

**SEBUAH TELAAH ATAS REGULASI DAN PENETAPAN
PENGAMPUAN BAGI PENYANDANG DISABILITAS DI INDONESIA
DALAM PARADIGMA *SUPPORTED DECISION MAKING***

Puspaningtyas Panglipurjati

Fakultas Hukum Universitas Atma Jaya Yogyakarta

puspapanglipurjati@gmail.com

Abstract

Code of Civil Law regulates that an adult, who is in a continuous state of simple-mindedness, insanity or rage, shall be placed under conservatorship, notwithstanding that he might have mental capacity from time to time (mental disabilities). Similiar to that, Indonesia Law on Disabilities regulates that people with disabilities can be declared as incapable of the law and placed under conservatorship by court judgment. The consequence of that conservatorship is an individual placed in conservatorship has no legal capacity and prohibited to do any legal action by themself. The perspective that be used in that two regulations and some court judgments in giving conservatorship is substituted decision making which the conservator substitutes the position of an individual placed in conservatorship. This concept actually is no longer appropriate with the new paradigm brought by CRPD, supported decision making. This issue makes the researcher did normative research by using some secondary data as regulations and also some conservatorship court judgment. Based on the research, the researcher found that the regulations and some conservatorship court judgments do not support the efforts to fulfill the rights of person with disabilities to got an equality before the law specially to make any decisions.

Keywords: legal capacity, conservatorship, substituted decision making, supported decision making, CRPD.

Abstrak

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata mengatur mengenai subyek hukum yang harus diletakkan di bawah pengampuan melalui penetapan pengadilan yaitu mereka yang berada dalam keadaan dungu, sakit otak atau mata gelap, yang kemudian jika dikaitkan dengan kategori penyandang disabilitas berdasarkan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas adalah penyandang disabilitas mental dan disabilitas intelektual. Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan Undang-Undang Penyandang Disabilitas, penetapan pengampuan akan

berakibat hilangnya kapasitas hukum seseorang untuk melakukan perbuatan hukum secara mandiri dan harus diwakili oleh pengampu. Perspektif yang digunakan dalam dua peraturan tersebut yang kemudian juga tercermin dalam sejumlah penetapan pengampuan oleh pengadilan yang diteliti oleh penulis adalah *substituted decision making* yang tidak lagi sejalan dengan perspektif *supported decision making* dalam upaya pemenuhan hak penyandang disabilitas menurut *Convention On The Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. Masalah tersebut yang kemudian mendorong penulis untuk melakukan penelitian normatif dengan meneliti data sekunder berupa peraturan perundang-undangan terkait hak-hak penyandang disabilitas dan pengampuan serta penetapan pengampuan oleh pengadilan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan ditemukan bahwa sejumlah regulasi dan penetapan pengampuan oleh pengadilan belum mendukung upaya pemenuhan hak penyandang disabilitas untuk mendapatkan persamaan kedudukan di muka hukum khususnya berkaitan dengan pengambilan keputusan.

Kata kunci: *kapasitas hukum, pengampuan, substituted decision making, supported decision making, CRPD.*

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang

Subyek hukum dalam hukum dikonstruksikan sebagai penyandang hak dan kewajiban hukum yang dalam melaksanakan hak dan kewajiban hukumnya atau kewenangan melakukan perbuatan hukum dapat dibatasi oleh faktor ketidakcakapan hukum yang ditentukan oleh berbagai keadaan seperti usia dan kesehatan jiwa. Ketidakcakapan baik karena kebelumdewasaan maupun karena ditaruh di bawah pengampuan menimbulkan akibat hukum subyek hukum yang bersangkutan tidak wenang melaksanakan hak dan

kewajiban hukumnya atau dengan kata lain tidak wenang melaksanakan perbuatan hukum secara mandiri sehingga harus diwakili oleh orang tua atau wali (bagi si belum dewasa) dan pengampu (bagi yang ditaruh di bawah pengampuan).

Mengenai subyek hukum yang ditaruh di bawah pengampuan, Kitab Undang-Undang Hukum (KUHPerdara) menentukan dalam Pasal 433 bahwa setiap orang dewasa yang selalu berada dalam *keadaan dungu, sakit otak, atau mata gelap* harus ditaruh di bawah pengampuan, pun jika kadang-kadang ia cakap mempergunakan pikirannya, seorang dewasa boleh juga ditaruh di bawah

pengampuan karena keborosannya.¹ Jika interpretasi Pasal 433 KUHPerdata tersebut disesuaikan dengan terminologi yang secara umum dikenal saat ini maka tidak bisa dilepaskan dari ketentuan mengenai subyek hukum yang mengalami disabilitas yang secara khusus telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Pada Pasal 32 Undang-Undang Penyandang Disabilitas diatur bahwa penyandang disabilitas dapat dinyatakan tidak cakap berdasarkan putusan pengadilan negeri, dan pada penjelasan Pasal 32 Undang-Undang Penyandang Disabilitas, penyandang disabilitas yang dapat dinyatakan tidak cakap adalah yang belum dewasa dan/atau di bawah pengampuan.² Jika ketentuan tersebut dikaitkan dengan ketentuan pada Pasal 433 KUHPerdata maka penyandang disabilitas yang dapat ditaruh di bawah pengampuan adalah *penyandang disabilitas intelektual*

seperti tingkat kecerdasan di bawah rata-rata; disabilitas grahita dan *down syndrome* dan *penyandang disabilitas mental* karena terganggunya fungsi pikir, emosi dan perilaku karena skizofrenia, bipolar, depresi, anxietas, dan gangguan kepribadian; autis dan hiperaktif.³ Padanan kata ‘dungu’ dan ‘sakit otak’ adalah sebuah konsep yang merendahkan dan ketinggalan zaman. Sayangnya, penggunaan konsep-konsep ini di dalam KUHPerdata memberikan sinyal bahwa mereka bisa diterima. Penggunaan konsep ini tidak sejalan dengan Pasal 8 *Convention On The Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) yang mengharuskan pemerintah untuk “mengadopsi kebijakan-kebijakan yang segera, efektif, dan sesuai” untuk “melawan stereotip, prasangka, dan praktik-praktik yang merugikan menyangkut penyandang disabilitas... dalam seluruh bagian kehidupan”.⁴

¹ Pasal 433 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

² Pasal 32 Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas

³ Penjelasan Pasal 4 ayat (1) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas

⁴ Albert Wirya, *et al*, *Asesmen Hukum Pengampuan di Indonesia: Perlindungan Hak Orang Dengan Disabilitas Psikososial*: Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat, 2020, hlm 8

Tidak selesai pada persoalan istilah, regulasi utama yang saat ini menjadi pedoman bagi hakim dalam memeriksa permohonan penetapan pengampunan yaitu KUHPerdota hingga berbagai regulasi lain di Indonesia seperti Undang-Undang Penyandang Disabilitas dan Undang-Undang Kesehatan Jiwa masih menerapkan lembaga pengampunan dalam menjawab persoalan mengenai kemampuan mengambil keputusan oleh penyandang disabilitas khususnya mental dan intelektual termasuk setelah Indonesia meratifikasi CRPD melalui Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011. CRPD melalui Pasal 12 mewajibkan negara untuk yang pertama mengakui bahwa setiap penyandang disabilitas memiliki kapasitas hukum dan memiliki persamaan di hadapan hukum untuk kemudian lahir sejumlah kewajiban lain dalam rangka mengupayakan hal tersebut.⁵ Untuk itu, setelah sepuluh tahun Indonesia meratifikasi CRPD, dan sejumlah peraturan perundang-undangan telah hadir untuk mengatur persoalan kapasitas hukum

penyandang disabilitas, rasanya perlu kita telaah sejauh mana peraturan perundang-undangan tersebut dan yang pada ranah implementasi hadir melalui penetapan pengampunan oleh pengadilan, telah mencerminkan harapan yang tertuang pada CRPD.

2. Rumusan Masalah

1. Apakah regulasi di Indonesia pasca ratifikasi *Convention on The Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) telah mencerminkan *supported decision making*?
2. Bagaimanakah penetapan pengampunan oleh pengadilan pasca ratifikasi CRPD yang mencerminkan paradigma *supported decision making*?

3. Tinjauan Pustaka

a. Keikutsertaan Indonesia dalam *Convention On The Rights of Persons with Disabilities* (CRPD)

⁵ Pasal 12 Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention On

The Rights Of Persons With Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas)

Sebelum meratifikasi CRPD, pemerintah Indonesia telah menandatangani konvensi tersebut pada tanggal 30 Maret 2007 di New York. Keterlibatan Indonesia dalam menandatangani hingga kemudian meratifikasi CRPD melalui Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011. Ratifikasi CRPD menjadi salah satu upaya negara dalam melindungi, menghormati, memajukan, dan memenuhi hak-hak penyandang disabilitas. Pokok-Pokok Isi CRPD yaitu:

1. Pembukaan

Pembukaan berisi pengakuan harga diri dan nilai serta hak yang sama bagi penyandang disabilitas, yaitu orang yang memiliki keterbatasan fisik, mental, intelektual, atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dan sikap masyarakatnya dapat menemui hambatan yang menyulitkan untuk berpartisipasi penuh dan efektif berdasarkan

kesamaan hak. Oleh karena itu, pengakuan bahwa diskriminasi berdasarkan disabilitas merupakan pelanggaran terhadap martabat dan nilai yang melekat pada setiap orang.

2. Tujuan

Tujuan konvensi ini adalah untuk memajukan, melindungi, dan menjamin kesamaan hak dan kebebasan yang mendasar bagi semua penyandang disabilitas, serta penghormatan terhadap martabat penyandang disabilitas sebagai bagian yang tidak terpisahkan (inherent dignity).

3. Kewajiban Negara

Kewajiban negara merealisasikan hak yang termuat dalam Konvensi, melalui penyesuaian peraturan perundang-undangan, hukum dan administrasi dari setiap negara, termasuk mengubah

peraturan perundang-undangan, kebiasaan dan praktik-praktik yang diskriminatif terhadap penyandang disabilitas, baik perempuan maupun anak, menjamin partisipasi penyandang disabilitas dalam segala aspek kehidupan seperti pendidikan, kesehatan, pekerjaan, politik, olah raga, seni dan budaya, serta pemanfaatan teknologi, informasi dan komunikasi.

4. Hak-hak Penyandang Disabilitas

Setiap penyandang disabilitas harus bebas dari penyiksaan atau perlakuan yang kejam, tidak manusiawi, merendahkan martabat manusia, bebas dari eksploitasi, kekerasan dan perlakuan semenamena, serta memiliki hak untuk mendapatkan penghormatan atas integritas mental dan fisiknya berdasarkan kesamaan dengan orang lain.

Termasuk didalamnya hak untuk mendapatkan perlindungan dan pelayanan sosial dalam rangka kemandirian, serta dalam keadaan darurat.

5. Implementasi dan Pengawasan Nasional

Negara Pihak harus menunjuk lembaga pemerintah yang menangani masalah penyandang disabilitas yang bertanggungjawab terkait pelaksanaan Konvensi ini, dan membangun mekanisme koordinasi di tingkat pemerintah untuk memfasilitasi tindakan tersebut.

6. Laporan Negara Pihak dan Peran Komite Pemantau

Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas Negara Pihak wajib membuat laporan pelaksanaan Konvensi ini 2 (dua) tahun setelah konvensi berlaku, dan laporan

selanjutnya paling lambat setiap 4 (empat) tahun atau kapan pun jika diminta Komite Pemantau Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas melalui Sekretaris Jenderal Perserikatan Bangsa-Bangsa. Komite Pemantau Konvensi Hak-Hak Penyandang Disabilitas membahas laporan yang disampaikan oleh Negara Pihak dan memberikan pertimbangan mengenai cara dan sarana meningkatkan kapasitas nasional untuk pelaksanaan Konvensi ini. Komite juga melakukan kerja sama internasional dan koordinasi dengan Komite Pemantau Instrumen Hak Asasi Manusia Internasional dan badan-badan Perserikatan Bangsa-Bangsa lainnya.

b. Ragam Sudut Pandang Mengenai Kapasitas Hukum Penyandang Disabilitas Mental

Penghormatan dan pengaturan hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas secara umum telah mengalami perkembangan dari waktu ke waktu, baik pada tingkat global hingga nasional, begitu juga hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas mental yang sebelum terbitnya CRPD tidak termasuk pada kategori penyandang disabilitas sehingga seringkali tidak terlindungi. Secara global, paradigma dalam memandang penyandang disabilitas yang kemudian berpengaruh pada regulasi dan kebijakan yang diambil bagi penyandang disabilitas tidak lagi berbasis pada rasa kasihan atau *charity based* melainkan sudah bergeser pada paradigma yang melihat interaksi manusia sebagai obyek utama, sehingga kebijakan yang disusun adalah untuk menciptakan kondisi yang non-diskriminasi karena semua manusia memiliki hak yang sama (*right based*).⁶ Dalam *charity based*,

⁶ Fajri Nursyamsi, *et al*, *Kerangka Hukum Disabilitas di Indonesia: Menuju Indonesia*

Ramah Disabilitas: Pusat Studi Hukum dan Kebijakan, 2015, hlm 12

penyandang disabilitas dulu dilihat sebagai individu yang selalu harus diberikan perlindungan sosial dibandingkan dengan diberikan penghormatan atas hak-hak yang dimilikinya. Melalui CRPD, penyandang disabilitas didorong untuk menjadi subyek yang memiliki hak, yang mampu mengklaim hak-haknya, dan mampu membuat keputusan untuk kehidupan mereka secara merdeka berdasarkan kesadaran sendiri serta menjadi anggota masyarakat secara aktif.⁷

Menurut Pasal 12 CRPD, setiap orang terlepas dari kemampuannya mengambil keputusan, memiliki kapasitas hukum.⁸ Kapasitas hukum dimaknai sebagai kemampuan seorang individu untuk memegang hak hukum melalui perbuatan hukum yang sah, antarlain membeli rumah, membuat kontrak, menentukan pewarisan atas hartanya, dan lain sebagainya. Berdasarkan

hukum yang berlaku selama ini, kemampuan tersebut sangat dipengaruhi oleh kapasitas intelektual dan kapasitas mental tertentu, yang kemudian menjadi dasar bagi ditetapkannya suatu pengampuan bagi penyandang disabilitas khususnya mental dan intelektual.⁹ Sebagai contoh di Indonesia, diskursus hukum perdata Indonesia seolah-olah menegaskan bahwa disabilitas mental (psikososial) menyebabkan kapasitas hukum seseorang hilang padahal yang terjadi justru sebaliknya: kapasitas itu dihilangkan oleh penetapan pengadilan¹⁰ melalui pengampuan.

Relasi antara kapasitas hukum, kapasitas mental dan kemampuan mengambil keputusan memang tidak bisa kita hapus sama sekali namun sejumlah pendekatan dapat kita pilih untuk kemudian menemukan pendekatan yang terbaik bagi pemenuhan hak penyandang

⁷ *Ibid*

⁸ George Szmukler, "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *World Psychiatry* 2019;18:34–41, hlm 1

⁹ Kevin De Sabbata, *Dementia, Treatment Decisions, and the UN Convention on the*

Rights of Persons With Disabilities. A New Framework for Old Problems, *Frontiers in Psychiatry* | www.frontiersin.org 1 November 2020 | Volume 11 | Article 571722, hlm 1

¹⁰ Albert Wirya, *et al, op.cit*, hlm 63

disabilitas. Terdapat sejumlah pendekatan untuk menilai kapasitas mental seseorang, yaitu, *pertama*, pendekatan status, melalui pendekatan ini seorang penyandang disabilitas dinilai tidak memiliki kapasitas untuk mengambil keputusan hukum karena statusnya sebagai penyandang disabilitas. *Kedua*, pendekatan hasil, di mana seorang penyandang disabilitas mental dapat dianggap tidak memiliki kapasitas untuk mengambil keputusan hukum jika keputusan yang diambilnya dinilai irasional. *Ketiga*, pendekatan fungsional, di mana kapasitas seseorang untuk mengambil keputusan hukum dinilai berdasarkan perilaku yang berkaitan dengan proses pengambilan keputusan, yang antarlain tergantung pada tes yang ada dan sistem hukum, sebagai contoh kemampuan untuk memahami informasi, mengkomunikasikan pilihannya, hingga memahami risiko dari pilihannya.¹¹ Dalam penelitian lain, kapasitas mengambil suatu keputusan berkaitan dengan kemampuan untuk

mengambil keputusan yang rasional, yang terdiri dari 4 (empat) komponen yaitu *comprehension* (kemampuan untuk memahami penjelasan yang diberikan kepadanya), *appreciation* (kemampuan untuk memahami hubungan antara informasi yang diberikan kepadanya dengan situasi yang ia hadapi), *reasoning* (kemampuan untuk memahami alasan dari sebuah informasi hingga risiko atau manfaat dari suatu perbuatan), dan *choice* (kemampuan untuk mengkomunikasikan dengan jelas dan konsisten terhadap pilihannya).¹²

Relasi yang diuraikan di atas perlu kita pahami sebagai suatu relasi yang tidak bersifat absolut karena berbagai tinjauan yang dilakukan termasuk dalam ranah kesehatan jiwa menunjukkan bahwa persoalan kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan tidak bisa kita gantungkan pada satu dua faktor saja, melainkan kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan merupakan suatu kemampuan yang dapat diupayakan. Bagi penyandang

¹¹ Kevin De Sabatta, *op.cit*, hlm 3

¹² Dilip V. Jeste, MD, *et al*, *Supported Decision Making in Serious Mental Illness*,

Psychiatry. 2018 ; 81(1): 28–40. doi:10.1080/00332747.2017.1324697, HHS Public Access, hlm 2 & hlm 3

disabilitas, beberapa faktor yang memengaruhi relasi dalam dukungan pengambilan keputusan yaitu: a. pengalaman dan latar belakang dari individu penyandang disabilitas, b. pengalaman dan latar belakang dari pihak yang membantunya mengambil keputusan, c. karakter dari metode dukungan yang diberikan, d. lingkungan di mana proses pengambilan keputusan terjadi, dan e. akibat dari keputusan yang diambil.¹³ Bahkan dalam suatu penelitian disebutkan bahwa kapasitas mengambil keputusan secara mandiri bagi penyandang disabilitas antara lain dipengaruhi oleh kesempatan yang diberikan kepadanya untuk mengambil keputusan.¹⁴ Hal tersebut menunjukkan bahwa begitu pentingnya kesempatan diberikan kepada penyandang disabilitas untuk terlibat dalam pengambilan keputusan dengan didukung oleh sejumlah dukungan yang diperlukan yang disesuaikan dengan kebutuhannya, yang salah satunya menjadi kewajiban negara untuk

mewujudkannya sebagaimana diatur dalam CRPD.

Sebagai contoh Inggris telah mengatur tentang kecakapan bertindak seseorang khususnya kecakapan untuk mengambil keputusan (*decision making capacity*). Dalam *The English Mental Capacity Act* disebutkan bahwa tidak seorangpun dapat dikatakan tidak cakap membuat keputusan atas dirinya hanya karena ia membuat keputusan yang tidak bijaksana. Prinsip ini menunjukkan bahwa dalam hukum Inggris, dalam menentukan kecakapan seseorang membuat keputusan tidak boleh hanya dilihat dari *decision making outcome* tetapi harus dilihat pula *decision making process*. Oleh karena itu, penilaian harus ditujukan pada apakah individu tersebut mampu untuk membuat keputusan namun di Inggris sendiri terdapat berbagai kritik terhadap regulasi terkait penentuan kecakapan seseorang antara lain karena penilaian lebih banyak dititikberatkan pada

¹³ Michelle Browning, *et al*, *A process of decision-making support: Exploring supported decision-making practice in Canada*, Journal Of Intellectual & Developmental Disability, 2020,

<https://doi.org/10.3109/13668250.2020.1789269>, hlm 5

¹⁴ Ibid, hlm 4

kemampuan kognitif (intelektual) dan kurang memperhatikan sisi non kognitif (misal, sikap) maupun kemampuan untuk mengevaluasi suatu keputusan. Upaya untuk menyelesaikan persoalan penilaian yang bias tersebut maka seharusnya dalam menentukan kecakapan individu mengambil keputusan harus dilihat dari aspek apakah individu tersebut mampu menganalisis suatu informasi dengan baik dan menjadikannya sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan. Dalam kaitannya dengan disabilitas mental yang dialami oleh individu maka harus dilihat pula sejauh mana suatu kondisi *mania* atau *depresi* yang secara insidental dialaminya dapat mempengaruhi kemampuannya mengambil keputusan.¹⁵

Dalam *Mental Health Act Singapura*, seseorang dianggap menderita gangguan mental apabila tidak dapat membuat keputusan diri baik yang bersifat permanen maupun sementara. Kategori orang yang tidak dapat membuat keputusan sendiri

adalah mereka yang tidak mampu 1. Memahami informasi yang relevan dalam mengambil keputusan; 2. Menyimpan informasi yang bersangkutan; 3. Menggunakan atau menimbang bahwa informasi sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan; atau 4. Berkomunikasi atas keputusannya sendiri (baik dengan berbicara, menggunakan bahasa isyarat atau dengan cara lain)¹⁶ namun seseorang tidak boleh dikategorikan sebagai penderita gangguan mental apabila mampu memahami informasi yang relevan baginya dan dia mampu memahami penjelasan yang diberikan kepada dalam cara yang nyaman baginya sehingga sebagaimana yang diatur dalam *Mental Health Act Singapura* seyogyanya ada batasan yang jelas dalam pengaturan tentang pengampunan bagi penyandang disabilitas mental.

Pasal 26 *Mental Health Act Singapura* secara khusus memberikan larangan terhadap pendamping terkait dengan keinginan penderita gangguan mental, yaitu sebagai berikut: (1)

¹⁵ Gareth S Owen, *et al*, *Misevaluating the Future: Affective Disorder and Decision-Making Capacity for Treatment* – A

Temporal Understanding, *Jurnal Psychopathology*, 2018, hlm 372

¹⁶ Fajri Nurysamsi, *et al.*, *op.cit*, hlm 72-73

Persetujuan untuk menikah; (2) Persetujuan untuk menyentuh yang bersifat seksual; (3) Persetujuan untuk bercerai atas dasar pemisahan selama tiga tahun; (4) Persetujuan dalam pembuatan perintah adopsi anak; (5) Pengadopsian atau penyangkalan agama; (6) Penerimaan pengobatan untuk perubahan jenis kelamin; (7) Persetujuan atau pencabutan izin perawatan untuk sterilisasi seksual secara sukarela; (8) Persetujuan untuk mencabut pengobatan dalam rangka pengakhiran kehamilan; (9) Pendaftaran atau penarikan keberatan sehubungan dengan pemindahan organ orang yang telah mati; (10) Pembuatan atau pencabutan instruksi medis awal; (11) Pembuatan atau pencabutan sebuah pemberian dari badan atau bagian dari badan; dan (12) hal-hal lain yang akan ditentukan.¹⁷

c. Pengampunan dalam Paradigma *Supported Decision Making*

Dalam konstruksi hukum, lembaga pengampunan muncul antara

lain berangkat dari label yang diberikan kepada penyandang disabilitas mental yang tidak mampu melakukan perbuatan-perbuatan tertentu termasuk perbuatan hukum untuk dirinya sendiri atau dengan kata lain tidak memiliki kapasitas hukum. Pengampunan sesungguhnya menghilangkan identitas seseorang sebagai subyek hukum dengan membiarkan orang lain mengambil keputusan untuk dan atas nama seseorang yang ditaruh di bawah pengampunan hingga terkadang merampas hak-hak dasar seorang subyek hukum seperti menikah dan membentuk keluarga, hingga menentukan perawatan kesehatan bagi dirinya.¹⁸ Pengampunan terdiri dari 2 (dua) macam jenis, yaitu pengampunan terbatas di mana seseorang dianggap tidak cakap untuk mengambil keputusan atau melakukan perbuatan hukum pada area kehidupan tertentu dan pengampunya hanya memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan bagi orang tersebut pada area kehidupan tertentu itu pula. Kemudian, pengampunan penuh di

¹⁷ Ibid, hlm 12

¹⁸ Staci Converse, *Guardianship Reform: Supported Decision-Making and Maine's*

New Probate Code, Maine Bar Journal | Volume 33, Fall/Winter, 2018, hlm 25

mana seseorang oleh pengadilan dinyatakan tidak cakap melakukan semua jenis perbuatan hukum dan pengampunya berwenang mengambil semua keputusan bagi orang tersebut.¹⁹

Pengampunan lahir dari paradigma *charity based* dalam memandang penyandang disabilitas atau berbasis pada rasa kasihan. Seiring berubahnya paradigma *charity based* kepada *right based*, cara pandang medis yang menitikberatkan kepada kondisi fisik seseorang juga berubah menjadi cara pandang sosial yang menitikberatkan kepada interaksi sosial dan lingkungan. Sudut pandang medis melihat hambatan atau keterbatasan ada pada fisik seseorang, sehingga titik intervensi yang harus dilakukan adalah kepada sang penyandang disabilitas sedangkan dalam pendekatan sosial, hambatan selalu ada pada pola interaksi sosial atau kondisi di lingkungan sekitar, sehingga titik intervensi berpindah dari fisik seorang penyandang

disabilitas kepada pola interaksi di masyarakat atau lingkungan sekitar penyandang disabilitas.²⁰ *Charity based* inilah yang kemudian mengantarkan pada konsep pengampunan yang bertujuan untuk mewakili seorang dengan keterbatasan fisik ataupun mental dalam mengambil suatu keputusan atau perbuatan hukum (*substituted decision making*).

Substituted Decision Making adalah sebuah sistem di mana a) kapasitas hukum seseorang dihilangkan, b) seseorang dapat ditunjuk untuk menjadi wakil dari penyandang disabilitas untuk menggantikannya mengambil keputusan, meskipun tidak disetujui oleh penyandang disabilitas tersebut, c) keputusan yang diambil oleh wakil merupakan keputusan yang dianggap terbaik bagi penyandang disabilitas menurut sudut pandang wakil dan bukan didasarkan pada keinginan dan pilihan penyandang disabilitas tersebut.²¹ Paradigma *substituted decision making* yang digunakan

¹⁹ Dilip V. Jeste, MD, *et al*, *op.cit*, hlm 4

²⁰ Fajri Nurysamsi, *et al*, *op.cit*, hlm 32

²¹ Rosie Harding, *et al*, *Supported Decision-Making from Theory to Practice:*

Implementing the Right to Enjoy Legal Capacity, Societies2018,8,25, www.mdpi.com/journal/societies , hlm 32

dalam pengampuan, berpotensi menghilangkan kapasitas hukum dari diri seseorang. Penyandang disabilitas dalam paradigma tersebut dianggap tidak memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan untuk dirinya dan kemudian tidak bisa mengadakan hubungan hukum. Penggunaan paradigma *substituted decision making* dinilai bertujuan untuk melindungi penyandang disabilitas namun pada kenyataannya justru dapat terjadi sebaliknya karena tanpa kapasitas hukum seorang penyandang disabilitas justru tidak dapat melindungi dirinya terhadap tindakan kesewenang-wenangan.²² Dalam *substituted decision making*, seorang penyandang disabilitas tidak memiliki cukup ruang untuk mendapatkan dukungan yang dapat melatih kemampuannya mengambil keputusan secara mandiri dan menyampaikan keinginannya²³ padahal disabilitas seseorang tidak bisa membuatnya dianggap tidak memiliki kapasitas hukum dan harus digantikan dalam proses pengambilan

keputusan yaitu proses pengambilan keputusan oleh orang lain bagi penyandang disabilitas yang tidak didasarkan pada keinginan dan pilihan individu penyandang disabilitas.²⁴

Melalui CRPD kemudian diperkenalkan paradigma baru yang mereformasi *substituted decision making* yaitu *supported decision making*. Bach and Kerzner mendefinisikan *supported decision making* sebagai proses yang dinamis yang mengikuti perjalanan seorang penyandang disabilitas untuk pada akhirnya dapat mengambil keputusan hukum secara mandiri, dengan dibantu atau didukung oleh seseorang yang mampu membantunya mengkomunikasikan keinginan dan pilihannya.²⁵ Pendekatan berbasis hak (*right based*) menjadi dasar dalam CRPD memperkenalkan paradigma tersebut bagi persoalan kapasitas hukum penyandang disabilitas dengan menetapkan penyandang disabilitas sebagai

²² Anna Arstein-Kerslake, *An Empowering Dependency: Exploring Support For The Exercise of Legal Capacity*, Scandinavian Journal of Disability Reserach, 2016. Vol 18, No 1, hlm 80

²³ *Ibid*, Hlm 81

²⁴ George Szmukler, *op.cit*, hlm 34

²⁵ Kevin De Sabatta, *op.cit*, hlm 4

subyek hukum yang memiliki kapasitas hukum dan menetapkan kewajiban kepada negara untuk memberikan dukungan serta memastikan penyandang disabilitas memiliki akses untuk memperoleh kapasitas hukum dan dapat mengambil keputusan hukum bagi dirinya. CRPD juga menekankan pentingnya upaya untuk melatih penyandang disabilitas mampu mengambil keputusan.²⁶ *Supported decision making* diharapkan juga dapat mengurangi ketergantungan penyandang disabilitas terhadap pengampunya, bukan untuk menghilangkan ketergantungan sama sekali melainkan lebih kepada memastikan bahwa dalam hubungan dengan pengampu terdapat proses pemberdayaan diri individu penyandang disabilitas.²⁷

Karakter dari *supported decision making* yaitu a) setiap hak dan pilihan dari penyandang disabilitas mental harus dihargai, b) bentuk dukungan kepada penyandang disabilitas mental khususnya berkaitan dengan proses pengambilan

keputusan harus disesuaikan dengan kebutuhannya, c) tidak tergantung pada penilaian terhadap kapasitas mental, d) meminimalisasi penyalahgunaan.²⁸ Selain itu, pada tulisan lain, kriteria proses pengambilan keputusan menurut *supported decision making* yaitu bahwa, 1) Informasi diberitahukan kepada individu penyandang disabilitas, 2) penyandang disabilitas berkonsultasi dengan orang yang mereka pilih/percaya, 3) penyandang disabilitas mengambil keputusan, 4) keputusan tersebut terdokumentasikan dan dapat ditegakkan secara hukum.²⁹

Sejumlah prinsip dalam *supported decision making* meliputi: a) memastikan bahwa kedua belah pihak baik pengampu dan yang diampu diakui sebagai subyek hukum sepenuhnya dan memiliki kapasitas hukum, b) memastikan bahwa tidak seimbangnnya hubungan ketergantungan di antara para pihak tidak digunakan untuk melakukan penyalahgunaan oleh pihak yang lebih kuat, c) memastikan bahwa hasil

²⁶ Anna Arstein-Kerslake, *op.cit.*, hlm 78

²⁷ *Ibid*, hlm 86

²⁸ Kevin De Sabatta, *op.cit.*, hlm 3

²⁹ Dilip V. Jeste, MD, *et al.*, *op.cit.*, hlm 11

dari hubungan antara pengampu dan yang diampu selalu mencerminkan harapan dan keinginan pihak yang diampu, dan bukan pengampu, d) memastikan penetapan terhadap pengampuan tidak mengatur secara berlebihan kehidupan dari pihak yang diampu.³⁰ Prinsip tersebut dapat diwujudkan antara lain dengan cara selalu mengupayakan untuk melibatkan individu yang diampu dalam setiap pengambilan keputusan termasuk apabila memerlukan pertemuan dengan pihak ketiga, mengupayakan para pihak mendapatkan informasi yang jelas tentang bagaimana seharusnya *supported decision making* dijalankan.³¹

Menurut *American Bar Association Commission on Law and Aging*, terdapat berbagai bentuk pelaksanaan *supported decision making*, antarlain: sistem dukungan informal seperti dari komunitas; dukungan langsung dari anggota

keluarga atau pihak lain yang juga membantu proses komunikasi; dukungan teknologi seperti aplikasi yang dapat membantu penyandang disabilitas untuk dapat memroses informasi dan mengambil keputusan; dukungan lingkungan; dukungan keuangan seperti dengan membuat akun bersama dengan wali; dukungan pengawasan oleh pengadilan seperti melalui pengampuan dengan memastikan penggunaan prinsip-prinsip dukungan dalam pengambilan keputusan. Tiap individu dapat saja memerlukan bentuk dukungan yang berbeda.³² Pada *supported decision making*, sebelum bicara tentang pengambilan keputusan, yang harus dikembangkan dan diberdayakan adalah kemampuan interpersonal dari penyandang disabilitas mental, hingga akhirnya mampu untuk memilih dan mengambil keputusan³³ karena lingkungan sekitar sangat memengaruhi cara pandang penyandang disabilitas terhadap dirinya dan kondisi yang ia alami

³⁰ Anna Arstein-Kerslake, *op.cit*, hlm 88

³¹ *Ibid*, hlm 89

³² The American Bar Association Commission on Law and Aging, *Supporting Decision Making Across the Age Spectrum A Report by The American Bar Association Commission on Law and Aging*, 2020, hlm 2

³³ Renata Kokanović, *et al*, *Supported Decision-Making From The Perspectives Of Mental Health Service Users, Family Members Supporting Them And Mental Health Practitioners*, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2018, Vol. 52(9) 826–833, hlm 831

pengobatan namun demikian pengobatan yang dilakukan tidak diikuti oleh konsistensi mengonsumsi obat. Berbagai alasan yang melatarbelakangi inkonsistensi mengonsumsi obat

antara lain merasa sudah sehat, tidak mampu membeli obat secara rutin, tidak melakukan pemeriksaan secara rutin, dan lain sebagainya.³⁶

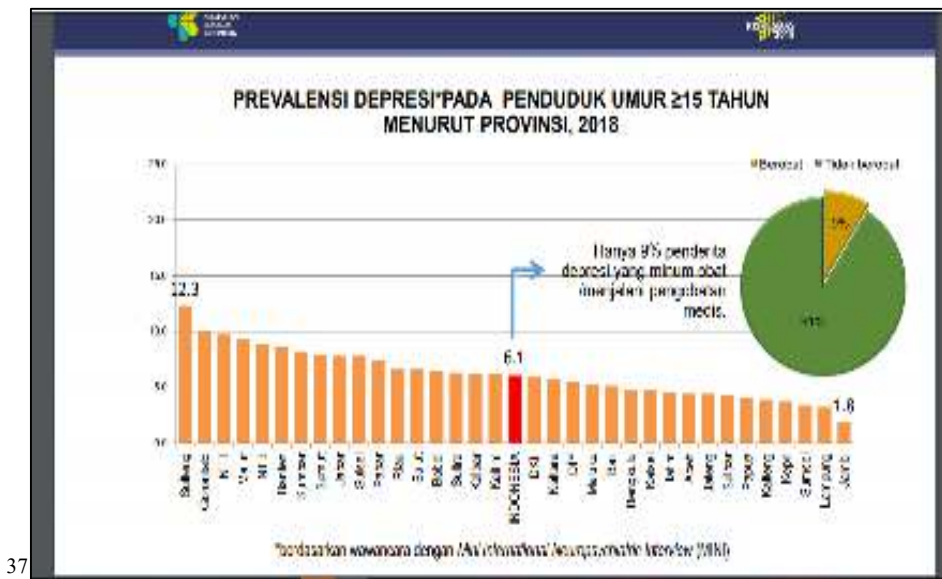


Tabel 2. Cakupan Pengobatan Penderita Gangguan Jiwa Skizofrenia/Psikosis Tahun 2018

Selain skizofrenia dan psikosis, pada Riset Kesehatan Dasar 2018 juga ditemukan fakta bahwa tingkat prevalensi depresi pada penduduk umur ≥ 15 tahun juga cukup tinggi pada setiap

provinsi dan riset pun menunjukkan bahwa 9 % dari keseluruhan penderita depresi yang mengonsumsi obat ataupun melakukan pemeriksaan medis.

³⁶ *Ibid*, hlm 80

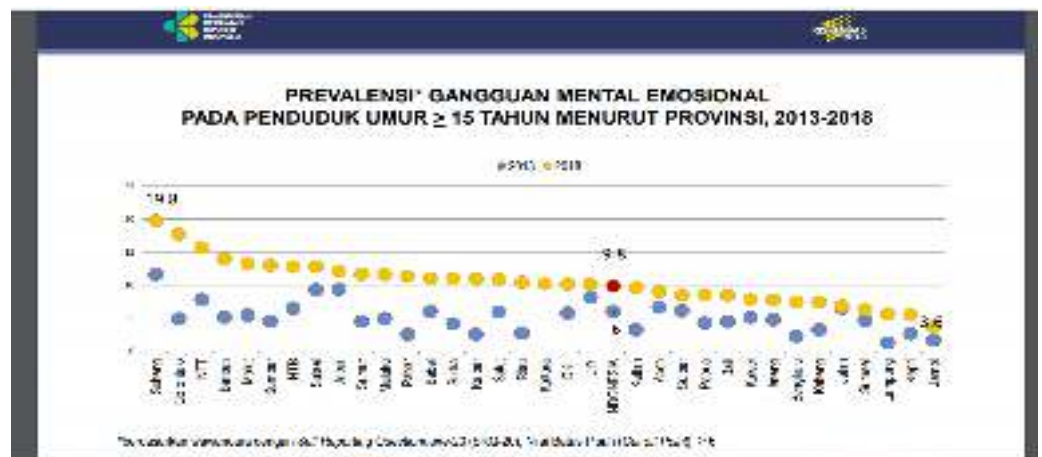


37

Tabel 3. Prevalensi Depresi Pada Penduduk ≥ 15 tahun Menurut Provinsi Tahun 2018

Selain itu, prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia ≥15 tahun juga meningkat dibandingkan dari riset yang

dilakukan pada tahun 2013, dengan jumlah tertinggi di Sulawesi Tengah dan terendah di Jambi.³⁸



Tabel 4. Prevalensi Gangguan Mental Emosional Pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun Menurut Provinsi Tahun 2013-2018

³⁷ *Ibid*, hlm 81

³⁸ *Ibid*, hlm 82

Meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa sayangnya tidak diikuti dengan ketersediaan layanan kesehatan jiwa yang memadai. Berdasarkan Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018, jumlah rumah sakit khusus jiwa di Indonesia justru menurun di tahun 2018 yaitu sejumlah 43 rumah sakit dengan 9.880 tempat tidur. Seain itu berdasarkan riset jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa menurut provinsi tahun 2018, sejumlah provinsi masih belum memiliki satupun puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa antara lain DIY, Bengkulu, DKI, NTB, Kalbar, Kalteng, Sulsel, Sulbar dan Papua Barat.

Berdasarkan profil kesehatan jiwa di Indonesia yang telah dipaparkan di atas, dapat kita lihat bahwa secara umum peningkatan jumlah penyandang disabilitas mental di Indonesia tidak diikuti dengan peningkatan jumlah fasilitas kesehatan maupun tenaga kesehatan yang menangani pasien dengan masalah kejiwaan, selain itu sebaran

fasilitas kesehatan juga belum merata karena beberapa provinsi bahkan belum memiliki rumah sakit jiwa. Di sisi lain, penyandang disabilitas mental termasuk keluarganya tidak semua memiliki kesadaran maupun memiliki akses untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan yang layak dan berkesinambungan, hal ini juga turut menyumbang masih buruknya penanganan termasuk pemenuhan hak penyandang disabilitas mental di Indonesia. Persoalan tersebut berpotensi menyebabkan penyandang disabilitas menjadi tidak berdaya karena tidak mendapatkan perawatan dan dukungan yang memadai, yang kemudian memengaruhi hubungan intrapersonal dan membuat ia semakin jauh dari masyarakat. Apabila hal demikian terjadi maka ia semakin dekat dengan kemungkinan untuk diletakkan di bawah pengampuan karena dinilai tidak memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan lalu disebut tidak memiliki kapasitas hukum.

2. Potret Regulasi Terkait Disabilitas Mental dan Pengampuan Di Indonesia Pasca Ratifikasi *Convention On The*

Rights Of Persons With Disabilities (CRPD)

Setelah meratifikasi CRPD melalui Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011, Indonesia sebagai negara pihak dilekati kewajiban-kewajiban yang harus diimplementasikan antara lain dengan melakukan penyesuaian peraturan perundang-undangan, hukum dan administrasi negara, termasuk mengubah peraturan perundang-undangan, kebiasaan dan praktik yang diskriminatif terhadap penyandang disabilitas, serta pelaksanaan program yang didukung oleh politik anggaran untuk menjamin partisipasi penyandang disabilitas dalam segala aspek kehidupan.³⁹ Dalam Pasal 12 ayat (4) CRPD mengenai pengakuan yang sama di depan hukum disebutkan bahwa negara mesti menjamin semua langkah yang berhubungan dengan pelaksanaan kapasitas perbuatan hukum yang layak dan efektif demi mencegah penyalahgunaan sesuai dengan hukum hak asasi manusia internasional. Perlindungan tersebut harus memastikan bahwa langkah-

langkah yang berkaitan dengan pelaksanaan kapasitas tadi menghormati hak, keinginan dan preferensi para penyandang disabilitas, bebas dari konflik kepentingan dan pengaruh yang tidak baik, proporsional, dan disesuaikan dengan kondisi orang-orang tersebut. Selain itu, perlindungan itu juga harus dilakukan secepat mungkin dan tunduk kepada lembaga yang berwenang, independen dan tidak memihak.⁴⁰

Melalui undang-undang tersebut pula, untuk pertama kalinya orang dengan gangguan jiwa termasuk dalam penyandang disabilitas yaitu disebut sebagai penyandang disabilitas mental. Hal ini menjadi awal bagi dimulainya perhatian negara yang lebih bagi pemenuhan hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas mental yang sebelumnya tidak dilihat sebagai suatu hal yang penting untuk dilindungi.

Negara berdasarkan CRPD diposisikan sebagai pemangku kewajiban dalam pemenuhan hak asasi manusia yang memiliki

³⁹ Fajri Nurysamsi, *et al.*, *op.cit.*, hlm 52

⁴⁰ *Ibid*, hlm 70

tanggung jawab untuk menghormati (*to respect*), melindungi (*to protect*) dan memenuhi (*to fulfill*) hak asasi manusia termasuk bagi penyandang disabilitas mental yang antara lain tanggung jawab negara tersebut diamanatkan dalam Pasal 5 ayat (2) CRPD yaitu untuk mencegah semua diskriminasi serta menjamin perlindungan hukum yang sama dan efektif bagi penyandang disabilitas terhadap diskriminasi dalam bentuk apapun. Pemenuhan hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas mental salah satunya adalah dalam bentuk memberikan hak dan mengupayakan terpenuhinya hak persamaan kedudukan di hadapan hukum termasuk hak untuk melakukan perbuatan hukum. Negara memiliki kewajiban untuk mengupayakan pemenuhan hak tersebut sebagaimana yang diamanatkan oleh CRPD dengan mengambil upaya yang diperlukan termasuk dengan menyesuaikan regulasi terkait dengan hak-hak penyandang disabilitas supaya dapat berpihak pada penyandang disabilitas untuk dapat berdaya mengambil keputusan sendiri dan melakukan perbuatan hukum sendiri.

Berdasarkan hukum yang berlaku di Indonesia, mengenai pengampunan antara lain diatur dalam Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa dan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015. Pengaturan yang lengkap tentang pengampunan ada pada Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yang merupakan peraturan peninggalan kolonial yang relevansinya dengan semangat pemenuhan hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas mental patut dipertanyakan. Dalam Pasal 433 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata disebutkan bahwa seseorang yang dalam keadaan dungu/gila harus ditempatkan di bawah pengampunan meskipun sewaktu-waktu ia cakap atau mampu, di mana pengampunan dimintakan ke pengadilan mengenai perbuatan hukum tertentu (khusus) atau seluruh perbuatan hukum (umum). Akibat dari pengampunan adalah bahwa baik perbuatan hukum tertentu atau segala perbuatan hukum yang dilakukan oleh seseorang yang di bawah pengampunan harus diwakili

oleh walinya dan apabila ia melakukan perbuatan hukum sendiri maka perbuatan hukumnya menjadi batal demi hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 446 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Pada tahun 2014, terbit Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang di dalamnya juga menyinggung tentang pengampuan dalam kaitannya dengan Bab Pemeriksaan Kesehatan Jiwa untuk Kepentingan Penegakan Hukum. Pada Pasal 72 dan Pasal 73, seseorang yang diduga kehilangan kecakapan untuk melakukan perbuatan hukum harus mendapatkan pemeriksaan kesehatan jiwa, yang dilakukan oleh tim yang terdiri dari dokter spesialis kejiwaan, dokter spesialis lain/dokter umum dan/atau psikolog klinis.⁴¹ Undang-Undang Kesehatan Jiwa, senada dengan banyaknya mekanisme pengampuan di zaman modern, menggunakan asesmen kapasitas mental untuk menentukan apakah seseorang kehilangan kapasitas mentalnya untuk memberikan keputusan-

keputusan spesifik berkaitan dengan kesehatan, keuangan dan hidup personal. Melalui hukum ini, seseorang tidak bisa ditaruh di bawah pengampuan semata-mata karena disabilitas psikososial atau disabilitas lainnya yang mereka miliki. Mereka baru bisa ditaruh di bawah pengampuan jika mereka dianggap kekurangan kapasitas mental, suatu kondisi yang biasanya didefinisikan sebagai kondisi di mana mereka tidak bisa memahami latar dan konsekuensi dari sebuah keputusan. Sekalipun pendekatan ini lebih tidak diskriminatif ketimbang pendekatan yang menjatuhkan pengampuan semata-mata karena status individu (*status-based approach*), pendekatan fungsional tetap menimbulkan permasalahan hak asasi manusia⁴²

Sebagai peraturan turunan dari Undang-Undang Kesehatan Jiwa, terdapat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum. Pemeriksaan kesehatan jiwa yang dimaksud dalam peraturan

⁴¹ Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

⁴² Albert Wirya, *et al, op.cit*, hlm 65

tersebut adalah serangkaian kegiatan dari pelayanan kesehatan jiwa yang dilakukan untuk menilai kondisi kesehatan jiwa seseorang yang diwujudkan dalam bentuk *Visum et Repertum Psikiatrikum* yaitu keterangan dokter spesialis kedokteran jiwa yang berbentuk surat sebagai hasil pemeriksaan kesehatan jiwa pada seseorang di fasilitas pelayanan kesehatan untuk kepentingan penegakan hukum termasuk untuk menetapkan seorang penyandang disabilitas mental diletakkan di bawah pengampunan/tidak (penentuan kecakapan). Dalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut, permohonan pemeriksaan kesehatan jiwa dimohonkan oleh para pihak sesuai peraturan perundang-undangan dan pengadilan. Dalam lampiran pedoman tersebut, dalam hal permohonan pemeriksaan kesehatan jiwa dimohonkan untuk hal pengampunan maka dokter spesialis kejiwaan juga diharapkan dapat memberikan pendapat apakah pengampunan tersebut bersifat permanen atau perlu dilakukan evaluasi berulang serta apakah pengampunan berlaku pada perbuatan hukum tertentu atau semua perbuatan

hukum orang yang diperiksa. Dalam lampiran Undang-Undang Kesehatan Jiwa juga diberikan pedoman bagi dokter spesialis kejiwaan tentang hal-hal yang harus diperiksa kepada seorang yang dimohonkan pengampunan, yang antara lain memberikan penilaian melalui proses wawancara maupun observasi terhadap daya ingat, pemahaman dan kemampuan membuat keputusan, kemampuan untuk melakukan pengelolaan terhadap diri atau situasi saat itu antara lain untuk menentukan status atau disabilitas pada domain tertentu akan menyebabkan kurangnya kapasitas pada domain yang lain. Berdasarkan hasil analisis tersebut perlu dipertimbangkan bahwa keputusan untuk menetapkan pengampunan tidak didasarkan satu tindakan atau gejala semata, penetapan kapasitas mental harus mencantumkan jenis pengampunan apakah pada bidang tertentu atau menyeluruh lalu apakah untuk sementara waktu atau permanen.

Selain itu, Undang-Undang Penyandang Disabilitas juga menyinggung mengenai pengampunan namun sesungguhnya undang-undang

tersebut tidak menciptakan norma baru yang sesungguhnya diharapkan lebih berpihak pada penyandang disabilitas khususnya penyandang disabilitas mental (sebagai orang yang kerap diberi stigma tidak cakap) daripada Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Mengenai pengampuan diatur dalam Pasal 34, Pasal 33 dan Pasal 34 Undang-Undang Penyandang Disabilitas. Pada pokoknya, undang-undang mengatur bahwa seorang penyandang disabilitas dapat dinyatakan tidak cakap berdasarkan penetapan pengadilan negeri tetapi undang-undang tidak memberikan indikator tentang penyandang disabilitas yang layak dinyatakan tidak cakap melalui penetapan pengampuan. Undang-Undang Penyandang Disabilitas hanya mensyaratkan bahwa pengampuan diberikan dengan alasan yang jelas dan wajib menghadirkan dan melampirkan bukti dari dokter, psikolog dan/atau psikiater dan perbuatan hukum oleh wali pengampu yang mengakibatkan bertambah, berkurang atau hilangnya hak milik orang yang diampu atas suatu kebendaan harus didahului dengan penetapan pengadilan negeri.

3. Analisis Penetapan Pengadilan tentang Pengampuan

Penulis melakukan analisis terhadap sejumlah penetapan pengadilan negeri berkaitan dengan pengampuan yaitu Penetapan Nomor 8/Pdt.P/2017/PN Kla, Penetapan Nomor 0068/Pdt.P/2012/PA.Pas, Penetapan Nomor 78/Pdt.P/2016/PN.Skt, Penetapan Nomor 114/Pdt.P/2016/PN.Skt, Penetapan Nomor 472/Pdt.P/2016/PN Jkt.Utr, dan Penetapan Nomor 143/Pdt.P/2018/PN Lmg. Berdasarkan evaluasi yang dilakukan terhadap beberapa penetapan permohonan pengampuan di atas, dapat disimpulkan bahwa:

a. Beberapa penetapan tidak menyertakan surat keterangan dari dokter spesialis kejiwaan atau menghadirkan keterangan saksi ahli dokter spesialis kejiwaan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum pada Pasal 4 ayat (2) diatur

bahwa pemeriksaan kesehatan jiwa diselenggarakan di rumah sakit atau klinik utama yang setara milik Pemerintah, Pemerintah Daerah atau Swasta oleh dokter spesialis kejiwaan dengan didampingi oleh dokter, psikolog klinis, perawat dan/atau tenaga kesehatan lain sesuai kebutuhan yang kemudian diwujudkan dengan *visum et repertum* atau *visum et psikiatrikum*, dan/atau dengan menghadirkan ahli yang bersangkutan ke dalam sidang penetapan untuk didengarkan keterangannya oleh hakim.⁴³

b. Tidak jelas apakah surat keterangan dari dokter kesehatan jiwa telah dikeluarkan berdasarkan pemeriksaan sebagaimana diatur dalam Permenkes Nomor 77 Tahun 2015

Dalam Permenkes Nomor 77 Tahun 2015 diatur tentang aspek-aspek yang harus diperiksa dan teknik pemeriksaan kepada penyandang disabilitas mental yang dimintakan

pengampuan. Ketentuan tersebut hendaknya menjadi pedoman bagi dokter kesehatan jiwa atau tenaga kesehatan lain yang melakukan pemeriksaan kesehatan jiwa untuk dapat memberi rekomendasi yang tepat apakah seorang yang dimintakan pengampuan tersebut memang perlu ditaruh di bawah pengampuan atau tidak, dalam jangka waktu tertentu atau selamanya dan ruang lingkup pengampuannya.

c. Beberapa penetapan tidak menyebutkan jangka waktu (permanen/temporal) dan ruang lingkup (seluruh perbuatan/perbuatan tertentu)

Penetapan pengampuan hendaknya menyertakan jangka waktu pengampuan apakah permanen atau temporal dan apakah untuk segala aspek kehidupan pihak yang diampu atau hanya untuk beberapa aspek kehidupan tertentu, sebagaimana yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan

⁴³ Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum

Kesehatan Jiwa. Selain dipersyaratkan secara formal, penentuan ini sesungguhnya merupakan bentuk perlindungan hukum kepada pihak yang diampu (penyandang gangguan kesehatan jiwa) mengingat sebenarnya hakekat pengampuan adalah membantu pihak yang diampu untuk dapat melaksanakan kepentingannya sehingga fokusnya justru harus pada kepentingan pihak yang diampu, bukan kepentingan pengampu. Oleh karena itu, penentuan jangka waktu dan ruang lingkup menjadi sangat penting sebagai bentuk kepedulian hakim pada kepentingan pihak yang diampu dan perlindungan terhadap hak hukumnya sebagai subyek hukum.

d. Tidak ada penetapan yang menyertakan tugas dan kewenangan pengampu dan hak pihak yang diampu

Masih dalam rangka memprioritaskan kepentingan pihak yang diampu, seharusnya penetapan juga memuat tugas, kewenangan dan hak pihak pengampu dan pihak yang diampu sehingga pelaksanaan kepentingan

pihak yang diampu tidak akan merugikan pihak yang diampu dan pihak yang mengampu melaksanakan pengampuan sesuai dengan kewenangannya serta sebagai subyek hukum, pelaksanaan hak pihak yang diampu tetap dilindungi oleh hukum melalui penetapan pengadilan.

e. Tidak ada penetapan yang menyertakan kewajiban melakukan evaluasi secara berkesinambungan

Keadaan kesehatan jiwa seseorang bahkan yang dinyatakan telah menderita disabilitas mental sesungguhnya sangat mungkin berubah dan keadaan kesehatan jiwa pada saat penetapan pengampuan bisa berubah menjadi lebih baik antara lain karena proses pengobatan dan perawatan yang dilakukan maka sebaiknya dalam suatu penetapan pengampuan hakim menyertakan kewajiban untuk melakukan evaluasi terhadap keadaan pihak yang diampu yang dapat berpotensi mengubah urgensi pengampuan bagi yang bersangkutan karena kalau tidak dilakukan evaluasi (dalam hal pengampuan bersifat permanen)

maka bisa terjadi pihak yang diampu masih berada di bawah pengampuan meskipun ia sesungguhnya sudah cakap hukum.

Berdasarkan evaluasi terhadap sejumlah penetapan pengadilan di atas dapat dilihat bahwa penetapan pengampuan oleh pengadilan pasca ratifikasi CRPD belum sepenuhnya mencerminkan *supported decision making* dan masih cenderung menggunakan paradigma *substituted decision making*. Hal tersebut dapat dilihat dari penetapan-penetapan tersebut yang tidak secara detail menjelaskan ruang lingkup pengampuan bagi pihak yang diampu, kewajiban pihak yang mengampu hingga jangka waktu pengampuan, kemudian tidak semua penetapan juga telah didasarkan pada pemeriksaan kesehatan jiwa oleh dokter spesialis kejiwaan. Penetapan yang demikian berpotensi berangkat dari paradigma lama yang melihat pengampuan sebagai upaya menggantikan pihak yang diampu dalam melaksanakan haknya sehingga fokus penetapan adalah pada pihak yang mengampu sedangkan sebaiknya dengan paradigma *supported decision*

making, penetapan hendaknya disesuaikan dengan kondisi kesehatan jiwa pihak yang diampu (yang diketahui berdasarkan pemeriksaan kesehatan jiwa) sehingga ruang lingkup pengampuan dan jangka waktu pengampuan akan disesuaikan dengan kondisi yang bersangkutan dan terbuka terhadap evaluasi secara berkala.

C. Penutup

1. Kesimpulan

a. Regulasi yang berkaitan dengan pengampuan di Indonesia yang lahir setelah Indonesia meratifikasi CRPD seperti Undang-Undang Kesehatan Jiwa dan peraturan pelaksanaannya serta Undang-Undang Penyandang Disabilitas masih melanggengkan lembaga pengampuan meskipun pada beberapa sisi telah mencoba untuk memperketat mekanisme permohonan dan penetapan pengampuan tetapi tidak cukup nampak reformasi regulasi berdasarkan paradigma *supported decision making* sebagaimana diamanatkan oleh CRPD.

b. Penetapan pengadilan mengenai pengampuan yang telah dianalisis

juga menunjukkan sejumlah temuan yang tidak sejalan dengan amanat CRPD, paradigma *supported decision making* dan cita-cita pemenuhan hak bagi penyandang disabilitas untuk mendapatkan persamaan kedudukan di muka hukum.

2. Rekomendasi

Sebagai upaya pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas mental di Indonesia yang salah satunya adalah hak atas persamaan kedudukan di muka hukum dan hak atas pengambilan keputusan maka seyogyanya:

1. Paradigma negara yang diwakili oleh pembentuk undang-undang, penegak hukum dan tenaga kesehatan harus berubah di mana pengambilan keputusan oleh subyek hukum hendaknya tidak hanya berorientasi pada hasil melainkan pada proses, oleh karena itu dalam membantu penyandang disabilitas mental dalam mengambil keputusan yang hendaknya diterapkan adalah *supported decision making* bukan selalu mengarah pada *substituted decision making* dan dalam proses penentuan kecakapan dan penetapan

pengampuan harus dilihat sejauh mana kondisi mental seorang penyandang disabilitas mental mempengaruhi kemampuannya mengambil keputusan.

2. Peraturan perundang-undangan harus berprespektif pemenuhan hak penyandang disabilitas mental sehingga perlu ada indikator atau kriteria penyandang disabilitas mental yang perlu mendapat pengampuan, perlu ada batasan dan larangan bagi pengampu dan sebisa mungkin peraturan perundang-undangan meminimalisasi praktik pengampuan sukarela untuk mencegah penyalahgunaan wewenang oleh pengampu.

3. Hakim yang memiliki kewenangan untuk menetapkan pengampuan harus memeriksa dan menetapkan permohonan pengampuan dengan pandangan inklusif dan dalam proses pemeriksaan hakim harus mendasarkan pada hasil pemeriksaan kesehatan jiwa dan jika diperlukan mengundang ahli dokter spesialis kejiwaan, setelah itu dalam penetapan hakim harus menyatakan pengampuan bersifat permanen atau

temporal dan pengampuan diterdalam aspek kehidupan apa serta tugas wewenang pengampu.

4. Perhatian terhadap pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia harus ditingkatkan supaya masyarakat khususnya penyandang disabilitas mental dan keluarganya memiliki akses atas pengobatan dan *treatment* sehingga penyandang disabilitas mental dapat berada pada kondisi yang lebih stabil atau bahkan sembuh sehingga mereka dapat mengambil keputusan atau melakukan perbuatan hukum secara mandiri sebagai pemenuhan hak asasinya.

D. Daftar Pustaka

1. Jurnal, Hasil Penelitian dan Laporan

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, "Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar", 2018.

Browning, Michelle, et al., "A process of decision-making support: Exploring supported decision-making practice in Canada", *Journal Of Intellectual &*

Developmental Disability, 2020.

Converse, Staci, "Guardianship Reform: Supported Decision-Making and Maine's New Probate Code", *Maine Bar Journal | Volume 33, Fall/Winter, 2018.*

De Sabbata, Kevin, "Dementia, Treatment Decisions, and the UN Convention on the Rights of Persons With Disabilities. A New Framework for Old Problems", *Frontiers in Psychiatry | www.frontiersin.org 1 November 2020 | Volume 11 | Article 571722, 2020.*

Harding, Rosie, et al., "Supported Decision-Making from Theory to Practice: Implementing the Right to Enjoy Legal Capacity", *Societies 2018,8,25, (www.mdpi.com/journal/societies), 2018.*

Kerslake, Anna Arstein, "An Empowering Dependency: Exploring Support For The Excercise of Legal Capacity", *Scandinavian Journal of Disability Reserach, Vol 18, No 1, 2016.*

Knight, Fausia, *et al*, "Supported Decision-Making: The Expectations Held by People With Experience of Mental Illness", *Qualitative Health*

- Research 2018, Vol. 28(6) 1002–1015), 2018.
- Kokanović, Renata, et al, “Supported Decision-Making From The Perspectives Of Mental Health Service Users, Family Members Supporting Them And Mental Health Practitioners”, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018, Vol. 52(9) 826–833, 2018.
- MD, Dilip V. Jeste, et al, “Supported Decision Making in Serious Mental Illness”, *Psychiatry*. 2018 ; 81(1): 28–40, HHS Public Access, 2018.
- Nursyamsi, Fajri, et al., “Kerangka Hukum Disabilitas di Indonesia: Menuju Indonesia Ramah Disabilitas”, *Pusat Studi Hukum dan Kebijakan*, 2015.
- Owen, Gareth S, et al., “Misevaluating the Future: Affective Disorder and Decision-Making Capacity for Treatment – A Temporal Understanding”, *Jurnal Psychopathology*, 2018.
- Szmukler, George, “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities”, *World Psychiatry* 2019;18:34–41, 2019.
- The American Bar Association Commission on Law and Aging, “Supporting Decision Making Across the Age Spectrum”, A Report by The American Bar Association Commission on Law and Aging, 2020.
- Wirya, Albert, et al., “Asesmen Hukum Pengampunan di Indonesia: Perlindungan Hak Orang Dengan Disabilitas Psikososial”, *Lembaga Bantuan Hukum Masyarakat*, 2020.

2. Peraturan Perundang-Undangan

Kitab Undang-Undang Hukum Perdata

Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pengesahan Convention On The Rights Of Persons With Disabilities (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas)

Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum