El Muhtaj, *Dimensi ... Op. Cit.*, hlm. 157.

(rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang khususnya kelompok rentan di masyarakat.⁷³

Hak atas kesehatan yang dapat dimiliki oleh rakyat sebagai warga negara terdiri dari :⁷⁴

(1) Hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau ; (2) Setiap orang berhak secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; (3) Setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan; (4) Setiap orang berhak untuk mendapatkan informasi dan edukasi tentang kesehatan yang seimbang dan bertanggungjawab; (5) Setiap orang berhak memperoleh informasi tentang data kesehatan dirinya termasuk tindakan dan pengobatan yang telah maupun akan diterimanya dari tenaga kesehatan.

2. Ruang Lingkup Kesehatan bagi Penyandang Disabilitas Psikososial, khususnya Skizofrenia.

Dalam Penjelasan Pasal 9 huruf g Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyebutkan bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk terbebas dari tekanan, kekerasan, penganiayaan, diskriminasi, dan/atau perampasan

⁷³ <https://www.kontras.org/buletin/indo/bpis.pdf> diakses pada tanggal 9 Oktober 2017.

⁷⁴ Sri Siswanti, *Etika dan Hukum Kesehatan ...*, *Op. Cit.*, hlm. 33-34.

atau pengambilalihan hak milik antara lain dalam bentuk pemaksaan tinggal di panti, pemaksaan penggunaan alat kontrasepsi, pemaksaan mengonsumsi obat yang membahayakan, pemasangan, penyekapan, atau pengurungan.⁷⁵

Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan.⁷⁶

Pasal 12 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas meliputi :

- (1) memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan;
- (2) memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- (3) memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;
- (4) memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- (5) memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya;
- (6) memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
- (7) memperoleh Pelindungan dari upaya percobaan medis;
- (8) memperoleh Pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.⁷⁷

Dalam Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang dimaksud dengan kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seorang

⁷⁵ Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

⁷⁶ Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

⁷⁷ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.⁷⁸

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan memiliki asas dan tujuan bahwasannya pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma – norma agama. Serta bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai, investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.⁷⁹

C. Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum dan Hak Asasi Manusia

Konsep Hak Asasi Manusia secara harfiah dan filosofinya merupakan hak yang melekat pada diri manusia dimana alasan utamanya seseorang memiliki hak asasi merupakan karena dirinya adalah manusia. Di Indonesia hak asasi manusia dipahami sebagai hak yang universal yakni hak yang diberikan oleh Tuhan Yang Maha Esa dan sifatnya melekat pada diri manusia dimana tidak mengenal

⁷⁸ Pasal 1 Undang-undang nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

⁷⁹ Pasal 2 dan 3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

perbedaan berdasarkan warna kulit, jenis kelamin, usia, latar belakang budaya, agama atau kepercayaan.⁸⁰

Di samping hal tersebut hak asasi manusia memiliki prinsip yaitu, prinsip universal (*universality*), prinsip tak terbagi (*indivisibility*), saling bergantung (*interdependent*), saling terkait (*interrelated*), non diskriminasi (*non-discrimination*), kesetaraan (*equality*) dan tanggungjawab negara (*state responsibility*).⁸¹

Prinsip universal (*universality*), semua orang di seluruh dunia dimanapun ia berada tidak peduli agamanya, warganegaranya, bahasanya, etnisnya, tanpa memandang identitas politik dan antropologisnya, dan terlepas dari status disabilitasnya, mereka semua memiliki hak yang sama. Hal ini tertera dalam Pasal Deklarasi Wina tentang Program Aksi yang berbunyi, “Semua hak asasi manusia adalah universal, tak terbagi, saling bergantung, dan saling terkait”.⁸²

Prinsip tak terbagi (*indivisibility*), semua hak asasi manusia sama – sama penting. Oleh karena itu tidak diperbolehkan mengeluarkan hak – hak tertentu atau kategori hak tertentu dari bagiannya. Setiap orang memiliki seluruh kategori hak yang tidak dapat dibagi – bagi. Contohnya seseorang berhak untuk memilih. Pada saat yang sama ia berhak untuk makan minum dan memperoleh pelayanan kesehatan. Tidak boleh satu diberikan, namun beberapa hak yang lain dicabut.⁸³

⁸⁰ Hari Kurniawan, dkk., *Aksesabilitas Peradilan Bagi Penyandang Disabilitas*, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2015, hlm. 17 – 20.

⁸¹ *Ibid.*, hlm. 20.

⁸² *Ibid.*, hlm. 21.

⁸³ *Ibid.*

Prinsip saling bergantung (*interdependent*), bahwa jenis hak tertentu bergantung dengan hak yang lain. Contohnya hak atas kesejahteraan akan bergantung dengan hak atas kesehatan.⁸⁴

Prinsip saling terkait (*interrelated*), satu hak akan selalu terkait dengan hak yang lainnya. Contohnya adalah jika seseorang dapat dipilih sebagai pejabat desa dengan syarat tidak mengalami gangguan jiwa, maka penyandang disabilitas psikososial harus diberikan pemenuhan hak atas kesehatan agar sembuh dari gangguan jiwanya dan agar dapat dipilih sebagai pejabat desa.⁸⁵

Non diskriminasi (*non-discrimination*), diskriminasi terjadi jika setiap orang diperlakukan atau memiliki kesempatan yang tidak setara. Misalnya, ketidaksetaraan kesempatan pelayanan kesehatan. Suatu situasi dikatakan tidak setara atau diskriminatif, jika diperlakukan secara berbeda atau situasi yang berbeda diperlakukan sama. Diskriminasi ada dua bentuk yakni, diskriminasi langsung dan diskriminasi tidak langsung. Diskriminasi langsung merupakan ketika seseorang baik langsung maupun tidak langsung diperlakukan secara berbeda daripada yang lainnya. Contohnya ketika pemerintah membuat pengumuman bahwa syarat diterima menjadi pejabat pemerintah yaitu tidak memiliki ‘kecacatan’ tertentu. Sedangkan diskriminasi tidak langsung, ketika dampak praktis dari hukum dan/atau kebijakan merupakan bentuk diskriminasi walaupun hal itu tidak ditujukan untuk tujuan diskriminasi. Contohnya ketika pemerintah membuat pengumuman bahwa syarat menjadi pegawai negeri sipil

⁸⁴ *Ibid.*, hlm. 22.

⁸⁵ *Ibid.*

sehat jasmani dan rohani. Syarat sehat jasmani rohani ini seringkali dipahami oleh penyelenggara negara sebagai tidak menyangang disabilitas.⁸⁶

Kesetaraan (*equality*), perlakuan yang setara dimana pada situasi yang harus sama diperlakukan dengan sama, dan dimana pada situasi berbeda dengan sedikit perbedaan diperlukan secara berbeda. Kesetaraan di depan hukum, kesetaraan kesempatan, kesetaraan akses dalam pelayanan kesehatan, kesetaraan dalam mengakses peradilan yang fair dan lain-lain merupakan hal penting dalam hak asasi manusia.⁸⁷

Tanggungjawab negara (*state responsibility*), negara melalui aparaturnya merupakan aktor utama yang dibebani tanggungjawab untuk memenuhi, melindungi, dan menghormati hak asasi manusia. Prinsip ini ditulis diseluruh kovenan dan konvensi hak asasi manusia internasionalnya maupun peraturan domestiknya.⁸⁸

Terkait dengan hal tersebut di atas, negara mempunyai kewajiban dalam pemenuhan hak asasi manusia. Terdapat 3 (tiga) bentuk kewajiban negara yakni, kewajiban untuk menghormati (*obligation of respect*), kewajiban untuk memenuhi (*obligation to fulfill*), dan kewajiban untuk melindungi (*obligation to protect*).

Kewajiban untuk menghormati (*Obligation to respect*), negara tidak melakukan campurtangan terhadap hak sipil warga negara. Campur tangan yang tidak sah merupakan pelanggaran hak asasi manusia. Contohnya, hak untuk bekerja, hak kesehatan dan pendidikan. Berhubungan dengan kewajiban negara

⁸⁶ *Ibid.*, hlm. 23.

⁸⁷ *Ibid.*, hlm. 24.

⁸⁸ *Ibid.*, hlm. 25.

untuk menyediakan lapangan pekerjaan, fasilitas dan pelayanan kesehatan dan sistem pendidikan yang terarah.⁸⁹

Kewajiban untuk memenuhi (*obligation to fulfill*), kewajiban negara untuk mengambil langkah legislatif, administratif, yudisial, dan kebijakan praktis. Contohnya penyandang disabilitas psikososial berhak atas kesehatan rehabilitasi rutin hingga sembuh, maka negara berkewajiban untuk menyediakan sarana dan prasarana agar rehabilitasi atas kesehatan jiwa tersebut dapat terpenuhi.⁹⁰

Kewajiban negara untuk melindungi (*obligation to protect*), kewajiban negara untuk memastikan tidak ada pelanggaran hak asasi manusia oleh pihak ketiga, pihak ketiga yaitu individu, kelompok maupun korporasi.⁹¹

Tidak terpenuhinya ketiga kewajiban di atas akan berujung pada pelanggaran hak asasi manusia. Pada posisi ini, pelanggaran hak asasi manusia hanya dapat disematkan kepada negara (pemerintah : eksekutif, legislatif dan yudikatif). Ketidakmauan (*unwillingness*) dan ketidakmampuan (*unability*) negara untuk melindungi dan memenuhi disebut pelanggaran hak asasi manusia pasif (*human rights violation by omission*). Sedangkan kegagalan negara untuk menghormati disebut sebagai pelanggaran hak asasi manusia aktif (*human rights violation by commission*).⁹²

Act of commission dalam pelanggaran hak ekonomi, sosial dan budaya dapat dilakukan oleh individu – individu maupun kelompok (pihak ketiga) yang bertentangan dengan tugas dan kewajibannya, baik secara langsung maupun tidak

⁸⁹ *Ibid.*, hlm. 26 – 27.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

⁹² *Ibid.*, hlm. 28.

langsung, berbuat pelanggaran terhadap hak – hak masyarakat. *Act of omission* jua dapat dilakukan dengan mengatasnamakan pemerintah maupun lembaga negara yang mengeluarkan peraturan atau kebijakan yang menambah pelanggaran hak asasi manusia maupun kebijakan – kebijakan yang bertentangan dengan Kovenan yang telah diratifikasi menjadi Undang-undang.⁹³

Hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak ekonomi sosial dan budaya (ekosob), maka ini termasuk ke dalam kategori hak – hak positif (*positive rights*). Dikatakan positif karena untuk merealisasikan hak –hak yang diakui di dalam kovenan tersebut diperlukan keterlibatan negara yang besar. Negara disini haruslah berperan aktif (*obligation to do something*). Sebagai hak – hak positif, hak ekonomi sosial dan budaya tidak dapat dituntut di muka pengadilan (*non – justiciable*).⁹⁴

Berikut merupakan instrumen – instrumen yang mengatur pemenuhan asasi manusia tersebut, khususnya hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas. Adapun instrumen – instrumen tersebut sebagai berikut :

1. Hak Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM Nasional.

Berikut pengaturan terkait dengan hak bagi penyandang gangguan jiwa dalam instrument hukum HAM Nasional.

⁹³ Eko Riyadi, *To Promote: Membaca Perkembangan Wacana Hak Asasi Manusia di Indonesia*, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2012, hlm. 305.

⁹⁴ Ifdhal Kasim, *Implementasi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya: Kerangka Normatif dan Standar Internasional*, dalam Kumpulan Makalah Seminar dan Lokakarya Nasional Menuju Perlindungan dan Pemenuhan Yang Efektif Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, Yogyakarta, 16 – 17 April 2007.

Pasal 28H ayat (1) Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.⁹⁵

Pasal 34 ayat (3) Undang – Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 menyatakan bahwa Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Ketentuan – ketentuan di atas secara detail dalam Pasal 34 Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 menyebutkan bahwa :

- (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara.
- (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
- (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan pasal ini diatur dalam undang-undang.

Dari beberapa ketentuan (konstitusi) di atas secara umum menjelaskan bahwa setiap orang berhak atas pemenuhan kesehatan dan penghidupan yang layak, dimana termasuk di dalamnya adalah penyandang disabilitas psikososial.

Pengakuan terhadap hak atas kesehatan juga diperkuat dengan beberapa undang-undang yang lain, seperti Undang-Undang tentang Hak

⁹⁵ Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945.

Asasi Manusia, Undang-Undang tentang Kesehatan, Undang-Undang Kesehatan Jiwa, beberapa Undang-Undang hasil ratifikasi atas kovenan internasional di bidang hak atas kesehatan, dan juga termasuk Undang-Undang tentang Penyandang Disabilitas.

Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia secara tegas menyebutkan bahwa hak atas kesehatan adalah hak asasi manusia. Berikut beberapa pasal dalam undang-undang ini terkait hak atas kesehatan bagi disabilitas psikososial, yaitu Pasal 9, Pasal 41, dan Pasal 42.

Pasal 9 Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menyatakan bahwa :

- (1) Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya;
- (2) Setiap orang berhak hidup tenteram, aman, damai, bahagia, sejahtera lahir dan batin;
- (3) Setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat.⁹⁶

Pada pasal lain menyebutkan bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk hidup layak dan penyandang cacat mendapatkan perlakuan khusus dan dipermudah. Hal ini disebutkan dalam Pasal 41 yang berbunyi :

⁹⁶ Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

- (1) Setiap warga negara berhak atas jaminan sosial yang dibutuhkan untuk hidup layak serta untuk perkembangan pribadinya secara utuh.
- (2) Setiap penyandang cacat, orang yang berusia lanjut, wanita hamil, dan anak-anak, berhak memperoleh kemudahan dan perlakuan khusus.

Di samping itu juga Pasal 42 Undang – undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia menegaskan terkait penyandang disabilitas berhak untuk mendapatkan pemenuhan kesehatan dan bantuan khusus atas biaya negara. Pasal ini menyatakan bahwa setiap warga negara yang berusia lanjut, cacat fisik dan atau cacat mental berhak memperoleh perawatan, pendidikan, pelatihan, dan bantuan khusus atas biaya negara, untuk menjamin kehidupan yang layak sesuai dengan martabat kemanusiaanya, meningkatkan rasa percaya diri, dan kemampuan berpartisipasi dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.⁹⁷

Pasal 12 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas meliputi :

- (1) memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan;
- (2) memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan;
- (3) memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau;

⁹⁷ *Ibid.*

- (4) memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya;
- (5) memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya;
- (6) memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah;
- (7) memperoleh Pelindungan dari upaya percobaan medis;
- (8) memperoleh Pelindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.⁹⁸

Pasal 12 ayat (2) di atas menyebutkan sumber daya di bidang kesehatan, yang dimaksud dengan “sumber daya di bidang kesehatan” adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

2. Hak Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM Internasional.

Masyarakat Internasional telah menyatakan secara eksplisit kebulatan tekadnya sebagaimana terangkum pada Pasal 25 ayat (1) Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM) menyatakan dengan tegas bahwa :⁹⁹

“Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang menjamin kesehatan dan keadaan, baik untuk dirinya dan untuk keluarganya, termasuk soal makanan, pakaian, perumahan, dan perawatan kesehatannya, serta usaha – usaha sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan saat menganggur, janda, lanjut usia, atau mengalami kekurangan nafkah lain –lain karena keadaan yang diluar kekuasaannya.”

⁹⁸ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

⁹⁹ United Nations, *Human Rights; A Compilation of International Instruments*, dikutip dalam Majda El Muhtaj, *Dimensi– Dimensi HAM Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Rajawali Pers, Jakarta, 2008, hlm. 153.

Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak – hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (KIHESB) menyatakan bahwa :

- (1) Negara Pihak dalam Kovenan ini mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental.
- (2) Langkah-langkah yang akan diambil oleh Negara-Negara Pihak Kovenan ini guna mencapai perwujudan hak ini sepenuhnya, harus meliputi langkah – langkah yang diperlukan untuk mengupayakan :
 - (a) Ketentuan-ketentuan untuk pengurangan tingkat kelahiran-mati dan kematian anak serta perkembangan anak yang sehat ;
 - (b) Perbaikan semua aspek kesehatan lingkungan dan industri;
 - (c) Pencegahan, pengobatan dan pengendalian segala penyakit menular, endemik, penyakit-penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan, dan penyakit – penyakit lain;
 - (d) Penciptaan kondisi-kondisi yang akan menjamin semua pelayanan dan perhatian medis kalau sakit.¹⁰⁰

Terkait pasal di atas, hak atas kesehatan juga tercantum dalam Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak – hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya (KIHESB) memberikan penegasan otoritatif kepada negara untuk mengambil langkah yang tepat dalam memenuhi hak atas kesehatan. Kalimat standart tertinggi dalam yang dapat dicapai atas kesehatan fisik dan mental menunjukkan pengertian yang mencakup keseluruhan hak atas kesehatan dimana pencapaian standar tertinggi kesehatan merupakan upaya nyata untuk memenuhi standar kehidupan yang layak bagi manusia yang berarti kesehatan paling dasar.¹⁰¹

Judith Asher dalam bukunya *Right to Health ; A Resource Manual for NGOs* memberikan penjelasan yang penting dan pengertian yang luas

¹⁰⁰ Kovenan Internasional tentang Hak –hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (KIHESB)

¹⁰¹ Majda El Muhtaj, *Dimensi – Dimensi HAM Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Rajawali Pers, Jakarta, 2008, hlm. 153-154.

mencakup hak atas kesehatan. Setidaknya ada dua hal penting yang terdapat dalam lingkup hak kesehatan, yakni kebebasan (*freedom*) dan keberolehan (*entitlement*).¹⁰²

Jonathan Montgomery, sebagaimana dikutip oleh Katarina Tomasevski, juga menegaskan adanya tiga level sebagai standar HAM hak atas kesehatan, yakni : (1) *individually enforceable rights*; (2) *aspirational rights*; dan (3) *legal obligations to ensure conditions that make it possible for citizens to choose to persue maximal health*.¹⁰³

Komite Ekonomi, Sosial dan Budaya juga menerangkan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia yang tidak bisa diabaikan demi memanfaatkan hak asasi manusia yang lain dan bahwa setiap manusia layak menikmati standar tertinggi kesehatan yang menghasilkan kehidupan bermartabat. Jadi, Pasal 12 ayat (1) mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar tertinggi kesehatan mental dan fisik dan Negara – Negara Pihak Kovenan wajib untuk mengambil langkah – langkah yang diperlukan untuk mewujudkan hak ini secara penuh.¹⁰⁴

Pasal 12 ayat (2) Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (KIHESB) menunjukkan melalui suatu ilustrasi dan

¹⁰² *Ibid.*, hlm. 155.

¹⁰³ Katarina Tomasevski, “*Health Rights*” dalam *Asborjn Eide, Economic, Sosial and Cultural Right*, Martinus Publisher, Boston, 1995 dikutip dalam Majda El Muhtaj, *Dimensi ... Op. Cit.*, hlm. 156.

¹⁰⁴ Mashood A. Baderin, *International Human Rights and Islamic Law*, diterjemahkan oleh Musa Khazim & Edwin Arifin, *Hukum Internasional Hak Asasi Manusia dan Hukum Islam*, Cetakan Pertama, diterbitkan dalam Bahasa Indonesia Pertama Kali oleh Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, Jakarta, 2007, hlm. 212.

beberapa langkah yang harus dilakukan oleh Negara peserta untuk mencapai realisasi yang utuh atas hak tersebut.¹⁰⁵

Pasal 12 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (KIHESB) menciptakan dua himpunan norma dalam kaitannya dengan kesehatan manusia. *Himpunan pertama* ialah jaminan terhadap hak-hak individu untuk pencapaian menikmati standar tertinggi kesehatan yang bisa dicapai, sedangkan *himpunan kedua* adalah perlindungan kesehatan publik sebagai langkah yang diperlukan bagi perwujudan himpunan yang pertama. Namun demikian kesehatan publik cenderung membatasi kemerdekaan dan kebebasan bergerak individu. Dengan demikian pembatasan ini harus semata-mata demi perlindungan kesehatan publik dan sejalan dengan hukum yang berlaku.¹⁰⁶

Pemeliharaan kesehatan individu dan publik bergantung pada banyak factor lain, seperti pembuangan sampah, kebersihan lingkungan, nutrisi dan bahkan ketentuan – ketentuan pemukiman, yang karena itu menjadikan hak untuk menikmati standar tertinggi kesehatan fisik dan mental yang cukup kompleks. Selain itu juga kebutuhannya terletak pada sumber daya ekonomi dan sumber daya manusia yang besar, hal ini juga banyak banyak bergantung pada tingkat pembangunan masing – masing Negara.¹⁰⁷

Dalam mendefinisikan kandungan normatif hak ini, Komite Ekonomi, Sosial dan Budaya telah menerangkan bahwa hak atas kesehatan

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ *Ibid.*, hlm. 213.

¹⁰⁷ *Ibid.*

dalam semua bentuk dan tingkatannya akan meliputi ketersediaan, penerimaan dan kualitas. Dengan penafsiran tersebut terhadap kewajiban negara-negara pihak, Komite Ekonomi, Sosial dan Budaya menerangkan bahwa :

“Hak atas kesehatan, sebagaimana semua hak asasi manusia lain, membebaskan tiga tipe atau tingkat kewajiban kepada negara-negara pihak, yakni : menghormati, melindungi dan memenuhi. Pada gilirannya, kewajiban memenuhi mengandung kewajiban memfasilitasi, menyediakan dan memajukan. Kewajiban menghormati menuntut tiap negara untuk menahan diri dari mengganggu secara langsung atau tidak langsung terhadap penikmatan hak atas kesehatan. Kewajiban melindungi menuntut tiap Negara untuk mengambil tindakan – tindakan yang mencegah pihak – pihak ketiga dari mengganggu jaminan – jaminan Pasal 12. Akhirnya, kewajiban memenuhi menuntut negara-negara pihak untuk mengambil tindakan legislative, administrative, anggaran, peradilan, promosional dan sebagainya menuju perwujudan penuh ha katas kesehatan.”¹⁰⁸

Perjanjian Internasional atas Hak – hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR) mencantumkan peraturan mengenai Hak atas Standar Kesehatan Tertinggi yang dapat dijangkau dalam Komentar Umum Pasal 14 dan menjelaskan secara menyeluruh dari Komite Ekonomi, Sosial dan Budaya dengan memperluas perspektif hak atas kesehatan dengan mempertimbangkan peningkatan kualitas hidup manusia dalam hubungan dengan penikmatan kesehatan.¹⁰⁹

Dalam Komentar Umum terkait dengan hak atas standar kesehatan tertinggi dapat dijangkau sesuai Pasal 12 Perjanjian Internasional atas Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, Kesehatan adalah hak asasi

¹⁰⁸ *Ibid.*, hlm. 213.

¹⁰⁹ *Ibid.*, hlm. 214.

manusia yang fundamental dan tak ternilai demi terlaksananya hak asasi manusia yang lainnya. Setiap orang berhak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang dapat dijangkau dan kondusif bagi kehidupan manusia yang berderajat.¹¹⁰

Perjanjian Internasional atas Hak-hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR) mencantumkan dalam Pasal 12 dimana dalam Pasal 12 ICESCR telah dijelaskan secara menyeluruh dan meliputi banyak hal untuk mencapai hak atas standar kesehatan tertinggi dalam hukum hak asasi manusia internasional.¹¹¹

Komite menginterpretasikan hak atas kesehatan sebagaimana tercantum dalam pasal 12 ayat (1) sebagai hak inklusif yang luas, mencakup tidak hanya pelayanan kesehatan yang tepat dan memadai, namun juga mencakup faktor-faktor peranan kesehatan, misalnya akses terhadap air minum sehat dan sanitasi yang memadai. Suplai makanan sehat yang cukup dan akses kepada pendidikan dan informasi yang berhubungan dengan kesehatan, termasuk kesehatan seksual dan kesehatan berproduksi. Aspek lain yang penting adalah partisipasi dari semua populasi dalam pembuatan kebijakan yang berhubungan dengan kesehatan di masyarakat, tingkat nasional dan internasional.¹¹²

Hak Kesehatan dalam Pasal 12 segala bentuknya dan semua levelnya mengandung elemen yang penting dan terkait. Penerapan yang

¹¹⁰ Komentar Umum: *Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik, Kovenan Internasional Hak Ekonomi Sosial dan Budaya*, KOMNAS HAM, Jakarta, 2013, hlm. 171.

¹¹¹ *Ibid.*, hlm. 172 – 173.

¹¹² *Ibid.*, hlm. 173.

tepat akan sangat bergantung pada kondisi-kondisi tertentu dalam Negara tertentu. Yaitu :¹¹³

- a. Ketersediaan. Pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup disuatu Negara. Kecukupan akan Fasilitas barang dan jasa bervariasi dan bergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat pembangunan Negara. Meskipun demikian akan mencakup faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kesehatan misalnya, air minum yang sehat, sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik, dan bangunan lain-lainnya yang berkaitan dengan kesehatan. Tenaga medis yang berpengalaman dan professional dengan penghasilan yang kompetitif serta obat yang baik sebagaimana yang termaksud oleh *WHO Action Programme on Essential Drugs*.
- b. Aksesibilitas. fasilitas kesehatan, barang dan jasa, harus dapat diakses oleh tiap orang tanpa diskriminasi, dalam yurisdiksi Negara. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait yaitu:
 - 1) *Tidak diskriminasi*. Fasilitas kesehatan , barang dan jasa harus dapat diakses oleh semua, terutama oleh masyarakat yang marginal atau masyarakat yang tidak terlindungi oleh hukum dan dalam kehidupan nyata, tanpa diskriminasi dengan dasar apapun juga.

¹¹³ *Ibid., hlm. 173.*

- 2) *Akses secara fisik.* Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara fisik dengan aman bagi semua, terutama bagi kelompok yang rentan atau marginal, misalnya etnis minoritas atau masyarakat terasing, perempuan, anak-anak, penyandang cacat, dan orang yang mengidap HIV / AIDS. Aksesibilitas juga berarti bahwa pelayanan kesehatan dan faktor-faktor penentu kesehatan, misalnya air minum sehat dan fasilitas sanitasi yang memadai dapat dijangkau secara fisik, termasuk di daerah pinggiran, lebih jauh lagi aksesibilitas mencakup akses ke bangunan-bangunan bagi penyandang cacat.
- 3) *Akses ekonomi* (terjangkau secara ekonomi). Fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus dapat terjangkau secara ekonomi bagi semua. Pembayaran pelayanan perawatan kesehatan juga pelayanan yang terkait dengan faktor-faktor penentu kesehatan harus didasarkan pada prinsip kesamaan, memastikan bahwa pelayanan ini, yang tersedia baik secara privat maupun publik, terjangkau oleh semua, termasuk kelompok yang tidak beruntung secara sosial. Kesamaan mensyaratkan bahwa masyarakat miskin tidaklah harus dibebani biaya kesehatan secara tidak proporsional dibandingkan dengan masyarakat kaya.

- 4) *Akses informasi.* aksesibilitasnya mencakup hak untuk mencari dan menerima atau membagi informasi dan ide, mengenai masalah-masalah kesehatan namun akses informasi sama dengan hak kerahasiaan data kesehatan.
- c. *Penerimaan/Dapat diterima.* Segala fasilitas kesehatan, barang dan pelayanan harus diterima oleh etika medis dan sesuai secara budaya, misalnya menghormati kebudayaan individu-individu, kaum minoritas, kelompok dan masyarakat, sensitif terhadap gender dan persyaratan siklus hidup. Juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.
- d. *Kualitas.* Selain secara budaya diterima, fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus secara ilmu dan secara medis sesuai serta dalam kualitas yang baik. Hal ini mensyaratkan antara lain, personil yang secara medis berkemampuan, obat-obatan dan perlengkapan rumah sakit yang secara ilmu diakui dan tidak kadaluarsa, air minum aman dan dapat diminum, serta sanitasi yang memadai.

Komite kembali menegaskan paragraf 34 dari Komentar Umum No.5 yang ditujukan pada masalah penyandang cacat dalam konteks Hak Atas Kesehatan Fisik dan Mental, Komite juga menekankan pada kebutuhan, tidak hanya bidang kesehatan publik, juga jaminan pelayanan

kesehatan dan fasilitas kesehatan yang berpijak pada prinsip non diskriminasi dan hubungan dengan penyandang cacat.¹¹⁴

Pasal 17 Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Person with Disabilities (CPRD)*) yang telah diratifikasi dengan Undang-undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa “setiap penyandang disabilitas memiliki hak untuk mendapatkan penghormatan atas integritas mental dan fisiknya atas dasar kesamaan dengan orang lain”.¹¹⁵

Pasal 25 Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Person with Disabilities (CPRD)*) menyebutkan bahwa Negara-Negara Pihak mengakui bahwa penyandang disabilitas memiliki hak untuk menikmati standar kesehatan tertinggi yang tersedia tanpa diskriminasi atas dasar disabilitas mereka. Negara-Negara Pihak wajib mengambil semua langkah yang diperlukan untuk menjamin akses bagi penyandang disabilitas terhadap pelayanan kesehatan yang sensitif gender, termasuk rehabilitasi kesehatan. Secara khusus, Negara-Negara Pihak wajib melakukan :¹¹⁶

- (1) Menyediakan bagi penyandang disabilitas, program dan perawatan kesehatan gratis atau terjangkau, kualitas dan standar yang sama dengan orang lain, termasuk dalam bidang kesehatan seksual dan reproduksi serta program kesehatan publik berbasis populasi;

¹¹⁴ *Ibid.*, hlm. 178.

¹¹⁵ Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Persons with Disabilities*) yang telah diratifikasi melalui Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas.

¹¹⁶ *Ibid.*

- (2) Menyediakan pelayanan kesehatan khusus yang dibutuhkan penyandang disabilitas karena disabilitas yang dimiliki, termasuk identifikasi awal dan intervensi yang patut serta pelayanan yang dirancang untuk meminimalkan dan mencegah disabilitas lebih lanjut, termasuk bagi anak-anak dan orang-orang lanjut usia;
- (3) Menyediakan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan komunitas penyandang disabilitas, termasuk di wilayah perdesaan;
- (4) Mewajibkan para profesional di bidang kesehatan untuk menyediakan perawatan dengan kualitas sama kepada penyandang disabilitas sebagaimana tersedia kepada orang-orang lain, termasuk atas dasar free and informed consent dengan cara, inter alia, meningkatkan kesadaran akan hak asasi manusia, martabat, kemandirian, dan kebutuhan penyandang disabilitas melalui pelatihan dan penerapan standar etika untuk layanan kesehatan pemerintah dan swasta;
- (5) Melarang diskriminasi terhadap penyandang disabilitas di dalam penyediaan asuransi kesehatan dan asuransi kehidupan yang tidak bertentangan dengan ketentuan hukum nasional, yang wajib tersedia secara adil dan layak;
- (6) Mencegah penolakan diskriminatif untuk memperoleh layanan atau perawatan kesehatan atau makanan dan zat cair atas dasar disabilitas.

Dari beberapa pasal di atas jelas bahwasannya hak atas kesehatan tersedia bagi semua orang khususnya bagi penyandang disabilitas mental-psikososial-skizofrenia dan di atur dalam instrumen hukum hak asasi manusia (HAM) Internasional. Sejalan dengan hal tersebut, instrumen hukum HAM Internasional juga telah mengatur terkait pemenuhan seutuhnya bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas psikososial untuk mendapatkan akses hak atas kesehatan dengan sepenuhnya tanpa terkecuali.

3. Hak Penyandang Disabilitas Psikososial dalam Perspektif Hukum HAM dalam Islam.

Hak Asasi Manusia dalam pandangan Islam tidak seperti pandangan dunia Barat dan Amerika yang bersandar pada ideologi individualistik dan sosialis komunis yang bersandar pada ideologi kolektifitas atau komunal, tetapi Islam lebih memilih toleransi demi kepentingan harkat dan martabat kemanusiaan sebagai ciptaan yang diberi derajat tertinggi di muka bumi.¹¹⁷

Pandangan Islam tentang Hak Asasi Manusia dengan jelas dan tegas dapat dicermati dalam Piagam Madinah (Konstitusi Madinah) sebagai perjanjian yang diadakan oleh Rosulullah Muhammad SAW dengan beberapa golongan dimasa itu, yang secara substansial mengakomodir Hak Asasi Manusia dalam bidang Politik, bidang Sosial, Ekonomi, Budaya dan Agama. Selain itu penegasan pandangan Islam tentang Hak Asasi Manusia di dunia internasional dideklarasikan di Kairo Tahun 1990 (*Cairo Declaration on Human Rights in Islam 1990*).¹¹⁸

Islam juga menekankan arti penting kesehatan mental dan fisik. Arti penting yang besar dikaitkan dengan ilmu-ilmu medis dan kesehatan sebagaimana pada ilmu – ilmu agama karena tanpa kesehatan yang baik, tidak ada aktivitas entah duniawi maupun keagamaan yang bisa dilakukan oleh seseorang. Pelatihan staf medis dan pendirian rumah sakit dianggap

¹¹⁷ Nurul Qamar, *Hak Asasi Manusia dalam Negara Hukum Demokrasi*, Sinar Grafika, Cetakan Pertama, Jakarta, 2013, hlm. 88.

¹¹⁸ *Ibid.*, hlm. 88 – 89.

sebagai tugas yang sangat penting bagi suatu negara dan sangat penting dianjurkan dimasa paling awal sejarah Islam.¹¹⁹

Hak asasi manusia dalam Islam tertuang secara jelas untuk kepentingan manusia, lewat syari'ah Islam yang diturunkan melalui wahyu. Menurut syari'ah, manusia adalah makhluk bebas yang mempunyai tugas dan tanggungjawab yang karenanya juga mempunyai hak dan kebebasan. Pada dasarnya HAM dalam Islam terpusat pada lima hal pokok yang terangkum dalam *al-dhoruriyat al-khomsah* atau yang disebut juga dengan *al-huquq al-insaniyah fi al-islam* (hak – hak asasi manusia dalam islam). Konsep ini mengandung lima hal pokok yang harus dijaga oleh setiap individu yaitu; *hifdzu al-din* (penghormatan atas kebebasan beragama), *hifdzu al-mal* (penghormatan atas harta benda), *hifdzu al-nafs wa al-'ird* (penghormatan atas jiwa, hak hidup dan kehormatan individu), *hifdzu al-'aql* (penghormatan atas kebebasan berfikir dan berpendapat), dan *hifdzu al-nasl* (keharusan untuk menjaga keturunan).¹²⁰

Metode – metode dalam mengatur hak asasi manusia sesuai dengan hukum Islam dalam perjalanan waktu dan penyebaran Islam setelah wafatnya Nabi membawa banyak kasus baru yang tidak secara langsung tercantum dalam teks Al-Qur'an dan Hadits. Berdasarkan otoritas antara lain seperti; Hadits Muadz bin Jabal yang menunjukkan konsep *Ijtihad*

¹¹⁹ Mashood A. Baderin, *International Human Rights and Islamic Law*, diterjemahkan oleh Musa Khazim & Edwin Arifin, *Hukum Internasional Hak Asasi Manusia dan Hukum Islam*, , Cetakan Pertama, diterbitkan dalam Bahasa Indonesia Pertama Kali oleh Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, Jakarta, 2007.

¹²⁰ *Ibid.*

(penalaran legal) berkembang sebagai metode Hukum Islam yang darinya kemudian muncul metode – metode *legal ijma'* (consensus yuridis) dan *qiyas* (analogi legal) seperti juga kaidah *istihsan* (preferensi yuridis), *istishlah* atau *mashlahah* (kemaslahatan), *'urf* (kebiasaan atau kedzaliman), *dharurah* (kemestian hidup, kebutuhan pokok), yang melalui semua itu sumber-sumber formal diperluas mencakup perkembangan-perkembangan baru dalam langkah kehidupan manusia.¹²¹

Issacs mengatakan bahwa :

“Islam bukan saja menghargai kedokteran tapi juga memberikan gelar hakim (bijaksana) bagi para praktisi idang kedokteran, suatu istilah yang digunakan oleh Kaum Muslim sampai sekarang di banyak wilayah. Asosiasi kedokteran dengan pembelajaran agama cukup menarik, dan merupakan ciri yang menyenangkan dari kehidupan Muslim karena menurut hadits Nabi ‘ilmu adalah dua lapis, ilmu teologis untuk agama dan ilmu medis untuk tubuh’.”¹²²

Saud juga mengatakan bahwa :

Sejak masa kekuasaan Bani Umayyah, Kaum Muslimin mengembangkan lembaga rumah sakit. Semasa kekuasaan Khalifah Abbasiyah Harun Al-Rasyid, sebuah rumah sakit telah dibangun di Baghdad dan menjadi yang pertama dalam sejarah kota ini. Banyak rumah sakit lain kemudian dibangun setelahnya. Sebagian darinya bahkan memiliki kebun sendiri untuk tempat menumbuhkan tanaman – tanaman medis. Rumah – rumah sakit besar mempunyai sekolah – sekolah medis yang menempel dengannya. Selain rumah – rumah sakit seperti itu, ada juga banyak rumah sakit keliling di dunia Muslim.¹²³

Hukum Islam mendukung baik pendekatan preventif maupun kuratif terhadap kesehatan dan menggalakkan kebersihan sebagai

¹²¹ *Ibid.*, hlm. 36.

¹²² Lihat, Young, M.J.L., et al (ed.), *Religion, Learning and Science in the 'Abbasid Period (1990)*, dikutip dalam Mashood A. Baderin, *International Human ... Ibid.*

¹²³ Saud M., *Islam and Evolution of Science (1994)*, hal. 95 dikutip dalam Mashood A. Baderin, *International Human ... Ibid.*, hlm. 215.

pendekatan preventif terbaik baik bagi kesehatan mental maupun fisik. Maka dari itu, baik individu maupun Negara sama-sama dianjurkan untuk menjaga kebersihan sebagai langkah alamiah dan utama demi menjamin standar tertinggi kesehatan fisik dan mental di dalam masyarakat. Nabi Muhammad SAW menekankan hal ini dengan menyerukan “*Kebersihan adalah sebagian daripada iman*”.(Hadits Riwayat Muslim).¹²⁴ Selain itu juga terdapat dalam Hadits Riwayat Bukhari yang artinya “*Ada 2 (dua) anugerah yang karenanya banyak manusia tertipu, yaitu kesehatan yang baik dan waktu yang luang*”.

Aspek kuratif kesehatan juga ditekankan menurut hukum Islam melalui keyakinan bahwa selalu ada obat untuk semua penyakit. Nabi SAW bersabda, “*Allah tidak akan menurunkan penyakit yang tidak ada obatnya*”.(Hadits Riwayat Bukhori dan Muslim)¹²⁵ dan juga bahwa “*Setiap penyakit pasti ada obatnya*”.(Hadits Riwayat Bukhori).¹²⁶ Hal ini mendukung kepercayaan pada kemungkinan dan pencarian obat bagi tiap penyakit, yang sebagai akibatnya memajukan hak atas kesehatan.

Perawatan, pemeliharaan dan penyembuhan orang yang sakit fisiki maupun mental juga dianggap sebagai tugas yang memberi pahala menurut hukum Islam. Oleh karena itu, adalah merupakan suatu kewajiban

¹²⁴ Diriwayatkan oleh Muslim, lihat umpamanya, Karim (c.k. no. 36), Vol. 1, hal. 663, Hadis No. 1 dikutip dalam Mashood A. Baderin, *International Human ... Ibid.*

¹²⁵ Diriwayatkan oleh Al – Bukhori dan Muslim, lihat umpamanya, Karim (c.k. no. 36), Vol. II, hal. 71, Hadis No. 44 dikutip dalam Mashood A. Baderin, *International Human ..., Ibid.*

¹²⁶ Diriwayatkan oleh Muslim, lihat umpamanya, Karim (c.k. no. 36), Vol. II, hal. 72, Hadis No. 2 dikutip dalam Mashood A. Baderin, *International Human ..., Ibid.*

yang penting bagi Negara untuk menjamin ketersediaan layanan dan perhatian medis bila ada warga negaranya yang sakit.¹²⁷

Sebagai pengakuan atas cita-cita di atas, Pasal 17 Deklarasi Kairo Organisasi Konferensi Islam tentang Hak Asasi Manusia dalam Islam menetapkan bahwa :

“Setiap orang memiliki hak untuk hidup dalam lingkungan bersih, jauh dari kejahatan dan korupsi moral, suatu lingkungan yang memajukan pengembangan diri. Pemenuhan hak tersebut diibankan pada negara dan masyarakat secara umum. Setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan perhatian medis dan sosial. Dan semua sarana umum disediakan oleh negara dan masyarakat sesuai sumber daya yang tersedia.”¹²⁸

Pasal 17 Deklarasi Kairo di atas menyebutkan bahwa Pemerintah sebagai wakil negara memiliki kewajiban untuk menjamin hak setiap orang atas penghidupan yang layak, yang terpenuhi segala kebutuhan pokok hidup dirinya dan keluarganya, seperti pangan, sandang, perumahan, pendidikan, perawatan kesehatan dan kebutuhan pokok lainnya.¹²⁹

Pasal 2 *Cairo Declaration* menyatakan Hidup adalah karunia yang diberikan Tuhan dan hak untuk hidup dijamin bagi setiap manusia. Ini adalah tugas individu, masyarakat dan negara untuk melindungi hak ini terhadap pelanggaran, dan itu dilarang untuk mengambil nyawa kecuali untuk sebuah alasan yang ditentukan syari'at. Hak untuk hidup berdasar dalam Al-Qur'an Surat Al-Maidah ayat 45 dan Surat Al-Isra' ayat 33.¹³⁰

¹²⁷ Mashood A. Baderin, *International Human Rights ...*, Op. Cit., hlm. 215.

¹²⁸ Deklarasi Kairo Tahun 1990.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*

Al-Qur'an dan Sunah merupakan sumber hukum pertama bagi umat Islam dan telah meletakkan dasar-dasar Hak Asasi Manusia serta kebenaran dan keadilan jauh sebelum timbul pemikiran mengenai hak asasi pada masyarakat di dunia ini. Dalam Al-Qur'an terdapat sekitar 80 ayat tentang hidup, pemeliharaan hidup dan penyediaan sarana kehidupan, misalnya dalam Qur'an Surat Al-Maidah ayat 32. Di samping itu Al-Qur'an juga berbicara tentang kehormatan dalam 20 ayat di dalam Al-Qur'an. Al-Qur'an juga menjelaskan dalam sekitar 150 ayat tentang ciptaan dan makhluk-makhluknya serta persamaan dalam penciptaannya seperti dalam Surat Al-Hujarat ayat 13.¹³¹

Prinsip-prinsip lain yang bersifat menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia adalah kritik Islam atas ketidakadilan, ketimpangan sosial, dan diskriminasi. Nilai-nilai ini juga yang diperjuangkan oleh HAM. Sejak 1500 tahun yang lalu, Al-Qur'an menyampaikan kritik ini seperti ketidakadilan ekonomi dalam pernyataan "kekayaan tidak boleh berputar di kalangan orang-orang kaya saja", (QS Al-Hasyr ayat 7). Islam peduli pada orang-orang tertindas yang perlu ditolong dan ditingkatkan harkat dan martabatnya. Melakukan pembiaran atas nasib orang-orang miskin dan terlantar adalah perbuatan melanggar agama dan HAM.¹³²

Selanjutnya, pada level sosial-politik Al-Qur'an ingin menguatkan unit kekeluargaan paling dasar yang terdiri dari kedua orang tua, anak-anak, dan kakek-nenek. Unit keluarga adalah dasar keharmonisan di mana

¹³¹ <http://www.kumpulanmakalah.com/2015/12/ham-dalam-pandangan-islam.html>, diakses pada tanggal 29 September 2017, pukul 02.32.

¹³² Nurul Qomar, *Hak Asasi Manusia ...*, *Op. Cit.*, hlm. 90.

harkat manusia mulai ditegakkan. Karena itu Al-Qur'an peduli pada aspek ini seperti halnya anjuran untuk berbuat baik kepada sesama diterangkan dalam Qur'an Surat Al-Baqarah ayat 83 dan Q.S. An-Nisa' ayat 36, serta terdapat pula anjuran untuk berbuat baik tidak boleh saling diskriminasi terdapat dalam Q.S. Al-An'am ayat 161, Q.S. Al-Isra' ayat 23, dan juga dalam Q.S. Al-Ankabut ayat 8, serta masih banyak lagi ayat-ayat Qur'an yang lainnya. Karena itu, peningkatan harkat dan martabat manusia hanya bisa bermakna jika dikaitkan dengan aspek keadilan ekonomi, sosial, dan politik. Prinsip-prinsip al-Qur'an di atas mengatur sedemikian rupa sehingga hak-hak manusia tidak dilanggar baik dalam tingkat individu, keluarga, maupun masyarakat. Baik secara ekonomi, sosial, maupun politik.¹³³

Al-Qur'an telah jelas dan tegas menyebutkan untuk berbuat kebajikan pada umatnya dalam Surat Al-Baqarah ayat 177 berbunyi:

لَيْسَ الْبِرَّ أَنْ تُوَلُّوا وُجُوهَكُمْ قِبَلَ الْمَشْرِقِ وَالْمَغْرِبِ وَلَكِنَّ الْبِرَّ مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَالْمَلَائِكَةِ وَالْكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآتَى الزَّكَاةَ وَالْمُوفُونَ بِعَهْدِهِمْ إِذَا عَاهَدُوا وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالصَّرَاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ

Artinya : “Kebajikan itu bukanlah menghadapkan wajahmu ke arah timur dan ke barat, tetapi kebajikan itu ialah kebajikan orang yang beriman kepada Allah, hari akhir, malaikat-malaikat, kitab-kitab, dan nabi-nabi dan memberikan harta yang dicintainya kepada kerabat, anak yatim, orang-orang miskin, orang-orang yang dalam perjalanan (musafir), peminta-minta, dan untuk memerdekakan hamba sahaya, yang melaksanakan zakat,

¹³³ <http://www.annaba-center.com/kajian/hak-asasi-manusia-ham-dalam-perpesktif-al-quran-dan-al-sunnah> diakses 12 September 2017, pukul 14.21.

orang-orang yang menpati janji apabila berjanji, dan orang yang sabar dalam kemelaratan, penderitaan dan pada masa peperangan. Mereka itulah orang-orang yang benar, dan mereka itulah orang-orang yang bertaqwa.”

Q.S. Al-Baqarah: 177

Sejatinya Al-Qur'an memiliki nilai mengenai pentingnya kesejahteraan masyarakat ketimbang sekadar menghadapkan wajah kita ke barat atau timur dalam shalat. Tanpa memarginalkan pentingnya shalat, Al-Qur'an mengintegrasikan makna dan tujuan shalat dengan kebijakan dan perhatian untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Selain memberi pesan tentang keimanan, Al-Qur'an mengingatkan penganutnya bahwa pernyataan keimanan kepada Allah, KitabNya, dan Hari Kiamat saja tidaklah cukup jika tidak disertai dengan kepedulian dan pelayanan kepada kerabat, anak yatim, orang miskin dan musafir serta menjamin kesejahteraan mereka yang membutuhkan pertolongan. Hal ini merupakan tugas utama dan merupakan tanggungjawab suatu negara dalam memberikan kesejahteraan kepada warga negaranya.¹³⁴

¹³⁴ <http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/IslamNegaraKesejahteraan.pdf> diakses pada tanggal 7 Februari 2018 pukul 09.32.

BAB III

PEMENUHAN HAK ATAS KESEHATAN BAGI PENYANDANG PSIKOSOSIAL DI KABUPATEN SLEMAN

A. Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Psikososial di Kabupaten Sleman

Kabupaten Sleman dalam melakukan pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas khususnya psikososial belum memiliki peraturan perundangan khusus, tetapi tetap berpedoman pada regulasi yang ada sesuai dengan penetapan perundang-undangan yaitu berpedoman pada amanat Pancasila dan sesuai dengan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 serta berpedoman pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2010 tentang Perencanaan Pembangunan, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, Perda DIY Nomor 4 Tahun 2012 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Disabilitas, Peraturan Gubernur Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan dan Perda DIY Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penanganan Gelandangan dan Pengemis.¹³⁵

Dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas khususnya psikososial di Kabupaten Sleman, pemerintah Kabupaten Sleman masih merancang perundang-undangan yakni Rancangan Peraturan

¹³⁵ Hasil Wawancara dengan Rosalia Rusbiyanti, Kepala Seksi Rehabilitasi Penyandang Disabilitas Dinas Sosial, di Dinas Sosial Kabupaten Sleman, 17 Oktober 2017.

Daerah Kabupaten Sleman Nomor --- Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pemenuhan Hak-Hak Penyandang Disabilitas di mana Rancangan Peraturan Daerah ini telah dikaji selama 1 (satu) tahun lebih dan hingga saat ini masih belum mendapat putusan.

Dalam pemenuhan hak atas kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas psikososial memiliki hak untuk memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan, memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan, pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau; memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggungjawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya; memperoleh alat bantu kesehatan berdasarkan kebutuhannya, memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis, dan memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.

Upaya pemenuhan kesehatan jiwa sesuai dengan Pasal 4 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Upaya promotif kesehatan jiwa ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat secara optimal, menghilangkan stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi ODGJ sebagai bagian dari masyarakat, meningkatkan pemahaman dan peran serta masyarakat terhadap kesehatan jiwa, meningkatkan penerimaan dan peran serta masyarakat terhadap

kesehatan jiwa. Upaya promotif ini dapat dilakukan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan dengan upaya promotif kesehatan lain.

Upaya preventif meliputi upaya pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan yang diberikan kepada penyandang disabilitas selama hidup dengan menciptakan lingkungan hidup yang sehat dengan menyertakan peran serta masyarakat.

Upaya kuratif yang dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1) huruf c Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa merupakan kegiatan pemberian pelayanan kesehatan terhadap ODGJ yang mencakup proses diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat sehingga ODGJ dapat berfungsi kembali secara wajar di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat.

Upaya Rehabilitatif adalah proses refungsionalisasi dan pengembangan untuk memungkinkan Penyandang Disabilitas mampu melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat. Upaya Pelayanan Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan oleh Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif,

preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah maupun masyarakat.¹³⁶

Dalam Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan, pemerintah kabupaten bertugas untuk membentuk tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat; memfasilitasi pembentukan kelompok bantu diri, forum komunikasi, atau kelompok peduli ODGJ; menyediakan akses pelayanan yang berkesinambungan meliputi pengobatan, pemulihan psikososial, rehabilitasi, pendampingan, dan/atau dukungan lain yang memadai bagi kepada ODMK atau ODGJ; meningkatkan jumlah puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa terutama untuk ODGJ; meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan jiwa dan ketersediaan tempat pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit; menjamin ketersediaan obat untuk ODGJ; menjamin ketersediaan peralatan kegawat daruratan psikiatri; menyiapkan kader kesehatan di tingkat desa/kelurahan; mencegah timbulnya stigmatisasi dan diskriminasi bagi ODGJ; dan memfasilitasi pembentukan Rehabilitasi Berbasis Masyarakat.

Kabupaten Sleman dalam pembuatan regulasi masih dalam proses rancangan peraturan daerah tentang pemenuhan dan perlindungan penyandang disabilitas dan sudah dikawal oleh CIQAL (*Center for Improving Qualified Activities in Life or People With Disabilities*) untuk menindaklanjuti adanya Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta telah memiliki Peraturan Gubernur tentang

¹³⁶ Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2012 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak Disabilitas.

penanganan bagi disabilitas dan akan di *brigdown* ke bawah sehingga setiap daerah memiliki peraturan daerah masing-masing.

Untuk pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya penyandang skizofrenia pemerintah Kabupaten Sleman memberikan pemenuhan hak kesehatan dengan berpedoman pada perundangan di atas dengan cakupan pelayanan kesehatan berupa layanan kesehatan, pengobatan, alat bantu, terapi, penjangkauan dan perlindungan secara sekunder yang dilakukan oleh puskesmas di setiap Kecamatan. Hal ini terjadi karena dalam penanganan kesehatan jiwa sudah mempunyai tenaga kesehatan di masing-masing puskesmas dalam memonitor penderita skizofrenia di wilayahnya.

Pelayanan kesehatan jiwa di Kabupaten Sleman sudah baik, karena dalam penerapan pelayanan kesehatan jiwa telah menggunakan kader kesehatan jiwa atau tim pelaksana kesehatan jiwa masyarakat (PTKJM) yang terdiri dari susunan dusun, lurah, dan camat untuk turun langsung meninjau lokasi dan mengidentifikasi panyandang psikososial skizofrenia di wilayahnya masing-masing, serta dalam penanganan pelayanan kesehatan jiwa setiap puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman telah memiliki psikolog, programmer jiwa, perawat umum dan dokter umum.¹³⁷

Penyandang skizofrenia yang tidak dapat ditangani oleh Puskesmas akan dirujuk ke Rumah Sakit Umum atau Rumah Sakit Jiwa yang tersedia di wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta untuk dilakukan pengobatan. Dalam hal layanan kesehatan ini bagi masyarakat yang tidak mampu diberikan jaminan

¹³⁷ Hasil Wawancara dengan Ibu Novita Staff Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 19 Oktober 2017.

kesehatan sosial melalui program Jamkesus dengan menggunakan BPJS atau sekarang disebut Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Dalam penanganan disabilitas psikososial yang terlantar di Kabupaten Sleman, Pemerintah Kabupaten Sleman berpedoman sesuai dengan Peraturan Daerah (Perda) Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penanganan Gelandangan dan Pengemis dengan tujuan agar dalam penanganan yaitu suatu proses atau cara serta tindakan yang ditempuh melalui upaya preventif, koersif (berifat kekerasan), rehabilitatif, dan reintegrasi sosial dalam rangka melindungi dan memberdayakan gelandangan dan pengemis dan salah satunya gelandangan psikotik adalah gelandangan yang mempunyai gangguan jiwa.

Penanganan penyandang psikososial yang terlantar ditampung di tempat penampungan sementara untuk ditampung dan dinilai atau diukur tingkat kejiwaannya, jika tergolong psikotik kronik atau gangguan jiwa berat berhak mendapatkan perawatan di Rumah Sakit Jiwa Grhasia biasanya 3 (tiga) sampai 5 (lima) tahun hingga ia dapat mengenali dirinya dan bisa diajak bicara, tetapi jika tingkat kestresannya termasuk rendah biasanya dalam jangka waktu 1 (satu) tahun sudah pulih dan akan dipulangkan ke keluarga, bagi yang tidak memiliki keluarga akan ditampung di Panti Sosial atau Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.¹³⁸

Pemerintah Kabupaten Sleman memiliki anggaran khusus dalam pemenuhan hak atas penyandang disabilitas yang berasal dari APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara), APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja

¹³⁸ Wawancara dengan Bapak Budi, Staff Bidang Rehabilitasi Penyandang Disabilitas Dinas Sosial, di Dinas Sosial Kabupaten Sleman, 17 Oktober 2017.

Daerah) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta serta APBD Kabupaten Sleman. Untuk anggaran disabilitas berat sendiri terdapat di dalam bagian suatu Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) tidak khusus.¹³⁹

Pembagian anggaran disabilitas secara umum di Kabupaten Sleman berasal dari APBD Provinsi DIY dan APBD Kabupaten Sleman terbagi dalam kegiatan pendayagunaan penyandang disabilitas sebesar Rp 194.111.000 (Seratus Sembilan Puluh Empat Juta Seratus Sebelas Ribu Rupiah). Anggaran untuk pendidikan khusus penyandang disabilitas sebesar Rp 232.131.000 (Dua Ratus Tiga Puluh Dua Juta Seratus Tiga Puluh Satu Ribu Rupiah). Selain itu anggaran jatah hidup (jadup) atau Asistensi Sosial Penyandang Disabilitas Berat (ASPDB) sebesar Rp 396.000.000 (Tiga Ratus Sembilan Puluh Enam Juta Rupiah).

Untuk anggaran yang berasal dari APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) sendiri jumlah keseluruhan sebesar Rp 742.400.000 (Tujuh Ratus Empat Puluh Dua Juta Empat Ratus Ribu Rupiah) yang terbagi untuk anggaran Program Keluarga Harapan (PKH), Jaminan Kesehatan Sosial (JPS), Penjangkauan dalam kesehatan khusus, pengadaan alat bantu dan lain-lain. Pemetaan anggaran tersebut sesuai dengan Peraturan Bupati Sleman Nomor 12 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Sleman Nomor 1 Tahun 2013 tentang Hibah dan Bantuan Sosial.

Pemerintah Kabupaten Sleman dalam melakukan pelayanan dan pemenuhan hak bagi disabilitas telah melakukan pendampingan kelembagaan,

¹³⁹ Hasil Wawancara dengan Ibu Rosalia Rusbiyanti, Kepala Seksi Rehabilitasi Penyandang Disabilitas Dinas Sosial, di Dinas Sosial Kabupaten Sleman, 17 Oktober 2017.

pelatihan keterampilan, Asistensi Penyandang Disabilitas, bantuan khusus, jaminan khusus, serta pendampingan usaha meliputi :

1. Pendampingan kelembagaan bagi disabilitas di wilayah Kabupaten Sleman, yaitu :
 - a. PPDI (Persatuan Penyandang Disabilitas Indonesia)
 - b. FKKDA (Forum Komunikasi Keluarga Disabilitas Anak)
 - c. HWDI (Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia)
 - d. SIGAB (Sasana Integrasi dan Gerakan Advokasi Difable)
 - e. CIQAL (Centre For Improving Qualified Activities in Life of People Disabilitas)
 - f. Pertuni (Persatuan Tuna Netra Indonesia)
 - g. Persatuan Ruwi Gerakan Kesejahteraan Tuna Rungu Indonesia
 - h. MKKS (Musyawarah Kerja Kepala Sekolah) Luar Biasa pada 29 Sekolah Luar Biasa di Sleman.
 - i. Wiyata Dharma di Tempel, Ngaglik Godean
 - j. Bakti Luhur Berbah
 - k. Bakti Kencana Berbah
 - l. Panti Asih Pakem
 - m. PGRI Minggir
 - n. Ohana Ngaglik
 - o. Bina Remaja Ngaglik
 - p. Yakkum Ngaglik
 - q. YSI di Depok, Kalasan dan Ngemplak

- r. UCB
 - s. ASB
 - t. ITMI Dahwa
 - u. Satu Nama
 - v. Paguyuban Tuna Daksa Sleman
2. Pelatihan ketrampilan bagi disabilitas di Kabupaten Sleman berupa ketrampilan teknisi HP, Bordir kain, Tataboga atau memasak, serta MC Bahasa Jawa.
 3. Asistensi Penyandang Disabilitas (ASDP) sebanyak 954 orang dibagi dalam bagian sebagai berikut :
 - a. Dana Program Keluarga Harapan (PKH) sebanyak 610 orang.
 - b. Dana Kementrian Sosial Dirjen Rehabilitasi Sosial sebanyak 234 orang.
 - c. Dana APBD Kabupaten Sleman sebanyak 110 orang.
 4. Bantuan alat bantu khusus disabilitas berupa kursi roda, alat bantu dengar, kacamata, brace, kaki palsu, dan kruk.
 5. Jaminan kesehatan khusus terpadu bagi penyandang disabilitas.
 6. Jaring pengaman sosial untuk kesehatan, pendidikan, lanjut usia, dan penyandang disabilitas.
 7. Partisipasi politik tingkat desa sampai nasional.
 8. Pendampingan usaha bagi penyandang disabilitas.

B. Realitas Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Psikososial di Kabupaten Sleman.

Dalam Bab II telah disebutkan empat hal yang perlu diperhatikan dalam menilai pemenuhan hak atas kesehatan. *Pertama*, Ketersediaan, yakni semua institusi dan program pelaksanaan fungsi kesehatan publik dan fasilitas pelayanan kesehatan, barang dan jasa-jasa kesehatan, juga program-program, harus tersedia dalam kuantitas yang cukup disuatu Negara. Kecukupan akan fasilitas barang dan jasa bervariasi dan bergantung pada banyak faktor, termasuk tingkat pembangunan Negara. Meskipun demikian akan mencakup faktor-faktor tertentu yang berpengaruh terhadap kesehatan misalnya, air minum yang sehat, sanitasi yang memadai, rumah sakit, klinik, dan bangunan lain-lainnya yang berkaitan dengan kesehatan. Tenaga medis yang berpengalaman dan profesional dengan penghasilan yang kompetitif serta obat yang baik sebagaimana yang termaksud oleh *WHO Action Programme on Essential Drugs*.

Kabupaten Sleman dalam penyediaan penyandang disabilitas psikososial telah menyediakan sarana kesehatan dan tempat rehabilitasi penyandang psikososial dengan berupa puskesmas (pusat kesehatan masyarakat) yang terletak disetiap kecamatan di Kabupaten Sleman. Setiap puskesmas telah menyediakan poli khusus kesehatan jiwa dengan menyediakan dokter spesialis jiwa, psikolog, perawat dan apoteker khusus kesehatan jiwa.

Kedua, Aksesibilitas, yaitu berupa fasilitas kesehatan, barang dan jasa, harus dapat diakses oleh tiap orang tanpa diskriminasi, dalam yurisdiksi Negara. Aksesibilitas memiliki empat dimensi yang saling terkait yaitu: Tidak

diskriminasi. Akses secara fisik. Akses ekonomi (terjangkau secara ekonomi). Akses informasi.

Ketiga, Kualitas. Selain secara budaya diterima, fasilitas kesehatan, barang dan jasa harus secara ilmu dan secara medis sesuai serta dalam kualitas yang baik. Hal ini mensyaratkan antara lain, personil yang secara medis berkemampuan, obat-obatan dan perlengkapan rumah sakit yang secara ilmu diakui dan tidak kadaluarsa, air minum aman dan dapat diminum, serta sanitasi yang memadai.

Keempat, Kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang khususnya kelompok rentan di masyarakat. Segala fasilitas kesehatan, barang dan pelayanan harus diterima oleh etika medis dan sesuai secara budaya, misalnya pelayanan kesehatan yang dapat diakses oleh semua orang dengan menghormati kebudayaan individu-individu, kaum minoritas, kelompok dan masyarakat, sensitif terhadap jender dan persyaratan siklus hidup. Juga dirancang untuk penghormatan kerahasiaan status kesehatan dan peningkatan status kesehatan bagi mereka yang memerlukan.

Perlu diketahui bahwa penderita schizofrenia dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas merupakan penyandang disabilitas mental bagian dari disabilitas psikososial dimana yang dimaksud penulis dalam penulisan ini merupakan orang dalam gangguan jiwa tingkat akut yang membutuhkan perhatian khusus dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan. Dimana banyak penyandang schizofrenia yang ditelantarkan oleh keluarga maupun masyarakat sekitar dan seringkali ia mengalami emosional yang tinggi yang berujung dengan amukan.

Berbicara mengenai penyandang disabilitas psikososial berarti mengarah pada penyandang gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia. Dimana dalam gangguan jiwa terbagi dalam 2 (dua) hal, yaitu gangguan jiwa (*neorotik*) dan penyakit jiwa (*psikotik*). Dalam hal ini yang membedakan diantara kedua hal tersebut adalah keadaan realitas di masyarakat apakah masih bisa kontak dengan realita kehidupan sosial di masyarakat atau sudah tidak bisa menerima realita kehidupan sosial di masyarakat.

Dalam realitas kehidupan di masyarakat luas, dalam memperjuangkan hak-hak penderita skizofrenia sangat berat untuk dipenuhi karena keadaan dari pribadi psikotik itu sendiri tidak dapat mempertanggung jawabkan perbuatannya.

Penderita skizofrenia tetap memiliki hak atas hidupnya sejauh hak tersebut tidak berkenaan dengan hak untuk meminta pertanggungjawaban, seperti halnya hak untuk hidup, hak untuk makan dan minum, hak untuk beraktualisasi diri, hak untuk mendapatkan pengobatan yang layak dimana ketika keluarga tidak sanggup untuk menangani sendiri. Dan mayoritas dari penderita skizofrenia merupakan berasal dari keluarga dengan ekonomi terbatas atau ekonomi rendah sehingga ketika mereka tidak sanggup menangani penderita skizofrenia mengambil langkah dengan memasung dan mengurung penderita.¹⁴⁰

Dalam hal ketersediaan pemenuhan kesehatan jiwa sebenarnya tersedia, tetapi hanya saja jumlah sumber daya manusia yang bergerak dalam bidang kesehatan jiwa masih sangat minim dan terbatas. Dapat dilihat dari jumlah psikiater, psikolog (harus psikolog klinis), perawat jiwa, jumlah ini sangat

¹⁴⁰ Hasil Wawancara dengan Bapak Muhammad Novvaliant Filsuf Tasauqi, S.Psi., M.Psi., Psikolog Rumah Sakit Jiwa Magelang dan Dosen Psikologi UII, di Yogyakarta, 15 November 2017.

timpang dan berbanding jauh dengan jumlah prevalensi penderita disabilitas psikososial.

Terdapat beberapa kondisi penderita skizofrenia yang mana sudah tidak dapat diobati. Diberikan obat apapun sudah tidak berpengaruh, sehingga mereka memiliki istilah “yang dapat menyembuhkan adalah bumi, alias dikebumikan”. Pemikiran demikian terjadi karena kerusakan sistem saraf otaknya sudah sedemikian parah ditambah dengan sistem kepribadian yang sudah rusak. Tetapi contoh lain kepribadian rusak tetapi saraf otaknya masih baik dapat melakukan kontak realita dengan manusia lain seperti yang terjadi pada psikopat masih mudah untuk ditangani dan dilakukan penyembuhan.¹⁴¹

Dengan kasus penanganan penderita skizofrenia kadang-kadang pihak rumah sakit jiwa sendiri sudah dilema dengan keadaan pasien, keluarga sudah tidak menginginkan pasien tersebut, tetapi jikalau tetap dirawat di rumah sakit terus menerus juga menjadi beban pihak rumah sakit karena masih banyak pasien dengan sakit yang berbeda. Kondisi seperti inilah yang membuat keluarga harus dan wajib untuk bertanggung jawab atas diri pasien tersebut. Oleh sebab itu para psikiater dan psikolog yang ada di wilayah rumah sakit maupun puskesmas menjadikan keluarga adalah sasaran utama dalam penanganan dan perawatan penderita skizofrenia.

Hal ini terjadi karena penderita skizofrenia yang sudah mulai pulih dari sakitnya dan mengalami kondisi kambuh lagi itu penyebabnya adalah dari keluarga yang tidak sabar dan tidak telaten dalam memberi perawatan kepada

¹⁴¹ *Ibid.*

penderita skizofrenia. Kondisi penderita skizofrenia mengamuk adalah disebabkan oleh tidak patuh dan tidak teratur dalam mengkonsumsi obat yang harus diminum dengan tepat dan rutin serta banyak kasus harus konsumsi obat seumur hidupnya.

Dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia, hal yang paling penting dan hal utama yang harus dilakukan adalah memberikan pemahaman kepada keluarga dan masyarakat, memberikan pendidikan kepada keluarga bahwa penderita skizofrenia harus dirawat dan dibawa ke rumah sakit jiwa untuk dilakukan penanganan dini dan penyembuhan terhadap penderita skizofrenia.

Faktor seorang penderita skizofrenia dipasung dan dikurung oleh keluarga maupun masyarakat sekitar adalah salah satunya karena dari pihak keluarga tidak mengetahui penderita harus dilakukan perawatan apa saja, selain itu keluarga juga tidak mengetahui bagaimana akses yang harus ditempuh untuk membawa penderita ke rumah sakit, serta ketika keluarga ingin membawa ke rumah sakit terhalang atau terkendala dengan ekonomi atau keuangan yang rendah sehingga tidak dapat membawa penderita ke rumah sakit. Maka oleh sebab itu peran pemerintah sangat dibutuhkan dalam merealisasikan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial.¹⁴²

Dari 4 (empat) prinsip atau alat ukur hak atas kesehatan yang harus terpenuhi oleh negara dan uraian mengenai penyandang disabilitas mental, psikososial, skizofrenia di atas, perlu dipahami bahwa konsep hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang terangkum dalam hak ekonomi, sosial dan

¹⁴² Hasil Wawancara dengan Ibu Rafika Nur Kusumawati, S.Psi., M.A., Ilmuan Psikologi dan Dosen Psikologi UNS, di Surakarta, 23 November 2017.

budaya. Setiap orang berhak atas kesehatan. Artinya negara menjamin hak setiap individu di bidang kesehatan dalam memperoleh akses yang setara dan pelayanan yang layak serta terjangkau dengan tanpa terkecuali.

Ketersediaan dapat diartikan sebagai ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti fasilitas berupa sarana (rumah sakit, puskesmas dan klinik) dan prasana kesehatan (obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan) yang mencukupi untuk penduduk secara keseluruhan. Aksesibilitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat terjangkau baik secara ekonomi atau geografis bagi setiap orang. Kualitas mensyaratkan agar pelayanan kesehatan memenuhi standar yang layak. Kesetaraan mensyaratkan agar pelayanan kesehatan dapat diakses secara setara oleh setiap orang khususnya kelompok rentan di masyarakat.

Berikut adalah Data Disabilitas di Kabupaten Sleman tahun 2017 untuk keseluruhan berjumlah 10.268 orang. Data tersebut terdiri dari Disabilitas Psikososial berjumlah 534 (lima ratus tiga puluh empat) orang, Metal Retardasi berjumlah 2.430 (dua ribu empat ratus tiga puluh) orang, Tuna Rungu dan Tuna Wicara berjumlah 780 (tujuh ratus delapan puluh) orang, dan untuk Tuna Netra berjumlah 489 (empat ratus delapan puluh sembilan) orang. Penyandang Disabilitas Psikososial sebanyak 534 (lima ratus tiga puluh empat) orang ini telah tersebar secara merata di seluruh 17 (tujuh belas) Kecamatan yang ada Kabupaten Sleman dengan jumlah terbanyak berada di Kecamatan Gamping dengan jumlah 52 (lima puluh dua) orang. Dari 534 (lima ratus tiga puluh empat) orang penyandang Disabilitas Psikososial di Kabupaten Sleman terdapat 9 (sembilan) kasus yang di kurung dan kadang di pasung. Berikut data dalam tabelnya :

No	Kecamatan	L	P	ODGJ	MR	RUWI	DAKSA	MATA	JML
1.	Berbah	268	195	32					
2.	Cangkringan	261	195	25					
3	Depok	227	222	16					
4	Gamping	527	384	52					
5	Godean	341	302	43					
6	Kalasan	357	297	29					
7	Minggir	275	235	23					
8	Mlati	259	234	38					
9	Moyudan	345	320	35					
10	Ngaglik	375	350	35					
11	Ngemplak	448	356	32					
12	Pakem	230	191	13					
13	Prambanan	243	179	30					
14	Seyegan	292	286	37					
15	Sleman	409	328	32					
16	Tempel	434	375	42					
17	Turi	263	265	29					
	Jumlah	5554	4714	534	2430	780	6026	489	10268

Tabel 3.1. Data Disabilitas di Kabupaten Sleman sumber dari Dinas Sosial Kabupaten Sleman

Berikut penulis mengambil 9 (sembilan) sampel penyandang disabilitas psikososial skizofrenia dari sekian banyaknya penyandang skizofrenia yang ada di Kabupaten Sleman :

1. Hasil wawancara keluarga Ekyan Berbah.

Hasil wawancara penulis dengan Ibu kandung dan keluarga dari Ekyan Wahyuningsih, Penyandang Disabilitas Psikososial berusia 23 tahun, perempuan, mengalami gangguan jiwa sejak balita dan dikurung disebuah ruangan dan kadang dirantai jika mengamuk beralamat di Dusun Klodangan Desa Sendangtirto Kecamatan Berbah, dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan Pemerintah Kabupaten Sleman melakukan tinjauan lapangan ke tempat tinggal penderita dan melakukan sosialisasi

untuk melepaskan penderita agar tidak dilakukan pemasangan terhadap penderita, serta telah memberikan Jaminan Kesehatan dengan berupa Kartu Indosia Sehat (KIS) yang berguna untuk layanan kesehatan secara gratis.

Pertama, Ketersediaan, berupa fasilitas sarana yakni Puskesmas Berbah dan prasarana kesehatan berupa obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan telah dipenuhi oleh Pemerintah Kabupaten Sleman dengan langkah peninjauan rutin yang dilakukan oleh Puskesmas Berbah setiap bulannya dengan mendatangi rumah penderita yang dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas terdiri dari Dokter Spesialis Jiwa, Perawat dan Apoteker.

Kedua, Aksesibilitas, berupa pelayanan kesehatan yang terjangkau letak geografisnya karena Puskesmas dekat dari rumah penyandang, serta secara ekonomi dapat terjangkau karena penyandang memiliki Kartu Indonesia Sehat (KIS) dimana dalam pelayanan dan pemberian obatnya yang didapatkan secara gratis. Tetapi untuk letak Rumah Sakit Umum ataupun Rumah Sakit Jiwa terletak sangat jauh dari tempat tinggal karena Rumah Sakit Jiwa hanya terdapat satu dalam wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yakni Rumah Sakit Jiwa Grhasia yang terletak di Pakem Sleman. Serta dalam obat-obatan yang harus dimiliki oleh penderita terdapat obat yang kurang terjangkau karena harganya mahal dan tidak tercover oleh Kartu Indonesia Sehat.

Ketiga, Kualitas dalam hal pelayanan kesehatan mental yang diberikan dapat diterima, seperti halnya dilakukannya pengobatan yang rutin kepada penyandang psikososial dengan memberikan obat yang diakui dan diperbolehkan oleh negara dan tidak kadaluarsa. Tempat tinggal yang ditempati oleh penyandang skizofrenia dapat dikatakan kurang layak untuk ditinggali karena penderita tinggal di suatu ruangan kecil tanpa sanitasi dan tempat tidur yang kurang layak hanya beralaskan tikar plastik serta bercampur dengan benda-benda kotor dan makanan yang kadang sudah basi.

Keempat, Kesetaraan dimana penyandang dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah. Hal ini belum didapatkan oleh penderita karena situasi emosi dan kondisi penderita yang sering mengamuk jika keinginannya tidak didapatkan atau dipenuhi mengakibatkan keluarga mengalami kesulitan ketika membawa penderita ke tempat pelayanan kesehatan jika hanya menggunakan motor ataupun dengan jalan kaki. Hal ini puskesmas Berbah sebagai pelayan kesehatan setempat juga tidak memberikan fasilitas kendaraan untuk menuju puskesmas. Selain itu tidak dilakukan rehabilitasi terhadap penderita yang merupakan kebutuhan khusus yang harus diperoleh untuk meningkatkan kualitas kesehatan atau penyembuhan dirinya.

Dalam hal anggaran maupun bantuan penderita maupun keluarga tidak pernah mendapatkan bantuan dana berupa uang maupun barang – barang kebutuhan sehari-hari berhubung penderita merupakan tergelong

keluarga yang tidak mampu dari Pemerintah Kabupaten Sleman, tetapi penderita hanya memiliki Jaminan Kesehatan Sosial berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang dapat digunakan untuk jaminan pelayanan kesehatan secara gratis, tetapi KIS ini tidak mengcover keseluruhan jenis obat-obatan, sehingga keluarga harus membayar seharga Rp 430.000 (empat ratus tiga puluh ribu rupiah) dalam penebusan obat penting yang harus didapatkan. Penderita pernah di opname di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Sleman selama 1 (satu) bulan dan kemudian dipulangkan oleh pihak Rumah Sakit tetapi dalam keadaan yang sama seperti sebelumnya dengan tidak ada perubahan terhadap penderita yang sering mengalami emosional yang tinggi dan mengamuk ketika tidak mendapatkan yang diinginkan.

Dalam hal ini, pemenuhan hak atas kesehatan kurang terpenuhi karena keempat prinsip tersebut tidak terpenuhi dan penderita belum mendapatkan akses pemenuhan hak atas kesehatan untuk dirinya dengan sepenuhnya.

2. Wawancara dengan Keluarga Bapak Murdiono

Hasil wawancara penulis dengan keluarga dari Bapak Murdiono, Penyandang Disabilitas Psikososial berusia 58 tahun, laki-laki, mengalami gangguan jiwa sejak usia 35 tahun yang beralamat di Dusun Kadipolo Desa Sendangtirto Kecamatan Berbah, dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan Pemerintah Kabupaten Sleman telah melakukan memberikan Jaminan Kesehatan dengan berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS)

yang berguna untuk layanan kesehatan secara gratis. Tempat tinggal yang ditempati oleh penyandang skizofrenia dapat dikatakan kurang layak karena keluarga membiarkan penyandang berkeliaran di lingkungan sekitar dan hanya dibiarkan saja. Keluarga tidak terlalu peduli dengan penderita karena penderita tidak bisa diajak pulang ke rumahnya.

Pertama, Ketersediaan, berupa fasilitas sarana yakni Puskesmas Berbah dan prasarana kesehatan berupa obat-obatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan telah dipenuhi oleh Pemerintah Kabupaten Sleman dengan langkah peninjauan lapangan ke rumah penderita yang dilakukan oleh Puskesmas Berbah setiap bulannya dengan mendatangi rumah penderita yang dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas terdiri dari Dokter Spesialis Jiwa, Perawat dan Apoteker.

Kedua, Aksesibilitas, berupa pelayanan kesehatan yang terjangkau letak geografisnya karena Puskesmas tidak terlalu jauh dari rumah penyandang, serta secara ekonomi dapat terjangkau karena penyandang memiliki Kartu Indonesia Sehat (KIS) dimana dalam pelayanan dan pemberian obatnya yang didapatkan secara gratis.

Ketiga, Kualitas dalam hal pelayanan kesehatan mental yang diberikan dapat diterima, seperti halnya dilakukannya rehabilitasi atau pengobatan yang rutin kepada penyandang psikososial dengan memberikan obat yang diakui dan diperbolehkan oleh negara dan tidak kadaluarsa.

Keempat, Kesetaraan dimana penyandang dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan mudah. Hal ini belum didapatkan oleh penderita karena penderita dibiarkan berkeliaran diluar rumah dan tidak dilakukan rehabilitasi terhadap penderita yang merupakan kebutuhan khusus yang harus diperoleh untuk meningkatkan kualitas kesehatan atau penyembuhan dirinya.

Dalam hal ini, pemenuhan hak atas kesehatan tidak terpenuhi karena prinsip keempat, kesetaraan, belum terpenuhi dan belum diterima oleh penyandang psikososial.

Berikut adalah merupakan hasil tinjauan lapangan dan wawancara penulis dengan keluarga penyandang disabilitas psikososial untuk 9 (sembilan) sampel penyandang disabilitas psikososial skizofrenia yang ada di Kabupaten Sleman dalam bentuk tabel :

No.	Nama Penderita	Alamat / Lokasi	Realita yang terjadi
1.	Digdo	Ngangruk, Caturharjo, Sleman	ODGJ masih di kurung di rumah. Tidak adanya pemberian informasi khusus kepada keluarga dalam menangani ODGJ. Kurangnya koordinasi lintas sektor terkait (mengaktifkan kembali TPKJM Kabupaten, Menggerakkan pembentukan TPKJM tingkat Kecamatan) TPKJM tidak aktif lagi.
2.	Kiki	Genitem, Sidoagung, Godean	Kurangnya monitoring penanganan gangguan jiwa bersama Puskesmas wilayah Kecamatan masing-masing. Tidak mendapatkan perhatian khusus dari Puskesmas setempat dan tidak mendapatkan askes pelayanan dengan baik

3.	Marjono	Sembuh Kidul, Sidomulyo, Godean	Tidak adanya pemberian informasi kepada keluarga mengenai penanganan khusus dalam pemenuhan kesehatan terhadap ODGJ. Melakukan update Knowledge pada petugas kesehatan (Dokter, Perawat, Psikolog, dll) untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan dalam menangani ODGJ di wilayah kerja masing-masing
4.	Tejo	Padangan, Sumberagung, Moyudan	Tidak pernah mendapatkan kunjungan langsung dari pihak dinas kesehatan maupun dinas sosial Tidak mendapatkan pembinaan mengenai perawatan kasus gangguan jiwa Melakukan pembinaan terhadap keluarga ODGJ dan melakukan kunjungan langsung kepada ODGJ
5.	Ririn	Kuningan, Catur Tunggal, Depok	Belum mendapatkan informasi mengenai pemenuhan hak kesehatan bagi psikososial dan pencegahan pemasungan terhadap penderita. Tidak pernah mendapatkan kunjungan langsung dari pihak dinas sosial maupun dinas kesehatan. Belum mendapatkan sosialisasi mengenai pencegahan kasus pasung dan pemeriksaan dini kesehatan jiwa.
6.	Pariman	Gerjen RT/RW 005/006 Margo Mulyo, Sayegan	ODGJ masih tetap dikurung di ruangan. Kunjungan dari puskesmas setempat hanya 2 kali dalam setahun dan baru 1 kali mendapat kunjungan langsung dari dinas kesehatan. Perlu lebih diperhatikan dalam pendampingan dan pengawasan pengobatan diri ODGJ serta lingkungan ruangan tempat tinggal ODGJ yang tidak layak untuk ditempati karena tidak adanya sanitasi.

7.	Erna Miyatun	Gerjen RT/RW 005/006 Margo Mulyo, Sayegan	Tidak adanya pendampingan dan pengawasan pengobatan terhadap diri ODGJ Lingkungan ruangan tempat tinggal tidak layak untuk dijadikan tempat tinggal Masih dilakukannya pengurangan terhadap ODGJ oleh pihak keluarga.
8.	Kiki Suharmanto	Genitem RT/RW 005/017 Sidoagung, Godean	ODGJ dirantai oleh pihak keluarga Tidak ada pembinaan langsung kepada keluarga mengenai ODGJ untuk tidak dilakukan pemasangan.
9.	Ekyan Wahyuningsih	Klodangan, Sendangtirto, Berbah	ODGJ masih dikurung oleh keluarga di suatu ruangan yang tidak layak ODGJ membutuhkan rehabilitasi dalam proses penyembuhan Tidak adanya bimbingan dari pemerintah daerah dalam penanganan kasus Akses pelayanan untuk mendapatkan obat yang dibutuhkan susah karena harga obat mahal dan tidak tersedia di Puskesmas setempat

Tabel 3.2. Data Psikososial yang dipasung, Sumber data dari Dinas Sosial Kabupaten Sleman.

Untuk penanganan disabilitas mental dengan gangguan jiwa diseluruh Puskesmas, 25 Puskesmas di Kabupaten Sleman sudah memiliki dokter umum, psikolog (tidak semua puskesmas memiliki psikolog), programer kesehatan jiwa. Untuk pelayanan kesehatan sudah se-optimal dan semaksimal mungkin dalam memberikan pelayanan pada penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman. Dalam hal pembahasan disabilitas mental kita mengerucut pada orang

dengan gangguan jiwa entah ringan, sedang ataupun berat. Untuk skizofrenia merupakan orang dengan gangguan jiwa berat.¹⁴³

Skizofrenia merupakan penderita gangguan jiwa berat dimana harus minum obat terus dan rutin selamanya, pemeberian obat rutin harus dilakukan untuk menstabilkan NWOK, emosi, jangan sampai mengamuk, jangan sampai terbentuk gejala-gejala penyakit lainnya. Penderita ODGJ berat tidak dapat sembuh total, dan harus tetap minum obat selamanya dengan rutin. Karena kerja dari obat-obat itu sendiri untuk menstabilkan saraf otak, sel – sel otak agar sehat seperti orang pada umumnya.¹⁴⁴

Hasil daripada penelitian lapangan dan wawancara dengan keluarga pasien disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman, walaupun setiap Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Kabupaten Sleman telah memiliki Psikolog dan dan setiap kecamatan telah dibentuk Kader Kesehatan Jiwa, dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial belum mendapatkan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial masih banyak terjadi kesenjangan sosial dimana penyandang disabilitas psikososial belum mendapatkan hak atas kesehatan dengan sepenuhnya dan menyeluruh sesuai dengan kebutuhan pemenuhan kesehatannya. Penyandang disabilitas psikososial masih dikesampingkan dalam pelaksanaan pemenuhan hak nya, belum menjadi prioritas utama yang harus mendapatkan perhatian khusus dari pemerintah Kabupaten Sleman.

¹⁴³ Hasil Wawancara dengan Ibu dr. Patimah Hariyati Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa, di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 30 Oktober 2017.

¹⁴⁴ Hasil Wawancara dengan Ibu Rafika Nur Kusumawati, S.Psi., MA., Ilmuan Psikologi dan Dosen Psikologi UNS, di Surakarta, 23 November 2017.

Sesuai dengan 4 (empat) elemen alat ukur pemenuhan hak atas kesehatan yakni ketersediaan, aksesibilitas, kesetaraan, dan kualitas Pemerintah Kabupaten Sleman sudah memberikan usaha pemenuhan dengan baik tetapi masih banyak dari keluarga penyandang disabilitas itu sendiri yang tidak mendapatkan informasi khusus serta pendidikan khusus yang harus dilakukan dalam merawat serta menangani penyandang disabilitas psikososial.

Dalam Peraturan Bupati Sleman Nomor 45.1 Tahun 2016 tentang Jaring Pengaman Sosial Pasal 4 ayat (3) huruf b disebutkan bahwa disabilitas berat mendapatkan anggaran Jaringan Pengaman Sosial di bidang sosial paling banyak sebesar Rp 300.000 (tiga ratus ribu rupiah) selama 6 (enam) bulan diberikan setiap 3 (tiga) bulan sekali.

JPS di bidang sosial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) diperuntukkan bagi:

- a. orang telantar yang kehabisan bekal, kecopetan, kehilangan barang dan uang, sakit, dan/atau penyandang disabilitas berat yang belum masuk daftar penerima Asistensi Sosial Orang dengan Kedisabilitas Berat dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara, Jaminan Sosial, dan/atau biaya pemakaman orang telantar di Daerah.

Sebagai realisasi dari pemenuhan hak atas kesehatan di Kabupaten Sleman, pemerintah Kabupaten Sleman menyediakan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di setiap daerah masing-masing agar dapat mempermudah aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi disabilitas psikososial dan menyediakan

psikolog di seluruh puskesmas masing-masing wilayah, berikut merupakan data ketersediaan pelayanan kesehatan di Kabupaten Sleman, yaitu :

1. Kecamatan Gamping terdapat 52 (lima puluh dua) penyandang skizofrenia dengan tersedia 2 puskesmas, yaitu Puskesmas Gamping 1 terdapat 2 dokter umum, 5 perawat, 2 asisten apoteker., dan Puskesmas Gamping 2 terdapat 2 dokter umum, 7 perawat, 2 asisten apoteker.
2. Kecamatan Godean terdapat 43 (empat puluh tiga) penyandang skizofrenia dengan tersedia 2 puskesmas, yaitu Puskesmas Godean 1 terdapat 2 dokter umum, 9 perawat, 2 asisten apoteker, dan Puskesmas Godean 2 terdapat 3 dokter umum, 5 perawat, 2 asisten apoteker.
3. Kecamatan Moyudan terdapat 35 (tiga puluh lima) penyandang skizofrenia dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Moyudan terdapat 2 dokter umum, 5 perawat, 1 asisten apoteker dan 1 penyuluh kesehatan masyarakat.
4. Kecamatan Seyegan terdapat 37 (tiga puluh lima) penyandang skizofrenia dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Moyudan terdapat 2 dokter umum, 7 perawat, dan 2 apoteker.
5. Kecamatan Minggir terdapat 23 (dua puluh tiga) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Minggir terdapat 2 dokter umum, 12 perawat, 1 apoteker, dan 2 asisten apoteker.

6. Kecamatan Mlati terdapat 38 (tiga puluh delapan) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 2 pukesmas, yaitu Puskesmas Mlati 1 terdapat 2 dokter umum, 7 perawat, dan 2 asisten apoteker; dan Puskesmas Mlati 2 terdapat 2 dokter umum, 8 perawat, 1 apoteker, 2 asisten apoteker dan 1 penyuluh kesehatan masyarakat.
7. Kecamatan Sleman terdapat 32 (tiga puluh dua) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Sleman terdapat 2 dokter umum, 9 perawat, 1 apoteker, dan 2 asisten apoteker.
8. Kecamatan Tempel terdapat 42 (empat puluh dua) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 2 pukesmas, yaitu Puskesmas Tempel 1 terdapat 1 dokter umum, 8 perawat, 1 asisten apoteker, 1 penyuluh kesehatan masyarakat; dan Puskesmas Tempel 2 terdapat 1 dokter umum, 6 perawat, 1 asisten apoteker, dan 1 penyuluh kesehatan masyarakat.
9. Kecamatan Turi terdapat 29 (dua puluh sembilan) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Turi terdapat 1 dokter umum, 8 perawat, 1 asisten apoteker, dan 1 penyuluh kesehatan masyarakat.
10. Kecamatan Pakem terdapat 13 (tiga belas) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Pakem terdapat 1 dokter umum, 8 perawat, 2 asisten apoteker, dan 2 penyuluh kesehatan masyarakat.

11. Kecamatan Ngaglik terdapat 35 (tiga puluh lima) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 2 pukesmas, yaitu Puskesmas Ngaglik 1 terdapat 2 dokter umum, 7 perawat, 2 asisten apoteker; dan Puskesmas Ngaglik 2 terdapat 2 dokter umum, 4 perawat, 1 apoteker.
12. Kecamatan Depok terdapat 16 (enam belas) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 3 pukesmas, yaitu Puskesmas Depok 1 terdapat 3 dokter umum, 6 perawat, 2 asisten apoteker; Puskesmas Depok 2 terdapat 2 dokter umum, 5 perawat, 1 asisten apoteker; dan Puskesmas Depok 3 terdapat 1 dokter umum, 6 perawat, dan 1 asisten apoteker.
13. Kecamatan Kalasan terdapat 29 (dua puluh sembilan) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Kalasan terdapat 2 dokter umum, 9 perawat, 1 apoteker, 2 asisten apoteker.
14. Kecamatan Prambanan terdapat 30 (tiga puluh) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Prambanan terdapat 2 dokter umum, 5 perawat, 2 asisten apoteker, dan 1 penyuluh kesehatan masyarakat.
15. Kecamatan Berbah terdapat 32 (tiga puluh dua) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Kalasan terdapat 3 dokter umum, 6 perawat, 1 asisten apoteker.
16. Kecamatan Ngeplak terdapat 32 (tiga puluh dua) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 2 pukesmas, yaitu Puskesmas

Ngemplak 1 terdapat 4 dokter umum, 11 perawat, 1 apoteker, 4 asisten apoteker; dan Puskesmas Ngemplak 2 terdapat 2 dokter umum, 8 perawat, 1 asisten apoteker.

17. Kecamatan Cangkringan terdapat 25 (dua puluh lima) penyandang skizofrenia, dengan tersedia 1 pukesmas, yaitu Puskesmas Cangkringan terdapat 3 dokter umum, 4 perawat, 1 asisten apoteker.

Di samping penyediaan fasilitas kesehatan berupa pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di setiap daerah, dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia, pemerintah Kabupaten Sleman berupaya memenuhi hak atas kesehatan dengan melaksanakan upaya pembebasan atau pelepasan pasung bagi penyandang skizofrenia sesuai dengan Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan.

Dalam hal ini penyandang disabilitas psikososial merupakan penyandang disabilitas berat yang harus mendapat perhatian penuh dari negara.

Selain itu dalam pembuktian realisasi pemerintah Kabupaten Sleman dalam pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas berikut merupakan macam-macam pekerjaan penyandang disabilitas yang ada di Kabupaten Sleman, yaitu :

1. Penjahit hampir di setiap Kecamatan.
2. Pertanian di setiap kecamatan yang memiliki lahan pertanian.
3. Design grafis Godean, Turi, Tempel, Prambanan, Berbah, Mlati.
4. Manajer Berbah, Gamping, Mlati, Ngaglik, Turi, Ngemplak.

5. Pelajar dan Mahasiswa hampir di setiap kecamatan baik inklusi maupun eksklusif.
6. Pemijat hampir di seluruh kecamatan.
7. Bengkel mobil di Berbah, Pakem, Kalasan.
8. Laundry.
9. Isi Ulang air minum.
10. Agen Madu di Ngaglik.
11. Kuli Bangunan.
12. Guru.
13. Office Boy di Godean.
14. Pengemudi ojek online Godean 3, Turi 4, Tempel 1, Berbah.
15. Boga di Godean, Seyegan, Depok, Ngaglik, Turi, Gamping.
16. Kerajinan Kulit di Ngaglik, Bambudi Moyudan.
17. Warungan hampir di setiap kecamatan.
18. Elektronika Pakem, Ngaglik, Mlati, Kalasan, Prambanan, berbah.
19. Ternak kambing, sapi, ayam di Turi, Moyudan. Bebek sapi kambing di Berbah.
20. Kerajinan batik anak SLB Berbah, Ngaglik, Prambanan.
21. Kerajinan Kriya / ukir di Ngaglik.
22. Pelukis di Kalasan (Daya Ananda).

Untuk pekerja bengkel, isi ulang, kuli bangunan, ojek dan ternak kambing dilakukan oleh laki-laki. Sedangkan pekerjaan lain dilakukan oleh laki-laki maupun perempuan.

Selain pekerjaan di atas, para penyandang disabilitas juga dilatih ketrampilan dalam seni budaya dan olahraga berupa :

1. Seni dan Budaya.
 - a. Campursari/musik di Kalasan, Tempel, Ngaglik, Turi, Depok.
 - b. Hadroh di Turi, Godean, Sleman, Tempel.
 - c. Kerawitan di Gamping dan Turi.
 - d. Tari di seluruh SLB yang ada di Kabupaten Sleman.
2. Olahraga.
 - a. Panahan medali perak Turi Depok.
 - b. Atletik poli duduk.
 - c. Bulutangkis.
 - d. Tenis Lapangan.
 - e. Tenis meja.
 - f. Catur.

Selain itu juga pelayanan yang diberikan untuk para penyandang disabilitas yakni adanya kemitraan dengan Perguruan tinggi UIN, UGM, UMY, UNRIO, BRTPD; Wisma bahasa; Perusahaan Sumber Baru, Hotel Jayakarta, Amplas, Alfamart, Super Sambel, BPD, Bank Sleman, MAK.

Dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya penyandang skizofrenia, berbagai faktor yang berperan dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman. Adapun faktor yang berperan dalam pemenuhan hak atas

kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial yaitu : keluarga, pemerintah, masyarakat, tenaga kesehatan jiwa.¹⁴⁵

1. Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam segala hal, baik dalam perawatan, penyembuhan, serta pemulihan bagi penyandang disabilitas psikososial. Mengingat penderita skizofrenia memiliki gangguan kejiwaan yang tidak stabil dan mudah mengamuk sehingga harus mengkonsumsi obat secara rutin dan selamanya.
2. Pemerintah atau negara sebagai pemangku utama penyelenggara untuk menjamin, memenuhi, dan melindungi hak penyandang disabilitas, khususnya penyandang disabilitas psikososial skizofrenia merupakan kewajiban dan tanggungjawab. Wujud pemenuhan ini yaitu dengan penyediaan berbagai akses pelayanan kesehatan jiwa, serta penyediaan tenaga kesehatan jiwa yang seimbang dengan jumlah penyandang disabilitas psikososial. Pemberian informasi dan pendidikan kepada keluarga dalam menghadapi penderita skizofrenia.
3. Peran masyarakat tidak kalah pentingnya dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia. Sikap peduli serta melindungi akan sangat berpengaruh pada keberadaan penyandang disabilitas psikososial dalam masyarakat.

Selain faktor-faktor yang berperan di atas, jumlah tenaga kesehatan jiwa serta pembentukan kader jiwa sangat berperan dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia. Karena

¹⁴⁵ Hasil Wawancara dengan Ibu Rafika Nur Kusumawati, S.Psi., MA., Ilmuan Psikologi dan Dosen Psikologi UNS, di Surakarta, 23 November 2017.

sumber daya manusia tenaga kesehatan jiwa dalam penanganan penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman sangat rendah dan tidak sebanding dengan jumlah penderita.

C. Seharusnya Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Penyandang Psikososial dibandingkan dengan Negara Skandinavia

Kesehatan merupakan bagian dari keadaan kesejahteraan yang patut dimiliki oleh semua manusia dengan tidak terkecuali. Sejahtera jiwa, raga, mental, maupun jasmani rohani serta kesejahteraan sosial memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sesuai dengan prinsip – prinsip yang ada di dalam hak asasi manusia merupakan hak yang dimiliki oleh semua orang termasuk juga penyandang disabilitas dimana hal ini adalah merupakan kebutuhan dasar universal yang tanpanya orang tidak dapat hidup dengan penuh harkat dan martabat. Hak asasi manusia saling berkaitan satu sama lain sehingga tidak dapat dipisahkan antara hak yang satu dengan hak yang lain.

Sesuai prinsip HAM Internasional yang dinyatakan dalam Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia bahwasannya hak asasi manusia merupakan fondasi atau landasan dari kemerdekaan, keadilan, dan kedamaian yang ada di dunia. Semua orang memiliki hak untuk mencapai kemerdekaan dirinya seperti halnya Hak untuk hidup, hak untuk memperoleh kewarganegaraan, hak atas kesehatan, hak atas pendidikan, hak untuk mendapatkan perlindungan hukum, hak kebebasan dalam berpendapat, kesetaraan di depan hukum, hak untuk bekerja, hak untuk kehidupan sejahtera dan hak-hak lainnya dalam menjalani hidup di dunia.

Namun realitas di negara Indonesia ini masih sangat banyak terjadinya pelanggaran hak asasi manusia, seperti halnya yang terjadi dalam hal pemenuhan hak atas pendidikan, masih banyak warganegara Indonesia yang tidak dapat mencicipi bangku sekolah. Contoh lainnya dalam pemenuhan hak atas kesehatan dan kesejahteraan yang masih dipandang rendah dalam pelaksanaan pemenuhan haknya, masyarakat tidak mampu banyak yang meninggal akibat dari tidak mendapat pertolongan medis karena tidak mampu membayar. Selain itu Indonesia terkenal dengan korupsi yang tinggi, padahal Indonesia memiliki KPK dan lembaga anti korupsi.

Hal ini sangat berbeda jauh dengan negara-negara skandinavia dimana negara skandinavia termasuk terkaya di dunia berdasarkan *income per-capita*. Selain itu negara skandinavia terkenal negara terbersih dari korupsi di dunia, pendidikan terbaik dimana dalam pemenuhan hak atas pendidikan dapat diperoleh dengan gratis. Begitu juga dengan pemenuhan hak atas kesehatan, negara skandinavia menganut sistem ekonomi sosial dimana tidak ada warganegara yang boleh meninggal karena kelaparan, kedinginan di jalan dan tidak punya biaya untuk berobat. Kebutuhan dasar ini telah disediakan oleh negara sehingga untuk mengaksesnya gratis.

Berikut adalah penjabaran mengenai pemenuhan hak atas kesehatan yang ada di Negara Skandinavia yang dapat dijadikan gambaran dalam pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan di Indonesia :

1. Negara Norwegia
 - a. Welfare State di Norwegia

Norwegia adalah salah satu negara yang masih percaya pada mekanisme negara kesejahteraan (*welfare state*) bersama dengan negara-negara Skandinavia lainnya seperti Denmark, dan Swedia. Dengan melihat aspek kemampuan ekonomi negara dan mapannya sistem pengelolaan jaminan sosial melalui sistem *welfare state* maka tidaklah heran jika hal ini membuat negara-negara tersebut berada dalam peringkat atas dalam *Human Development Index* (HDI).¹⁴⁶

Semua orang yang tinggal di Norwegia bisa menggunakan Sistem Pelayanan Kesehatan yang didanai dari uang pembayar pajak. Penduduk Norwegia juga dapat menggunakan asuransi dari pihak swasta. Sistem Kesehatan yang digunakan di Norwegia juga memungkinkan pasien melihat daftar dokter pemerintah yang bisa dipilih.¹⁴⁷

Asumsi dasar dari model ini adalah pasar kapitalis memiliki logika yang sekedar mencari keuntungan ekonomi, implikasinya pasar dianggap tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan sosial, dengan begitu maka negara menjadi institusi utama yang mesti berperan menjalankan pelayanan publik.¹⁴⁸

Tujuan negara dengan memilih sistem ini adalah untuk memastikan seluruh warga negara mendapatkan ekonomi dan keamanan sosial (*social and economic safety*). Negara juga

¹⁴⁶ <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017, pukul 00.14.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Ibid.*

menjamin bahwa seluruh warga negara mendapat kesempatan yang sama dalam pendidikan dan pelayanan kesehatan tanpa memperhatikan kelas atau pendapatan ekonominya.¹⁴⁹

b. Jaminan Sosial di Norwegia

Dalam hal kesehatan negara berperan dominan, rata-rata pengeluaran negara per penduduk dalam sektor kesehatan di Norwegia adalah terbesar di Eropa. Pelayanan di rumah sakit dijalankan secara gratis, meski dalam level yang rendah orang mesti membayar biaya administrasi. Namun begitu, obat tetap menjadi tanggungjawab pasien. Hanya saja ketika harga obat dirasa mahal, pasien dapat meminta dokter untuk menuliskan “resep biru”. Dengan cara ini maka biaya obat yang mahal sebagian besar ditanggung Negara.¹⁵⁰

Terobosan baru dalam pelayanan kesehatan yang paling mutakhir adalah *fastelegeorningen*. Ini adalah kebijakan negara yang mengatur bahwa setiap penduduk memiliki hak untuk mempunyai atau mendapat pelayanan dokter secara pribadi. setiap orang “memiliki” dokter sendiri. Dengan begitu maka setiap orang mendapatkan kesempatan untuk mengakses pelayanan kesehatan secara cepat tanpa harus mengantri di rumah sakit.¹⁵¹

¹⁴⁹ Dalam Rapp, J. T., Miltenberger, R. G., Galensky, T. G., Ellingson & Long, E. S. (1999). A functional analysis of hair pulling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 329-337 yang diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 00.32.

¹⁵⁰ *Ibid.*

¹⁵¹ *Ibid.*

c. Sistem Kesehatan Umum di Norwegia

Layanan kesehatan umum didanai oleh pajak dan dirancang untuk dapat diakses oleh semua penduduk tanpa memandang status sosial. Dengan sekitar 220.000 pegawai, sektor kesehatan umum merupakan salah satu sektor terbesar bagi masyarakat Norwegia. Sistem kesehatan umum berada di bawah pengawasan Menteri Kesehatan dan Sosial, yang bertanggung jawab dalam merencanakan dan memonitor kebijakan kesehatan nasional. Tanggung jawab tentang kondisi pelayanan didesentralisasikan ke tingkat kota praja dan regional. Kota praja bertanggung jawab memberikan layanan kesehatan utama seperti klinik dokter umum, sementara pemerintah daerah dan lima bagian kesehatan lainnya menyediakan layanan medis spesialis, seperti rumah sakit. Sejumlah rumah sakit swasta dan layanan kesehatan juga telah didirikan sebagai tambahan untuk fasilitas umum.¹⁵²

Antrian di rumah sakit dan jumlah lanjut usia merupakan dua tantangan terbesar bagi kebijakan kesehatan Norwegia. Persentase para lanjut usia meningkat tajam pada tahun 1970, sehingga menciptakan kebutuhan akan layanan pengobatan, rehabilitasi dan perawatan.

Fasilitas rumah sakit umum yang pertama di Norwegia didirikan pada sekitar tahun 1700-an, dengan munculnya rumah sakit

¹⁵² <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017, pukul 00.43.

khusus dan ruang perawatan pada akhir tahun 1800-an. Ketika mesin x-ray dan peralatan anestesi moderen mulai bermunculan setelah tahun 1900, rumah sakit moderen memperoleh momentum baru. Sejak tahun 1945, pengembangan layanan kesehatan umum telah mengikuti tren internasional dalam hal penggunaan antibiotik dan jenis pengobatan lainnya, serta perbaikan berkesinambungan di bidang teknologi medis.¹⁵³

Norwegia merupakan negara makmur dan salah satu terkaya di dunia. Pada tahun 2003, untuk tiga tahun berturut-turut, Norwegia menduduki peringkat teratas kondisi kehidupan nasional menurut UNDP Human Development Index.¹⁵⁴

Rata-rata usia kehidupan di Norwegia adalah 78,7 tahun (2001). Secara umum masyarakat memiliki kondisi kesehatan yang sangat baik dengan angka kematian balita yang sangat rendah. Hampir seluruh masyarakat menyelesaikan pendidikan sekolah menengah dan memiliki kecakapan menulis serta membaca. Angka kemiskinan relatif rendah dibanding dengan negara OECD lainnya dan kondisi kemiskinan yang sangat memprihatinkan tidak dijumpai di Norwegia.¹⁵⁵

Angka produksi domestik kotor per kapita sangat tinggi dengan tingkat kesejahteraan yang merata. Disamping itu, kesetaraan

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ *Ibid.*

jender juga diakui pada seluruh lapisan masyarakat. Untuk menjaga kesejahteraan masyarakatnya, Norwegia telah menerapkan layanan kesehatan umum yang didanai oleh pajak dan skema asuransi nasional, dan berlaku untuk semua warga negara dan penduduk.¹⁵⁶

Tingkat kesejahteraan pada beberapa dekade terakhir dikarenakan penemuan dan eksploitasi minyak lepas pantai dan gas alam di Laut Utara. Dibawah tekanan modernisasi dan urbanisasi yang meningkat, pola kehidupan tradisional yang stabil telah digantikan dengan mobilitas yang tinggi, dimana orang lebih banyak bergerak dan berganti pekerjaan.

d. Model Pelayanan Kesehatan Jiwa di Norwegia

Semua warga negara Norwegia dan individu yang berkerja di Norwegia secara otomatis memenuhi syarat menjadi anggota Skema Asuransi Nasional, yang merupakan skema asuransi pemerintah yang memberikan dana pensiun (misalnya untuk usia lanjut, penyandang cacat) serta manfaat yang berhubungan dengan kecelakaan kerja, kecelakaan umum dan penyakit, kehamilan, kelahiran, orang tua tunggal dan pemakaman. Bersama dengan skema asuransi untuk uang saku keluarga dan manfaat uang tunai bagi orang tua dengan anak kecil (kontantstøtte), Skema Asuransi

¹⁵⁶ Ministry of Health and Care Services, National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health, Report No. 20 (Ministry of Health and Care Services, 2007) dalam <http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017, pukul 00.43.

Nasional terdiri dari skema asuransi umum yang paling penting di Norwegia.¹⁵⁷

Layanan umum pertama kali muncul pada tahun 1700. Sebelumnya, keluarga, gereja atau individu bertanggung jawab merawat orang miskin, orang sakit atau para lanjut usia. Perluasan layanan sosial dan asuransi nasional berhubungan erat dengan proses industrialisasi. Industri membawa penyakit baru, memicu tingkat mobilitas yang lebih tinggi sehingga melemahkan ikatan keluarga. Dan pada saat yang bersamaan memberikan dasar ekonomi untuk reformasi sosial.¹⁵⁸

2. Negara Swedia

Di Negara Swedia semua penduduk memiliki akses dan hak yang sama untuk perawatan kesehatan. Sistem ini didanai dari pembayar pajak dan terdesentralisasi. Hal tersebut ternyata mampu meningkatkan harapan hidup hingga 79 tahun untuk pria dan 83 tahun untuk wanita pada 2008. Tanggung jawab terhadap sistem perawatan kesehatan terletak pada pemerintah federal, dewan daerah dan pemerintah kota. Dan apabila ada pegawai sakit hingga tidak bisa bekerja, majikan akan membayar upah sampai 14 hari.¹⁵⁹

Pemerintah bertanggung jawab untuk memberikan perawatan kesehatan kepada penduduk, sesuai dengan tujuan lain untuk mendapatkan

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ <http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 02.54.

akses yang setara terhadap perawatan kesehatan tanpa memandang usia, ras, jenis kelamin, pendapatan, atau wilayah tempat tinggal. Perawatan kesehatan dan sosial utama adalah tanggung jawab kotamadya, dengan kementerian kesehatan Swedia memainkan peran tidak langsung melalui undang-undang dan mekanisme pendanaan. Dalam perawatan khusus, kementerian tersebut juga berperan langsung melalui kepemilikan rumah sakit dan penyediaan arahnya kepada dewan otoritas kesehatan daerah (RHA).¹⁶⁰

3 (tiga) prinsip dasar berlaku untuk semua perawatan kesehatan di Swedia, yaitu :¹⁶¹

- a. Martabat Manusia, yaitu bahwa semua manusia memiliki hak yang sama terhadap martabat dan memiliki hak yang sama tanpa memandang status mereka di masyarakat.
- b. Kebutuhan dan solidaritas, yakni mereka yang paling membutuhkan didahulukan untuk diperlakukan.
- c. Efektivitas biaya, yakni apabila pilihan harus dibuat, harus ada keseimbangan antara biaya dan manfaat yang wajar, dengan biaya yang diukur dalam kaitannya dengan peningkatan kesehatan dan kualitas hidup.

Pelayanan kesehatan di Negara Swedia tidak ada paket manfaat yang pasti. Sistem kesehatan yang didanani oleh publik mencakup layanan kesehatan masyarakat dan pencegahan; perawatan utama; rawat inap dan

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ <http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 02.54.

rawat jalan khusus; perawatan darurat; obat rawat inap dan rawat jalan; perawatan kesehatan mental; layanan rehabilitasi, layanan dukungan penyandang cacat; layanan pendukung transportasi pasien; perawatan di rumah dan perawatan jangka panjang, termasuk perawatan di rumah jompo dan perawatan di rumah sakit; perawatan gigi dan optometri untuk anak-anak dan remaja; dan dengan subsidi terbatas, perawatan gigi orang dewasa.¹⁶²

Perawatan kesehatan mental adalah bagian terpadu dari sistem perawatan kesehatan dan tunduk pada undang-undang dan biaya pengguna yang sama seperti layanan perawatan kesehatan lainnya. Orang dengan masalah kesehatan mental ringan biasanya dirawat di tempat perawatan primer, baik oleh dokter umum atau oleh psikolog atau psikoterapi. Pasien dengan masalah kesehatan mental parah dirujuk ke perawatan psikiatri khusus di rumah sakit. Perawatan rawat inap dan rawat jalan yang khusus, termasuk yang terkait dengan gangguan penggunaan obat, tersedia untuk orang dewasa, anak-anak, dan remaja.¹⁶³

Perawatan kesehatan mental disediakan oleh dokter umum dan oleh penyedia lain (psikolog, perawat kejiwaan, pekerja perawatan sosial) di kotamadya. Untuk perawatan khusus, dokter umum merujuk pasien ke psikolog pribadi atau psikiater, atau ke rumah sakit dengan ambang rendah (pusat psikiatri). Rumah sakit ini tersebar di seluruh negeri dan sering termasuk tim penjangkauan kejiwaan. Layanan khusus yang lebih maju

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*

diatur di bangsal psikiater rawat inap di rumah sakit umum atau di rumah sakit kesehatan mental. Perawatan di rumah sakit diberikan gratis, dan layanan rawat jalan tunduk pada pembagian biaya yang sama seperti dijelaskan di atas. Layanan kejiwaan di rumah sakit yang lebih besar dan juga di pusat psikiatri distrik didanai oleh dana bantuan pemerintah melalui RHA.¹⁶⁴

Rumah sakit jiwa swasta mencakup sekitar 12 persen perawatan kesehatan mental, termasuk layanan untuk gangguan makan, perawatan di rumah jompo untuk pasien psikiatri yang lebih tua, dan beberapa praktik psikiater dan psikolog rawat jalan, yang sebagian besar dikontrak oleh RHA. Peran pusat perawatan swasta untuk kecanduan (terutama obat-obatan terlarang dan alkohol) lebih menonjol (38%) dan didanai sebagian besar melalui kontrak dengan RHAs.¹⁶⁵

Dukungan jangka panjang dan dukungan sosial adalah tanggung jawab untuk pembiayaan dan pengorganisasian perawatan jangka panjang untuk orang tua dan untuk dukungan penyandang cacat terletak pada kotamadya, namun dewan daerah bertanggung jawab atas perawatan rutin pasien tersebut. Orang dewasa yang lebih tua dan orang cacat mengalami penyerahan maksimum terpisah untuk layanan ditanggung oleh pemerintah kota.

Undang-undang Layanan Sosial menetapkan bahwa orang dewasa di semua tahap kehidupan selanjutnya memiliki hak untuk menerima

¹⁶⁴ <http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 03.21.

¹⁶⁵ *Ibid.*

layanan dan bantuan publik, misalnya, alat bantu perawatan di rumah, bantuan di rumah, dan pengiriman makanan. Serta termasuk perawatan akhir hidup, baik di rumah individu atau di panti jompo atau rumah sakit. Undang-undang Pelayanan Kesehatan dan Medis dan Undang-Undang Pelayanan Sosial mengatur bagaimana dewan daerah dan pemerintah daerah mengelola perawatan paliatif. Organisasi dan kualitas perawatan paliatif sangat bervariasi di dalam dewan daerah. Unit perawatan paliatif terletak di rumah sakit dan alternatif perawatan paliatif di rumah sakit adalah perawatan paliatif lanjutan.

Dewan daerah bertanggung jawab atas pendanaan dan pengorganisasian perawatan kesehatan, sementara pemerintah kota bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan perawatan rutin untuk perumahan orang tua dan orang-orang cacat.

Undang-Undang Pelayanan Kesehatan dan Kedokteran tahun 1982 menekankan akses yang sama terhadap layanan sesuai kebutuhan dan visi kesehatan yang setara untuk semua. Perbandingan internasional menunjukkan bahwa disparitas kesehatan relatif rendah di Swedia. Badan Kesehatan dan Kesejahteraan Nasional dan Badan Kesehatan Masyarakat menyusun dan menyebarkan informasi komparatif tentang indikator kesehatan masyarakat. Pendekatan pengurangan kesenjangan mencakup program untuk mendukung perubahan perilaku dan program yang menargetkan layanan pencegahan rawat jalan bagi kelompok rentan. Untuk mencegah petugas perawatan primer menghindari pasien yang

memiliki kebutuhan ekstensif, kebanyakan dewan daerah mengalokasikan dana berdasarkan formula yang memperhitungkan keseluruhan penyakit (berdasarkan diagnosis) dan kondisi sosial ekonomi individu yang terdaftar.

3. Negara Denmark.

Asas dasar dalam Hukum Kesehatan Denmark adalah akses universal terhadap perawatan kesehatan yang menetapkan kewajiban pemerintah untuk mempromosikan kesehatan masyarakat dan mencegah serta mengobati penyakit, penderitaan, dan keterbatasan fungsional. Prinsip lainnya yaitu memastikan kualitas perawatan yang tinggi, akses yang mudah dan setara dalam perawatan, integrasi layanan, pilihan, transparansi, akses ke informasi, dan waktu tunggu sebentar untuk perawatan. Undang-undang tersebut juga memberikan tanggungjawab kepada daerah maupun kota untuk memberikan layanan kesehatan.¹⁶⁶

Secara demokratis setiap wilayah memiliki tugas dan tanggungjawab atas perencanaan dan penyampaian layanan khusus yang berkaitan dengan perawatan dan koordinasi sosial khusus. Daerah memiliki tugas dalam pengelolaan, dan pembiayaan rumah sakit dan membiayai sebagian besar layanan yang diberikan oleh dokter umum, dokter spesialis, fisioterapis, dokter gigi, dan apoteker serta bertanggungjawab untuk rehabilitasi khusus. Kotamadya bertanggungjawab untuk membiayai dan memberikan perawatan di rumah

¹⁶⁶ <http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> diterjemahkan dan diakses pada 9 November 2017 pukul 01.14.

jompo, perawat rumah, pengunjung kesehatan, beberapa layanan gigi, layanan kesehatan sekolah, bantuan di rumah, dan perawatan untuk penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol serta bertanggungjawab untuk rehabilitasi secara umum.

Perawatan kesehatan didanai publik dan kesehatan yang berkaitan dengan “zona abu-abu” perawatn jangka panjang cenderung untuk memasukkan lebih banyak kegiatan (layanan) kesehatan daripada pelaporan yang dilakukan dibanyak negara lainnya.¹⁶⁷

Semua penduduk Denmark yang terdaftar secara otomatis berhak mendapatkan perawatan kesehatan yang didanai publik, yang sebagian besar bebas dari segi penggunaan. Pada prinsipnya, imigran dan pengunjung yang tidak berdokumen tidak tercakup dalam pendanaan publik, namun akibat inisiatif sukarela yang didanai swasta oleh dokter Denmark dan didukung oleh Palang Merah Denmark dan Danish Refugee Aid, memberikan akses kepada seluruh penduduk yang tinggal di Denmark terhadap perawatan kesehatan.¹⁶⁸

Untuk obat-obatan dan perawatan pelayanan kesehatan yang tidak dilindungi atau ditanggung oleh negara serta dilakukan pembatalan berdasarkan undang-undang, ditanggung oleh asuransi kesehatan swasta

¹⁶⁷ Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD Health Statistics 2016 di dalam <http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> diterjemahkan dan diakses pada 9 November 2017 pukul 01.14

¹⁶⁸ *Ibid.*

yaitu asuransi sukarela komplementer yang disediakan secara eksklusif dan didanai oleh organisasi nirlaba Denmark.¹⁶⁹

Layanan, perawatan kesehatan yang didani publik mencakup semua perawatan primer, spesialis, rumah sakit, dan pencegahan, serta seluruh rangkaian pelayanan mental dan perawatan jangka panjang. Perawatan di rumah dan perawatan di rumah sakit diatur dan didanai oleh daerah, seperti yang dijelaskan berikut ini : “Keputusan tentang tingkat layanan dan perawatan medis baru dilakukan oleh daerah, dalam kerangka hukum nasional, kesepakatan, pedoman, dan standar. Pemerintah kota memutuskan tingkat layanan untuk sebagian besar layanan kesejahteraan lainnya, dalam kerangka peraturan nasional. Tidak ada paket manfaat pasti untuk perawatan kesehatan, namun sangat sedikit batasan yang ada untuk perawatan yang berbasis bukti dan terbukti secara klinis.”¹⁷⁰

Perawatan kesehatan mental di Denmark tidak ada pembagian biaya untuk perawatan psikiatri rawat inap, namun ada beberapa pembagian biaya (yang dapat ditutupi oleh asuransi kesehatan sukarela) untuk psikolog dalam praktik pribadi. Beberapa dokter umum menawarkan konsultasi terapeutik yang spesifik, namun peran utamanya adalah deteksi dini dan rujukan. Psikiatri dan perawatan sosial merupakan tanggung jawab kotamadya, yang dapat memilih untuk kontrak dengan kombinasi penyedia layanan publik dan swasta, namun sebagian besar penyedia layanan publik dan digaji. Hak untuk penilaian diagnostik untuk psikiatri

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Ibid.*

dalam waktu satu bulan rujukan diperkenalkan pada tahun 2014. Pengobatan harus dimulai dalam waktu dua bulan untuk kondisi yang kurang serius dan satu bulan untuk kondisi yang lebih serius setelah dilakukannya pendeteksian dini bagi penderita penyakit mental. Ada unit walk-in untuk perawatan psikiatri akut di setiap wilayahnya.

Peraturan umum, perencanaan, dan pengawasan layanan kesehatan, termasuk mekanisme pengendalian biaya, dilakukan di tingkat nasional melalui Parlemen, Kementerian Kesehatan, Otoritas Kesehatan Denmark, Badan Obat-obatan Denmark, dan Otoritas Keselamatan Pasien Denmark. Otoritas nasional bertanggung jawab atas pengawasan umum petugas kesehatan dan pengembangan manajemen mutu sesuai dengan pedoman dan standar klinis nasional, biasanya bekerjasama erat dengan perwakilan dari masyarakat medis. Pihak berwenang ini juga memiliki peran penting dalam merencanakan lokasi layanan spesialis, menyetujui rencana rumah sakit regional, dan menyetujui "kesepakatan kesehatan" wajib antara daerah dan kota untuk mengkoordinasikan pemberian layanan. Penilaian teknologi kesehatan dikembangkan di tingkat regional, sementara otoritas nasional melakukan studi efektivitas komparatif (produktivitas) yang diterbitkan secara teratur, memungkinkan daerah dan manajer rumah sakit untuk mengukur kinerja departemen rumah sakit individual.¹⁷¹

Setelah melihat penjabaran pelaksanaan pemenuhan hak atas kesehatan di Negara-Negara Skandinavia yakni Norwegia, Swedia, dan

¹⁷¹ Danish Regions, Ongoing Publication of Productivity in the Hospital Sector, Interim Report 10 (2015) dalam <http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> diterjemahkan dan diakses pada 9 November 2017 pukul 01.26.

Denmark, hal ini sangat berbeda dan berbanding jauh dengan realitas keadaan yang ada di Negara Indonesia khususnya Kabupaten Sleman dimana Penulis melakukan tinjauan lapangan. Di Indonesia sesuai dengan data tahun 2016 dengan jumlah warga negara sekitar 250 juta jiwa hanya memiliki 48 rumah sakit jiwa dan tidak setiap provinsi memiliki rumah sakit jiwa, lebih dari separuh jumlah rumah sakit jiwa hanya berada di 4 provinsi dari keseluruhan 34 provinsi di Indonesia. Selain itu juga di Indonesia hanya terdapat 600 sampai dengan 800 psikiater yang artinya 10 orang psikiater harus melayani 300.000 hingga 400.000 jiwa.

Negara belum memberikan fasilitas yang layak untuk penyandang disabilitas psikososial sehingga berakhir dengan ditangani oleh masyarakat sendiri yang minim pengetahuan dan ilmu dalam menangani penyandang disabilitas. Hanya terdapat 1 rumah sakit jiwa yang ada di wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Sleman hanya mendapatkan fasilitas seadanya karena terbatasnya jumlah anggaran untuk kesehatan. Dengan kondisi seperti inilah maka sulit untuk mereka kembali hidup normal.

Sesuai dengan realita yang terjadi di Kabupaten Sleman dalam membuat regulasi tetap untuk melindungi penyandang disabilitas secara khusus hingga saat ini belum juga mendapat putusan. Pemerintah harus berusaha dan memperjuangkan hak penyandang disabilitas ini dengan salah satu caranya melalui tindakan pengesahan terlebih dahulu dalam membuat aturan yang dapat diterima masyarakat luas, lalu setelahnya

dilakukan tindak lanjut dan diaplikasikan dalam masyarakat. Hal ini Rancangan Peraturan Daerah Kabupaten Sleman tentang Penyelenggaraan Perlindungan dan Pemenuhan Hak-Hak Penyandang Disabilitas yang sudah dirancang sangat perlu untuk ditindaklanjuti dan disahkan agar terdapat payung hukum yang pasti dalam melakukan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas di Kabupaten Sleman.

Seharusnya dalam melakukan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas khususnya penyandang disabilitas mental negara Indonesia dapat berkaca pada Negara Skandinavia di atas, dimana negara-negara Skandinavia sangat menjunjung tinggi kesejahteraan sosial bagi warga negaranya serta sangat menjamin pemenuhan hak asasi manusia dengan tidak membedakan pemberian layanan publik maupun hak dalam segala aspek.

Dalam hal pelayanan kesehatan ketiga negara tersebut memberikan akses kesehatan secara umum dengan setara, dengan memberikan pelayanan gratis pada setiap permasalahan penyakit yang diderita oleh warga negaranya, serta dalam hal pemberian obat dengan harga yang mahal pemerintah negara-negara Skandinavia memberikan surat rekomendasi khusus dari dokter untuk menebus pembayaran sehingga para pasien tidak perlu khawatir untuk mendapatkan obat walaupun dengan harga yang tinggi.

Selain itu tenaga kesehatan yang ada di negara-negara Skandinavia sangat diprioritaskan untuk diberikan pendidikan dan pembinaan dalam

memberikan penanganan permasalahan kesehatan sehingga memiliki kualitas tinggi dengan tidak memberikan layanan yang buruk bagi penyandang disabilitas psikososial atau penderita dengan gangguan mental atau kejiwaan..

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah mempelajari dan menganalisa teori serta realita hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial dalam perspektif hukum hak asasi manusia, maka penulis memiliki kesimpulan sebagai berikut :

1. Pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman sesuai dengan kriteria kewajiban dan tanggungjawab negara dalam kerangka pendekatan berbasis hak asasi manusia (*rights-based approach*) yaitu menghormati, melindungi, dan memenuhi. Dalam hal memenuhi merupakan kewajiban dan tanggungjawab negara untuk bertindak aktif untuk mengambil langkah-langkah legislatif, administratif, hukum, anggaran, dan tindakan-tindakan untuk merealisasikan pemenuhan hak asasi manusia. Kabupaten Sleman belum memiliki regulasi tetap dalam mengatur administratif, penindak lanjutan hukum, serta pengalokasian anggaran khusus untuk penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia.
2. Realitas pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial, khususnya penyandang skizofrenia di Kabupaten Sleman dengan ukuran 4 (empat) elemen prinsip kewajiban negara yaitu Ketersediaan, Aksesibilitas, Kesetaraan dan Kualitas. Ketersediaan, di Kabupaten Sleman ketersediaan sejumlah pelayanan kesehatan seperti

fasilitas berupa sarana rumah sakit jiwa, puskesmas serta klinik khusus penyandang disabilitas psikososial belum tersedia. Sedangkan prasarana kesehatan berupa tenaga kesehatan telah tersedia psikolog di setiap pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), selain itu juga terdapat kader kesehatan jiwa di setiap Kecamatan yang ada di Kabupaten Sleman. Tetapi spesifikasi dalam pelayanan dan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang psikososial, sumber daya manusia yang berupa tenaga kesehatan yaitu dokter spesialis jiwa, psikolog, psikiater, perawat jiwa serta apoteker jiwa, masih sangat terbatas dengan jumlah rendah. Hal ini tidak sebanding dengan jumlah penyandang disabilitas psikososial yang ada di Kabupaten Sleman yang mencapai 534 orang. Walaupun setiap Puskesmas yang ada di Kabupaten Sleman telah tersedia dokter umum dan perawat umum serta terdapat psikolog dalam menangani orang dalam gangguan jiwa, dalam penanganan pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang psikososial belum menjadi prioritas utama dari Pemerintah Kabupaten Sleman. Aksesibilitas kesehatan secara geografis berupa pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di setiap daerah untuk mempermudah aksesibilitas bagi masyarakat terutama daerah dengan jumlah penduduk sangat banyak terdapat lebih dari 1 (satu) puskesmas untuk mempermudah pelayanan kesehatan agar tidak terjadinya antrian yang menumpuk saat melakukan pelayanan kesehatan. Agar dapat dengan mudah menjangkau penderita disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman secara menyeluruh yang berada di daerah pelosok maupun tidak. Kualitas pelayanan

kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di Kabupaten Sleman belum dapat dikatakan memenuhi standar karena penyediaan rumah sakit jiwa hanya ada 1 (satu) rumah sakit jiwa dan itu berada di wilayah Provinsi. Di Kabupaten Sleman hanya menyediakan psikolog di setiap puskesmas. Kesetaraan dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya skizofrenia belum dapat dikatakan setara karena kesehatan jiwa belum menjadi prioritas yang utama bagi pemerintah, dapat dilihat dari perbandingan jumlah sumber daya manusia tenaga kesehatan jiwa dengan jumlah penyandang disabilitas psikososial yang ada di Kabupaten Sleman.

3. Seharusnya dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial khususnya penyandang skizofrenia dalam melihat negara-negara skandinavia seperti halnya Swedia, Norwegia, serta Denmark. Dalam hal pelayanan kesehatan ketiga negara tersebut memberikan akses kesehatan secara umum dengan setara, dengan memberikan pelayanan gratis pada setiap permasalahan penyakit yang ada yang diderita oleh warga negaranya, serta dalam hal pemberian obat dengan harga yang mahal pemerintah negara-negara Skandinavia memberikan surat rekomendasi khusus dari dokter untuk menebus pembayaran sehingga para pasien tidak perlu khawatir untuk mendapatkan obat walaupun dengan harga yang tinggi. Selain itu tenaga kesehatan yang ada di negara-negara Skandinavia memiliki kualitas tinggi dengan tidak memberikan prioritas yang rendah bagi penyandang disabilitas psikososial.

B. Saran

Pada akhir penulisan skripsi ini, penulis ingin menyampaikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Peran penyelenggara dan pemangku kewajiban negara (pemerintah pusat maupun pemerintah daerah), keluarga, dan masyarakat merupakan penentu dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial, khususnya penyandang skizofrenia. Penulis mengajak semua elemen yang berperan dalam pemenuhan hak bagi penyandang psikososial mulai dari keluarga, pemerintah (penyelenggara negara), tenaga kesehatan, dan masyarakat luas untuk menjunjung tinggi kesadaran dan kepedulian, serta turut aktif dalam mencurahkan perhatian, kasih sayang, serta loyalitas dalam menghargai penyandang disabilitas psikososial khususnya penyandang skizofrenia, dan penyandang disabilitas pada umumnya.
2. Pemberian fasilitas khusus dalam pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial di wilayah Kabupaten Sleman seperti halnya rehabilitasi khusus untuk proses penyembuhan psikososial di tingkat Kabupaten, serta dilakukan *upgrading* untun sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan jiwa agar tidak terjadinya perbandingan yang signifikan antara jumlah penyandang disabilitas psikososial dengan jumlah tenaga medis kesehatan jiwa.
3. Penulis mengajak kepada semua elemen agar lebih memperhatikan lagi pemenuhan hak atas kesehatan bagi penyandang disabilitas psikososial karena hak atas kesehatan ini menjadi salah satu aspek yang paling utama

dalam melakukan pemenuhan hak – hak lainnya. Dalam hal ini sinergitas keseluruhan elemen yang berperan maupun elemen penunjang pemenuhan hak atas kesehatan harus lebih diperhatikan lagi agar seluruh penyandang disabilitas—psikososial—skozofrenia tidak merasa di diskriminasi atas hak kesehatan maupun hak – hak lainnya sehingga dapat mendapatkan hak hidup yang sejahtera.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

- Aden R, *Seputar Penyakit dan Gangguan Lain Pada Anak*, Siklus Hanggar Kreator, Yogyakarta, 2010.
- Ah. Yusuf dan Rizky Fitryasari, *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Salemba Medika, Jakarta, 2005.
- Artidjo Alkostar, *Pengadilan HAM, Indonesia dan Peradaban*, Pusham UII, Yogyakarta, Maret 2004.
- Cecep Triwibowo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2014.
- Chaplin, J.P., *Kamus Lengkap Psikologi*, Rajagrafindo Persada, Jakarta, 2011.
- Clifford R Anderson, *Petunjuk Modern Kepada Kesehatan*, Indonesia Publishing House, Bandung, 1975.
- CST Kansil, *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia*, Rineka Cipta, Jakarta, 1991.
- _____, *Pengantar Ilmu Hukum dan Tata Hukum Indonesia*, Jakarta, Balai Pustaka, 1989.
- Eko Riyadi, *To Promote: Membaca Perkembangan Wacana Hak Asasi Manusia di Indonesia*, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2012.
- George Boeree, *General Psychology : Psikologi Kepribadian, Persepsi, Kognis, Emosi dan Perilaku*, Prismsophie, Yogyakarta, 2016.
- Hari Kurniawan, dkk., *Aksesabilitas Peradilan Bagi Penyandang Disabilitas*, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2015.
- Hawari, Dadang, *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*, FK UI, Jakarta, 2001, hlm. 12.
- Herdman, T. Heather. (2012). *NANDA International Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC, Jakarta, 2012.
- Ifdhal Kasim, *Implementasi Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya: Kerangka Normatif dan Standar Internasional*, dalam Kumpulan Makalah Seminar dan Lokakarya Nasional Menuju Perlindungan dan Pemenuhan Yang Efektif Hak-Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya, Yogyakarta, 16 – 17 April 2007.

- Iman Setiadi, “*Skizofrenia*” *Memahami Dinamika Keluarga Pasien*, PT. Refika Aditama, Bandung, 2006.
- Kartini Kartono, *Patologi Sosial 3 Gangguan-gangguan Kejiwaan*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2002.
- Knut D. Asplund, Suparman Marzuki, Eko Riyadi (Penyunting/Editor), *Hukum Hak Asasi Manusia*, Ctk. Pertama, PUSHAM UII, Yogyakarta, 2008.
- Komentar Umum: *Kovenan Internasional Hak Sipil dan Politik, Kovenan Internasional Hak Ekonomi Sosial dan Budaya*, KOMNAS HAM, Jakarta, 2013.
- Majda El Muhtaj, *Dimensi – Dimensi HAM Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Rajawali Pers, Jakarta, 2008.
- Maramis dan Rusdi, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDG III)*, FK Unika Atmajaya, Jakarta, 2010.
- Mashood A. Baderin, *International Human Rights and Islamic Law*, diterjemahkan oleh Musa Khazim & Edwin Arifin, *Hukum Internasional Hak Asasi Manusia dan Hukum Islam*, Cetakan Pertama, diterbitkan dalam Bahasa Indonesia Pertama Kali oleh Komisi Nasional Hak Asasi Manusia, Jakarta, 2007.
- Nurul Qamar, *Hak Asasi Manusia dalam Negara Hukum Demokrasi*, Sinar Grafika, Cetakan Pertama, Jakarta, 2013.
- Rusdi Maslim, *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ-III)*, FK Unika Atmajaya, Jakarta, 2002.
- Soerjono Soekanto, Herkutanto, *Pengantar Hukum Kesehatan*, Remadja Karya, Bandung, 1987.
- Sri Siswati, *Etika dan Hukum Kesehatan dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta, 2013.
- Supratiknya, *Mengenal Perilaku Abnormal*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta, 1995.
- Suratman, Philips Dillah, *Metode Penelitian Hukum*, Cetakan Kedua, Alfabeta, Bandung, 2014.

B. Perundang -undangan

Undang – undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang – undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia.

Undang – undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang – undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas

Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2012 tentang Perlindungan dan Pemenuhan Hak-hak Penyandang Disabilitas.

Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan.

Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia (DUHAM)

Kovenan Internasional tentang Hak –hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (Ekososbud)

Konvensi Mengenai Hak-hak Penyandang Disabilitas (*Convention on the Right of Persons with Disabilities*) yang telah diratifikasi melalui Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Konvensi Hak-hak Penyandang Disabilitas.

Deklarasi Kairo tahun 1990

C. Data Elektronik

Kbbi.web.id, diakses pada tanggal 30 September 2017, pukul 1.46

jurnalkebijakan@balitbangham.go.id di Volume 10, Nomor 1, Maret 2016.

<http://m.harianjogja.com/baca/2017/07/26/> diakses pada tanggal 5 September 2017.

<http://definisimu.blogspot.co.id/2012/09/definisi-negara.html> diakses pada 2 Agustus 2017, pukul 21.41.

<http://jogja.tribunnews.com/2016/07/27/> diakses pada tanggal 22 Agustus 2017, pukul 21.12.

<http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/17/07/20/> diakses pada tanggal 22 Agustus 2017.

<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/3711> diakses pada tanggal 10 September 2017, pukul 13.26

http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KAB_KOTA_2014/3471_Diy_Kota_Yogyakarta_2014.pdf diakses pada tanggal 10 September 2017, pukul 14.03.

<http://www.kumpulanmakalah.com/2015/12/ham-dalam-pandangan-islam.html>, diakses pada tanggal 29 September 2017

<https://www.kontras.org/buletin/indo/bpjs.pdf> diakses pada tanggal 9 Oktober 2017.

<http://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 01.14.

<http://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017 pukul 02.54.

<http://international.commonwealthfund.org/countries/norway/> diterjemahkan dan diakses pada 8 November 2017, pukul 00.14.