SEKRETARIAT PP PDSKJI

Apartemen Menteng Square Tower A
Lt.3 Unit Office (A0-01)
Jl. Matraman 30 E, Kenari, Senen,
Jakarta Pusat 10320

Email : pp_pdskji@yahoo.com
pp.pdskji@gmail.com
Website : www.pdskji.org

MASA BAKTI 2025 – 2028

Ketua Umum:
Dr. Agung Frijanto, Sp.KJ(K), MH
Ketua Majelis Kehormatan & Etika Profesi:
Dr. Danardi Sosrosumihardjo, Sp.KJ(K)
Ketua Majelis Pendidikan Psikiatri Indonesia:
DR. Dr. Fransiska Kaligis, Sp.KJ(K)
Ketua Majelis Pengembangan Pelayanan Keprofesian Psikiatri:
DR. Dr. Khamelia Malik, Sp.KJ(K)
Wakil Ketua Umum I:
Dr. Desmiarti, Sp.KJ(K), MARS
Wakil Ketua Umum II:
Prof. DR. Dr. Mustafa M. Amin, M.Ked.KJ., Sp.KJ(K), M.Sc.
Sekretaris Umum:
Dr. Srimpi Indah Zulaecha, Sp.KJ(K)
Wakil Sekretaris Umum:
Dr. I Putu Diatmika, M.Biomed, Sp.KJ(K), MH
Bendahara Umum:
Dr. Prasila Darwin, Sp.KJ
Wakil Bendahara Umum:
Dr. Arundhati Nugrahaning Aji, Sp.KJ(K)

BIDANG - BIDANG

1. **Ketua Bidang Pelayanan**
   Dr. I Dewa Gede Basudewa, Sp.KJ(K)
2. **Ketua Bidang Pengabdian Masyarakat**
   Dr. Natalingrum Sukmarini, Sp.KJ(K), M.Kes
3. **Ketua Bidang Pendidikan, Riset dan Pelatihan**
   DR. Dr. Suzy Yusna Dewi, Sp.KJ(K), MARS
4. **Ketua Bidang Hukum**
   Dr. Iman Firmansyah, Sp.KJ, SH, MH
5. **Ketua Bidang Organisasi & Profesi**
   Dr. Dradjat Witjaksono, Sp.KJ
6. **Ketua Bidang Hubungan Luar Negeri**
   Dr. Era Catur Prasetya, Sp.KJ(K)
7. **Ketua Bidang Jurnal dan Publikasi Ilmiah**
   Dr. Hilma Paramita, SpKJ(K)
8. **Ketua Bidang Hubungan Masyarakat**
   Dr. Ida Rochmawati, Sp.KJ(K)., M.Sc
9. **Ketua Bidang Usaha Dana dan Kesejahteraan Anggota**
   Dr. Rosmalia Suparso, Sp.KJ
10. **Ketua Bidang Psikiatri Digital dan Kesehatan Jiwa Digital**
    Dr. Candra Ramadhanny, Sp.KJ, M.H., M.Kom.

SURAT KEPUTUSAN
PENGURUS PUSAT
PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA INDONESIA
No.053/SK/PDSKJI/X/2026
Tentang

PEDOMAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL DI LAYANAN RAWAT JALAN PDSKJI 2026

Menimbang :

1. Bahwa Pelayanan Rehabilitasi Psikososial merupakan salah satu tatalaksana komprehensif di bidang psikiatri.
2. Bahwa Pelayanan Rehabilitasi Psikososial harus diberikan secara profesional sesuai standar dan kaidah keimuan.
3. Berdasarkan poin 1 dan 2 diatas maka dibutuhkan Pedoman pelayanan profesi sebagai acuan pelayanan Rehabilitasi Psikososial di Layanan Rawat Jalan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/970/2025 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Skizofrenia
6. Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) yang berlaku.

Memperhatikan :

1. Surat Keputusan Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PP PDSKJI) Nomor No.041/SK/PDSKJI/V/2023 Tanggal 26 Mei 2023 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Psikososial.
2. Perkembangan ilmu pengetahuan, bukti ilmiah, dan kebutuhan standardisasi pelayanan rehabilitasi psikososial di fasilitas pelayanan kesehatan.

SEKRETARIAT PP PDSKJI

Apartemen Menteng Square Tower A
Lt.3 Unit Office (A0-01)
Jl. Matraman 30 E, Kenari, Senen,
Jakarta Pusat 10320

Email : pp_pdskji@yahoo.com
pp.pdskji@gmail.com
Website : www.pdskji.org

MASA BAKTI 2025 – 2028

Ketua Umum:
Dr. Agung Frijanto, Sp.KJ(K), MH
Ketua Majelis Kehormatan & Etika Profesi:
Dr. Danardi Sosrosumihardjo, Sp.KJ(K)
Ketua Majelis Pendidikan Psikiatri Indonesia:
DR. Dr. Fransiska Kaligis, Sp.KJ(K)
Ketua Majelis Pengembangan Pelayanan Keprofesian Psikiatri:
DR. Dr. Khamelia Malik, Sp.KJ(K)
Wakil Ketua Umum I:
Dr. Desmiarti, Sp.KJ(K), MARS
Wakil Ketua Umum II:
Prof. DR. Dr. Mustafa M. Amin, M.Ked.KJ., Sp.KJ(K), M.Sc.
Sekretaris Umum:
Dr. Srimpi Indah Zulaecha, Sp.KJ(K)
Wakil Sekretaris Umum:
Dr. I Putu Diatmika, M.Biomed, Sp.KJ(K), MH
Bendahara Umum:
Dr. Prasila Darwin, Sp.KJ
Wakil Bendahara Umum:
Dr. Arundhati Nugrahaning Aji, Sp.KJ(K)

BIDANG - BIDANG

1. **Ketua Bidang Pelayanan**
   Dr. I Dewa Gede Basudewa, Sp.KJ(K)
2. **Ketua Bidang Pengabdian Masyarakat**
   Dr. Natalingrum Sukmarini, Sp.KJ(K), M.Kes
3. **Ketua Bidang Pendidikan, Riset dan Pelatihan**
   DR. Dr. Suzy Yusna Dewi, Sp.KJ(K), MARS
4. **Ketua Bidang Hukum**
   Dr. Iman Firmansyah, Sp.KJ, SH, MH
5. **Ketua Bidang Organisasi & Profesi**
   Dr. Dradjat Witjaksono, Sp.KJ
6. **Ketua Bidang Hubungan Luar Negeri**
   Dr. Era Catur Prasetya, Sp.KJ(K)
7. **Ketua Bidang Jurnal dan Publikasi Ilmiah**
   Dr. Hilma Paramita, SpKJ(K)
8. **Ketua Bidang Hubungan Masyarakat**
   Dr. Ida Rochmawati, Sp.KJ(K)., M.Sc
9. **Ketua Bidang Usaha Dana dan Kesejahteraan Anggota**
   Dr. Rosmalia Suparso, Sp.KJ
10. **Ketua Bidang Psikiatri Digital dan Kesehatan Jiwa Digital**
    Dr. Candra Ramadhanny, Sp.KJ, M.H., M.Kom.

3. Hasil penyusunan dan pembahasan Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Psikososial di Layanan Rawat Jalan PDSKJI Tahun 2026.

MEMUTUSKAN

Menetapkan:

Keputusan Ketua Umum Pengurus Pusat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Psikososial Di Layanan Rawat Jalan PDSKJI 2026.

KESATU:

Mengesahkan dan memberlakukan Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Psikososial Di Layanan Rawat Jalan PDSKJI 2026 sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA:

Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dapat dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jakarta
Tanggal : 15 Oktober 2026

Ketua Umum PP PDSKJI
2025-2028



Dr. Agung Frijanto, Sp.KJ (K), MH.

PEDOMAN PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Di Layanan Rawat Jalan

2026

PENGURUS PUSAT

PERHIMPUNAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN JIWA INDONESIA

2026

BAB I . PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Permasalahan kesehatan jiwa di Indonesia merupakan isu strategis yang perlu mendapat perhatian serius. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) Tahun 2023, prevalensi gangguan jiwa di Indonesia mencapai 4,0 permill. Tingginya prevalensi tersebut tidak hanya berdampak pada individu yang mengalami gangguan jiwa, tetapi juga mempengaruhi keluarga, masyarakat, serta pembangunan manusia secara menyeluruh. Dampak yang ditimbulkan dapat mencakup penurunan kualitas hidup, keterbatasan fungsi sosial dan produktivitas, meningkatnya beban keluarga, serta berkurangnya kemampuan individu untuk berpartisipasi secara optimal dalam kehidupan bermasyarakat. Oleh karena itu, kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan secara keseluruhan, sebagaimana tercermin dalam prinsip bahwa tidak ada kesehatan tanpa kesehatan jiwa. Sejalan dengan paradigma pelayanan kesehatan jiwa modern, fokus pelayanan tidak lagi terbatas pada pengendalian atau remisi gejala melalui pendekatan kuratif, tetapi juga diarahkan pada pemulihan fungsional, peningkatan kualitas hidup, penguatan kemandirian, dan reintegrasi sosial, sehingga orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dapat kembali berperan secara produktif dalam keluarga dan masyarakat.

Meningkatnya angka gangguan jiwa ini tentu saja semakin membutuhkan penanganan atau tata laksana yang komprehensif dari hulu sampai hilir, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Bukan suatu hal asing bagi kita bahwa orang dengan gangguan jiwa mengalami penurunan kualitas hidupnya baik dari fungsi psikologis, fungsi pekerjaan hingga fungsinya sebagai makhluk sosial dalam kehidupan bermasyarakat.

Menurunnya kemampuan diri dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Kondisi tersebut dapat terjadi akibat gejala penyakit itu sendiri atau

penurunan fungsi kognitif karena keterlambatan penatalaksanaan. Selain itu, penurunan kemampuan juga dapat dipengaruhi oleh berkurangnya kepercayaan diri akibat masih kuatnya stigma negatif terhadap gangguan jiwa.

Rumah sakit sebagai sarana kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus menyediakan pelayanan yang bermutu, tidak terkecuali pada mereka yang mempunyai gangguan jiwa dan keterbatasan fungsional secara psikososial dengan menyediakan layanan rehabilitasi psikiatri atau rehabilitasi psikososial (selanjutnya akan disebut rehabilitasi psikososial). Layanan rehabilitasi psikososial ini dapat bersifat layanan untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan atau rawat siang dengan istilah *day care.*

Namun dengan adanya perbedaan kemampuan yang meliputi SDM dan sarana prasarana di tiap tingkat fasilitas layanan maka pelayanan yang diberikan pun akan berbeda. Rehabilitasi psikososial merupakan bagian dari rangkaian proses terapi gangguan jiwa yang dibutuhkan oleh pasien yang menunjukkan gejala patologis disertai dengan disfungsi.

Pelayanan rehabilitasi psikososial diselenggarakan secara komprehensif melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelaksanaannya perlu mengutamakan pencegahan atau pengurangan risiko terjadinya disabilitas dan penurunan fungsi psikososial sejak dini, yaitu sejak pasien pertama kali mengakses layanan kesehatan. Apabila gangguan fungsi psikososial tidak dapat sepenuhnya dicegah, intervensi diarahkan untuk memulihkan, mempertahankan, dan mengembangkan kemampuan pasien agar dapat mencapai tingkat kemandirian yang optimal sesuai dengan potensi, kebutuhan, dan kondisi klinisnya.

Sejumlah intervensi psikososial dapat bermanfaat untuk gangguan mental berat terutama dalam meningkatkan fungsi, kualitas hidup, dan gejala penyakit. Intervensi tersebut meliputi pengobatan komunitas asertif (assertive community treatment), terapi perilaku kognitif (CBT), intervensi keluarga, psikoedukasi, pelatihan keterampilan sosial, dukungan pekerjaan (supported employment), remediasi kognitif, manajemen diri terhadap penyakit, serta intervensi dini pada psikosis episode pertama.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

   Memberikan acuan bagi rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan rehabilitasi psikososial yang komprehensif, terstandar, berorientasi pada pemulihan, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Tujuan Khusus

   a. Menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dan tenaga profesional terkait dalam penyelenggaraan rehabilitasi psikososial.
   b. Meningkatkan kualitas dan kesinambungan pelayanan rehabilitasi psikososial di rumah sakit.
   c. Mendukung peningkatan kemampuan fungsional, kemandirian, dan kualitas hidup pasien dengan gangguan jiwa.
   d. Memfasilitasi keterlibatan keluarga, pengasuh, dan masyarakat dalam proses pemulihan pasien.
   e. Mendorong terbentuknya jejaring layanan lintas sektor dan lintas program untuk mendukung reintegrasi sosial pasien.
   f. Menjadi dasar dalam pelaksanaan monitoring, evaluasi, dan pengembangan mutu pelayanan rehabilitasi psikososial.

C. Sasaran

Sasaran Pedoman Rehabilitasi Psikososial ini adalah:

1. Pimpinan dan manajemen rumah sakit.
2. Dokter spesialis kedokteran jiwa konsultan
3. Dokter spesialis kedokteran jiwa
4. Dokter umum.
5. Psikolog klinis.
6. Ners spesialis jiwa
7. Perawat jiwa
8. Terapi Okupasional
9. Pekerja sosial.

10. Terapi vokasional.
11. Manajer kasus.
12. Tenaga kesehatan di Mitra layanan tingkat komunitas dan jejaring rujukan.

D. Ruang Lingkup Pelayanan Rehabilitasi Psikososial Di Rumah Sakit

Pedoman ini mengatur tahapan penyelenggaraan program rehabilitasi psikososial di rumah sakit yang meliputi penetapan kriteria penerima layanan, asesmen kebutuhan, kemampuan, permasalahan, dan tujuan pemulihan pasien, perencanaan program secara individual, pelaksanaan intervensi, evaluasi proses dan hasil, terminasi program, serta perencanaan tindak lanjut, transisi, atau rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pedoman ini berlaku untuk seluruh bentuk pelayanan rehabilitasi psikososial yang diselenggarakan oleh rumah sakit di layanan rawat jalan.

Dalam penerapannya, rumah sakit dapat menyesuaikan jenis kegiatan, metode pelaksanaan, komposisi tim, serta intensitas layanan berdasarkan kebutuhan pasien, karakteristik wilayah, dan ketersediaan sumber daya, dengan tetap mengacu pada prinsip-prinsip pemulihan, keselamatan pasien, penghormatan hak asasi manusia, dan kesinambungan pelayanan.

E. Prinsip Dasar

Pelayanan rehabilitasi psikososial berlandaskan pada lima prinsip dasar yang menjadi pondasi dalam penyusunan dan pelaksanaan pedoman ini. Kelima prinsip tersebut dirancang agar pedoman tetap relevan dan aplikatif baik untuk rumah sakit jiwa besar dengan sumber daya lengkap maupun rumah sakit daerah dengan keterbatasan SDM dan sarana.

1. Berorientasi Pemulihan (recovery Oriented)

Aspek	Penjelasan
Definisi	Pemulihan tidak hanya berarti bebas gejala, tetapi juga kemampuan untuk hidup bermakna, produktif, dan berpartisipasi dalam masyarakat meskipun dengan keterbatasan.
Implementasi	Program rehabilitasi menekankan pada harapan, pemberdayaan, otonomi, dan pengembangan potensi klien, bukan hanya pada pengurangan gejala.
Indikator	Klien dilibatkan dalam penetapan tujuan program; keberhasilan diukur dari peningkatan kualitas hidup dan kemandirian fungsional.

2. Berpusat pada orang (person – centered)

Aspek	Penjelasan
Definisi	Setiap individu memiliki kebutuhan, tujuan, dan kecepatan pemulihan yang unik.
Implementasi	Rencana rehabilitasi disusun secara individual, berdasarkan asesmen komprehensif (GAF, Barthel Index,instrumen penilaian fungsi okupasi, COTE, asesmen sosial, dll), bukan pendekatan "satu ukuran untuk semua".
Indikator	Setiap klien memiliki rencana intervensi individual (RPI) yang terdokumentasi; klien dan keluarga dilibatkan dalam setiap keputusan.

3. Berbasis Hak asasi Manusia (right- Based)

Aspek	Penjelasan
Definisi	ODGJ memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses layanan rehabilitasi, bebas dari diskriminasi, stigma, dan perlakuan tidak manusiawi.

Aspek	Penjelasan
Implementasi	Informed consent wajib diperoleh sebelum klien mengikuti program; kerahasiaan informasi klien dilindungi; klien berhak menolak kegiatan yang tidak sesuai dengan keinginannya.
Indikator	Tersedia formulir *informed consent* yang ditandatangani klien/keluarga; tidak ada diskriminasi dalam seleksi klien; ada mekanisme pengaduan.

4. Pelibatan keluarga dan Masyarakat (Family and Community Involvement)

Aspek	Penjelasan
Definisi	Pemulihan yang berkelanjutan tidak mungkin terjadi tanpa dukungan keluarga dan penerimaan masyarakat.
Implementasi	Keluarga dilibatkan dalam psikoedukasi, perencanaan, dan persiapan reintegrasi. Masyarakat dilibatkan melalui jejaring dengan Puskesmas, LSM, kader kesehatan jiwa, dan dunia usaha.
Indikator	Minimal 1 kali psikoedukasi keluarga selama program; ada jejaring rujukan balik ke Puskesmas atau komunitas.

5. Adaptif terhadap sumberdaya (scalable According to Resource)

Aspek	Penjelasan
Definisi	Pedoman ini dapat diterapkan secara **bertahap** sesuai dengan ketersediaan SDM, sarana, prasarana, dan pendanaan di masing-masing rumah sakit.
Implementasi	Pedoman mengakui tiga klasifikasi layanan (Madya, Utama, Paripurna) dengan standar minimal yang berbeda. Rumah sakit dengan sumber daya terbatas tetap dapat memulai dari layanan Madya (dasar) dan secara bertahap meningkatkan kapasitasnya. adaptasi terhadap keterbatasan sumber daya tidak boleh mengorbankan komponen-komponen inti pelayanan yang kritis, yaitu: 1. Keselamatan pasien (bebas dari risiko cedera, kekerasan, atau pengabaian);

Aspek	Penjelasan
	2. Penghormatan hak asasi manusia (informed consent, kerahasiaan, bebas diskriminasi); 3. Kelengkapan asesmen awal (minimal GAF, PANSS-EC, dan asesmen sosial untuk menentukan kelayakan program); serta 4. Dokumentasi dan pencatatan yang memadai untuk menjamin akuntabilitas dan kesinambungan pelayanan.
Indikator	Rumah sakit dapat mengidentifikasi klasifikasi layanannya saat ini; tersedia rencana pengembangan untuk mencapai klasifikasi yang lebih tinggi (jika diperlukan).

6. Berbasis bukti (Evidence – based)

Aspek	Penjelasan
Definisi	Seluruh intervensi rehabilitasi psikososial yang diberikan harus didasarkan pada bukti ilmiah terkini dan praktik terbaik (*best practices*) yang terbukti efektif untuk gangguan jiwa berat, seperti terapi perilaku kognitif (CBT), pelatihan keterampilan sosial, remediasi kognitif, dan terapi okupasi.
Implementasi	1. Tim rehabilitasi secara rutin mengakses dan mengkaji literatur ilmiah serta pedoman terkini (misal: WHO mhGAP, Cochrane Review, atau jurnal bereputasi). 2. Jenis intervensi yang dipilih untuk setiap klien mempertimbangkan bukti efektivitasnya untuk kondisi spesifik klien. 3. Unit rehabilitasi menyelenggarakan supervisi klinis rutin dan case discussion berbasis bukti. 4. Hasil luaran program (GAF, Barthel Index, instrumen penilaian fungsi okupasi, COTE, dll) digunakan sebagai umpan balik untuk mengevaluasi efektivitas intervensi yang diberikan.
Indikator	1. Tersedia daftar intervensi berbasis bukti yang digunakan di unit rehabilitasi. 2. Minimal 1 kali supervisi klinis per bulan. 3. Tersedia akses terhadap jurnal/pustaka ilmiah di unit (perpustakaan atau akses online). 4. Ada dokumentasi rasional pemilihan intervensi berbasis bukti dalam Rencana Intervensi Individual (RPI/FRP-10)

F. Landasan Hukum

Landasan hukum pedoman rehabilitasi psikososial ini adalah:

1. undang undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan (klaster Kesehatan Jiwa)
2. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas
3. Peraturan Pemerintah (PP) nomor 28 tahun 2024 tentang Kesehatan (penyelenggaraan Upaya Kesehatan Jiwa)
4. Permenkes no 19 tahun 2024 tentang penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat.
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor HK.01.07/MENKES/970/2025 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Klinis Tatalaksana Skizofrenia
6. WHO Mental Health Action Plan 2013-2030 tentang target cakupan rehabilitasi psikososial pada tahun 2030
7. WHO mhGAP intervention Guide 2019 tentang Panduan rehabilitasi psikososial untuk negara berkembang

BAB II. KONSEP dan KERANGKA PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL

A. Definisi dan Falsafah

1. Definisi

Definisi Rehabilitasi Psikososial menurut WAPR (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*) dan (World Health Organization) tahun 1996 adalah :

> "suatu proses yang memfasilitasi kesempatan bagi orang-orang yang mengalami kelemahan, ketidakmampuan, dan keterbatasan akibat gangguan mental, untuk mencapai fungsi yang optimal di dalam komunitas."

Hal ini diartikan bahwa dua hal yang dilakukan yaitu meningkatkan kompetensi seseorang dengan gangguan mental dan melakukan perubahan-perubahan lingkungan. Tujuan dari rehabilitasi psikososial adalah untuk menciptakan kehidupan dengan kualitas terbaik bagi setiap orang yang mengalami gangguan mental atau bagi mereka yang mengalami kelemahan dalam kapasitas mentalnya sehingga menyebabkan munculnya disabilitas.

Pelayanan rehabilitasi psikososial adalah pelayanan komprehensif bagi pasien gangguan jiwa yang bertujuan

- membantu pasien dalam pemulihan penyakitnya
- melatih pasien untuk dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri dengan menggunakan strategi mengatasi masalah (*coping mechanism*)
- membangun hubungan sosial, dan
- mempersiapkan kemampuan untuk bekerja sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup.

2. Falsafah Program

Program rehabilitasi psikososial berlandaskan falsafah sebagai berikut:

Falsafah	Penjelasan	Indikator Terukur
Berpusat pada klien (*client-centered*)	Klien adalah subjek aktif dalam pemulihannya, bukan objek pasif.	Adanya *contracting* awal dan keterlibatan klien dalam penetapan tujuan
Berbasis hak (*rights-based*)	Klien memiliki hak yang sama untuk mendapatkan akses rehabilitasi dan reintegrasi sosial.	Tidak ada diskriminasi dalam seleksi, tersedia akomodasi yang layak
Pemberdayaan (*empowerment*)	Klien didorong untuk mengembangkan potensi dirinya secara mandiri.	Adanya peningkatan skor COTE dan kemandirian dalam ADL
Holistik dan komprehensif	Meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan vokasional.	Asesmen awal mencakup seluruh domain (GAF, COTE, IQ, sosial)
Berbasis komunitas	Pemulihan yang efektif terjadi dalam konteks kehidupan nyata di masyarakat.	Adanya program kunjungan rumah dan rujuk balik ke Puskesmas

B. Definisi Operasional Program Rehabilitasi Psikososial

Untuk keseragaman pemahaman dalam monitoring dan evaluasi, ditetapkan definisi operasional sebagai berikut:

Istilah	Definisi Operasional
Terminasi (Lulus Program)	Klien berhasil menyelesaikan program rehabilitasi psikososial karena telah mencapai seluruh kompetensi Tahap III (Reintegrasi Produktif), disertai dengan rekomendasi tim multidisiplin.

Tidak Diperpanjang	Klien tidak diberikan perpanjangan program meskipun belum mencapai kompetensi, karena alasan: (a) klien/keluarga menolak perpanjangan secara tertulis, atau (b) klien telah melewati batas maksimal perpanjangan (2 kali). Status ini bukan berarti klien gagal total, tetapi program dihentikan berdasarkan kesepakatan atau batasan kebijakan.
Ketidaklayakan Perpanjangan	Klien mengajukan perpanjangan tetapi tidak memenuhi kriteria kelayakan untuk diperpanjang, karena kondisi klinis atau perilaku yang tidak mendukung (misal: tidak ada progres positif, penurunan fungsi signifikan, kekambuhan berat, ketidakhadiran tinggi, atau IQ <70). Klien dengan status ini umumnya diarahkan untuk drop out atau rujuk ke program lain.
Drop Out	Klien berhenti mengikuti program sebelum mencapai kompetensi Tahap III, baik karena ketidakhadiran, permohonan sendiri, tidak memenuhi kriteria, maupun tidak menunjukkan progres dalam 20 pertemuan berturut-turut.
Retensi	Kemampuan program untuk mempertahankan klien tetap aktif sampai dengan terminasi, tanpa *drop out*.
Cakupan	Proporsi pasien rawat jalan dengan gangguan jiwa berat yang berdasarkan hasil asesmen dan pertimbangan klinis memerlukan dan/atau mengikuti pelayanan rehabilitasi psikososial sesuai dengan kebutuhan, kondisi, dan tujuan rehabilitasinya
Kepatuhan	Tingkat pelaksanaan jadwal kegiatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
Reintegrasi	Proses kembalinya klien ke masyarakat dengan kemampuan fungsional yang memadai, dukungan sosial, dan akses terhadap sumber daya komunitas.
Kompetensi	Kemampuan yang harus dicapai klien pada setiap tahap rehabilitasi sebagai syarat untuk pindah ke tahap berikutnya atau dinyatakan lulus.

C. Prinsip Monitoring dan evaluasi dalam definisi

1. Prinsip monitoring dan evaluasi dalam Pelayanan

Setiap proses dalam rehabilitasi psikososial harus terdokumentasi secara sistematis dan dievaluasi secara berkala menggunakan instrumen (GAF, PANSS-EC, instrumen penilaian fungsi okupasi, COTE dan form kompetensi lainnya) untuk menjamin akuntabilitas dan perbaikan mutu layanan.

2. Tujuan Rehabilitasi Psikososial

Rehabilitasi psikososial bertujuan untuk menyediakan fungsi yang optimal bagi individu dan meminimalkan disabilitas dan keterbatasan, menekankan pada kebebasan memilih dan bagaimana hidup berhasil di komunitas. Rehabilitasi psikososial adalah suatu program yang kompleks karena melibatkan berbagai sektor mulai dari rumah sakit jiwa, rumah dan tempat kerja. Ini adalah merupakan manajemen total dari seseorang yang mengalami disabilitas akibat gangguan jiwa.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, upaya kesehatan mencakup berbagai kegiatan atau rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya tersebut meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang diselenggarakan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Selanjutnya, Pasal 75 menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa dilaksanakan secara proaktif, terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan sepanjang siklus kehidupan manusia, dengan sasaran orang yang berisiko mengalami gangguan jiwa, orang dengan gangguan jiwa, serta masyarakat.

3. Tujuan khusus monitoring dan evaluasi:

Tujuan Khusus	Indikator Keberhasilan	Cara Ukur
Meningkatkan fungsi psikososial	Peningkatan skor GAF ≥15 poin dari baseline	Instrumen GAF
Meningkatkan kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL)	Perbaikan pada hasil observasi instrumen penilaian fungsi okupasi Penurunan skor COTE domain ADL minimal 20%	Formulir penilaian fungsi okupasi Formulir COTE
Meningkatkan keterampilan sosial	Klien mampu menunjukkan perilaku sosial adaptif dalam kelompok	Observasi & form kompetensi
Meningkatkan kemandirian vokasional	Klien mampu melakukan 1 keterampilan kerja secara mandiri	Observasi instruktur
Menurunkan risiko kekambuhan	Klien mampu mengidentifikasi tanda kekambuhan dan cara mengatasinya	Wawancara / psikoedukasi

D. Model Pelayanan Rehabilitasi Psikososial di Berbagai Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit

1. Pelayanan rehabilitasi psikososial di Rumah Sakit Jiwa

Upaya pelayanan rehabilitasi psikososial di Rumah Sakit Jiwa dilaksanakan oleh dokter spesialis/subspesialis bersama tim multiprofesional secara komprehensif, terpadu, dan paripurna yang didukung oleh berbagai sarana prasarana serta peralatan yang lengkap. Layanan ini dilakukan oleh instalasi atau unit rehabilitasi psikososial.

Standar Minimal Rumah Sakit Jiwa:

No	Standar	Keterangan
1	Memiliki unit rehabilitasi psikososial yang terstruktur	Terdapat penanggung jawab unit, struktur organisasi, dan uraian tugas
2	Tersedia tim utama lengkap (psikiater, psikolog klinis, perawat) dan minimal tim pendamping dan tim pendukung	Tim pendamping yaitu : terapis Okupasi, pekerja sosial, Tim pendukung yaitu: instruktur latihan kerja dan rohaniawan
3	Menyelenggarakan minimal layanan rehabilitasi psikososial dasar dan 5 layanan kompleks (Klasifikasi Utama) atau 7 layanan kompleks (Klasifikasi Paripurna)	Sesuai klasifikasi
4	Memiliki indikator kinerja dan indikator mutu yang terukur serta dilaporkan secara berkala	Laporan berkala

2. Pelayanan rehabilitasi psikososial di Rumah Sakit Umum

Upaya pelayanan rehabilitasi di rumah sakit umum yang memiliki layanan psikiatri dilaksanakan oleh dokter spesialis/subspesialis dan dilakukan dengan memperhatikan ketersediaan tenaga yang kompeten dan sarana atau prasarana yang ada.

Standar Minimal Rumah Sakit Umum:

No	Standar	Keterangan
1	Minimal tersedia tim utama (psikiater, psikolog klinis, perawat) dan minimal 1 tim pendamping atau tim pendukung	Terapis Okupasi atau pekerja sosial atau instruktur

No	Standar	Keterangan
2	Menyelenggarakan minimal layanan rehabilitasi psikososial dasar dan 3 layanan kompleks (Klasifikasi Madya)	Manajemen Kasus, SST, LST
3	Jika belum mampu menyelenggarakan layanan kompleks, wajib merujuk ke Rumah Sakit Jiwa atau RS dengan layanan lebih tinggi	Tersedia alur rujukan

E. Recovery Framework (kerangka Pemulihan)

Kerangka pemulihan (recovery framework) merupakan fondasi konseptual yang mengintegrasikan seluruh prinsip, falsafah, dan model pelayanan dalam pedoman ini. Kerangka ini disusun berdasarkan prinsip-prinsip yang telah diuraikan di BAB I (Prinsip Dasar Pedoman) dan BAB II (Falsafah Program), serta selaras dengan standar internasional seperti WHO Mental Health Action Plan dan CRPD.

2. Definisi Pemulihan (recovery) dalam Konteks Pedoman Rehabilitasi psikososial

Pemulihan (recovery) adalah proses yang sangat personal dan unik bagi setiap individu untuk hidup bermakna, produktif, dan berpartisipasi dalam masyarakat, meskipun masih mungkin mengalami gejala gangguan jiwa. Pemulihan bukan berarti bebas gejala sepenuhnya, tetapi kemampuan untuk menjalani kehidupan yang memuaskan, penuh harapan, dan berkontribusi meskipun ada keterbatasan.

3. Lima Pilar Pemulihan (Recovery Pillars)

Pilar	Penjelasan	Implementasi dalam Program
1. Harapan (*Hope*)	Keyakinan bahwa masa depan yang lebih baik mungkin dicapai.	Klien dilibatkan dalam penetapan tujuan; kisah sukses dari klien yang pernah lulus dibagikan; pemberian sertifikat terminasi.
2. Identitas Diri (*Identity*)	Klien adalah pribadi utuh, bukan hanya "pasien skizofrenia".	Pendekatan *person-centred*; kegiatan berbasis minat dan bakat;

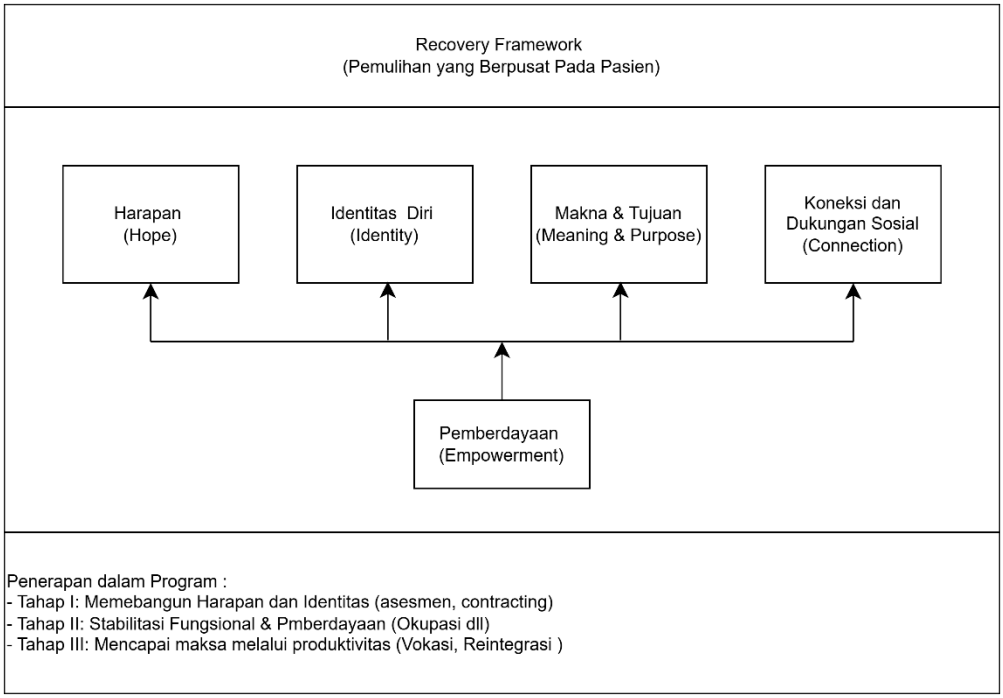
Pilar	Penjelasan	Implementasi dalam Program
		panggilan dengan nama, bukan diagnosis.
3. Makna dan Tujuan (*Meaning & Purpose*)	Hidup memiliki makna melalui peran sosial, pekerjaan, atau hobi.	Terapi vokasi; kelas minat; persiapan reintegrasi ke komunitas.
4. Pemberdayaan (*Empowerment*)	Klien memiliki kendali atas hidupnya dan keputusan yang memengaruhinya.	*Informed consent*; klien memilih kelas minat; klien dilibatkan dalam perencanaan program.
5. Koneksi dan Dukungan Sosial (*Connection & Support*)	Hubungan dengan orang lain, keluarga, dan masyarakat sangat penting.	Psikoedukasi keluarga; komunitas terapeutik; rujuk balik ke Puskesmas dan komunitas.

4. Hubungan Antara Recovery framework dengan Tahapan Program Rehabilitasi Psikososial

Recovery Framework diimplementasikan secara bertahap melalui tiga fase dalam program rehabilitasi psikososial:

Tahap Program	Fokus Pemulihan	Pilar Recovery yang Ditekankan
Tahap I: Asesmen & Eksplorasi	Membangun harapan dan identitas diri	Harapan, Identitas Diri
Tahap II: Stabilisasi Fungsional	Mengaktifkan kembali fungsi dasar dan membangun koneksi	Pemberdayaan, Koneksi Sosial
Tahap III: Reintegrasi Produktif	Mencapai makna hidup melalui produktivitas dan kemandirian	Makna & Tujuan, Pemberdayaan

5. Diagram Konseptual Recovery Framework



BAB III. SUMBER DAYA MANUSIA

A. Tenaga Rehabilitasi Psikososial

Pelayanan rehabilitasi psikososial dilaksanakan oleh tim multidisiplin yang terdiri atas tim utama dan tim pendamping:

1. Tim Utama

No	Profesi	Peran Utama
1	Psikiater	Penegakan diagnosis, manajemen pengobatan, evaluasi klinis, asesmen GAF dan PANSS-EC
2	Psikolog Klinis	Asesmen psikologi (IQ, minat bakat), terapi kognitif, remediasi kognitif
3	Perawat	Manajemen medikasi, psikoedukasi, latihan ADL, observasi perilaku, dokumentasi keperawatan, pendampingan harian klien

2. Tim Pendamping

No	Profesi	Peran Utama
1.	Terapi Okupasional (TO)	Asesmen COTE, terapi okupasi individual/kelompok, modifikasi aktivitas, pelatihan ADL
2.	Pekerja Sosial	Asesmen sosial, advokasi klien, koneksi dengan sumber daya komunitas, kunjungan rumah
3.	Dokter Umum	Pemeriksaan fisik umum, deteksi komorbiditas fisik
4.	Fisioterapis	Rehabilitasi fisik bagi klien dengan keterbatasan gerak

5.	Terapis Wicara	Rehabilitasi komunikasi bagi klien dengan gangguan bicara

3. Tim pendukung

No	Profesi	Peran Utama
1.	Instruktur Latihan Kerja	Pelatihan keterampilan vokasi (tata boga, menjahit, komputer, perkebunan, dll)
2.	Rohaniawan	Pendampingan spiritual, konseling religius

B. Klasifikasi Layanan Berdasarkan Kelengkapan SDM

Klasifikasi Layanan Rehabilitasi psikososial di rumah sakit ditentukan oleh kelengkapan tim SDM sebagai berikut:

Klasifikasi	Tim Utama	Tim Pendamping	Tim pendukung	Layanan Minimal
Madya	Psikiater, Psikolog Klinis, Perawat	Minimal 1 anggota tim pendamping	Optional/ sesuai dengan kemampuan	Layanan rehabilitasi psikososial sederhana + 3 layanan kompleks
Utama	Psikiater, Psikolog Klinis, Perawat	Minimal 2 anggota tim pendamping	Minimal 1 anggota tim pendukung	Layanan rehabilitasi psikososial sederhana + 5 layanan kompleks

Paripurna	Psikiater, Psikolog Klinis, Perawat	Minimal 4 anggota tim pendamping	Minimal 1 anggota tim pendukung	Layanan rehabilitasi psikososial sederhana + 7 layanan kompleks

C. Kompetensi Khusus Rehabilitasi Psikososial

Setiap tenaga yang bekerja di unit rehabilitasi psikososial wajib memiliki kompetensi tambahan di luar kompetensi dasar profesinya.

1. Kompetensi Umum (Semua Tenaga)

Semua tenaga (tim utama dan pendamping) harus:

- Memahami konsep *recovery*, pemberdayaan, dan pendekatan berbasis hak
- Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

2. Kompetensi Khusus per Profesi

Tenaga	Kompetensi Khusus Rehabilitasi Psikososial
Psikiater	Mampu melakukan asesmen GAF dan PANSS-EC, manajemen pengobatan jangka panjang, deteksi dini kekambuhan dan melakukan evaluasi perkembangan terapi. mampu melakukan instruemen penilaian fungsi okupasi.
Psikolog Klinis	Mampu melakukan asesmen IQ (SPM/CFIT/WAIS), asesmen minat bakat, terapi kognitif, remediasi kognitif
Perawat	Mampu melakukan manajemen medikasi, psikoedukasi, latihan ADL, observasi perilaku, dokumentasi keperawatan

Terapi Okupasional	Mampu melakukan asesmen COTE, terapi okupasi individual/kelompok, modifikasi aktivitas, pelatihan ADL
Pekerja Sosial	Mampu melakukan asesmen sosial, advokasi klien, koneksi dengan sumber daya komunitas, kunjungan rumah
Instruktur Latihan Kerja	Memiliki keterampilan teknis di bidangnya (tata boga, menjahit, komputer, dll) serta mampu mengajar klien dengan kebutuhan khusus

6. Peran pada setiap Profesi

Profesi	Kompetensi Khusus Rehabilitasi Psikososial	Instrumen / Cara Ukur
TIM UTAMA		
Psikiater	1. Mampu melakukan asesmen GAF dan PANSS-EC 2. Manajemen pengobatan jangka panjang 3. Deteksi dini kekambuhan 4. Evaluasi perkembangan terapi secara berkala 5. Mampu melakukan penilaian fungsi okupasi 6.Memimpin rapat tim multidisiplin	Form GAF, PANSS-EC, penilaian fungsi okupasi, rekam medis, supervisi kasus, notulen rapat

Psikolog Klinis	1. Mampu melakukan asesmen IQ (SPM/CFIT/WAIS) 2. Asesmen minat dan bakat (minat bakat test) 3. Terapi kognitif individual/kelompok 4. Remediasi kognitif (brain gym, attention training, memory training) 5. Asesmen psikologis lanjutan (proyektif, grafis, dll) sesuai kebutuhan	Form tes IQ, laporan terapi, catatan remediasi, supervisi
Perawat	1. Manajemen medikasi (edukasi obat, kepatuhan minum obat, efek samping) 2. Psikoedukasi individu dan keluarga 3. Latihan ADL (Activity Daily Living) terstruktur 4. Observasi perilaku harian dan dokumentasi keperawatan 5. Pendampingan kegiatan harian klien 6. Deteksi dini tanda kekambuhan bersama psikiater	Checklist medikasi, daftar hadir psikoedukasi, catatan keperawatan, lembar observasi perilaku
TIM PENDAMPING		
Terapis Okupasional (TO)	1. Mampu melakukan asesmen COTE (Comprehensive Occupational Therapy Evaluation) 2. Terapi okupasi individual dan kelompok 3. Modifikasi aktivitas sesuai kemampuan klien 4. Pelatihan ADL tingkat dasar hingga kompleks 5. Pelatihan keterampilan motorik halus dan kasar 6. Mendesain program terapi okupasi harian	Form COTE, modul terapi, observasi, jadwal terapi, laporan perkembangan

Pekerja Sosial	1. Asesmen sosial (dukungan keluarga, ekonomi, lingkungan) 2. Advokasi klien (akses layanan, bantuan sosial, perlindungan hukum) 3. Koneksi dengan sumber daya komunitas (Dinsos, LSM, dll) 4. Kunjungan rumah (home visit) terstruktur 5. Mediasi konflik keluarga 6. Pendampingan pasca terminasi di masyarakat	Form asesmen sosial, laporan kunjungan rumah, dokumentasi advokasi, catatan mediasi
Dokter Umum	1. Pemeriksaan fisik umum berkala 2. Deteksi komorbiditas fisik (hipertensi, DM, gangguan tiroid, dll) 3. Tatalaksana awal gangguan fisik ringan-sedang 4. Rujukan ke spesialis bila diperlukan 5. Edukasi kesehatan fisik pada klien dan keluarga	Rekam medis, catatan pemeriksaan fisik, formulir rujukan
Fisioterapis	1. Asesmen fungsi motorik dan mobilitas 2. Terapi fisik untuk keterbatasan gerak (akibat obat, imobilisasi, atau kondisi lain) 3. Latihan keseimbangan dan koordinasi 4. Program latihan fisik harian (senam, jalan kaki, peregangan) 5. Edukasi postur dan ergonomik	Form asesmen fisioterapi, laporan terapi, observasi

Terapis Wicara	1. Asesmen kemampuan komunikasi verbal dan non-verbal 2. Terapi wicara untuk gangguan bicara (disartria, afasia, bicara kacau, dll) 3. Latihan komunikasi fungsional untuk interaksi sosial 4. Pelatihan komunikasi alternatif (gambar, tulisan, alat bantu) bila diperlukan	Form asesmen wicara, laporan terapi, observasi interaksi
TIM PENDUKUNG		
Instruktur Latihan Kerja	1. Memiliki keterampilan teknis di bidangnya (pilih satu atau lebih: tata boga, menjahit, batik, kerajinan tangan, komputer, tata rias, salon, perkebunan, bengkel ringan, seni musik, dll) 2. Mampu mengajar klien dengan kebutuhan khusus (gangguan jiwa) 3. Mampu melakukan dokumentasi kemajuan klien per kelas 4. Mampu memodifikasi teknik mengajar sesuai kondisi klien 5. Mampu membuat rencana pembelajaran individu (RPI)	Sertifikat keahlian teknis, RPP/modul ajar, laporan perkembangan kelas, observasi mengajar
Rohaniawan (Islam/Kristen /Hindu/Buddha dll)	1. Pendampingan spiritual sesuai keyakinan klien 2. Konseling religius untuk meningkatkan mekanisme koping 3. Membimbing ibadah harian (shalat, doa, meditasi, dll) 4. Memberikan dukungan moral dan eksistensial (pencarian makna) 5. Berkolaborasi dengan tim dalam pendekatan holistik	Catatan pendampingan spiritual, laporan konseling, observasi

Pendidik Khusus / Pedagog (jika tersedia)	1. Asesmen kemampuan belajar dan akademik dasar 2. Program pendidikan remedial bagi klien dengan keterlambatan belajar 3. Pelatihan calistung (baca, tulis, hitung) dasar bagi yang belum 4. Mengintegrasikan elemen pendidikan dalam program rehabilitasi	Form asesmen pedagogik, modul pembelajaran, laporan perkembangan

7. Ketentuan Minimal Keberadaan Tim pendamping

Klasifikasi	Profesi Tim Pendamping yang Wajib Ada
Madya	Minimal 1 dari: OT, Pekerja Sosial, atau Instruktur Latihan Kerja
Utama	OT, Pekerja Sosial, Instruktur Latihan Kerja (minimal 3 profesi)
Paripurna	OT, Pekerja Sosial, Instruktur Latihan Kerja, Dokter Umum, Rohaniawan (minimal 5 profesi)

BAB IV. PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL DI RUMAH SAKIT

A. Klasifikasi Layanan Rehabilitasi Psikososial Di Rumah Sakit

Layanan rehabilitasi psikososial di rumah sakit dibagi menjadi 2 macam, yaitu:

1. Layanan rehabilitasi psikososial sederhana

Layanan dasar merupakan layanan minimal yang wajib disediakan oleh setiap unit rehabilitasi psikososial terlepas dari klasifikasi rumah sakit (madya, utama, maupun paripurna) :

No	Jenis Layanan sederhana	Definisi Operasional
1	Manajemen Gejala	Serangkaian tindakan terstruktur dan kolaboratif—melibatkan dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya—untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, serta mengobati gejala fisik maupun psikologis yang mengganggu pasien. Tujuan utamanya adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengurangi beban gejala.
2	Manajemen Pengobatan	Serangkaian intervensi medis dan psikologis yang terstruktur untuk memulihkan kesehatan fisik dan mental pasien. Tujuan utamanya adalah penyembuhan medis, mengurangi disabilitas, dan mengembalikan fungsi tubuh/pikiran yang terganggu.

3	Psikoedukasi	Intervensi terapeutik yang menggabungkan metode edukasi dan psikologis untuk memberikan informasi, pemahaman, serta keterampilan praktis kepada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan keluarganya. Tujuan utamanya adalah meningkatkan pengetahuan tentang penyakit, mengurangi beban emosional, meningkatkan kepatuhan pengobatan, dan memberdayakan pasien untuk mencapai kemandirian fungsional di masyarakat.

2. Layanan rehabilitasi psikososial kompleks :

Layanan kompleks merupakan layanan lanjutan yang diberikan sesuai dengan klasifikasi rumah sakit (madaya, utama, paripurna):

No	Jenis Layanan Kompleks	Definisi Operasional
1	Manajemen Kasus (*Case Management*)	Mengkoordinasikan kebutuhan pasien secara medis, sosial, finansial, dan vokasional untuk mendukung program rehabilitasi yang terintegrasi.
2	Latihan Keterampilan Sosial (*Social Skill Training*)	Latihan komunikasi, pemecahan masalah, pengelolaan emosi, dan membangun interaksi yang positif dengan orang lain.
3	Latihan Keterampilan Hidup (*Life Skill Training*)	Terapi untuk melatih keterampilan dasar harian seperti merawat diri, menyiapkan makanan, mencuci pakaian, dan beribadah.

4	Remediasi Kognitif (*Cognitive Remediation*)	Terapi untuk memperbaiki fokus, atensi, konsentrasi, memori, dan kelancaran verbal; meliputi kelas *brain gym*, kelas remediasi kognitif, dan latihan kognitif terstruktur.
5	Komunitas Terapeutik (*Therapeutic Community*)	Penggunaan lingkungan sosial sebagai pengobatan; meliputi *morning meeting*, pelatihan kepemimpinan, latihan kerjasama, dan terapi kelompok.
6	Terapi Vokasi (*Vocational Therapy*)	Memberikan keterampilan kerja agar pasien dapat berfungsi, mandiri, dan produktif; meliputi kelas tata boga, kerajinan tangan, komputer, menjahit, perkebunan, batik, tata rias, bengkel, dan lain-lain.
7	Terapi Okupasi (*Occupational Therapy*)	Aktivitas terapeutik untuk meningkatkan keterampilan hidup harian; meliputi kelas musik/seni, psikodrama, terapi rekreasi, dan aktivitas bermakna lainnya.
8	Dukungan Spiritual (*Spiritual Support*)	Mengintegrasikan dimensi spiritual dalam proses pemulihan, pencarian makna, pendekatan mekanisme koping terhadap masalah, dan peningkatan resiliensi pasien.
9	Terapi Asertif Komunitas (*Assertive Community Treatment / ACT*)	Terapi yang dilakukan secara proaktif oleh tim profesional ke lingkungan pasien untuk mendukung layanan jiwa yang komprehensif (home visit, follow up ke keluarga/komunitas).

B. Klasifikasi Layanan rehabilitasi psikososial menurut kemampuan rumah sakit

Berdasarkan Kelengkapan SDM, Sarana Prasarana, dan jenis layanan yang disediakan, rumah sakit diklasifikasikan menjadi Madya, Utama, dan Paripurna. Yaitu:

1. Klasifikasi Madya

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa tingkat madya.
- Merupakan layanan lanjutan rujuk balik dari RS atau RSJ yang lebih besar.
- Fokus utama pada pencegahan kekambuhan dan pengembangan keterampilan dasar.

Layanan yang wajib disediakan:

- Seluruh layanan rehabilitasi psikososial sedehana (3 jenis: manajemen gejala, manajemen pengobatan, psikoedukasi)
- Minimal 3 jenis layanan rehabilitasi psikososial kompleks (dipilih dari no. 1-9 pada tabel layanan kompleks)

Rekomendasi pemilihan 3 layanan kompleks untuk Madya:

Prioritas	Jenis Layanan Kompleks	Alasan
1	Latihan Keterampilan Hidup (*Life Skill Training*)	Mendasar untuk kemandirian ADL
2	Manajemen Kasus (*Case Management*)	Koordinasi dengan keluarga dan fasilitas rujukan
3	Latihan Keterampilan Sosial (*Social Skill Training*)	Dasar untuk interaksi sosial
(Alternatif)	Terapi Okupasi	Jika tersedia OT
(Alternatif)	Dukungan Spiritual	Mudah diimplementasikan

Sumber Daya Manusia minimal:

- Tim utama lengkap (psikiater, psikolog klinis, perawat)
- Minimal 1 anggota tim pendamping (bisa OT, pekerja sosial, atau instruktur latihan kerja)

2. Klasifikasi Utama

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa tingkat utama.
- Merupakan layanan lanjutan rehabilitasi psikososial yang lebih komprehensif daripada Madya.

Layanan yang wajib disediakan:

- Seluruh layanan rehabilitasi psikososial sederhana (3 jenis)
- Minimal 5 jenis layanan rehabilitasi psikososial kompleks (dipilih dari no. 1-9 pada tabel di atas)
- Wajib menyediakan layanan terapi vokasi (minimal 2 jenis kelas vokasi)

Sumber Daya Manusia minimal:

- Tim utama lengkap (psikiater, psikolog klinis, perawat)
- Minimal 3 anggota tim pendamping, dengan komposisi ideal: OT, pekerja sosial, instruktur latihan kerja

3. Klasifikasi Paripurna

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa tingkat paripurna.
- Merupakan layanan rehabilitasi psikososial tingkat lanjut dan paling komprehensif.

Layanan yang wajib disediakan:

- Seluruh layanan rehabilitasi psikososial sederhana (3 jenis)
- Minimal 7 jenis layanan rehabilitasi psikososial kompleks (dari no. 1-9 pada tabel di atas)
- Wajib menyediakan:
    - Terapi vokasi (minimal 4 jenis kelas vokasi)
    - Rehabilitasi kognitif (terstruktur)
    - Komunitas terapeutik
    - *Assertive Community Treatment* (ACT) / kunjungan rumah

Sumber Daya Manusia minimal:

- Tim utama lengkap (psikiater, psikolog klinis, perawat)
- Minimal 5 anggota tim pendamping, dengan komposisi ideal: OT, pekerja sosial, instruktur latihan kerja, dokter umum, rohaniawan

tabel kesesuaian layanan kompleks per klasifikasi

Jenis Layanan Kompleks	Madya (≥3)	Utama (≥5)	Paripurna (≥7)
1. Manajemen Kasus	✓	✓	✓
2. Latihan Keterampilan Sosial	✓	✓	✓
3. Latihan Keterampilan Hidup	✓	✓	✓
4. Rehabilitasi Kognitif	-/+	✓	✓
5. Komunitas Terapeutik	-/+	✓	✓
6. Terapi Vokasi (minimal 2 kelas)	-/+	✓	✓
7. Terapi Okupasi	-/+	-/+	✓
8. Dukungan Spiritual	-/+	-/+	✓
9. Terapi Asertif Komunitas (ACT)	-/+	-/+	✓

Catatan:

- Untuk Madya: 3 layanan kompleks wajib = Manajemen Kasus + Latihan Keterampilan Sosial + Latihan Keterampilan Hidup.
- Untuk Utama: 5 layanan kompleks wajib = 3 layanan dasar Madya + Rehabilitasi Kognitif + Komunitas Terapeutik + Terapi Vokasi.
- Untuk Paripurna: 7 layanan kompleks wajib = seluruh layanan yang tercantum sebagai "wajib" di atas.

4. Ringkasan Klasifikasi

Komponen	Madya	Utama	Paripurna
Layanan sederhana	Wajib (3 jenis)	Wajib (3 jenis)	Wajib (3 jenis)
Layanan kompleks minimal	3 jenis	5 jenis	7 jenis
Tim pendamping minimal	1 profesi	2 profesi	4 profesi

C. Penelitian, Pendidikan, dan Pelatihan

Pendidikan, pelatihan dan penelitian; jejaring pendidikan spesialis, S1 Kedokteran, D3/D4 OT, Psikologi klinis, Pelatihan dan magang tenaga perawat rehabilitasi psikososial. dapat dilakukan pada masing masing instansi untuk mendukung pengembangan keilmuan mengenai rehabilitasi psikososial di indonesia.

D. Sistem Pelayanan

Pelaksanaan rehabilitasi psikososial di rumah sakit jiwa mencakup berbagai bentuk kegiatan yang disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya manusia, sarana, dan prasarana. Salah satu bentuk penyelenggaraannya adalah layanan rehabilitasi psikososial bagi pasien rawat jalan melalui program khusus atau day care.

Layanan Rehabilitasi Psikososial rawat jalan / *Day care*

1. Pengertian *day care*

Day Care; program kegiatan layanan rehabilitasi psikososial rawat jalan yang dilakukan setiap hari atau minimal seminggu 2-3 kali secara teratur dan dalam jangka waktu tertentu sesuai dengan program kegiatan yang diarahkan berdasarkan hasil asesmen awal dan lanjutan.

Layanan rehabilitasi Psikososial pasien rawat jalan atau day *care* kegiatannya (lengkap) meliputi:

No	Kegiatan	Wajib/Tidak
1	Psikofarmaka (Manajemen Pengobatan)	Wajib
2	Psikoedukasi	Wajib
3	Manajemen Kasus	Wajib
4	Latihan Keterampilan Sosial	Wajib untuk klasifikasi Utama & Paripurna
5	Latihan Keterampilan Hidup	Wajib
6	Terapi Vokasi	Sesuai klasifikasi
7	Terapi Okupasi	Wajib
8	Dukungan Spiritual	Wajib

9	Rehabilitasi Kognitif	Wajib untuk klasifikasi Paripurna
10	Komunitas Terapeutik	Wajib untuk klasifikasi Paripurna

2. Kriteria Pasien:

Klien dinyatakan layak mengikuti program day care apabila memenuhi seluruh kriteria berikut:

No	Kriteria	Keterangan / Cara Ukur
1	Tidak gelisah / agitasi	Skor PANSS-EC dalam batas aman (tidak ada item dengan skor ≥5)
2	Bukan retardasi mental berat	IQ ≥70 (dari tes psikologi)
3	Mampu berkomunikasi fungsional	Dapat menyampaikan kebutuhan dasar secara verbal atau non-verbal
4	Keluarga kooperatif	Keluarga mendukung dan bersedia terlibat dalam program
5	Diagnosis gangguan jiwa berat	Skizofrenia, depresi berat, bipolar, skizoafektif (berdasarkan PPDGJ-III/DSM-5)
6	Gejala negatif minimal	Tidak mengganggu partisipasi dalam kegiatan (observasi awal)
7	Fungsi kognitif masih dapat ditingkatkan	Hasil asesmen psikolog menunjukkan potensi peningkatan

3. Kriteria Drop Out :

Klien dinyatakan *drop out* dari program day care apabila:

No	Kriteria	Prosedur

1	Tidak hadir dalam kegiatan selama 2 minggu berturut-turut tanpa konfirmasi, dan setelah kontak aktif (telepon/kunjungan rumah) tetap tidak hadir	Didokumentasikan oleh pekerja sosial, diputuskan dalam rapat tim
2	Tidak mengikuti kegiatan minimal 10 kali pertemuan berturut-turut tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan	Rekap kehadiran
3	Hasil asesmen ulang menunjukkan IQ <70 atau tidak memenuhi kriteria inklusi lainnya	Form asesmen ulang
4	Klien atau keluarga mengajukan permohonan berhenti secara tertulis	Surat pernyataan klien/keluarga
5	Tidak menunjukkan progres yang berarti dalam 20 pertemuan berturut-turut (tidak ada perbaiakn dari penilaian GAF, fungsi okupasi atau COTE) setelah modifikasi program	Rapat tim & notulen

Prosedur Drop Out:

- Keputusan drop out berdasarkan diskusi kasus dan kesepakatan tim (psikiater, psikolog, perawat, OT, pekerja sosial).
- Klien yang drop out karena ketidakhadiran tanpa alasan tidak dapat langsung diterima kembali. Jika ingin mengikuti kembali, harus melakukan registrasi ulang dengan case manager yang berbeda.

Pengecualian Drop Out:

- Pasien pasca rawat inap (kambuh) yang telah mencapai remisi gejala tidak dianggap drop out. Klien melanjutkan sisa program yang belum dijalani.
- Pasien yang sudah mengalami drop out dua kali tidak akan diterima kembali, kecuali drop out disebabkan oleh kekambuhan (rawat inap).

4. Kriteria Terminasi Daycare (Lulus Program)

Klien dinyatakan terminasi (lulus) apabila:

No	Kriteria	Keterangan
1	Telah mencapai seluruh kompetensi Tahap III	Sesuai form kompetensi Tahap III (lihat Bab tentang Tahapan)
2	Minimal telah menyelesaikan 40 pertemuan di Tahap III (kecuali kompetensi tercapai lebih cepat)	Rekap kehadiran
3	Tim rehabilitasi menyatakan klien siap reintegrasi ke masyarakat	Rapat terminasi

Tindak Lanjut Terminasi:

- Klien diberikan sertifikat kompetensi sederhana.
- Dilakukan rujuk balik ke fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas) atau komunitas (LSM, komunitas peduli jiwa).
- Keluarga diberikan edukasi perawatan lanjutan dan pencegahan kekambuhan.
- Ringkasan pencapaian program (GAF,penilaian fungsi okupasi, COTE, keterampilan yang dikuasai) diserahkan kepada klien dan keluarga.

BAB V. TAHAPAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL BERBASIS KOMPETENSI

A. Prinsip Dasar Program berbasis kompetensi

Program rehabilitasi psikososial tidak dibatasi secara kaku oleh jumlah pertemuan, melainkan berbasis pencapaian kompetensi. Setiap klien memiliki kecepatan pemulihan yang berbeda tergantung pada:

- Keparahan gejala awal
- Fungsi kognitif dan IQ
- Dukungan keluarga dan sosial
- Motivasi dan kepatuhan
- Komorbiditas fisik maupun psikiatri

Oleh karena itu, program ini menggunakan pendekatan fleksibel dengan batasan minimal dan maksimal pertemuan, serta kriteria kompetensi yang jelas untuk pindah tahap maupun terminasi.

Ringkasan Durasi dan Kompetensi per Tahap

Tahap	Nama Tahap	Durasi (Pertemuan)	Kriteria Pindah Tahap / Terminasi
Tahap I	Asesmen & Eksplorasi	3–7 hari (bukan hitungan pertemuan)	Asesmen lengkap & layak lanjut
Tahap II	Stabilisasi Fungsional	Minimal 16 pertemuan, maksimal 40 pertemuan	Mencapai seluruh kompetensi stabilisasi fungsional
Tahap III	Reintegrasi Produktif	Minimal 40 pertemuan, maksimal 80 pertemuan (dapat diperpanjang >80 dengan persetujuan tim)	Mencapai seluruh kompetensi reintegrasi produktif

Catatan: Perpanjangan melebihi batas maksimal harus melalui rapat tim multidisiplin dan didokumentasikan alasannya (misal: gejala residual, keterbatasan kognitif, kurang dukungan keluarga, atau kekambuhan ringan tanpa rawat inap).

B. Asesmen Awal dan Monitoring Berkala

Asesmen dalam rehabilitasi psikososial dilakukan secara berjenjang dan berkesinambungan, terbagi menjadi dua jenis:

1. Asesmen Awal → dilakukan pada Tahap I (3–7 hari) sebelum klien memulai program.
2. Monitoring Berkala → dilakukan selama Tahap II (Stabilisasi Fungsional) dan Tahap III (Reintegrasi Produktif) untuk mengevaluasi perkembangan dan pencapaian kompetensi.

Instrumen Asesmen dan Penempatannya dalam Alur

No	Instrumen	Kualifikasi Pelaksana	Jenis Asesmen	Keterangan dalam Alur Program
Asesmen Awal (Tahap I)				
1	Global Assessment of Functioning (GAF) Scale	Psikiater	Awal	Menentukan fungsi psikososial global awal sebagai baseline
2	Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component (PANSS-EC)	Psikiater	Awal + Kriteria Inklusi	Menilai tingkat agitasi/gejala akut. Syarat ikut program: skor dalam batas aman (tidak gelisah berat)
3	Tes IQ (SPM / CFIT / WAIS, disesuaikan kemampuan pasien)	Psikolog	Awal + Kriteria Inklusi	Kriteria inklusi: IQ ≥ 70 (tidak retardasi mental berat). Menentukan jenis kegiatan yang sesuai
4	Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE)	Terapis Okupasi / Psikiater / Perawat	Awal	Menilai fungsi okupasi awal (ADL, produktivitas, interaksi sosial)
5	Barthel Index	Perawat	Awal	Menilai tingkat kemandirian Activity Daily Living (ADL) dasar secara kuantitatif (skor 0-100). Digunakan sebagai baseline kemandirian
6	Asesmen Sosial	Pekerja Sosial	Awal	Menilai dukungan keluarga, kondisi ekonomi, dan lingkungan sosial

Monitoring Berkala (Tahap II & III)				
1	Global Assessment of Functioning (GAF) Scale	Psikiater	Setiap bulan	Memantau peningkatan fungsi psikososial selama program
2	Instrumen penilian fungsi Okupasi	Psikiater/ Perawat / TO	Setiap 1-2 minggu	Mengevaluasi kemajuan keterampilan okupasi dan menentukan kesiapan pindah tahap/kelas minat
3	Comprehensive Occupational Therapy Evaluation (COTE)	Terapis Okupasi	Setiap 1-2 minggu	Mengevaluasi kemajuan keterampilan okupasi dan menentukan kesiapan pindah tahap/kelas minat
4	Form Kompetensi Stabilisasi Fungsional	Terapis Okupasi/ Perawat	Setiap 8-10 pertemuan	Mengevaluasi pencapaian kompetensi Tahap II

5	Form Kompetensi Reintegrasi Produktif	Terapis Okupasi / Perawat / Instruktur	Setiap 15-20 pertemuan	Mengevaluasi pencapaian kompetensi Tahap III

C. Tahap I: Assesment dan Eksplorasi

Tujuan

Melakukan pemetaan komprehensif terhadap kondisi psikososial, kapasitas fungsional, serta potensi dasar klien sekaligus menetapkan kelayakan mengikuti program.

Kegiatan

No	Kegiatan	Pelaksana	Luaran
1	Asesmen multidisiplin	Tim utama (psikiater, psikolog, perawat) + tim pendamping (OT, pekerja sosial)	Profil awal klien
2	Penegakan diagnosis, penilaian GAF dan PANSS-EC	Psikiater	Keputusan kelayakan (tidak gelisah berat)

3	Tes IQ (SPM/CFIT/WAIS)	Psikolog	Kriteria IQ ≥70
4	Penilaian Fungsi okupasi	Psikiater/ Perawat/ TO	Skor baseline fungsi okupasi
5	Penilaian COTE	Terapis Okupasi	Skor baseline fungsi okupasi
6	Penilaian Barthel Index	Perawat	Skor baseline kemandirian ADL (0-100)
7	Asesmen dukungan keluarga dan kondisi sosial ekonomi	Pekerja Sosial	Profil dukungan sosial
8	Eksplorasi minat dan bakat	Psikolog / OT / Perawat	Daftar minat dan bakat awal

Kriteria Kelayakan Mengikuti Program

Klien dinyatakan layak mengikuti program jika memenuhi seluruh kriteria berikut:

No	Kriteria	Cara Ukur
1	Tidak gelisah / agitasi berat	Skor PANSS-EC tidak ada item dengan skor ≥5
2	IQ ≥70	Tes psikologi (SPM/CFIT/WAIS)
3	Mampu berkomunikasi fungsional	Observasi tim rehabilitasi
4	Keluarga kooperatif	Observasi tim rehabilitasi

Luaran Tahap I

- Profil klien yang mencakup: fungsi psikososial (GAF), status gejala (PANSS-EC), fungsi kognitif (IQ), fungsi okupasi (instrumen fungsi okupasi / COTE), asesmen sosial, serta minat dan bakat.
- Kesepakatan awal (*contracting*) dengan klien dan keluarga tentang program rehabilitasi.
- Rekomendasi jenis kegiatan awal untuk Tahap II (Stabilisasi Fungsional).

D. Tahap II: Stabilisasi Fungsional (minimal 16, Maksimal 40 pertemuan)

Tujuan

Mengaktifkan kembali dan menstabilkan fungsi dasar klien yang meliputi kemampuan aktivitas sehari-hari (ADL), interaksi sosial, regulasi emosi, partisipasi dalam kegiatan terstruktur, serta membangun fondasi untuk tahap reintegrasi.

Kegiatan

Klien mengikuti kegiatan yang meliputi:

No	Jenis Kegiatan	Frekuensi
1	Psikoedukasi dasar tentang penyakit dan pengobatan	2-3 kali
2	Latihan Keterampilan Sosial (*Social Skill Training*): komunikasi, pemecahan masalah, manajemen emosi	Setiap pertemuan
3	Latihan Keterampilan Hidup (*Life Skill Training*) sederhana: merawat diri, menyiapkan makanan ringan	Setiap pertemuan
4	Terapi okupasi pengenalan (seni, musik, rekreasi, psikodrama)	1-2 kali per minggu

5	Pengenalan terapi vokasi ringan (kerajinan tangan, tata boga dasar, berkebun, komputer dasar)	1 kali per minggu
6	Komunitas terapeutik (*Therapeutic Community*): pertemuan pagi, kerja kelompok, pelatihan kepemimpinan dasar	Setiap pertemuan

Monitoring dalam Tahap II

Jenis Monitoring	Frekuensi	Pelaksana
GAF	Setiap bulan	Psikiater
Penilaian fungsi okupasi	Setiap 1-2 minggu	OT / Perawat / Psikiater
COTE	Setiap 1-2 minggu	OT
Evaluasi pencapaian kompetensi stabilisasi fungsional	Setiap 8-10 pertemuan (setelah 16, 24, 32, 40 pertemuan)	Tim multidisiplin

Kompetensi Stabilisasi Fungsional (Yang Harus Dicapai untuk Pindah ke Tahap III)

No	Kompetensi	Cara Pengukuran	Target Minimal
1	Kehadiran	Rekap kehadiran	100% dari total pertemuan yang dijalani
2	Mampu mengikuti instruksi 2 langkah berurutan	Observasi TO/perawat	Mandiri tanpa prompting verbal berulang

3	Regulasi emosi dasar (tidak mudah marah/menangis saat gagal, mampu meredam diri dalam 5 menit)	Observasi	Mampu meregulasi
4	Mampu menyelesaikan 1 tugas sederhana (merapikan meja, menyusun puzzle, mencuci piring)	Observasi	Mampu menyelesaikan tugas sederhana
5	Perbaikan penilaian skor fungsi okupasi	Instrumen penilaian okupasi	Adanya perbaikan fungsi okupasi
6	Mampu mengidentifikasi tanda kekambuhan diri sendiri	Wawancara / psikoedukasi	Mampu mengidentifikasi

Klien dinyatakan SIAP PINDAH ke Tahap III (Reintegrasi Produktif) apabila telah mencapai SELURUH kompetensi stabilisasi fungsional di atas.

Jika dalam 40 pertemuan kompetensi belum tercapai

Tim melakukan rapat khusus untuk menentukan:

Pilihan	Kriteria
Perpanjangan (maksimal 20 pertemuan tambahan)	Klien menunjukkan progres positif (dokumentasi penilaian fungsi okupasi atau COTE meningkat)
Rujuk ke program lain	Tidak ada progres dalam 20 pertemuan terakhir

Drop out	Tidak ada progres dan tidak memenuhi kriteria perpanjangan

Luaran Tahap II

- Profil kompetensi stabilisasi fungsional yang telah dicapai (form kompetensi)
- Rekomendasi 1–2 kelas minat yang paling sesuai untuk Tahap III
- Rencana Tahap III (Reintegrasi Produktif)

E. Tahap III: Reintegrasi Produktif (minimal 40, Maksimal 80 pertemuan, dapat diperpanjang)

Tujuan

Memberikan pelatihan keterampilan kerja spesifik sesuai minat klien, meningkatkan kemandirian fungsional tingkat lanjut, serta mempersiapkan dan melaksanakan reintegrasi klien ke masyarakat secara produktif.

Contoh Kelas Minat

Jenis Kelas	Contoh Aktivitas
Tata boga	Memasak, menyiapkan makanan, kebersihan dapur
Menjahit / Batik	Menjahit dasar, membatik, membuat kerajinan tekstil
Kerajinan tangan	Membuat aksesoris, anyaman, daur ulang
Komputer	Mengetik, internet dasar, administrasi sederhana
Tata rias / Salon	Merias wajah, merawat rambut, perawatan diri

Perkebunan	Menanam, merawat tanaman, memanen
Bengkel ringan	Perbaikan alat sederhana, perakitan
Seni dan musik	Melukis, bermain alat musik, paduan suara
Life skill lanjutan	Mengelola keuangan, berbelanja, menggunakan transportasi umum

Pelaksanaan Kelas

Aspek	Ketentuan
Frekuensi	Sesuai program kelas yang di rancang tim rehabilitasi psikososial
Metode	Praktik berulang, pendampingan individual, simulasi dunia kerja/aktivitas komunitas
Durasi per pertemuan	90-120 menit per kelas

Monitoring dalam Tahap III

Jenis Monitoring	Frekuensi	Pelaksana
GAF	Setiap bulan	Psikiater
Penilaian Fungsi okupasi	Setiap 2 minggu	Psikiater/ perawat/ TO
COTE	Setiap 2 minggu	Terapis Okupasi

Evaluasi kompetensi reintegrasi produktif	Setiap 15-20 pertemuan (setelah 40, 60, 80 pertemuan)	Tim multidisiplin

Kompetensi Reintegrasi Produktif (Yang Harus Dicapai untuk Terminasi/Lulus)

No	Kompetensi	Cara Pengukuran	Target Minimal
1	Kehadiran	Rekap kehadiran	100% dari total pertemuan yang dijalani
2	Mampu melakukan 1 keterampilan vokasi/okupasi secara mandiri (tanpa prompting, tanpa pengawasan terus-menerus)	Observasi instruktur	Diselesaikan dari awal hingga akhir dengan benar minimal 3 kali berturut-turut
3	Mampu mengelola kegiatan ADL kompleks (berbelanja sederhana, menggunakan transportasi umum, atau mengatur jadwal harian)	Life skill checklist	Mandiri dengan pengawasan minimal
4	Peningkatan skor GAF	GAF	Minimal 15 poin dari baseline ATAU skor GAF akhir ≥70
5	Perbaikan skor penilaian fungsi okupasi	Instrumen Penilian fungsi Okupasi	Adanya perbaikian yang konsisten pada fungsi okupasi
6	Penurunan skor COTE okupasi	COTE	Minimal 20% dari baseline
7	Mampu mengidentifikasi 3 tanda kekambuhan diri	Wawancara	Mampu mengidentifikasi

	sendiri dan cara mengatasinya		
8.	Mampu menunjukkan perilaku sosial yang adaptif dalam kelompok (misal: bergiliran, meminta bantuan, memberi bantuan)	Observasi OT/pekerja sosial	Mampu menunjukkan

Klien dinyatakan **LULUS / TERMINASI** (Reintegrasi Produktif tercapai) apabila telah mencapai SELURUH kompetensi di atas.

Jika dalam 80 pertemuan kompetensi belum tercapai

Pilihan	Kriteria	Prosedur
Perpanjangan (maksimal 20 pertemuan tambahan, maksimal 2 kali perpanjangan)	Klien menunjukkan progres positif (dokumentasi perbaikan penilaian fungsi okupasi/ COTE meningkat)	Rapat tim, usulan case manager, persetujuan kepala unit
Rujuk ke program pendampingan jangka panjang	Progres sangat lambat tetapi tetap ada, atau keterbatasan kognitif permanen	Rapat tim, diskusi dengan keluarga
Drop out	Tidak ada progres dalam 20 pertemuan terakhir setelah modifikasi program	Rapat tim, dokumentasi

Luaran Tahap III

- Sertifikat kompetensi sederhana (Sertifikat Reintegrasi Produktif)
- Ringkasan pencapaian (GAF awal & akhir, penilaian fungsi okupasi awal & akhir, COTE awal & akhir, keterampilan vokasi yang dikuasai)

- Rekomendasi reintegrasi ke masyarakat (bekerja, magang, melanjutkan pendidikan, atau kegiatan produktif lainnya)
- Rujuk balik ke Puskesmas atau komunitas

F. Ketentuan Perpanjangan Program dan ketidak layanan perpanjangan (eksklusi)

Perpanjangan dapat diberikan jika:

No	Kondisi	Bukti yang Diperlukan
1	Belum mencapai kompetensi stabilisasi fungsional atau reintegrasi produktif, tetapi menunjukkan progres positif	Dokumentasi penilaian fungsi okupasi (perbaikan) Dokumentasi COTE yang menurun minimal 5% dalam 10 pertemuan terakhir (membaik)
2	Mengalami kekambuhan ringan (tidak memerlukan rawat inap) dan baru stabil kembali	Catatan medis dari psikiater, kehilangan waktu efektif minimal 2 minggu
3	Terdapat kendala keluarga/sosial yang memerlukan intervensi tambahan	Laporan pekerja sosial, bukti intervensi yang sedang berjalan

Prosedur Perpanjangan

Langkah	Penanggung Jawab	Dokumen	Batas Waktu
1. Case manager mengajukan usulan perpanjangan	Case manager (perawat/OT)	Form usulan perpanjangan	Sebelum batas maksimal pertemuan tercapai

2. Tim multidisiplin membahas dan menyetujui	Psikiater, psikolog, OT, perawat, pekerja sosial	Notulen rapat tim	Dalam 1 minggu setelah usulan
3. Kepala unit rehabilitasi memberikan persetujuan tertulis	Kepala unit	Surat persetujuan perpanjangan	Dalam 3 hari setelah rapat tim
4. Dicatat dalam catatan perkembangan klien	Case manager	Catatan medis	Segera setelah persetujuan

Ketidaklayanan perpanjangan (ekslusi)

Klien tidak dapat diberikan perpanjangan program rehabilitasi psikososial apa bila memenuhi salah satu kriteria berikut:

No	Kriteria	Alasan	Tindak Lanjut
1	**Tidak menunjukkan progres positif** selama 20 pertemuan berturut-turut meskipun telah dilakukan modifikasi program	Perpanjangan tidak akan memberikan manfaat tambahan	Drop out (sesuai kriteria drop out no. 5)
2	**Telah melewati batas maksimal perpanjangan** (maksimal 2 kali perpanjangan untuk seluruh program)	Menghindari ketergantungan pada program	Terminasi dini atau rujuk ke program lain
3	**Mengalami penurunan fungsi yang signifikan** (skor GAF turun >10 poin dalam 1 bulan)	Perlu penanganan medis intensif, bukan perpanjangan rehabilitasi	Rujuk ke rawat inap atau program stabilisasi

No	Kriteria	Alasan	Tindak Lanjut
4	**Mengalami kekambuhan berat yang memerlukan rawat inap** (lebih dari 2 kali selama program)	Program rehabilitasi tidak sesuai untuk kondisi akut	Rujuk ke rawat inap, evaluasi ulang setelah stabil
5	**Ketidakhadiran tanpa alasan >20% dari total pertemuan** meskipun telah diberikan perpanjangan sebelumnya	Indikasi ketidakpatuhan dan rendahnya motivasi	Drop out (sesuai kriteria drop out no. 1 & 2)
6	**Hasil asesmen ulang menunjukkan IQ <70** (retardasi mental berat)	Program rehabilitasi psikososial standar tidak sesuai	Rujuk ke program khusus retardasi mental
7	**Klien atau keluarga menolak perpanjangan secara tertulis**	Hak klien untuk menghentikan program	Terminasi dini

Prosedur perpanjangan program

Langkah	**Penanggung Jawab**	**Dokumen**	**Batas Waktu**
1. Case manager mengajukan usulan perpanjangan	Case manager (perawat/OT)	Form usulan perpanjangan (FRP-18)	Sebelum batas maksimal pertemuan tercapai
2. Tim multidisiplin membahas dan menyetujui	Psikiater, psikolog, OT, perawat, pekerja sosial	Notulen rapat tim	Dalam 1 minggu setelah usulan

Langkah	Penanggung Jawab	Dokumen	Batas Waktu
3. Kepala unit rehabilitasi memberikan persetujuan tertulis	Kepala unit	Surat persetujuan perpanjangan	Dalam 3 hari setelah rapat tim
4. Dicatat dalam catatan perkembangan klien	Case manager	Catatan medis	Segera setelah persetujuan

Batas Maksimal Perpanjangan

Tahap	Maksimal Perpanjangan	Maksimal Pertemuan Setelah Perpanjangan
Tahap II (Stabilisasi Fungsional)	1 kali (20 pertemuan tambahan)	Maksimal 60 pertemuan
Tahap III (Reintegrasi Produktif)	2 kali (maksimal 40 pertemuan tambahan)	Maksimal 120 pertemuan

Catatan: Perpanjangan tidak dapat diberikan lebih dari batas maksimal di atas. Jika setelah perpanjangan klien belum mencapai kompetensi, maka dilakukan drop out atau rujuk ke program lain.

G. Kriteria Drop Out

Klien dinyatakan *drop out* dari program rehabilitasi psikososial apabila:

No	Kriteria	Keterangan	Dokumen

1	Tidak hadir dalam kegiatan selama 2 minggu berturut-turut tanpa konfirmasi, dan setelah kontak aktif (telepon/kunjungan rumah) tetap tidak hadir	Didokumentasikan oleh pekerja sosial	Laporan kontak aktif
2	Tidak mengikuti kegiatan minimal 10 kali pertemuan berturut-turut tanpa alasan yang dapat dipertanggungjawabkan	Rekap kehadiran	Log kehadiran
3	Hasil asesmen ulang menunjukkan IQ <70 atau tidak memenuhi kriteria inklusi dari salah satu profesi	Form asesmen ulang	Laporan psikolog
4	Klien atau keluarga mengajukan permohonan berhenti secara tertulis	Surat pernyataan klien/keluarga	Arsip surat
5	Tidak menunjukkan progres yang berarti dalam 20 pertemuan berturut-turut (tidak ada peningkatan COTE atau GAF) setelah dilakukan evaluasi tim dan modifikasi program	Rapat tim & notulen	Notulen rapat

Prosedur Drop Out

Langkah	Penanggung Jawab	Dokumen
1. Identifikasi potensi drop out	Case manager / pekerja sosial	Catatan perkembangan
2. Konfirmasi dan upaya pencegahan	Pekerja sosial	Laporan kontak aktif

(minimal 2 kali kontak)		
3. Rapat tim untuk memutuskan drop out	Tim multidisiplin	Notulen rapat
4. Pemberitahuan ke klien dan keluarga	Case manager	Surat pemberitahuan drop out
5. Dokumentasi dalam rekam medis	Case manager	Catatan medis

Pengecualian Drop Out

Situasi	Status	Tindak Lanjut
Pasien pasca rawat inap (kambuh) yang telah mencapai remisi gejala	Tidak dianggap drop out	Klien melanjutkan sisa kuota pertemuan yang belum dijalani
Pasien yang sudah mengalami drop out dua kali karena ketidakhadiran	Tidak diterima kembali	Dirujuk ke program lain
Pasien drop out karena kekambuhan (rawat inap)	Dapat diterima kembali	Registrasi ulang dengan case manager yang sama atau berbeda

H. Kriteria Terminasi (Lulus Program)

Klien dinyatakan menyelesaikan program (terminasi) apabila:

No	Kriteria	Keterangan

1	Telah mencapai seluruh kompetensi reintegrasi produktif	Sesuai form kompetensi Tahap III (8 kompetensi)
2	Minimal telah menyelesaikan 40 pertemuan di Tahap III	Kecuali kompetensi tercapai lebih cepat, maka terminasi dapat dilakukan <40 pertemuan dengan persetujuan tim
3	Tim rehabilitasi menyatakan klien siap reintegrasi ke masyarakat	Rapat terminasi, notulen

Tindak Lanjut Terminasi

Kegiatan	Pelaksana	Dokumen
Pemberian sertifikat kompetensi sederhana (Sertifikat Reintegrasi Produktif)	Kepala unit	Sertifikat (dengan cap RS)
Rujuk balik ke fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas)	Pekerja sosial / case manager	Form rujuk balik
Edukasi keluarga tentang perawatan lanjutan dan pencegahan kekambuhan	Perawat / psikiater	Catatan edukasi
Penyerahan ringkasan pencapaian program	Case manager	Ringkasan terminasi (GAF, COTE, keterampilan vokasi)
Janji tindak lanjut (follow up) di Puskesmas atau komunitas	Pekerja sosial	Jadwal follow up

I. Alur Rujukan dalam Program Rehabilitasi Psikososial

1. Rujukan Internal

Rujukan ke Instalasi/Unit Rehabilitasi Psikososial berasal dari:

- DPJP atau psikiater yang merawat pasien rawat inap
- Poliklinik jiwa rawat jalan

Mekanisme:
Surat rujukan dari psikiater.
Pasien kemudian dijadwalkan untuk Tahap I (Asesmen & Eksplorasi selama 3–7 hari).

2. Rujukan Eksternal

Rujukan eksternal berasal dari:

- Puskesmas yang memiliki program kesehatan jiwa
- Rumah Sakit Umum yang tidak memiliki fasilitas rehabilitasi psikososial
- Rumah Sakit Jiwa lain yang belum memiliki unit rehabilitasi
- Lembaga swadaya masyarakat (LSM) berbasis rehabilitasi psikososial

Mekanisme:

- Fasilitas kesehatan/dokter yang merujuk akan mendapatkan umpan balik tertulis mengenai hasil asesmen dan perkembangan klien.
- Setelah klien menyelesaikan program (terminasi), dilakukan rujuk balik ke fasilitas perujuk disertai ringkasan pencapaian dan rekomendasi tindak lanjut di komunitas.

J. Ringkasan Alur Asesmen dan monitoring

Tahap	Nama Tahap	Waktu / Pertemuan ke-	Instrumen	Pelaksana	Tujuan
I	Asesmen & Eksplorasi	Hari ke 1–7	GAF, PANSS-EC, IQ test, penilaian fungsi okupasi, COTE, asesmen sosial	Psikiater, Psikolog, OT/Perawat, Pekerja Sosial	Seleksi kelayakan, baseline, eksplorasi minat bakat

II	Stabilisasi Fungsional(minimal 16, maksimal 40)	Setiap 8-10 pertemuan	GAF, penilaina fungsi okupasi, COTE, Form kompetensi stabilisasi fungsional	OT/Perawat, Psikiater	Evaluasi perkembangan kompetensi, keputusan pindah ke Tahap III atau perpanjangan
III	Reintegrasi Produktif (minimal 40, maksimal 80+, dapat diperpanjang)	Setiap 8-10 pertemuan	GAF, penilaian fungsi okupasi, COTE, Form kompetensi reintegrasi produktif	OT/Perawat, Psikiater, Instruktur	Evaluasi pencapaian keterampilan vokasi, keputusan terminasi atau perpanjangan
Terminasi	Lulus Program	Saat seluruh kompetensi reintegrasi produktif tercapai	GAF, penilaian fungsi okupasi, COTE, Form terminasi	Psikiater, OT/Perawat	Capaian akhir, sertifikasi, rujuk balik

BAB VI. SARANA, PRASARANA, DAN PERALATAN

A. Prinsip Umum

Sarana, prasarana, dan peralatan rehabilitasi psikososial harus:

No	Prinsip	Penjelasan
1	Mendukung kelancaran program	Mendukung Tahap I (Asesmen & Eksplorasi), Tahap II (Stabilisasi Fungsional), dan Tahap III (Reintegrasi Produktif)
2	Memenuhi standar keselamatan	Aman bagi klien gangguan jiwa (tidak ada benda tajam berbahaya yang terjangkau, lantai tidak licin, ventilasi cukup)
3	Memenuhi standar kebersihan	Ruang dan peralatan bersih, terbebas dari hama dan kotoran
4	Memenuhi standar kenyamanan	Suhu, pencahayaan, sirkulasi udara, dan kebisingan sesuai standar
5	Disesuaikan dengan klasifikasi	Madya, Utama, atau Paripurna
6	Dipelihara secara berkala	Ada jadwal pemeliharaan dan perbaikan

B. Daftar Lengkap Sarana, Prasarana, dan Peralatan

1. Ruangan dan Gedung

No	Jenis Ruangan	Fungsi dalam Program	Prioritas Klasifikasi
1	Ruang periksa / konsultasi individu	Asesmen awal, monitoring, konseling	Madya, Utama, Paripurna
2	Ruang konsultasi keluarga	Psikoedukasi keluarga, terminasi	Madya, Utama, Paripurna
3	Ruang pertemuan / terapi kelompok	Morning meeting, group therapy, psikoedukasi	Madya, Utama, Paripurna
4	Ruang tata boga	Kelas minat tata boga	Utama, Paripurna
5	Ruang kerajinan tangan	Tahap II pengenalan dan kelas minat kerajinan	Madya, Utama, Paripurna
6	Ruang menjahit / batik	Kelas minat menjahit dan batik	Utama, Paripurna
7	Ruang komputer	Pengenalan komputer dan kelas komputer	Utama, Paripurna
8	Ruang salon / tata rias	Kelas minat tata rias dan perawatan diri	Utama, Paripurna
9	Ruang pertukangan / bengkel ringan	Kelas minat bengkel	Paripurna
10	Ruang musik / seni	Terapi okupasi (seni, musik, psikodrama)	Utama, Paripurna

11	Ruang kerohanian	Dukungan spiritual	Madya, Utama, Paripurna
12	Musholla	Ibadah harian	Madya, Utama, Paripurna
13	Lahan perkebunan	Kelas minat perkebunan dan terapi okupasi	Paripurna
14	Ruang terapi kerja komersial	Simulasi kerja pra-vokasi	Paripurna
15	Perpustakaan / ruang baca	Edukasi pasien dan keluarga	Utama (pojok baca), Paripurna (ruang tersendiri)
16	Ruang tunggu keluarga	Tempat menunggu bagi keluarga klien	Utama, Paripurna
17	Toilet yang aksesibel (ramah disabilitas)	Kebersihan diri dan kebutuhan dasar	Madya, Utama, Paripurna (jumlah berbeda)
18	Area outdoor / taman	Relaksasi dan terapi okupasi ringan	Utama, Paripurna

2. Peralatan

No	Jenis Peralatan	Fungsi	Prioritas Klasifikasi
1	Meja, kursi, whiteboard	Kegiatan kelompok dan individu	Madya, Utama, Paripurna
2	Komputer, laptop, LCD, wireless	Administrasi, presentasi edukasi	Madya, Utama, Paripurna

3	Alat musik	Terapi musik, seni, rekreasi	Utama, Paripurna
4	Perlengkapan tata boga	Kelas tata boga	Utama, Paripurna
5	Perlengkapan menjahit	Kelas menjahit	Utama, Paripurna
6	Perlengkapan kerajinan tangan	Kelas kerajinan	Madya, Utama, Paripurna
7	Perlengkapan salon	Kelas tata rias/salon	Utama, Paripurna
8	Perlengkapan perkebunan	Kelas perkebunan	Paripurna
9	Perlengkapan terapi kerja	Simulasi kerja (RH Corner, dll)	Paripurna
10	Perlengkapan kerohanian	Dukungan spiritual	Madya, Utama, Paripurna
11	Lemari arsip, lemari penyimpanan, loker	Administrasi dan penyimpanan barang klien	Madya, Utama, Paripurna
12	Tape recorder, televisi	Edukasi audiovisual, relaksasi	Utama, Paripurna
13	Alat tulis kantor (ATK)	Administrasi dan kegiatan	Madya, Utama, Paripurna
14	Papan informasi / majalah dinding	Komunikasi jadwal dan informasi program	Madya, Utama, Paripurna

15	Instrumen asesmen cetak	Asesmen dan monitoring	Madya, Utama, Paripurna
16	Alat evaluasi dan dokumentasi	Dokumentasi kegiatan dan evaluasi	Paripurna
17	Kendaraan untuk home visit / ACT	Kunjungan rumah, assertive community treatment	Paripurna

C. Standar Minimal Sarana, Prasarana, dan Peralatan Berdasarkan Klasifikasi Layanan Rumah Sakit

Ketentuan berikut berlaku untuk rumah sakit dengan klasifikasi layanan jiwa Madya, Utama, dan Paripurna sebagaimana telah dijelaskan pada Bab III. Sumber Daya Manusia dan Bab IV. Klasifikasi Layanan Rehabilitasi Psikososial.

1. Klasifikasi Madya

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa madya
- Layanan rehabilitasi psikososial dasar (3 jenis) + minimal 3 layanan kompleks
- Tim pendamping minimal 1 profesi

Minimal Sarana, Prasarana, dan Peralatan:

Ruangan

No	Jenis Ruangan	Minimal yang Harus Ada	Kapasitas Minimal
1	Ruang periksa / konsultasi individu	1 ruang	1 meja, 2 kursi

2	Ruang konsultasi keluarga	1 ruang (bisa digunakan bersama dengan ruang periksa)	1 meja, 4 kursi
3	Ruang pertemuan / terapi kelompok	1 ruang	Kapasitas minimal 10 orang
4	Ruang terapi kerja sederhana	1 ruang (untuk 1 jenis kegiatan, misal kerajinan tangan)	-
5	Musholla / ruang kerohanian sederhana	1 ruang	-
6	Toilet (ramah disabilitas)	Minimal 1 toilet bersih	-

Peralatan

No	Jenis Peralatan	Minimal yang Harus Ada	Spesifikasi Minimal
1	Meja, kursi, whiteboard	Tersedia sesuai kapasitas ruang	Whiteboard ukuran minimal 90x120 cm
2	Komputer + printer	1 set	Komputer desktop/laptop, printer hitam putih
3	Alat tulis kantor (ATK)	Tersedia	Kertas, pulpen, spidol whiteboard, stempel
4	Peralatan untuk 1 jenis terapi vokasi/okupasi	1 set	Misal: alat kerajinan tangan atau alat tata boga sederhana
5	Perlengkapan kebersihan ruang	Tersedia	Sapu, kain pel, ember, tempat sampah
6	Perlengkapan kerohanian sederhana	Tersedia	Sajadah, mukena, Al-Qur'an

7	Instrumen asesmen cetak	Tersedia lengkap	Form GAF, PANSS-EC, COTE, Barthel Index, form kompetensi Tahap II
8	Lemari arsip	1 buah	-

Prasarana Pendukung

No	Prasarana	Minimal yang Harus Ada
1	Wireless / internet	Tersedia (minimal untuk administrasi)
2	Listrik	Tersedia 24 jam
3	Air bersih	Tersedia

Catatan Klasifikasi Madya: Ruang tata boga, menjahit, komputer, salon, perkebunan, bengkel, musik, dan perpustakaan tidak wajib namun dapat ditambahkan jika memungkinkan.

2. Klasifikasi Utama

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa utama
- Layanan rehabilitasi psikososial dasar (3 jenis) + minimal 5 layanan kompleks
- Tim pendamping minimal 3 profesi

Minimal Sarana, Prasarana, dan Peralatan:

Ruangan

No	Jenis Ruangan	Minimal yang Harus Ada	Kapasitas Minimal

1	Ruang periksa / konsultasi individu	1 ruang	1 meja, 2 kursi
2	Ruang konsultasi keluarga	1 ruang (terpisah atau dapat dipisahkan)	1 meja, 4 kursi
3	Ruang pertemuan / terapi kelompok	1 ruang	Kapasitas minimal 15 orang
4	Ruang tata boga	1 ruang	Kompor, kulkas, peralatan masak dasar
5	Ruang kerajinan tangan	1 ruang	Meja kerja, kursi, rak bahan
6	Ruang terapi vokasi pilihan (minimal 2 dari: menjahit, komputer, salon, perkebunan)	2 ruang	Sesuai jenis kegiatan
7	Ruang musik / seni	1 ruang (bisa digunakan bersama dengan ruang pertemuan)	Alat musik sederhana
8	Musholla / ruang kerohanian	1 ruang	-
9	Perpustakaan / ruang baca	1 pojok / ruang kecil	Rak buku, meja baca
10	Toilet (ramah disabilitas)	Minimal 2 toilet	-

Peralatan

No	Jenis Peralatan	Minimal yang Harus Ada	Spesifikasi Minimal
1	Meja, kursi, whiteboard	Tersedia sesuai kapasitas	-
2	Komputer + printer + LCD	2 set	1 untuk administrasi, 1 untuk kelas komputer
3	Alat tulis kantor (ATK)	Tersedia	-
4	Perlengkapan tata boga lengkap	1 set	Kompor, kulkas, peralatan masak dasar
5	Perlengkapan kerajinan tangan	1 set	Lem, gunting, manik-manik, kawat, kain flanel dan lainnya
6	Perlengkapan untuk 2 jenis terapi vokasi (misal: mesin jahit + komputer, atau alat salon + alat perkebunan)	2 set	Sesuai jenis
7	Alat musik sederhana	1 set	Gitar, kendang, atau keyboard
8	Perlengkapan kerohanian	Tersedia	Sajadah, mukena, Al-Qur'an, Alkitab
9	Perlengkapan kebersihan	Tersedia	-
10	Instrumen asesmen lengkap	Tersedia	Form GAF, PANSS-EC, COTE, Barthel Index, form kompetensi Tahap II dan III
11	Televisi + alat pemutar musik	1 set	Untuk edukasi dan terapi

12	Lemari arsip + loker klien	2 lemari arsip, 1 set loker	-

Prasarana Pendukung

No	Prasarana	Minimal yang Harus Ada
1	Wireless / internet	Tersedia (kecepatan memadai)
2	Area outdoor / taman sederhana	Tersedia
3	Papan informasi	Tersedia

3. Klasifikasi Paripurna

Karakteristik:

- Rumah sakit dengan layanan jiwa paripurna
- Layanan rehabilitasi psikososial dasar (3 jenis) + minimal 7 layanan kompleks
- Tim pendamping minimal 5 profesi

Minimal Sarana, Prasarana, dan Peralatan:

Ruangan

No	Jenis Ruangan	Minimal yang Harus Ada	Kapasitas / Spesifikasi Minimal
1	Ruang periksa / konsultasi individu	1 ruang	1 meja, 2 kursi
2	Ruang konsultasi keluarga	1 ruang (terpisah)	1 meja, 3-4 kursi
3	Ruang pertemuan / terapi kelompok	1 ruang besar	Kapasitas minimal 25 orang

4	Ruang tata boga	1 ruang (lengkap)	Kompor gas + listrik, kulkas, oven, blender, microwave, peralatan lengkap
5	Ruang kerajinan tangan	1 ruang	Meja kerja, kursi, rak bahan, lemari alat
6	Ruang menjahit / batik	1 ruang	1 ruang dan Minimal 1 mesin jahit / meja potong / alat batik
7	Ruang komputer	1 ruang	Minimal 1 unit komputer
8	Ruang salon / tata rias	1 ruang	Cermin besar, kursi salon (minimal 2), alat rias, hair dryer
9	Ruang pertukangan / bengkel ringan	1 ruang	Meja kerja, rak alat, alat pertukangan dasar
10	Ruang musik / seni	1 ruang (terpisah atau terintegrasi dengan studio)	Alat musik lengkap, sound system
11	Lahan perkebunan	Tersedia	Tersedia
12	Ruang terapi kerja komersial	Minimal 2 dari 3 jenis (RH Corner, RH Ponsel, RH Cleaning Service)	Sesuai jenis
13	Ruang kerohanian (Islam)	1 ruang (musholla)	Kapasitas minimal 10 orang
14	Ruang kerohanian (Kristen)	1 ruang (jika diperlukan)	Kapasitas minimal 10 orang

15	Perpustakaan	1 ruang	Rak buku, meja baca, koleksi minimal 100 buku
16	Ruang tunggu keluarga	Kursi tunggu	1 ruang tunggu
17	Toilet (ramah disabilitas)	Minimal 1	Minimal 1 dengan pegangan tangan (handrail)
18	Area outdoor / taman rehabilitasi	Tersedia luas	Area untuk terapi okupasi outdoor, relaksasi

Peralatan

No	Jenis Peralatan	Minimal yang Harus Ada
1	Meja, kursi, whiteboard	Tersedia lengkap
2	Komputer + printer + LCD + proyektor	1 set + 1 proyektor
3	Alat tulis kantor (ATK)	Tersedia lengkap
4	Perlengkapan tata boga lengkap	1 set lengkap
5	Perlengkapan kerajinan tangan lengkap	1 set lengkap
6	Perlengkapan menjahit	Minimal 1 mesin jahit
7	Perlengkapan komputer	Minimal 1 unit komputer

8	Perlengkapan salon lengkap	1 set
9	Perlengkapan bengkel	1 set
10	Perlengkapan perkebunan lengkap	1 set
11	Alat musik lengkap	1 set
12	Perlengkapan terapi kerja komersial	1 set per jenis
13	Perlengkapan kerohanian	Tersedia
14	Televisi + alat pemutar musik	1 set
15	Instrumen asesmen	Tersedia
16	Alat evaluasi dan dokumentasi	1 set
17	Kendaraan untuk home visit / ACT	1 unit
18	Papan informasi digital atau konvensional	1 unit

Prasarana Pendukung

No	Prasarana	Minimal yang Harus Ada
1	Wireless / internet	Tersedia
2	Lemari arsip + loker klien	Minimal 3 lemari arsip, loker individu

3	Papan informasi	Tersedia
4	Kamera dokumentasi kegiatan	1 unit
5	CCTV (di area publik)	Tersedia

E. Ketentuan Pemeliharaan dan Evaluasi

1. Inspeksi rutin peralatan dan ruangan dilakukan setiap 3 bulan oleh tim rehabilitasi.
2. Inventarisasi sarana dan prasarana dilakukan setiap 6 bulan.
3. Penggantian peralatan rusak harus dilakukan maksimal 14 hari setelah dilaporkan.
4. Peningkatan sarana untuk kenaikan klasifikasi (dari Madya ke Utama, atau Utama ke Paripurna

BAB VIII. Glosarium & Daftar Singkatan

Glosarium ini memuat definisi operasional istilah-istilah kunci yang digunakan dalam pedoman rehabilitasi psikososial, disusun berdasarkan urutan abjad (A–Z) untuk memudahkan pencarian.

A. Glosarium (Daftar istilah)

A

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Activity Daily Living (ADL)	Kemampuan dasar seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, meliputi: makan, mandi, berpakaian, toileting, berpindah, dan kontinensia. Diukur dengan Barthel Index (FRP-07).
Advokasi	Upaya terstruktur dari pekerja sosial atau tim rehabilitasi untuk memperjuangkan hak-hak klien, termasuk akses layanan kesehatan, bantuan sosial, perlindungan hukum, dan pengurangan stigma.
Agitasi	Keadaan gelisah motorik yang berlebihan, sering disertai dengan ketegangan, kegelisahan, dan ketidakmampuan untuk duduk tenang. Diukur dengan PANSS-EC item eksitasi dan agitasi.
Asertif	Sikap atau perilaku yang tegas namun tidak agresif dalam menyampaikan pendapat, kebutuhan, atau batasan diri. Merupakan salah satu target kompetensi dalam Latihan Keterampilan Sosial (Social Skill Training).
Asesmen	Proses pengumpulan data secara sistematis dan komprehensif tentang kondisi klien yang meliputi aspek klinis, psikologis, sosial, dan okupasi, sebagai dasar penyusunan rencana intervensi. Terdiri dari asesmen awal (Tahap I) dan monitoring berkala (Tahap II & III).

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Assertive Community Treatment (ACT)	Model pelayanan jiwa berbasis komunitas yang dilakukan secara proaktif oleh tim multidisiplin ke lingkungan pasien, meliputi kunjungan rumah, follow up ke keluarga, dan koordinasi dengan komunitas. Wajib untuk klasifikasi Paripurna.

B

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Barthel Index	Instrumen untuk mengukur tingkat kemandirian ADL (Activity Daily Living) dengan skor 0-100. Semakin tinggi skor, semakin mandiri klien. Digunakan sebagai baseline dan monitoring bulanan. (FRP-07)
Baseline	Data awal yang dikumpulkan pada Tahap I (Asesmen & Eksplorasi) sebagai titik banding untuk mengukur perkembangan dan pencapaian klien selama program. Mencakup GAF, COTE, Barthel Index, dan PANSS-EC.
Bipolar (Gangguan Bipolar)	Gangguan jiwa yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem antara episode manik (sangat gembira/energik) dan depresi (sangat sedih/lesu). Termasuk salah satu diagnosis yang dapat mengikuti program rehabilitasi psikososial.

C

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Cakupan	Proporsi pasien rawat jalan dengan gangguan jiwa berat yang telah stabil secara psikiatri dan diikutsertakan dalam program rehabilitasi psikososial. Salah satu indikator kinerja program (Program KPI).

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Caregiver	Orang yang bertanggung jawab langsung terhadap keseharian klien, termasuk menyiapkan obat, mengantar kontrol, menyediakan makan, dan pendampingan kegiatan. Bisa keluarga atau non-keluarga.
Caregiver burnout	Kondisi kelelahan fisik, mental, dan emosional yang dialami caregiver akibat beban pengasuhan yang berkepanjangan. Dideteksi dengan FRP-EDU-03.
Case manager	Profesi yang bertugas mengkoordinasikan seluruh kebutuhan klien selama program rehabilitasi, mulai dari asesmen, perencanaan, monitoring, hingga terminasi dan rujuk balik.
CBT (Cognitive Behavioral Therapy)	Terapi perilaku kognitif; intervensi psikoterapi yang bertujuan mengubah pola pikir dan perilaku maladaptif. Termasuk salah satu intervensi psikososial yang dapat diberikan dalam program rehabilitasi (dalam layanan kompleks).
COTE (Comprehensive Occupational Therapy Evaluation)	Instrumen untuk menilai fungsi okupasi klien yang mencakup tiga domain: perilaku umum, interpersonal, dan perilaku melaksanakan tugas. Skor total 0-104. Semakin tinggi skor, semakin berat hambatan fungsional. (FRP-06)

D

Istilah	**Definisi Operasional dalam Pedoman Ini**
Day care (rawat siang)	Program rehabilitasi psikososial rawat jalan yang dilakukan setiap hari atau minimal 2-3 kali seminggu secara teratur, dengan durasi tertentu sesuai program yang direncanakan berdasarkan hasil asesmen.
Disabilitas psikososial	Keterbatasan fungsi psikologis, sosial, dan okupasi yang dialami ODGJ akibat gangguan jiwa, yang menghambat kemandirian dan partisipasi sosial.

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Drop out	Status klien yang berhenti mengikuti program sebelum mencapai kompetensi Tahap III, baik karena ketidakhadiran, permohonan sendiri, tidak memenuhi kriteria, maupun tidak menunjukkan progres dalam 20 pertemuan berturut-turut. (Lihat Kriteria Drop Out di Bab V.G)
Dukungan spiritual	Intervensi rehabilitasi psikososial yang mengintegrasikan dimensi spiritual (keagamaan) dalam proses pemulihan, meliputi pendampingan ibadah, konseling religius, dan pencarian makna. Termasuk dalam layanan kompleks dan wajib untuk semua klasifikasi.

E

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Edukasi keluarga	Serangkaian intervensi terstruktur yang diberikan kepada keluarga/caregiver untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam mendampingi ODGJ selama dan setelah program rehabilitasi. Terdiri dari 5 modul wajib. (Lihat Bab X)
Eksplorasi minat dan bakat	Proses identifikasi potensi, ketertarikan, dan kemampuan dasar klien yang dilakukan pada Tahap I, sebagai dasar pemilihan kelas minat di Tahap III. (FRP-09)
Eksklusi	Kriteria ketidaklayakan seseorang untuk mengikuti atau melanjutkan program rehabilitasi psikososial, misalnya IQ <70, agitasi berat, atau tidak menunjukkan progres.

F

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Family Action Plan (Rencana Aksi Keluarga)	Dokumen tertulis yang disepakati antara keluarga dan tim rehabilitasi, berisi rencana konkret untuk mencegah kekambuhan, menangani krisis, dan mendukung reintegrasi.
Family support group (Kelompok dukungan keluarga)	Forum pertemuan rutin antar keluarga ODGJ untuk saling berbagi pengalaman, strategi, dan dukungan emosional. Dapat difasilitasi oleh psikolog atau pekerja sosial.
Follow up	Kegiatan pemantauan lanjutan terhadap klien pasca terminasi, dilakukan pada bulan ke-3 dan ke-6 untuk mengevaluasi status reintegrasi dan kekambuhan. (FRP-25)
Formulir (FRP)	Dokumen standar yang digunakan dalam program rehabilitasi psikososial, diberi kode FRP-01 sampai dengan FRP-28 (dan tambahan FRP-EDU untuk edukasi keluarga).

G

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
GAF (Global Assessment of Functioning)	Skala untuk menilai fungsi psikososial global seseorang dalam rentang 0-100. Semakin tinggi skor, semakin baik fungsi. Digunakan sebagai baseline (Tahap I) dan monitoring bulanan. (FRP-03)
Gangguan jiwa berat	Gangguan jiwa yang menyebabkan disfungsi signifikan dalam aktivitas sehari-hari, hubungan sosial, dan/atau pekerjaan. Dalam pedoman ini mencakup skizofrenia, gangguan bipolar, depresi berat, dan skizoafektif.
Gejala negatif	Gejala gangguan jiwa berupa hilangnya atau menurunnya fungsi normal, seperti: afek datar (minim ekspresi emosi), alogia (bicara terbatas),

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
	avolition (kehilangan motivasi), dan anhedonia (kehilangan minat).

H

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Harapan (Hope)	Salah satu dari Lima Pilar Pemulihan (Recovery Pillars). Keyakinan bahwa masa depan yang lebih baik mungkin dicapai. Diimplementasikan melalui keterlibatan klien dalam penetapan tujuan, berbagi kisah sukses, dan pemberian sertifikat terminasi.
Home visit (kunjungan rumah)	Kunjungan terstruktur oleh tim rehabilitasi (pekerja sosial, perawat, atau psikiater) ke rumah klien untuk menilai lingkungan, memberikan edukasi, memantau kepatuhan, dan mendukung reintegrasi. Termasuk dalam ACT (Assertive Community Treatment).
Hostilitas	Perilaku bermusuhan, termasuk nada bicara kasar, ancaman verbal, atau perilaku agresif terhadap orang lain. Diukur dalam PANSS-EC item hostilitas.

I

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Indikator kinerja program (Program KPI)	Indikator untuk mengukur keberhasilan pelaksanaan program secara keseluruhan, seperti cakupan klien, retensi, peningkatan GAF, dan proporsi terminasi. (Lihat Bab VII.B.1)
Indikator mutu layanan (Quality Indicators)	Indikator untuk mengukur kualitas pelaksanaan layanan, seperti kelengkapan asesmen, ketepatan waktu monitoring, dan kepatuhan jadwal. (Lihat Bab VII.B.2)

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Informed consent	Persetujuan tertulis dari klien dan/atau keluarga setelah mendapat penjelasan lengkap tentang program rehabilitasi, termasuk manfaat, risiko, dan hak-hak klien. (FRP-02)
Instruktur latihan kerja	Tenaga profesional yang memiliki keterampilan teknis di bidang tertentu (tata boga, menjahit, komputer, dll) dan bertugas mengajar serta melatih klien di kelas minat Tahap III. Termasuk dalam tim pendamping.
Intervensi psikososial	Tindakan terstruktur yang bertujuan memperbaiki fungsi psikologis dan sosial ODGJ, meliputi terapi keluarga, CBT, pelatihan keterampilan sosial, remediasi kognitif, dukungan pekerjaan, dan modifikasi perilaku.

K

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Kader kesehatan jiwa	Tokoh masyarakat (bisa perangkat desa, relawan, atau mantan kader posyandu) yang telah dilatih untuk melakukan deteksi dini, rujukan, dan pendampingan ODGJ di komunitas. Mitra penting dalam rujuk balik dan reintegrasi.
Kekambuhan	Kembalinya gejala gangguan jiwa setelah periode stabil, yang dapat bersifat ringan (tidak perlu rawat inap) atau berat (perlu rawat inap). Pencegahan kekambuhan adalah salah satu target utama rehabilitasi.
Kelas minat	Kelas keterampilan spesifik yang dipilih klien pada Tahap III berdasarkan minat dan bakat, misal: tata boga, menjahit, komputer, salon, perkebunan, dll.
Klasifikasi layanan	Tingkat kemampuan rumah sakit dalam menyelenggarakan rehabilitasi psikososial, terdiri dari: **Madya** (dasar), **Utama** (menengah), dan **Paripurna** (lengkap). Berdasarkan kelengkapan SDM, sarana, dan jenis layanan.

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Kompetensi	Kemampuan yang harus dicapai klien pada setiap tahap rehabilitasi sebagai syarat untuk pindah ke tahap berikutnya atau dinyatakan lulus. Terdiri dari Kompetensi Stabilisasi Fungsional (Tahap II) dan Kompetensi Reintegrasi Produktif (Tahap III).
Komunitas terapeutik (Therapeutic Community)	Penggunaan lingkungan sosial sebagai pengobatan; meliputi morning meeting, pelatihan kepemimpinan, latihan kerjasama, dan terapi kelompok. Wajib untuk klasifikasi Paripurna.
Coping mechanism (strategi mengatasi masalah)	Cara atau mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi stres, masalah, atau tekanan psikologis. Salah satu tujuan rehabilitasi adalah melatih coping mechanism yang adaptif.

L

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Latihan Keterampilan Hidup (Life Skill Training)	Terapi untuk melatih keterampilan dasar harian seperti merawat diri, menyiapkan makanan, mencuci pakaian, dan beribadah. Termasuk layanan kompleks yang wajib untuk semua klasifikasi.
Latihan Keterampilan Sosial (Social Skill Training)	Latihan komunikasi, pemecahan masalah, pengelolaan emosi, dan membangun interaksi positif dengan orang lain. Termasuk layanan kompleks wajib untuk semua klasifikasi.
Life Skill Training	(Lihat: **Latihan Keterampilan Hidup**)
Low vision	Kondisi gangguan penglihatan berat yang tidak dapat dikoreksi sepenuhnya dengan kacamata, obat, atau operasi. Relevan dengan konteks RS Dr. Yap sebagai RS Mata.

M

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Manajemen kasus (Case Management)	Mengkoordinasikan kebutuhan pasien secara medis, sosial, finansial, dan vokasional untuk mendukung program rehabilitasi yang terintegrasi. Termasuk layanan kompleks wajib untuk semua klasifikasi.
Manajemen pengobatan	Serangkaian intervensi medis dan psikologis yang terstruktur untuk memulihkan kesehatan fisik dan mental pasien melalui kepatuhan minum obat dan pengelolaan efek samping. Termasuk layanan dasar wajib.
Manajemen gejala	Tindakan terstruktur dan kolaboratif (melibatkan dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya) untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, serta mengobati gejala fisik maupun psikologis yang mengganggu pasien. Termasuk layanan dasar wajib.
MoCA-Ina	Montreal Cognitive Assessment versi Indonesia; instrumen untuk menilai fungsi kognitif (atensi, memori, bahasa, visuospasial). Digunakan dalam remediasi kognitif.
Modifikasi perilaku	Intervensi yang bertujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif melalui teknik penguatan positif, pembentukan perilaku (shaping), dan pembiasaan.

O

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa)	Istilah resmi dalam peraturan perundang-undangan Indonesia untuk menyebut individu yang mengalami gangguan jiwa.

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Okupasi	Aktivitas bermakna yang dilakukan individu dalam kehidupan sehari-hari, termasuk perawatan diri, produktivitas (bekerja/bersekolah), dan bersosialisasi.
Okupasi terapis	(Lihat: **Terapis Okupasi**)

P

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
PANSS-EC (Positive and Negative Syndrome Scale – Excited Component)	Instrumen untuk menilai tingkat agitasi/gejala akut melalui 5 item: eksitasi, hostilitas, agitasi, disorganisasi, dan impulsivitas. Skor 1-7 per item. Skor ≥5 pada salah satu item → klien tidak layak mengikuti program. (FRP-04)
Paripurna	Klasifikasi layanan rehabilitasi psikososial tingkat tertinggi, dengan tim pendamping minimal 5 profesi, layanan kompleks minimal 7 jenis, dan sarana terlengkap. (Lihat Bab IV.B.4)
Perpanjangan program	Penambahan jumlah pertemuan di luar batas maksimal standar, diberikan jika klien menunjukkan progres positif tetapi belum mencapai kompetensi. Maksimal 2 kali perpanjangan sepanjang program. (Lihat Bab V.F)
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)	Instrumen skrining depresi dengan 9 pertanyaan, skor 0-27. Item ke-9 tentang bunuh diri. Tidak disebutkan secara eksplisit dalam pedoman ini tetapi merupakan instrumen yang direkomendasikan untuk deteksi dini (sesuai konteks presentasi RS Dr. Yap).
Pilar Pemulihan (Recovery Pillars)	Lima pilar pemulihan menurut kerangka recovery: Harapan (Hope), Identitas Diri (Identity), Makna dan Tujuan (Meaning & Purpose), Pemberdayaan

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
	(Empowerment), dan Koneksi & Dukungan Sosial (Connection & Support). (Lihat Bab II.E)
Pekerja sosial	Tenaga profesional yang bertugas melakukan asesmen sosial, advokasi klien, koneksi dengan sumber daya komunitas, kunjungan rumah, dan pendampingan pasca terminasi. Termasuk tim pendamping.
Psikoedukasi	Intervensi terapeutik yang menggabungkan metode edukasi dan psikologis untuk memberikan informasi, pemahaman, serta keterampilan praktis kepada ODGJ dan keluarganya. Termasuk layanan dasar wajib. (Lihat Bab IV.A.1)
Psikolog klinis	Tenaga profesional yang bertugas melakukan asesmen psikologi (IQ, minat bakat), terapi kognitif, dan remediasi kognitif. Termasuk tim utama.
Psikiater	Dokter spesialis kedokteran jiwa yang bertugas menegakkan diagnosis, manajemen pengobatan, evaluasi klinis, asesmen GAF dan PANSS-EC, serta memimpin rapat tim multidisiplin. Termasuk tim utama.
Puskesmas	Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi mitra rujuk balik pasca terminasi dan layanan rehabilitasi psikososial berbasis komunitas.

R

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Recovery (pemulihan)	Proses personal dan unik bagi setiap individu untuk hidup bermakna, produktif, dan berpartisipasi dalam masyarakat, meskipun masih mungkin mengalami gejala gangguan jiwa. Bukan berarti bebas gejala sepenuhnya. (Lihat Bab II.E)

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Rehabilitasi psikososial	Proses yang memfasilitasi kesempatan bagi orang-orang yang mengalami kelemahan, ketidakmampuan, dan keterbatasan akibat gangguan mental untuk mencapai fungsi yang optimal di dalam komunitas. (Definisi WAPR & WHO, 1996)
Reintegrasi	Proses kembalinya klien ke masyarakat dengan kemampuan fungsional yang memadai, dukungan sosial, dan akses terhadap sumber daya komunitas. Tahap III dari program rehabilitasi.
Remediasi kognitif (Cognitive Remediation)	Terapi untuk memperbaiki fokus, atensi, konsentrasi, memori, dan kelancaran verbal; meliputi kelas brain gym, remediasi kognitif, dan latihan kognitif terstruktur. Wajib untuk klasifikasi Utama dan Paripurna.
Retensi	Kemampuan program untuk mempertahankan klien tetap aktif sampai dengan terminasi, tanpa drop out.
Rohaniawan	Tenaga pendamping spiritual (Islam, Kristen, Hindu, Buddha, dll) yang bertugas memberikan pendampingan spiritual, konseling religius, dan dukungan moral-eksistensial. Termasuk tim pendamping.
Rujuk balik	Proses pengembalian klien pasca terminasi ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas) atau komunitas, disertai ringkasan pencapaian dan rekomendasi tindak lanjut. (FRP-22)

S

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Skizofrenia	Gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan pikiran, persepsi, emosi, bahasa, dan perilaku. Merupakan diagnosis tersering dalam program rehabilitasi psikososial.

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Social Skill Training	(Lihat: **Latihan Keterampilan Sosial**)
Stabilisasi Fungsional	Tahap II dari program rehabilitasi, bertujuan mengaktifkan kembali dan menstabilkan fungsi dasar klien (ADL, interaksi sosial, regulasi emosi). Minimal 16 pertemuan, maksimal 40 pertemuan (+ perpanjangan). (Lihat Bab V.D)
Stigma	Pandangan negatif, label, atau diskriminasi yang melekat pada ODGJ, baik dari masyarakat, keluarga, bahkan diri sendiri (stigma internal). Menghambat pemulihan dan reintegrasi.
Support group	(Lihat: **Family support group**)

T

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Tahap I (Asesmen & Eksplorasi)	Fase awal program rehabilitasi (3-7 hari) untuk melakukan pemetaan komprehensif dan menentukan kelayakan klien. (Lihat Bab V.C)
Tahap II (Stabilisasi Fungsional)	Fase kedua program rehabilitasi untuk mengaktifkan dan menstabilkan fungsi dasar klien. (Lihat Bab V.D)
Tahap III (Reintegrasi Produktif)	Fase ketiga dan terakhir program rehabilitasi untuk melatih keterampilan kerja dan mempersiapkan reintegrasi ke masyarakat. (Lihat Bab V.E)
Terminasi	Status klien yang berhasil menyelesaikan program rehabilitasi psikososial karena telah mencapai seluruh kompetensi Tahap III, disertai rekomendasi tim multidisiplin. (Lihat Bab V.H)
Terapis Okupasi (OT)	Tenaga profesional yang bertugas melakukan asesmen COTE, terapi okupasi individual/kelompok, modifikasi aktivitas, dan pelatihan ADL. Termasuk tim pendamping.

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Terapi okupasi	Aktivitas terapeutik untuk meningkatkan keterampilan hidup harian; meliputi kelas musik/seni, psikodrama, terapi rekreasi, dan aktivitas bermakna lainnya. Termasuk layanan kompleks.
Terapi vokasi (Vocational Therapy)	Pemberian keterampilan kerja agar pasien dapat berfungsi, mandiri, dan produktif; meliputi kelas tata boga, kerajinan tangan, komputer, menjahit, perkebunan, batik, tata rias, bengkel, dan lain-lain. Termasuk layanan kompleks.

U

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Utama	Klasifikasi layanan rehabilitasi psikososial tingkat menengah, dengan tim pendamping minimal 3 profesi, layanan kompleks minimal 5 jenis, dan sarana sedang. (Lihat Bab IV.B.3)

V

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
Vokasi	Bidang pekerjaan atau keterampilan kerja yang dapat dilakukan seseorang untuk menghasilkan sesuatu yang produktif dan bernilai ekonomi.

W

Istilah	Definisi Operasional dalam Pedoman Ini
WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)	Alat tes kecerdasan untuk dewasa yang mengukur kemampuan intelektual verbal dan performa. Digunakan sebagai salah satu instrumen asesmen IQ.

B. Daftar Singkatan (Abbreviations)

Singkatan	Kepanjangan	Keterangan Singkat
ACT	Assertive Community Treatment	Terapi asertif komunitas; layanan proaktif ke lingkungan pasien
ADL	Activity Daily Living	Aktivitas sehari-hari (mandi, makan, berpakaian, dll)
ATK	Alat Tulis Kantor	Peralatan administrasi (kertas, pulpen, spidol, dll)
CBT	Cognitive Behavioral Therapy	Terapi perilaku kognitif
CFIT	Culture Fair Intelligence Test	Tes intelegensi bebas budaya untuk semua kalangan
COTE	Comprehensive Occupational Therapy Evaluation	Instrumen penilaian fungsi okupasi (0-104)
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	Konvensi Hak Penyandang Disabilitas (PBB)
DPJP	Dokter Penanggung Jawab Pasien	Dokter yang bertanggung jawab atas perawatan pasien
FRP	Formulir Rehabilitasi Psikososial	Kode formulir dalam pedoman ini (FRP-01 s.d. FRP-28)
GAF	Global Assessment of Functioning	Skala penilaian fungsi psikososial global (0-100)

Singkatan	Kepanjangan	Keterangan Singkat
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th revision	Klasifikasi penyakit internasional edisi ke-10
IGD	Instalasi Gawat Darurat	Unit gawat darurat di rumah sakit
IQ	Intelligence Quotient	Kecerdasan intelektual (skor tes)
KPI	Key Performance Indicator	Indikator kinerja utama
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat	Organisasi non-pemerintah
MoCA-Ina	Montreal Cognitive Assessment – Indonesia	Tes penilaian kognitif versi Indonesia
MoU	Memorandum of Understanding	Nota kesepahaman/kerja sama
ODGJ	Orang Dengan Gangguan Jiwa	Istilah resmi untuk penyandang gangguan jiwa
OT	Terapis Okupasi / Occupational Therapy	Tenaga/profesi terapi okupasi
PANSS-EC	Positive and Negative Syndrome Scale – Excited Component	Skala penilaian agitasi/gejala akut (5 item)
PMKS	Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial	Istilah Dinas Sosial untuk kelompok rentan
PPDGJ-III	Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III	Klasifikasi gangguan jiwa versi Indonesia
RH	Rumah Sakit Jiwa / Rehabilitasi	Dalam konteks terapi kerja komersial
RPI	Rencana Intervensi Individual	Rencana program per klien (FRP-10)
RS	Rumah Sakit	Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

Singkatan	Kepanjangan	Keterangan Singkat
RSJ	Rumah Sakit Jiwa	Rumah sakit spesialis kesehatan jiwa
SDM	Sumber Daya Manusia	Tenaga kerja/pegawai
SOP	Standar Operasional Prosedur	Prosedur baku pelaksanaan kegiatan
SPM	Standard Progressive Matrices	Tes intelegensi non-verbal
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale	Tes kecerdasan untuk dewasa
WAPR	World Association for Psychosocial Rehabilitation	Asosiasi Rehabilitasi Psikososial Dunia
WHO	World Health Organization	Organisasi Kesehatan Dunia

LAMPIRAN

Contoh daftar formulir

No	Kode Formulir	Nama Formulir	Bab Terkait	Pengisi
1	FRP-01	Formulir Rujukan Masuk Rehabilitasi Psikososial	BAB V (Alur Rujukan)	DPJP / Psikiater perujuk
2	FRP-02	Informed Consent Program Rehabilitasi Psikososial	BAB I & II (Prinsip Hak)	Klien & Keluarga
3	FRP-03	Formulir Asesmen Awal (GAF)	BAB V (Asesmen Awal)	Psikiater

No	Kode Formulir	Nama Formulir	Bab Terkait	Pengisi
4	FRP-04	Formulir Asesmen Awal (PANSS-EC)	BAB V (Asesmen Awal)	Psikiater
5	FRP-05	Formulir Asesmen IQ (SPM/CFIT/WAIS)	BAB V (Asesmen Awal)	Psikolog Klinis
6	FRP-06	Formulir Asesmen COTE	BAB V (Asesmen Awal)	OT / Perawat / Psikiater
7	FRP-07	Formulir Barthel Index (ADL)	BAB V (Asesmen Awal)	Perawat
8	FRP-08	Formulir Asesmen Sosial	BAB V (Asesmen Awal)	Pekerja Sosial
9	FRP-09	Formulir Eksplorasi Minat dan Bakat	BAB V (Tahap I)	Psikolog / OT / Perawat
10	FRP-10	Rencana Intervensi Individual (RPI)	BAB V (Tahap I)	Tim multidisiplin
11	FRP-11	Daftar Hadir Harian Klien	BAB V (Monitoring)	Perawat / Case manager
12	FRP-12	Log Kegiatan Harian Unit	BAB VII (Data)	Koordinator unit
13	FRP-13	Form Kompetensi Stabilisasi Fungsional (Tahap II)	BAB V (Tahap II)	OT / Perawat
14	FRP-14	Form Kompetensi Reintegrasi Produktif (Tahap III)	BAB V (Tahap III)	OT / Instruktur
15	FRP-15	Formulir Monitoring GAF Bulanan	BAB V (Monitoring)	Psikiater
16	FRP-16	Formulir Monitoring COTE	BAB V (Monitoring)	OT / Perawat

No	Kode Formulir	Nama Formulir	Bab Terkait	Pengisi
17	FRP-17	Formulir Monitoring Barthel Index Bulanan	BAB V (Monitoring)	Perawat
18	FRP-18	Form Usulan Perpanjangan Program	BAB V (Perpanjangan)	Case manager
19	FRP-19	Formulir Keputusan Drop Out	BAB V (Drop Out)	Tim multidisiplin
20	FRP-20	Formulir Terminasi (Lulus Program)	BAB V (Terminasi)	Tim multidisiplin
21	FRP-21	Sertifikat Kompetensi Sederhana (Reintegrasi Produktif)	BAB V (Terminasi)	Kepala unit
22	FRP-22	Form Rujuk Balik ke Puskesmas/Komunitas	BAB V (Rujukan)	Pekerja sosial / Case manager
23	FRP-23	Laporan Bulanan Unit Rehabilitasi	BAB VII (Pelaporan)	Kepala unit
24	FRP-24	Kuesioner Kepuasan Keluarga	BAB VII (Indikator)	Pekerja sosial
25	FRP-25	Formulir Evaluasi Luaran Pasien (Follow Up 3 & 6 Bulan)	BAB VII (Evaluasi Luaran)	Pekerja sosial / Puskesmas
26	FRP-26	Form Inspeksi Sarana dan Peralatan	BAB VI (Pemeliharaan)	Tim rehabilitasi
27	FRP-27	Form Pemetaan Kompetensi SDM	BAB III (Kompetensi)	Tenaga bersangkutan
28	FRP-28	Formulir Kejadian Krisis/Darurat	BAB XI (jika ada)	

Lampiran kasus

No	kasus	Keterangan
1	Kasus 1	Pasien yang dapat masuk dan mengikut program
2	Kasus 2	Pasien yang tidak dapat masuk program
3	Kasus 3	Pasien yang harus di drop out
4	Kasus 4	Pasien yang di tengah program masuk rawat inap (kambuh) dan setelah remisi melanjutkan program
5	Kasus 5	Pasien yang akhirnya lulus dan terminasi
6	Kasus 6	Pasien yang Lulus dan dapat diperpanjang
7	Kasus 7	Pasien yang sudah lulus tapi tidak layak di perpanjang

Lampiran 1. Forumulir Rujukan Masuk (FRP-01)

FORMULIR RUJUKAN MASUK

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Nomor RM: ... / No. Rujukan: ...

A. IDENTITAS PASIEN

Nama lengkap: ...

Tempat/tanggal lahir: ...

Jenis kelamin: L / P

Alamat: ...

Nomor telepon: ...

Penanggung jawab biaya: BPJS / Mandiri / Perusahaan / Lainnya: ...

B. IDENTITAS PERUJUK

Nama dokter/DPJP: ...

Fasilitas kesehatan: ... (RS ... / Puskesmas ... / LSM ...)

Nomor telepon: ...

C. DATA KLINIS

Diagnosis (ICD-10/PPDGJ-III): ...

Riwayat pengobatan: ...

Alasan rujukan ke rehabilitasi psikososial:

- Penurunan fungsi psikososial (GAF: ...)
- Penurunan kemandirian ADL (Barthel Index: ...)
- Keterbatasan keterampilan sosial
- Persiapan reintegrasi ke masyarakat
- Lainnya: ...

Hasil asesmen awal (jika ada):

- GAF: ...
- PANSS-EC: ...
- IQ: ...
- COTE: ...

D. RUJUKAN

Pasien dirujuk ke: Instalasi/Unit Rehabilitasi Psikososial ... (nama RS)

Untuk keperluan:

- Tahap I (Asesmen & Eksplorasi)
- Tahap II (Stabilisasi Fungsional)
- Tahap III (Reintegrasi Produktif)
- Day care / rawat siang
- Konsultasi

E. KETERANGAN TAMBAHAN

...

... , ... - ... - ...

Hormat kami,

(ttd & nama terang)

DPJP / Dokter Perujuk

Lampiran 2. Informed Consent (FRP-02)

INFORMED CONSENT

PROGRAM REHABILITASI PSIKOSOSIAL

A. PENJELASAN PROGRAM

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menjelaskan bahwa program rehabilitasi psikososial adalah layanan komprehensif yang bertujuan membantu pemulihan fungsional, kemandirian, dan reintegrasi sosial bagi orang dengan gangguan jiwa.

Program ini meliputi:

- Asesmen awal (3-7 hari) menggunakan instrumen baku (GAF, PANSS-EC, IQ, COTE, Barthel Index, asesmen sosial)
- Tahap II (Stabilisasi Fungsional): minimal 16, maksimal 40 pertemuan
- Tahap III (Reintegrasi Produktif): minimal 40, maksimal 80 pertemuan
- Kegiatan: psikoedukasi, latihan keterampilan sosial dan hidup, terapi okupasi, terapi vokasi, komunitas terapeutik, dukungan spiritual

Manfaat: Peningkatan fungsi psikososial, kemandirian ADL, keterampilan sosial, keterampilan kerja, dan penurunan risiko kekambuhan.

Risiko: Kemungkinan munculnya kelelahan, frustrasi, atau kekambuhan ringan. Seluruh risiko akan ditangani oleh tim profesional.

Alternatif: Klien dapat memilih program rehabilitasi di fasilitas lain atau tidak mengikuti program sama sekali.

B. PERSETUJUAN

Saya (klien/keluarga) telah mendapatkan penjelasan mengenai program rehabilitasi psikososial, termasuk manfaat dan risiko yang mungkin timbul. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapatkan jawaban yang memuaskan.

Dengan ini saya menyatakan:

- **SETUJU** untuk mengikuti program rehabilitasi psikososial
- **TIDAK SETUJU** untuk mengikuti program rehabilitasi psikososial (jika tidak setuju, harap jelaskan alasan: ...)

Saya memahami bahwa saya dapat mengundurkan diri dari program ini sewaktu-waktu tanpa mempengaruhi pelayanan kesehatan lainnya.

C. KERAHASIAAN DATA

Data klien akan dijaga kerahasiaannya sesuai dengan kode etik profesi dan peraturan perundang-undangan.

D. TANDA TANGAN

Klien	(ttd & nama)
Keluarga/pengasuh	(ttd & nama)
Saksi (tenaga kesehatan)	(ttd & nama)

... , ... - ... - ...

Saksi,

(ttd & nama)

Lampiran 3. Formulir Asesmen Awal GAF (FRP-03)

FORMULIR ASESMEN AWAL

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF) SCALE

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal asesmen: ... | Asesor (psikiater): ...

PETUNJUK: Berikan skor GAF sesuai dengan tingkat fungsi psikososial klien dalam 1 minggu terakhir. Skor berkisar 0-100.

Skor	Kriteria	Pilih (√)
91-100	Fungsi superior di berbagai aktivitas	
81-90	Gejala minimal, fungsi baik	
71-80	Gejala ringan, fungsi sedikit terganggu	
61-70	Gejala ringan-sedang, fungsi cukup terganggu	
51-60	Gejala sedang, fungsi sangat terganggu	
41-50	Gejala berat, gangguan fungsi berat	
31-40	Gangguan realitas/komunikasi berat, gangguan fungsi mayor	
21-30	Pengaruh delusi/halusinasi, fungsi hampir semua area terganggu	
11-20	Bahaya melukai diri/orang lain, atau inkontinensia	
1-10	Bahaya berat melukai diri/orang lain, atau tidak mampu menjaga kebersihan diri	

SKOR GAF AWAL: ...

CATATAN KLINIS:

...

Asesor,

(ttd & nama terang psikiater)

Lampiran 4. Formulir Asesmen Awal PANSS-EC (FRP-04)

FORMULIR ASESMEN AWAL

PANSS-EC (EXCITED COMPONENT)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal asesmen: ... | Asesor (psikiater): ...

PETUNJUK: Berikan skor untuk 5 item berikut sesuai kondisi klien dalam 1 minggu terakhir. Skor 1 (tidak ada) sampai 7 (sangat berat).

No	Item	1	2	3	4	5	6	7
1	Eksitasi (gairah berlebihan)							
2	Hostilitas (permusuhan)							
3	Agitasi (gelisah)							
4	Disorganisasi (kekacauan perilaku)							
5	Impulsivitas (ketidakmampuan mengendalikan diri)							

SKOR TOTAL PANSS-EC: ...

Keterangan: Klien dinyatakan **layak** mengikuti program jika tidak ada item dengan skor ≥5.

Kelayakan: [ ] LAYAK [ ] TIDAK LAYAK (alas an: ...)

Asesor,

(ttd & nama terang psikiater)

Lampiran 5. Formulir Asesmen IQ (FRP-05)

FORMULIR ASESMEN AWAL

TES IQ (SPM / CFIT / WAIS)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal asesmen: ... | Asesor (psikolog): ...

A. DATA TES

Jenis tes yang digunakan — Skor IQ

SPM / CFIT / WAIS (coret yang tidak perlu) — ...

(tes lainnya: ...) — ...

B. INTERPRETASI

Kategori IQ	**Interpretasi**	**Hasil (√)**
≥130	Superior	
120-129	Sangat di atas rata-rata	
110-119	Di atas rata-rata	
90-109	Rata-rata	
80-89	Di bawah rata-rata	
70-79	Perbatasan	
<70	Retardasi mental	

C. KRITERIA INKLUSI

Klien dinyatakan **layak** mengikuti program jika IQ ≥70.

Kelayakan: [ ] LAYAK [ ] TIDAK LAYAK (alasan: ...)

D. REKOMENDASI JENIS KEGIATAN

- Kelas dengan instruksi sederhana
- Kelas dengan instruksi kompleks
- Kelas vokasi teknis

- Lainnya: ...

Asesor,

(ttd & nama terang psikolog)

Lampiran 6. Formulir Asesmen COTE (FRP-06)

FORMULIR ASESMEN AWAL / MONITORING

COTE (COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION)

IDENTITAS KLIEN

Nama klien: .....
Usia : .....
Diagnosis : .....
No. RM : .....
Tanggal asesmen : .....
Asesor (OT/Perawat/Psikiater) .....
Jenis asesmen | ☐ Awal (Tahap I) ☐ Monitoring (pertemuan ke-.....) ☐ Terminasi
Fase/MGI (diisi untuk monitoring) | ☐ Initial ☐ MGI ☐ MGII ☐ MGIII ☐ MGIV

SKALA PENILAIAN:

0	1	2	3	4
NORMAL	MINIMAL	MILD	MODERATE	SEVERE

BAGIAN I. PERILAKU UMUM (GENERAL BEHAVIOR)

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
A	**Kenampakan (Appearance)** - kebersihan kulit, rambut, pakaian, kerapian, kecocokan berpakaian						0=tidak ada masalah; 1=masalah 1 area; 2=masalah 2 area; 3=masalah 3-4 area; 4=masalah 5-6 area
B	**Perilaku Tidak Produktif** - bermain-main dengan tangan, bicara sendiri, hanyut dalam pikiran sendiri						0=tidak ada; 1=kadang; 2=ada ½ pertemuan; 3=ada ¾ pertemuan; 4=selama pertemuan
C	**Level Aktivitas (a) Hipoaktif**						0=tidak ada; 1=kadang; 2=hipoaktif menarik perhatian; 3=kesulitan berpartisipasi; 4=tidak mampu berpartisipasi
C	**Level Aktivitas (b) Hiperaktif**						0=tidak ada; 1=kadang; 2=hiperaktif menarik perhatian; 3=kesulitan

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
							berpartisipasi; 4=tidak mampu berpartisipasi
D	**Ekspresi**						0=konsisten; 1=kadang tidak sesuai; 2=tidak sesuai beberapa saat; 3=tidak konsisten; 4=berlebihan/aneh/tidak ada
E	**Bertanggung Jawab**						0=bertanggung jawab; 1=menolak 1-2 tindakan; 2=menolak beberapa; 3=menolak sebagian besar; 4=tidak mau bertanggung jawab
F	**Ketepatan Waktu Mengikuti Terapi**						0=konsisten tepat waktu; 1=butuh dorongan 20%; 2=butuh dorongan 50%; 3=menolak 50% pertemuan; 4=menolak >50%
G	**Orientasi Terhadap Kenyataan**						0=sadar penuh; 1=tidak konsisten 1 area; 2=sadar 2 area; 3=sadar 1 area; 4=hilang kesadaran
	SUB-TOTAL BAGIAN I (maks 28)						

BAGIAN II. INTERPERSONAL (INTERPERSONAL BEHAVIOR)

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
A	**Kemandirian**						0=mandiri; 1=dependen 1-2 tindakan; 2=setengah mandiri; 3=1-2 tindakan mandiri; 4=selalu dependen
B	**Kerja Sama**						0=mampu bekerjasama; 1=melawan <½ program; 2=½ setuju ½ melawan; 3=melawan ¾; 4=melawan seluruh perintah
C	**Tindakan Asertif (a) Pasif**						0=asertif; 1=pasif <½; 2=pasif ½; 3=pasif >½; 4=pasif selama pertemuan
C	**Tindakan Asertif (b) Dominan**						0=asertif; 1=dominan <½; 2=dominan ½; 3=dominan >½; 4=agresif mendominasi
D	**Kemampuan Bersosialisasi**						0=mampu dengan karyawan & pasien; 1=salah satu; 2=hanya karyawan/pasien; 3=hanya bila didekati; 4=tidak mau bergabung
E	**Perilaku Mencari Perhatian**						0=tidak ada; 1=<50% waktu; 2=50% waktu; 3=75% waktu; 4=selalu mencari perhatian
F	**Respon Negatif dari Orang Lain**						0=tidak ada; 1=1 respon; 2=2 respon; 3=≥3 respon; 4=terapis perlu intervensi
	SUB-TOTAL BAGIAN II (maks 28)						

BAGIAN III. PERILAKU UNTUK MELAKSANAKAN TUGAS (TASK BEHAVIOR)

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
A	**Engagement (Memulai Aktivitas)**						0=tidak perlu dorongan; 1=1 kali dorongan; 2=2-3 kali dorongan; 3=banyak dorongan; 4=tidak mau
B	**Konsentrasi**						0=tidak ada kesulitan; 1=hilang <¼; 2=hilang ½; 3=hilang ¾; 4=konsentrasi <1 menit
C	**Koordinasi**						0=tidak ada masalah; 1=masalah halus; 2=masalah halus+kasar; 3=kesulitan kasar; 4=kesulitan berat
D	**Mengikuti Perintah**						0=tanpa masalah; 1=kesulitan 2 tahap; 2=kesulitan 2 tahap; 3=perintah sangat sederhana; 4=tidak mampu
E	**Kerapian Beraktivitas /**						0=rapi; 1=lupa hal kecil; 2=mengabaikan kecil;

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
	Perhatian terhadap Detail (pilih salah satu)						3=mengabaikan detail; 4=tidak sadar detail
F	**Problem Solving**						0=tanpa bantuan; 1=1 kali bantuan; 2=instruksi diulang; 3=mengenali tapi tidak mengatasi; 4=tidak mampu
G	**Kompleksitas dan Organisasi Tugas**						0=terorganisir; 1=masalah aktivitas kompleks; 2=aktivitas sederhana; 3=aktivitas sederhana dengan bantuan; 4=tidak mampu
H	**Initial Learning (Belajar Awal)**						0=belajar cepat; 1=kesulitan kompleks; 2=sering kesulitan kompleks; 3=tidak mampu kompleks; 4=tidak mampu belajar
I	**Ketertarikan dalam Aktivitas**						0=tertarik variatif; 1=kurang tertarik baru; 2=sebagian aktivitas; 3=melakukan tanpa minat; 4=tidak mampu
J	**Ketertarikan dalam Menyelesaikan Aktivitas**						0=tertarik selesai; 1=hilang minat jangka panjang; 2=minat pendek; 3=kadang tertarik; 4=tidak tertarik
K	**Membuat Keputusan**						0=mampu sendiri; 1=kadang cari persetujuan; 2=sering

No	Item Penilaian	0	1	2	3	4	Keterangan
							cari persetujuan; 3=dengan 2 pilihan; 4=tidak mampu
L	**Toleransi Frustrasi**						0=mampu handle; 1=frustrasi aktivitas kompleks; 2=sering frustrasi kompleks; 3=frustrasi berbagai aktivitas; 4=frustrasi tugas sederhana
	SUB-TOTAL BAGIAN III (maks 48)						

RINGKASAN SKOR COTE

Bagian	Maksimal Skor	Skor yang Diperoleh
I. Perilaku Umum	28	
II. Interpersonal	28	
III. Perilaku Melaksanakan Tugas	48	
TOTAL SKOR COTE	**104**	**...../104**

KOMENTAR / CATATAN PERKEMBANGAN:

.....

.....

.....

Asesor,	Mengetahui (jika diperlukan),
(ttd & nama terang)	(ttd & nama terang)
Terapis Okupasi / Perawat / Psikiater	Kepala Unit Rehabilitasi

PANDUAN INTERPRETASI SKOR COTE:

Rentang Skor	Interpretasi
0-20	Fungsi okupasi sangat baik, mandiri
21-40	Fungsi okupasi baik, hambatan minimal
41-60	Fungsi okupasi sedang, hambatan fungsional
61-80	Fungsi okupasi berat, hambatan signifikan
81-104	Fungsi okupasi sangat berat, memerlukan bantuan penuh

TARGET CAPAIAN:

- Peningkatan skor COTE dari baseline ke terminasi minimal **20%**
- Peningkatan skor COTE partisipasi (Bagian III) minimal **10%** untuk pindah dari Tahap II ke Tahap III

Lampiran 7. Formulir Barthel Index (FRP-07)

FORMULIR ASESMEN AWAL / MONITORING

BARTHEL INDEX (INDOKS KEMANDIRIAN ADL)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal asesmen: ... | Asesor (perawat): ...

Jenis asesmen: [ ] Awal (Tahap I) [ ] Monitoring bulan ke-... [ ] Terminasi

---

PETUNJUK: Berikan skor sesuai tingkat kemandirian klien dalam 1 minggu terakhir.

No	Aktivitas	Skor & Kriteria	Nilai
1	Makan	10 = mandiri, 5 = perlu bantuan, 0 = tergantung total	
2	Memindahkan diri	10 = mandiri, 5 = perlu bantuan, 0 = tergantung total	
3	Merawat diri	5 = mandiri, 0 = perlu bantuan	
4	Naik turun toilet	10 = mandiri, 5 = perlu bantuan, 0 = tergantung total	
5	Mandi	5 = mandiri, 0 = perlu bantuan	

No	Aktivitas	Skor & Kriteria	Nilai
6	Jalan di permukaan datar	10 = mandiri (50m), 5 = perlu bantuan, 0 = tidak mampu	
7	Naik turun tangga	10 = mandiri, 5 = perlu bantuan, 0 = tidak mampu	
8	Berpakaian	10 = mandiri, 5 = perlu bantuan, 0 = tergantung total	
9	Kontrol BAB	10 = inkontinensia tidak pernah, 5 = kadang, 0 = selalu	
10	Kontrol BAK	10 = inkontinensia tidak pernah, 5 = kadang, 0 = selalu	
	TOTAL SKOR (0-100)		**.../100**

INTERPRETASI SKOR

Skor	Tingkat Kemandirian
0-20	Ketergantungan total
21-60	Ketergantungan berat
61-90	Ketergantungan sedang
91-99	Ketergantungan ringan
100	Mandiri penuh

CATATAN:

Asesor,

(ttd & nama terang perawat)

Lampiran 8. Formulir Asesmen Sosial (FRP-08)

FORMULIR ASESMEN AWAL

ASESMEN SOSIAL

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal asesmen: ... | Asesor (pekerja sosial): ...

A. DATA KELUARGA

Nama	Hubungan	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

B. DUKUNGAN KELUARGA

Aspek	Ya	Tidak	Keterangan
Keluarga tinggal serumah			

Aspek	Ya	Tidak	Keterangan
Keluarga mendukung pengobatan			
Keluarga mendukung biaya			
Keluarga mendukung secara emosional			
Ada konflik dalam keluarga			

C. KONDISI EKONOMI

- Pekerjaan klien sebelum sakit: ...
- Pendapatan keluarga per bulan: ... (< 1jt / 1-3jt / 3-5jt / >5jt)
- Sumber biaya pengobatan: BPJS / Mandiri / Lainnya: ...
- Apakah klien termasuk keluarga miskin/PMKS? [ ] Ya [ ] Tidak

D. LINGKUNGAN SOSIAL

- Jenis tempat tinggal: Rumah sendiri / Kontrak / Kost / Lainnya
- Kondisi rumah: Layak / Kurang layak
- Dukungan tetangga/masyarakat: [ ] Mendukung [ ] Biasa saja [ ] Stigma berat
- Keterlibatan dalam kegiatan masyarakat: [ ] Aktif [ ] Kadang [ ] Tidak pernah

E. REKOMENDASI PEKERJA SOSIAL

- Perlu bantuan sosial (sembako, biaya)
- Perlu mediasi keluarga
- Perlu koneksi dengan Dinas Sosial
- Perlu pendampingan kunjungan rumah
- Lainnya: ...

Asesor,

(ttd & nama terang pekerja sosial)

Lampiran 9. Formulir Eksplorasi Minat dan Bakat (FRP-09)

FORMULIR EKSPLORASI MINAT DAN BAKAT

IDENTITAS KLIEN

Nama: … | No. RM: …

Tanggal asesmen: … | Asesor (psikolog/OT/perawat): …

A. MINAT KLIEN (centang yang sesuai)

Jenis Kegiatan	Tertarik	Sudah pernah coba	Ingin dipelajari
Memasak / tata boga			
Menjahit / membatik			
Kerajinan tangan			
Komputer / mengetik			
Tata rias / salon			
Berkebun			
Bengkel / perbaikan alat			
Seni lukis / menggambar			
Musik (alat musik/bernyanyi)			
Olahraga			
Lainnya: …			

B. BAKAT / KEMAMPUAN DASAR (observasi & wawancara)

Aspek	Baik	Cukup	Kurang	Keterangan
Kemampuan motorik halus				
Kemampuan motorik kasar				
Kemampuan mengikuti instruksi				
Daya ingat				
Kreativitas				
Kemampuan bekerja dalam tim				

C. REKOMENDASI AWAL UNTUK TAHAP II & III

Rekomendasi kelas minat untuk Tahap III:

1. … (prioritas utama)
2. … (alternatif)

Asesor,

(ttd & nama terang)

LAMPIRAN 10: RENCANA INTERVENSI INDIVIDUAL (RPI) – FRP-10

RENCANA INTERVENSI INDIVIDUAL (RPI)

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal penyusunan: ... | Case manager: ...

A. HASIL ASESMEN AWAL (RINGKASAN)

Parameter	Hasil
GAF	
PANSS-EC	
IQ	
COTE	
Barthel Index	
Dukungan keluarga	
Minat dan bakat	

B. TUJUAN UMUM PROGRAM

...

…

C. TUJUAN KHUSUS PER TAHAP

Tahap II (Stabilisasi Fungsional) - target kompetensi:

1. ...
2. ...

Tahap III (Reintegrasi Produktif) - target kompetensi:

1. ...
2. ...

A. RENCANA KEGIATAN

Kegiatan	**Frekuensi**	**Penanggung Jawab**	**Target**

B. KESEPAKATAN

Pihak	Tanda tangan	Tanggal
Klien		
Keluarga		
Case manager		
Psikiater		

Lampiran 11. Daftar Hadir Harian Klien (FRP-11)

DAFTAR HADIR HARIAN KLIEN

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Bulan: ... Tahun: ...

No	Nama Klien	Pertemuan Ke…					Total Hadir	% Kehadiran
		1	2	3	...	30		
1								
2								
3								
...								

Keterangan: √ = hadir, A = alpha (tanpa kabar), I = izin, S = sakit

---

Petugas,

(ttd & nama)

Lampiran 12. Log Kegiatan Harian Unit (FRP-12)

LOG KEGIATAN HARIAN UNIT

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Tanggal: ... | Hari: ...

Waktu	Jenis Kegiatan	Nama Kelas	Jumlah Klien	Instruktur	Keterangan
08.00-08.30	Morning meeting	Semua			
08.30-10.00	Terapi okupasi				
10.00-11.30	Kelas minat				
13.00-14.30	Latihan keterampilan				

Total kegiatan terlaksana: ... dari ... jadwal (... %)

Kendala:

- ...
- ...

Koordinator unit,

(ttd & nama)

Lampiran 13. Form Kompetensi Stabilisasi Fungsional (FRP-13)

FORM KOMPETENSI

STABILISASI FUNGSIONAL (TAHAP II)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal masuk Tahap II: ... | Tanggal evaluasi: ...

Evaluasi ke-: ... (setelah pertemuan ke-... dari maksimal 40)

Asesor (OT/Perawat): ...

KOMPETENSI STABILISASI FUNGSIONAL

No	Kompetensi	Target Minimal	Baseline	Capaian Saat Ini	Tercapai (√)
1	Kehadiran	≥70%	-	.../... (...%)	
2	Mengikuti instruksi 2 langkah	Mandiri tanpa prompting			
3	Regulasi emosi dasar	Teramati 3x berturut-turut			

No	Kompetensi	Target Minimal	Baseline	Capaian Saat Ini	Tercapai (√)
4	Menyelesaikan 1 tugas sederhana	Skor COTE ≥3			
5	Peningkatan COTE partisipasi	≥10% dari baseline	...	... (...%)	
6	Identifikasi 1 tanda kekambuhan	Disebutkan verbal			

KESIMPULAN RAPAT TIM

Pilihan	√
[ ] Siap pindah ke Tahap III (Reintegrasi Produktif)	
[ ] Perlu perpanjangan (..... pertemuan)	
[ ] Drop out	
[ ] Rujuk ke program lain	

TINDAK LANJUT:

...

Mengetahui, (ttd & nama psikiater/kepala unit)	Asesor, (ttd & nama terang)

Lampiran 14. Form Kompetensi Reintegrasi Produktif (FRP-14)

FORM KOMPETENSI

REINTEGRASI PRODUKTIF (TAHAP III)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal masuk Tahap III: ... | Tanggal evaluasi: ...

Evaluasi ke-: ... (setelah pertemuan ke-... dari maksimal 80)

| Kelas minat yang diikuti: | 1. ... 2. ... |

| Asesor (OT/Instruktur): | ... |

KOMPETENSI REINTEGRASI PRODUKTIF

No	Kompetensi	Target Minimal	Baseline (awal Tahap III)	Capaian Saat Ini	Tercapai (√)
1	Kehadiran	≥75%	-	.../... (...%)	
2	1 keterampilan vokasi mandiri	Mandiri 3x berturut-turut			
3	ADL kompleks mandiri	Mandiri dengan supervisi minimal			

No	Kompetensi	Target Minimal	Baseline (awal Tahap III)	Capaian Saat Ini	Tercapai (√)
4	Peningkatan GAF	≥15 poin atau akhir ≥70	...	...	
5	Peningkatan COTE okupasi	≥20% dari baseline	...	... (...%)	
6	Identifikasi 3 tanda kekambuhan	Disebutkan verbal			
7	Identifikasi 2 cara atasi kekambuhan	Disebutkan verbal			
8	Perilaku sosial adaptif	Teramati 3x dalam 10 pertemuan			

KESIMPULAN RAPAT TIM

Pilihan	√
[ ] Terminasi/Lulus (Reintegrasi Produktif tercapai)	
[ ] Perlu perpanjangan (..... pertemuan)	
[ ] Drop out	
[ ] Rujuk ke program lain	

TINDAK LANJUT:

...

Mengetahui, (ttd & nama psikiater/kepala unit)	Asesor, (ttd & nama terang)

Lampiran 15. Formulir M\onitoring GAF Bulanan (FRP-15)

FORMULIR MONITORING BULANAN

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Waktu Monitoring	Tanggal	Skor GAF	Perubahan dari baseline	Tanda tangan psikiater
Baseline (Tahap I)			-	
Bulan ke-1				
Bulan ke-2				
Bulan ke-3				
Bulan ke-4				
Bulan ke-5				
Bulan ke-6				
Terminasi				

TARGET: Peningkatan GAF ≥15 poin dari baseline ATAU GAF akhir ≥70

Lampiran 16. Formulir Monitoring COTE (FRP-16)

FORMULIR MONITORING COTE

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Waktu Monitoring	Tanggal	Skor Partisipasi (maks 25)	Skor Produktivitas (maks 25)	Skor Interaksi Sosial (maks 25)	Total (maks 75)	% dari baseline	Asesor
Baseline (Tahap I)						-	
Minggu ke-2							
Minggu ke-4							
Minggu ke-6							
Minggu ke-8							
Terminasi							

TARGET: Peningkatan COTE okupasi ≥20% dari baseline

Lampiran 17. Formulir Monitoring Barthel Index Bulanan (FRP-17)

FORMULIR MONITORING BULANAN

BARTHEL INDEX (ADL)

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Waktu Monitoring	Tanggal	Skor Barthel Index (0-100)	Perubahan dari baseline	Tanda tangan perawat
Baseline (Tahap I)			-	
Bulan ke-1 (Tahap II)				
Bulan ke-2 (Tahap II)				
Bulan ke-3 (Tahap II)				
Terminasi				

TARGET: Peningkatan Barthel Index ≥20 poin dari baseline ATAU skor akhir ≥90

Lampiran 18. Form Usulan Perpanjangan Program (FRP-18)

FORM USULAN PERPANJANGAN PROGRAM

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

IDENTITAS KLIEN

Nama .....
No. RM .....
Tahap saat ini ☐ II (Stabilisasi Fungsional) ☐ III (Reintegrasi Produktif)
Jumlah pertemuan yang sudah dijalani | ..... dari maksimal (II:40 / III:80)
Jumlah perpanjangan sebelumnya | ..... kali

A. KOMPETENSI YANG SUDAH TERCAPAI

1. .....
2. .....

B. KOMPETENSI YANG BELUM TERCAPAI

1. .....
2. .....

C. ALASAN PERPANJANGAN (centang salah satu)

Alasan	√	**Bukti**
Progres positif (COTE menurun .....%)		Lampiran COTE
Kekambuhan ringan (lama kehilangan waktu efektif: ..... hari)		Catatan medis
Kendala keluarga/sosial		Laporan pekerja sosial
Lainnya:		

D. VERIFIKASI KELAYAKAN PERPANJANGAN (centang)

No	Kriteria Kelayakan	Ya	Tidak	Keterangan
1	Klien menunjukkan progres positif (COTE menurun ≥5%)			
2	Klien belum melewati batas maksimal perpanjangan (maksimal 2 kali)			
3	Klien tidak mengalami penurunan fungsi signifikan (GAF tidak turun >10 poin)			
4	Klien tidak mengalami kekambuhan berat yang memerlukan rawat inap			
5	Tingkat kehadiran klien ≥70% selama program berjalan			
6	Klien atau keluarga menyetujui perpanjangan			

KESIMPULAN KELAYAKAN:

- ☐ **LAYAK** diperpanjang (semua kriteria di atas terpenuhi)
- ☐ **TIDAK LAYAK** diperpanjang (salah satu kriteria tidak terpenuhi)

Jika tidak layak, tindak lanjut yang direkomendasikan:

- ☐ Drop out
- ☐ Rujuk ke program lain (sebutkan: .....)
- ☐ Terminasi dini

E. TARGET PERPANJANGAN

Jumlah pertemuan tambahan yang diusulkan ..... pertemuan
Batas waktu evaluasi ulang tanggal .....

F. PERSETUJUAN

Pihak	Tanda tangan	Tanggal
Usulan dari (case manager)		
Disetujui (kepala unit)		

Lampiran 19. Formulir Keputusan Drop Out

FORMULIR KEPUTUSAN DROP OUT

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal keputusan: ...

A. ALASAN DROP OUT (centang)

No	Kriteria	√	Bukti
1	Tidak hadir 2 minggu berturut-turut tanpa konfirmasi		laporan kontak aktif
2	Tidak hadir 10x pertemuan berturut-turut tanpa alasan		log kehadiran
3	Hasil asesmen ulang IQ <70 atau tidak memenuhi kriteria		laporan psikolog
4	Permohonan berhenti dari klien/keluarga		surat pernyataan
5	Tidak progres dalam 20 pertemuan terakhir		notulen rapat tim

B. UPAYA YANG TELAH DILAKUKAN SEBELUM DROP OUT

1. ...
2. ...

C. KESIMPULAN RAPAT TIM

Tanggal rapat: ...

Peserta	Tanda tangan
Psikiater	
Psikolog	

Peserta	Tanda tangan
Perawat	
OT	
Pekerja sosial	

D. TINDAK LANJUT

| [ ] Dirujuk ke program lain (sebutkan: ...) |

[ ] Tidak dapat diterima kembali |
[ ] Dapat diterima kembali dengan registrasi ulang (karena kekambuhan) |

Kepala unit,

(ttd & nama)

Lampiran 20. Formulir Terminasi (lulus program) – (FRP-20)

FORMULIR TERMINASI

PROGRAM REHABILITASI PSIKOSOSIAL

IDENTITAS KLIEN

Nama: ... | No. RM: ...

Tanggal masuk program:	...
Tanggal terminasi:	...
Lama program:	... bulan, ... pertemuan

A. RINGKASAN PENCAPAIAN

Parameter	Baseline (Tahap I)	Akhir (Terminasi)	Perubahan
GAF			
COTE (total)			
Barthel Index			
Kompetensi Tahap III	-	[ ] Tercapai	

B. KETERAMPILAN VOKASI YANG DIKUASAI

1. ...
2. ...

C. STATUS REINTEGRASI (rencana setelah terminasi)

| [ ] Kembali ke keluarga |
| [ ] Kembali bekerja (jenis: ...) |
| [ ] Kembali sekolah/magang |
| [ ] Kegiatan produktif lainnya: ... |

D. RUJUK BALIK

| [ ] Puskesmas (nama: ...) |
| [ ] LSM/Komunitas (nama: ...) |

E. PERSETUJUAN TIM

Pihak	Tanda tangan
Psikiater	
Psikolog	
Perawat/OT	
Pekerja sosial	
Instruktur (jika ada)	
Klien	
Keluarga	

Kepala unit,

(ttd & nama)

Lampiran 21. Sertifikat Kompetensi (Sederhana) – (FRP-21)

SERTIFIKAT KOMPETENSI

REINTEGRASI PRODUKTIF

RUMAH SAKIT ...

UNIT REHABILITASI PSIKOSOSIAL

SERTIFIKAT

Nomor: ... / RS ... / REHAB / ...

Diberikan kepada:

NAMA KLIEN

No. RM: ...

Telah menyelesaikan program rehabilitasi psikososial dengan:

Capaian	**Hasil**
GAF akhir	...
COTE akhir	...
Barthel Index akhir	...
Keterampilan vokasi yang dikuasai	...

Dinyatakan **LULUS** dan siap melakukan reintegrasi produktif ke masyarakat.

... , ... - ... - ...

Kepala Unit Rehabilitasi Psikososial (ttd & nama terang)	Direktur Rumah Sakit (ttd & nama terang)
Stempel RS	Stempel RS

Lampiran 22. Form Rujuk Balik ke Puskesmas/ Komunitas (FRP-22)

FORM RUJUK BALIK

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Kepada Yth. DPJP/Dokter/Petugas di:

[ ] Puskesmas ...
[ ] LSM/Komunitas ...
[ ] Dokter keluarga ...

IDENTITAS KLIEN

Nama: ...
No. RM: ...
Diagnosis: ...
Lama program: ... bulan, ... pertemuan

HASIL PENCAPAIAN

GAF awal: ... → GAF akhir: ...

COTE awal: ... → COTE akhir: ...

Barthel Index awal: ... → akhir: ...

Keterampilan yang dikuasai: ...

Kelas minat yang diikuti: ...

REKOMENDASI TINDAK LANJUT

1. ...
2. ...

OBAT-OBATAN YANG DIREKOMENDASIKAN UNTUK DILANJUTKAN

- ...
- ...

JADWAL KONTROL LANJUTAN

Setiap ... bulan di Puskesmas/RS ...

HARAPAN KERJA SAMA:

Mohon dilakukan monitoring dan pendampingan klien di komunitas. Mohon umpan balik jika terjadi kekambuhan atau masalah lain.

... , ... - ... - ...

Kepala Unit Rehabilitasi Psikososial	Tembusan: Keluarga klien
(ttd & nama terang)	

Lampiran 23. Laporan Bulanan Unit (FRP-23)

LAPORAN BULANAN UNIT REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Rumah Sakit / Unit: ...

Bulan: ... Tahun: ...

Klasifikasi unit: | Madya / Utama / Paripurna |

Tanggal laporan: ...

A. DATA KLIEN

Variabel	Jumlah
Klien aktif awal bulan	
Klien baru masuk (Tahap I)	
Klien aktif di Tahap II (Stabilisasi Fungsional)	
Klien aktif di Tahap III (Reintegrasi Produktif)	
Klien terminasi (lulus) bulan ini	
Klien drop out bulan ini	
Klien aktif akhir bulan	

B. CAPAIAN PROGRAM

Indikator	**Target**	**Realisasi**	**%**
Rata-rata kehadiran klien	≥70%		
Proporsi klien dengan peningkatan GAF ≥15 poin (terminasi)	≥70%		
Proporsi klien yang mencapai kompetensi Tahap II	≥80%		

Indikator	Target	Realisasi	%
Proporsi klien yang mencapai kompetensi Tahap III	≥70%		
Ketepatan waktu asesmen awal (3-7 hari)	100%		
Kepatuhan jadwal kegiatan (terlaksana)	≥85%		

C. PENGGUNAAN SARANA DAN PERALATAN

Jenis Sarana	Jumlah	Kondisi Baik	Kondisi Rusak	Tindak Lanjut
Ruang pertemuan				
Ruang terapi vokasi				
Peralatan terapi				

D. KENDALA DAN MASALAH

1. ...
2. ...

E. RENCANA TINDAK LANJUT

1. ...
2. ...

Mengetahui,

Kepala Unit Rehabilitasi Psikososial (ttd & nama terang)	Direktur Pelayanan Medik (ttd & nama terang)

Lampiran 24. Kuesioner Kepuasan Keluarga (FRP-24)

KUESIONER KEPUASAN KELUARGA

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Kepada Yth. Bapak/Ibu keluarga klien,

Kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner ini. Hasilnya akan digunakan untuk perbaikan mutu layanan. Terima kasih.

Nama klien: ...

Lama program: ... bulan

Tanggal pengisian: ...

PETUNJUK: Berikan nilai 1-5 (1=Sangat Tidak Setuju, 2=Tidak Setuju, 3=Netral, 4=Setuju, 5=Sangat Setuju)

No	Pernyataan	1	2	3	4	5
1	Proses pendaftaran dan asesmen awal mudah dan cepat					
2	Tim rehabilitasi ramah dan profesional					
3	Informasi tentang program diberikan dengan jelas					
4	Keluarga dilibatkan dalam proses rehabilitasi					
5	Klien menunjukkan kemajuan setelah mengikuti program					
6	Fasilitas dan ruangan nyaman dan bersih					
7	Jadwal kegiatan jelas dan tepat waktu					
8	Penjelasan tentang obat dan perawatan lanjutan jelas					
9	Persiapan reintegrasi ke masyarakat memadai					
10	Secara keseluruhan, saya puas dengan program ini					

KEBERATAN / SARAN / MASUKAN:

...

Tanda tangan keluarga: (ttd & nama)

Petugas pengumpul: (ttd & nama)

Lampiran 25. Formulir Evaluasi Luaran Pasien (FRP-25)

FORMULIR EVALUASI LUARAN PASIEN

FOLLOW UP (3 BULAN / 6 BULAN)

Nama klien: ...
No. RM: ...
Tanggal terminasi: ...

Tanggal follow up ke-: [ ] 3 bulan [ ] 6 bulan
Petugas follow up: ...

A. STATUS REINTEGRASI

[ ] Tinggal dengan keluarga
[ ] Tinggal mandiri
[ ] Tinggal di komunitas terapeutik / panti sosial
[ ] Lainnya: ...

B. STATUS AKTIVITAS

[ ] Bekerja (jenis: ..., jam/minggu: ...)
[ ] Magang / pelatihan kerja
[ ] Sekolah / kursus
[ ] Kegiatan produktif di rumah
[ ] Tidak ada aktivitas terstruktur

C. STATUS KLINIS

[ ] Stabil, tidak kambuh
[ ] Kambuh ringan (tidak perlu rawat inap)
[ ] Kambuh berat (perlu rawat inap), jumlah hari: ...
[ ] Rehabilitasi ulang (masuk program lagi)

D. KEPATUHAN PENGOBATAN

[ ] Patuh (≥80% minum obat)
[ ] Tidak patuh (<80%)
[ ] Berhenti obat sendiri

E. DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT

[ ] Keluarga mendukung penuh
[ ] Keluarga kurang mendukung
[ ] Ada kader kesehatan jiwa yang mendampingi
[ ] Terlibat dalam kelompok dukungan (support group)

F. KETERANGAN LAIN

...

KESIMPULAN

[ ] Reintegrasi berhasil
[ ] Reintegrasi sebagian, perlu pendampingan
[ ] Reintegrasi gagal, perlu rujuk ulang

Petugas follow up,

(ttd & nama terang)

Lampiran 26. Form Inspeksi Sarana dan peralatan (FRP-26)

FORMULIR INSPEKSI SARANA DAN PERALATAN

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Tanggal inspeksi: ...

Nama inspektur: ...

Klasifikasi unit: Madya / Utama / Paripurna

A. RUANGAN

No	Jenis Ruangan	Ada (√)	Bersih (√)	Aman (√)	Layak pakai (√)	Catatan
1	Ruang periksa konsultasi					
2	Ruang pertemuan kelompok					
3	Ruang terapi vokasi					
4	Musholla					
5	Toilet					
6	Lainnya: ...					

B. PERALATAN

No	Jenis Peralatan	Ada (√)	Berfungsi (√)	Jumlah layak	Target jumlah	Catatan
1	Meja, kursi, whiteboard					
2	Komputer, printer, LCD					
3	Perlengkapan terapi vokasi					
4	Perlengkapan kerohanian					

No	Jenis Peralatan	Ada (√)	Berfungsi (√)	Jumlah layak	Target jumlah	Catatan
5	Instrumen asesmen cetak					
6	Lainnya: …					

C. PRASARANA PENDUKUNG

No	Prasarana	Ada (√)	Berfungsi (√)	Catatan
1	Listrik			
2	Air bersih			
3	Internet			

KESIMPULAN

[ ] Memenuhi standar untuk klasifikasi …
[ ] Tidak memenuhi standar, perlu perbaikan: …

TINDAK LANJUT YANG DIRENCANAKAN:

…

Inspektur,

(ttd & nama)

Mengetahui, Kepala unit

(ttd & nama)

Lampiran 27. Form Pemetaan Kompetensi SDM (FRP-27)

FORM PEMETAAN KOMPETENSI SDM

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Nama: …

Profesi: Psikiater / Psikolog / Perawat / OT / Pekerja sosial / Instruktur / Lainnya: …

Tanggal bergabung di unit: …

Klasifikasi unit saat ini: Madya / Utama / Paripurna

Tanggal pengisian: …

A. KOMPETENSI UMUM (semua profesi)

Kompetensi	**Sudah (√)**	**Belum (√)**	**Bukti (sertifikat/supervisi)**
Pelatihan rehabilitasi psikososial dasar			
Komunikasi terapeutik dengan ODGJ			
Memahami konsep recovery dan pemberdayaan			
Mampu mengisi form monitoring sesuai peran			
Mampu berpartisipasi dalam rapat tim			

B. KOMPETENSI KHUSUS (sesuai profesi)

Kompetensi Khusus	**Sudah (√)**	**Belum (√)**	**Bukti**
(diisi sesuai profesi, contoh untuk psikiater: asesmen GAF, PANSS-EC, dll)			
1.			
2.			
3.			

C. KOMPETENSI LINTAS PROFESI

Kompetensi	Sudah (√)	Belum (√)
Dokumentasi perkembangan klien sesuai format baku		
Komunikasi efektif dalam tim multidisiplin		
Memahami batasan kewenangan profesi		

D. RENCANA PENGEMBANGAN

Kompetensi yang perlu ditingkatkan	Target penyelesaian	Metode (pelatihan/supervisi/magang)
1.		
2.		

Disusun oleh (tenaga bersangkutan):

(ttd & nama)

Disetujui oleh (kepala unit):

(ttd & nama)

Lampiran 28. Formulir Kejadian Krisis/Darurat (FRP-28)

FORMULIR KEJADIAN KRISIS/DARURAT

REHABILITASI PSIKOSOSIAL

Nama klien: ...

No. RM: ...

Tanggal kejadian: ...

Waktu kejadian: ...

Pelapor: ...

A. DESKRIPSI KEJADIAN

Jenis kejadian: [ ] Agitasi/psikotik akut [ ] Risiko bunuh diri [ ] Risiko melukai orang lain [ ] Kekerasan fisik/verbal [ ] Melarikan diri [ ] Lainnya: ...

Uraian kejadian: ...

Pemicu (jika diketahui): ...

B. TINDAKAN YANG DILAKUKAN

Tindakan	**Ya/Tidak**	**Keterangan**
Tenang/grounding		
Isolasi (time out)		
Pemberian obat darurat		
Konsultasi psikiater		
Rujuk ke IGD		
Rujuk rawat inap		
Hubungi keluarga		
Lainnya: ...		

C. HASIL PENANGANAN

[ ] Stabil, dapat melanjutkan program
[ ] Stabil, tetapi perlu modifikasi program
[ ] Rujuk rawat inap (lama rawat: ... hari)
[ ] Drop out sementara
[ ] Lainnya: ...

D. TINDAK LANJUT

Rencana tindak lanjut: ...
Evaluasi kejadian oleh tim tanggal: ...
Revisi protokol krisis jika diperlukan: [ ] Ya [ ] Tidak

Petugas penangan,

(ttd & nama)

Mengetahui, Kepala unit

(ttd & nama)

Lampiran 29. Pasien yang Dapat Masuk dan Mengikuti Program (Layak)

A. Profil Pasien

Atribut	**Keterangan**
Nama	Tn. A (inisial)
Usia	32 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Paranoid (ICD-10: F20.0)
Status	Rawat jalan, dirujuk dari Poliklinik Jiwa RS
Keluarga	Istri kooperatif, mendukung penuh

Atribut	Keterangan
Pekerjaan sebelum sakit	Karyawan swasta (berhenti 1 tahun yang lalu)

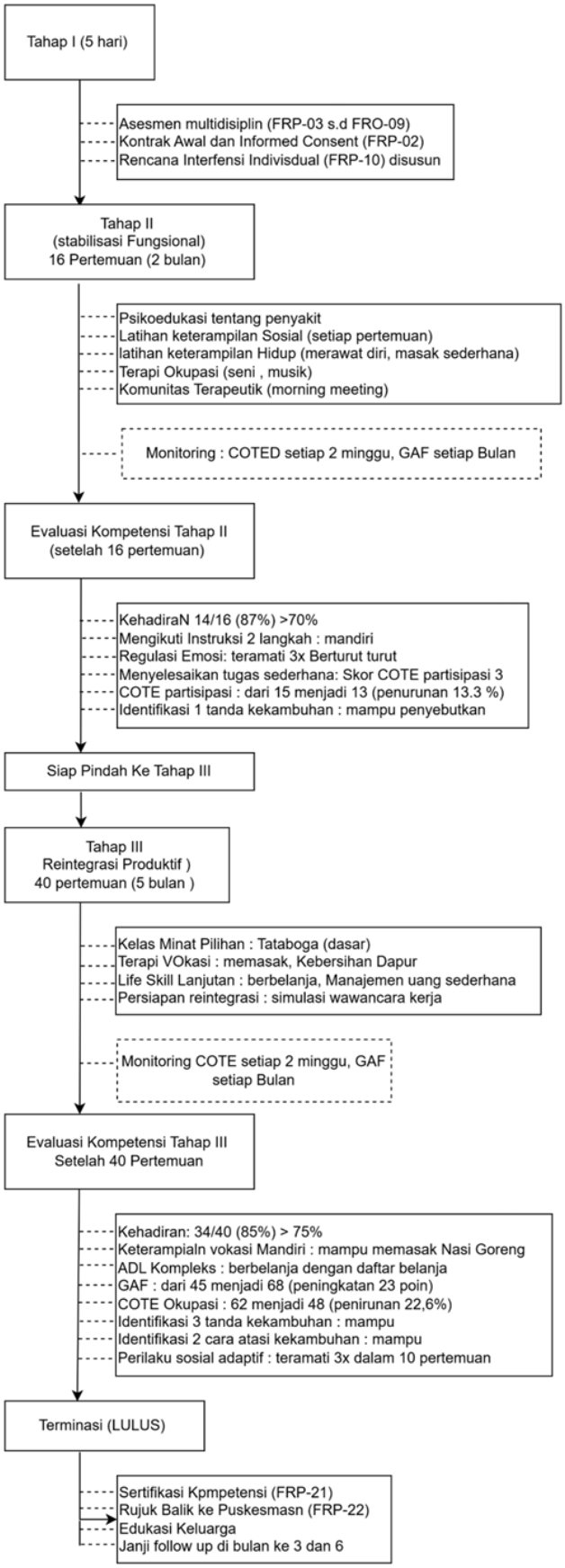
B. Gejala Awal

Gejala	Deskripsi
Positif	Halusinasi auditorik (kadang-kadang), waham curiga (ringan)
Negatif	Avolition (malas melakukan aktivitas), menarik diri dari pergaulan
Kognitif	Gangguan konsentrasi ringan
Agitasi	Tidak ada gelisah (skor PANSS-EC: item 3=2, total=8)
ADL	Perlu diingatkan untuk mandi dan makan (Barthel Index: 65)

C. Hasil Assesmen Awal (Tahap I)

Instrumen	Skor Baseline	Keterangan
GAF	45	Gejala sedang, gangguan fungsi sedang
PANSS-EC	8 (tidak ada item ≥5)	☑ **Layak** (tidak gelisah berat)
IQ (WAIS)	85	☑ **Layak** (≥70)
COTE	62/104	Fungsi okupasi sedang (hambatan fungsional sedang)
Barthel Index	65	Ketergantungan sedang
Asesmen Sosial	Dukungan keluarga baik, ekonomi mencukupi	Kooperatif

D. Alur Program



E. Formulir yang Digunakan (contoh pengisian Singkat)

Kode Formulir	Contoh Isian Singkat
FRP-02	Disetujui, ditandatangani Tn. A dan istri
FRP-03	GAF = 45 (baseline), menjadi 68 (terminasi)
FRP-04	PANSS-EC = 8, layak
FRP-05	IQ = 85 (rata-rata)
FRP-06	COTE = 62 (baseline), menjadi 48 (terminasi)
FRP-07	Barthel Index = 65 (baseline), menjadi 95 (terminasi)
FRP-10	RPI: target kompetensi Tahap II dan III
FRP-13	Kompetensi Tahap II: 6/6 tercapai, siap pindah
FRP-14	Kompetensi Tahap III: 8/8 tercapai, lulus
FRP-20	Terminasi: GAF 45→68, COTE 62→48, Barthel 65→95

Lampiran 30. Pasien yang Tidak Dapat Masuk Program (Tidak Layak)

A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Tn. B (inisial)
Usia	45 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Residual dengan Retardasi Mental Ringan
Status	Rawat inap (bangsal akut)
Keluarga	Keluarga kooperatif, ingin anaknya ikut program

B. Gejala Awal

Gejala	Deskripsi
Positif	Minimal, kadang bicara sendiri
Negatif	Avolition berat, tidak inisiatif
Kognitif	Gangguan fungsi kognitif luas, IQ = 68
Agitasi	Tidak gelisah (PANSS-EC total = 6)
ADL	Hampir total tergantung (Barthel Index = 25)

C. Hasil Assesment Awal (Tahap I)

nstrumen	Skor Baseline	Keterangan
GAF	35	Gangguan fungsi mayor
PANSS-EC	6 (tidak ada item ≥5)	☑ Tidak gelisah berat
IQ (SPM)	68	✗ **TIDAK LAYAK** (<70)

nstrumen	Skor Baseline	Keterangan
COTE	85/104	Fungsi okupasi sangat berat
Barthel Index	25	Ketergantungan berat
Asesmen Sosial	Keluarga kooperatif	-

D. Keputusan Tim

RAPAT TIM KASUS
Hadir: Psikiater, Psikolog, Perawat, Pekerja Sosial
HASIL ASESMEN: ● IQ = 68 (<70) → tidak memenuhi kriteria inklusi ● COTE = 85 → fungsi okupasi sangat berat ● Barthel Index = 25 → ketergantungan berat
KESIMPULAN: Tn. B TIDAK LAYAK mengikuti program rehabilitasi psikososial standar karena IQ <70 (retardasi mental).
REKOMENDASI: 1. Dirujuk ke program rehabilitasi khusus retardasi mental (terapi okupasi modifikasi, pelatihan ADL intensif) 2. Disarankan terapi perilaku dan stimulasi kognitif sederhana 3. Keluarga diedukasi tentang kondisi pasien
TINDAK LANJUT: ● Surat rujukan ke RS Jiwa (program retardasi mental) ● Informed consent untuk dirujuk ditandatangani keluarga ● • Catatan rekam medis: "Tidak layak, IQ <70"

E. Formulir yang digunakan

Kode Formulir	**Contoh Isian**
FRP-01	Rujukan masuk dari Poliklinik Jiwa
FRP-02	Informed consent untuk asesmen (ditandatangani)
FRP-03	GAF = 35

Kode Formulir	Contoh Isian
FRP-04	PANSS-EC = 6
FRP-05	IQ = 68 (tidak layak)
FRP-08	Asesmen sosial: keluarga kooperatif
Catatan	**Tidak layak, IQ <70** – dirujuk ke program lain

Lampiran 31. Pasien yang Harus Drop Out

A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Tn. C (inisial)
Usia	28 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Hebefrenik
Status	Day care (rawat siang)
Keluarga	Keluarga kurang kooperatif, sering tidak mengantar

B. Asil Assesment Awal (Tahap I)

Instrumen	Skor Baseline	Keterangan
GAF	48	Gejala sedang, fungsi terganggu
PANSS-EC	7	☑ Layak
IQ	88	☑ Layak
COTE	68/104	Fungsi okupasi sedang
Barthel Index	70	☑ Layak

C. Perjalanan Program (Tahap II)

Pertemuan ke-	Kehadiran	COTE	GAF	Keterangan
1-8	5/8 (62,5%)	68	50	Masih bisa diikuti
9-16	4/8 (50%)	72	48	COTE memburuk
17-24	3/8 (37,5%)	78	45	Penurunan signifikan

Pertemuan ke-	Kehadiran	COTE	GAF	Keterangan
25-32	2/8 (25%)	82	42	Keluarga tidak mengantar
33-40	1/8 (12,5%)	86	40	Kontak aktif gagal

D. Kriteria Drop Out yang terpenuhi

No	Kriteria	Bukti
1	Tidak hadir 2 minggu berturut-turut tanpa konfirmasi	Tidak hadir pertemuan ke-33 s.d 36 (2 minggu)
2	Tidak hadir 10x berturut-turut	Tidak hadir 10 kali setelah upaya kontak
5	Tidak progres dalam 20 pertemuan terakhir	COTE memburuk (68→86), GAF menurun (50→40)

E. Prosedur Drop Out

RAPAT TIM KASUS
Tanggal: ... Hadir: Psikiater, Psikolog, Perawat, OT, Pekerja Sosial
IDENTIFIKASI AWAL (Case manager): ● Pertemuan ke-28: klien tidak hadir, tanpa kabar ● Kontak aktif ke-1 (telepon): tidak diangkat ● Kontak aktif ke-2 (kunjungan rumah): keluarga mengatakan klien malas, tidak ingin datang ● Pertemuan ke-33 s.d 36: tidak hadir berturut-turut
EVALUASI TIM: ● Tidak ada progres dalam 20 pertemuan terakhir (COTE memburuk) ● Keluarga sudah diberikan edukasi tetapi tidak kooperatif ● Klien tidak memenuhi kriteria perpanjangan
KESIMPULAN: Drop out
TINDAK LANJUT: ● Surat pemberitahuan drop out ke keluarga (FRP-19) Dicatat dalam rekam medis ● Tidak dapat langsung diterima kembali (perlu registrasi ulang)

F. Formulir yang digunakan

Kode Formulir	Contoh Isian
FRP-11	Daftar hadir menunjukkan ketidakhadiran >10x berturut-turut
FRP-18	Usulan perpanjangan diajukan? Tidak (karena tidak progres)
FRP-19	Keputusan drop out: alasan 1,2,5 terpenuhi
Catatan keperawatan	Dokumentasi kontak aktif gagal

Lampiran 32. Pasien yang di Tengah Program Masuk Rawat Inap (Kambuh) dan Setelah Remisi Melanjutkan Program

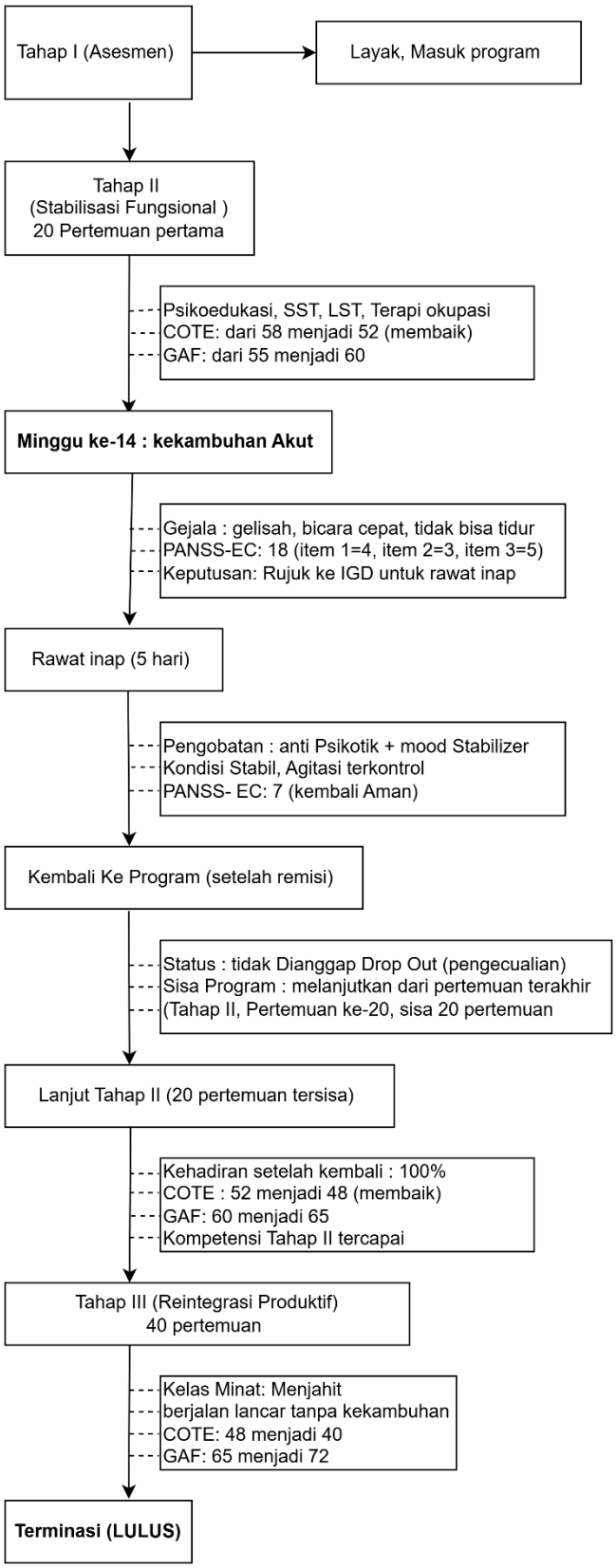
A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Ny. D (inisial)
Usia	38 tahun
Diagnosis	Gangguan Bipolar tipe 1, episode manik ringan
Status	Day care (rawat siang)
Keluarga	Suami kooperatif, aktif mendampingi

B. Hasil AsesmenAwal (Tahap I)

Instrumen	Skor Baseline
GAF	55
PANSS-EC	6 (aman)
IQ	92
COTE	58/104
Barthel Index	80

C. Perjalanan Program



D. Prosedur Kekambuhan dan kembali ke Program

APA YANG TERJADI SAAT KEKAMBUHAN?
1. Psikiater menilai kondisi klien 2. PANSS-EC menunjukkan skor item 3 (Agitasi) = 5 (≥5) 3. Keputusan: rujuk ke IGD untuk rawat inap 4. Formulir kejadian krisis (FRP-28) diisi 5. Keluarga diinformasikan
SETELAH STABIL (5 hari): 1. Psikiater menilai remisi (PANSS-EC kembali aman) 2. Rapat tim: klien TIDAK DIANGGAP DROP OUT (berdasarkan pengecualian: kekambuhan yang dirawat) 3. Klien melanjutkan sisa program (pertemuan ke-21 s.d 40) 4. Modifikasi RPI: tambahan psikoedukasi pencegahan kambuh

E. Formulir yang digunakan

Kode Formulir	**Contoh Isian**
FRP-11	Daftar hadir: hadir 20 pertemuan pertama, lalu absen 5 hari karena rawat inap (diberi kode S)
FRP-28	Formulir kejadian krisis: agitasi akut, dirujuk ke IGD
Catatan medis	Catatan psikiater: "kambuh, rawat inap 5 hari, remisi, lanjut program"
FRP-13	Kompetensi Tahap II tetap dievaluasi setelah kembali

Lampiran 33. Pasien yang Akhirnya Lulus dan Terminasi

A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Sdr. E (inisial)
Usia	25 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Residual
Status	Day care (rawat siang)
Keluarga	Orang tua sangat mendukung

B. Perjalanan Program Lengkap

Fase	Durasi	Capaian
Tahap I	5 hari	Asesmen lengkap, GAF=50, COTE=58, IQ=90, Barthel=70
Tahap II	20 pertemuan (2 bulan)	Kompetensi 6/6 tercapai, GAF=65, COTE=50
Tahap III	45 pertemuan (4,5 bulan)	Kelas komputer, GAF=75, COTE=42, Barthel=95

C. Ringkasan Pencapaian (FRP-20)

FORMULIR TERMINASI (FRP-20)

Nama: Sdr. E
No. RM: 123456
Tanggal masuk: 1 Maret 2025
Tanggal terminasi: 30 September 2025
Lama program: 7 bulan, 65 pertemuan

RINGKASAN PENCAPAIAN:

Parameter	Baseline	Akhir	Perubahan
GAF	50	75	+25
COTE	58	42	-16 (27%)

Barthel Index	70	95	+25
Kompetesi III	-	Tercapai	√

KETERAMPILAN VOKASI YANG DIKUASAI:

1. Mengoperasikan komputer (mengetik 10 jari)
2. Administrasi sederhana (membuat tabel, menyimpan file)
3. 3. Mendesain poster sederhana dengan Canva

STATUS REINTEGRASI:

- [✓] Kembali ke keluarga
- [✓] Kembali bekerja (magang di toko komputer)

RUJUK BALIK: Puskesmas Kecamatan X

D. Alur Terminasi

RAPAT TERMINASI
Tanggal: 30 September 2025 Hadir: Psikiater, Psikolog, OT, Pekerja Sosial, Instruktur, Sdr. E, dan orang tua
HASIL EVALUASI: ● ✓ Seluruh kompetensi Tahap III tercapai ● ✓ GAF meningkat 25 poin (50 → 75) ≥15 poin ● ✓ Mampu melakukan 3 keterampilan komputer secara mandiri ● ✓ Siap reintegrasi ke masyarakat
KEPUTUSAN: TERMINASI (LULUS)
TINDAK LANJUT: 1. Pemberian Sertifikat Kompetensi (FRP-21) 2. Rujuk balik ke Puskesmas (FRP-22) 3. Edukasi keluarga tentang perawatan lanjutan 4. 4. Janji follow up 3 dan 6 bulan
DOKUMENTASI: ● FRP-20 (Formulir Terminasi) diisi dan ditandatangani ● FRP-21 (Sertifikat) diberikan ke Sdr. E ● FRP-22 (Rujuk balik) dikirim ke Puskesmas

E. Hasil Follow Up

Waktu	Status
3 bulan pasca terminasi	Stabil, bekerja magang 3x/minggu, minum obat rutin
6 bulan pasca terminasi	Diterima kerja paruh waktu di toko komputer, tidak kambuh

Lampiran 34. Pasien yang Lulus dan Dapat Diperpanjang

A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Ny. F (inisial)
Usia	42 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Residual dengan gejala negatif dominan
Status	Day care
Catatan	Memiliki keterbatasan kognitif ringan (IQ=78)

B. Perjalanan Program (Tahap III- Awal)

Fase	Capaian
Tahap I	GAF=45, COTE=68, IQ=78, Barthel=60
Tahap II	32 pertemuan (perpanjangan 1x), kompetensi tercapai
Tahap III (40 pertemuan)	GAF=58, COTE=58, beberapa kompetensi belum tercapai

C. Kompetensi yang Belum tercapai (setelah 40 pertemuan)

Kompetensi	Target	Capaian	Gap
Keterampilan vokasi mandiri	Mandiri 3x	Masih perlu prompting 2x	✗
ADL kompleks	Mandiri dengan supervisi minimal	Masih perlu supervisi sedang	✗
GAF	≥15 poin dari baseline	Baru +13 poin (45→58)	✗

D. Proses Perpanjangn

FORM USULAN PERPANJANGAN (FRP-18)
Nama: Ny. F Tahap saat ini: III (Reintegrasi Produktif) Jumlah pertemuan sudah dijalani: 40 dari maksimal 80 Jumlah perpanjangan sebelumnya: 0 kali
KOMPETENSI YANG BELUM TERCAPAI: 1. Keterampilan vokasi mandiri (masih perlu prompting) 2. ADL kompleks (masih perlu supervisi) 3. 3. GAF peningkatan (+13 poin, target ≥15)
ALASAN PERPANJANGAN: [✓] Progres positif (COTE menurun 10% dalam 10 pertemuan)
VERIFIKASI KELAYAKAN: ● ✓ Klien menunjukkan progres positif (COTE 62→56) ● ✓ Klien belum melewati batas maksimal perpanjangan (0/2) ● ✓ Klien tidak mengalami penurunan fungsi signifikan ● ✓ Tidak ada kekambuhan berat ● ✓ Kehadiran ≥70% (85%) ● ✓ Klien dan keluarga menyetujui perpanjangan
KESIMPULAN: LAYAK DIPERPANJANG
TARGET PERPANJANGAN: 20 pertemuan tambahan Batas evaluasi ulang: 2 bulan
PERSETUJUAN: Usulan dari case manager: [ttd] Disetujui kepala unit: [ttd]

E. Setelah perpanjangan

Fase	Capaian Baru
Perpanjangan (20 pertemuan)	Kompetensi 7/8 tercapai, GAF=64
Perpanjangan ke-2 (10 pertemuan tambahan)	Kompetensi 8/8 tercapai, GAF=66
Terminasi	Lulus dengan total 70 pertemuan di Tahap III

Lampiran 35. Pasien yang Sudah Lulus Tapi Tidak Layak Diperpanjang

A. Profil Pasien

Atribut	Keterangan
Nama	Tn. G (inisial)
Usia	35 tahun
Diagnosis	Skizofrenia Residual
Status	Day care
Catatan	Sudah 2 kali perpanjangan di Tahap III

B. Perjalanan Program

Fase	Durasi	Capaian Akhir
Tahap I	5 hari	GAF=48, COTE=65, IQ=82, Barthel=65
Tahap II	16 pertemuan	Kompetensi tercapai, GAF=58

Fase	Durasi	Capaian Akhir
Tahap III (awal)	40 pertemuan	GAF=64, COTE=55, 6/8 kompetensi
Perpanjangan ke-1	20 pertemuan	GAF=66, COTE=52, 7/8 kompetensi
Perpanjangan ke-2	20 pertemuan	GAF=67, COTE=50, 7/8 kompetensi (stagnan)

C. Kompetensi yang Masih belum Tercapai

Kompetensi	Target	Capaian setelah 2x perpanjangan
Keterampilan vokasi mandiri	Mandiri 3x	Baru 2x mandiri (stagnan 20 pertemuan)
Perilaku sosial adaptif	Teramati 3x	Baru 2x (stagnan 20 pertemuan)

D. Kriteria Ketidaklayakan Perpanjangan

EVALUASI PERPANJANGAN KE-2 (FRP-18)
Nama: Tn. G Jumlah pertemuan sudah dijalani: 80 pertemuan (maksimal 80) Jumlah perpanjangan sebelumnya: 2 kali (maksimal 2)
VERIFIKASI KELAYAKAN: • ✗ Klien belum melewati batas maksimal? TIDAK (2/2) • ✗ Klien menunjukkan progres positif? TIDAK (COTE stagnan di 50 dalam 20 pertemuan terakhir)
KESIMPULAN: TIDAK LAYAK DIPERPANJANG Alasan: 1. sudah melewati batas maksimal perpanjangan (2 kali) 2. tidak menunjukkan progres positif dalam 20 pertemuan terakhir
TINDAK LANJUT YANG DIREKOMENDASIKAN: • [✓] Drop out • [ ] Rujuk ke program lain • [ ] Terminasi dini

E. Alasan Tidak Layak (Eksklusi)

No	Kriteria yang Terpenuhi	Bukti
1	Tidak menunjukkan progres positif selama 20 pertemuan berturut-turut meskipun telah dilakukan modifikasi program	COTE stagnan di 50 (tidak berubah) dalam 20 pertemuan terakhir; GAF stagnan di 67
2	Telah melewati batas maksimal perpanjangan (maksimal 2 kali untuk seluruh program)	Tn. G sudah mendapat 2 kali perpanjangan (20+20 = 40 pertemuan tambahan)

F. Tindak Lanjut

RAPAT TIM

ALASAN:

1. Klien tidak menunjukkan progres positif dalam 20 pertemuan terakhir (COTE stagnan di 50, GAF stagnan di 67)
2. 2. Klien telah melewati batas maksimal perpanjangan (2 kali)

TINDAK LANJUT:

- Drop out dari program
- Dirujuk ke program pendampingan jangka panjang (kelompok dukungan komunitas, kunjungan rumah perawat)
- Edukasi keluarga untuk perawatan lanjutan
- Tidak dapat mengikuti program lagi kecuali registrasi ulang dengan case manager berbeda (kebijakan RS)

DOKUMENTASI:

- FRP-18 diisi dan ditandatangani (verifikasi kelayakan)
- FRP-19 (Keputusan Drop Out) diisi
- Catatan rekam medis: "Drop out karena (1) melewati batas perpanjangan, (2) tidak ada progres dalam 20 pertemuan"