

**RESPON KELUARGA KLIEN EKS PSIKOTIK TERHADAP
PELAYANAN DAN REHABILITASI SOSIAL DI BALAI
REHABILITASI SOSIAL BINA KARYA DAN LARAS
YOGYAKARTA**



SKRIPSI

**Diajukan Kepada Fakultas Dakwah dan Komunikasi
Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta
Untuk Memenuhi Sebagai Syarat-Syarat
Memperoleh Gelar Sarjana Strata 1**

Oleh:

Risti Widayanti
NIM 15250046

Pembimbing:

Abidah Muflihati, S.Th.I, M.Si.
NIP 19770317200604 2 001

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL
FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA**

2020



PENGESAHAN TUGAS AKHIR

Nomor : B-836/Un.02/DD/PP.00.9/10/2020

Tugas Akhir dengan judul : RESPPON KELUARGA KLIEN EKS PSIKOTIK TERHADAP PELAYANAN DAN REHABILITASI SOSIAL DI BALAI REHABILITASI SOSIAL BINA KARYA DAN LARAS YOGYAKARTA

yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : RISTI WIDAYANTI
Nomor Induk Mahasiswa : 15250046
Telah diujikan pada : Senin, 07 September 2020
Nilai ujian Tugas Akhir : A-

dinyatakan telah diterima oleh Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

TIM UJIAN TUGAS AKHIR

 Ketua Sidang/Penguji I

Abidah Muflihah, S.Th.I., M.Si
SIGNED

Valid ID: 5f71557de447e



Penguji II
Siti Solechah, S.Sos.I., M.Si
SIGNED

Valid ID: 5f6ab502e27ae



Penguji III
Andayani, SIP, MSW
SIGNED

Valid ID: 5f72a09454058



Yogyakarta, 07 September 2020
UIN Sunan Kalijaga
Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi
Prof. Dr. Hj. Marhumah, M.Pd.
SIGNED

Valid ID: 5f768840bbe20

SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi

UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta

Di Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Setelah membaca, meneliti, memberikan petunjuk, dan mengoreksi serta perbaikan seperlunya, maka kami selaku pembimbing berpendapat bahwa skripsi saudara:

Nama : Risti Widayanti

NIM : 15250046

Judul Skripsi : Respon Keluarga terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.

Sudah dapat diajukan kembali ke Fakultas Dakwah dan Komunikasi, Jurusan/Program Studi Ilmu Kesejahteraan Sosial, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Strata Satu dalam bidang Ilmu Kesejahteraan Sosial.

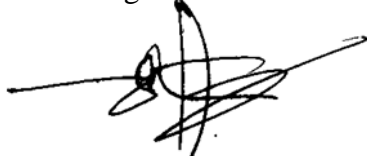
Dengan ini kami berharap agar skripsi tersebut diatas dapat segera dimunaqosyahkan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 27 Agustus 2020

Mengetahui,

Ketua Program Studi IKS



Andayani, S.IP, M.SW
NIP. 19721016 199903 2 008

Pembimbing



Abidah Muflihati, S.Th.I., M.Si
NIP. 19770317 200604 2 001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Risti Widayanti
NIM : 15250046
Program Studi : Ilmu Kesejahteraan Sosial
Fakultas : Dakwah dan Komunikasi

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa skripsi saya yang berjudul "Respon Keluarga Klien Eks Psikotik terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta" adalah hasil karya pribadi yang tidak mengandung plagiarisme dan tidak berisimateri yang di publikasikan atau ditulis orang lain, kecuali bagian-bagian tertentu yang penyusun ambil sebagai acuan dengan tata cara yang dibenarkan sesuai ilmiah.

Yogyakarta, 27 Agustus 2020

Yang menyatakan,



Handwritten signature of Risti Widayanti.

Risti Widayanti
NIM 15250046

STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

SURAT PERNYATAAN BERJILBAB

Yang bertandatangan dibawahini, saya menyatakan bahwa berdasarkan QS.An-Nurayat 31 dan QS. Al-Ahzabayat 54, maka saya :

Nama : Risti Widayanti
NIM : 15250046
Prodi : Ilmu Kesejahteraan Sosial
Fakultas : Dakwah dan Komunikasi
Alamat : Kampung Baru RT 4 RW 2 NO. 102, Kelurahan Kelapa Dua Wetan, Kecamatan Ciracas, Jakarta Timur, DKI Jakarta.

Menyatakan dan mengajukan permohonan untuk tidak melepaskan jilbab pada foto ijazah Sarjana. Apabila dikemudian hari terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, maka saya bersedia menanggung akibatnya.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Atas perhatian dan kebijaksanaan Bapak/Ibu saya ucapkan banyak terimakasih.

Yogyakarta, 27 Agustus 2020

Yang menyatakan

STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALAGATA
YOGYAKARTA




Risti Widayanti

15250046

HALAMAN PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada,

Kedua orangtua saya, Bapak Samino dan Ibu Tumiyem,

Adik saya Leoni Vitria Hartanti dan Gilang Ari Wibowo, dan Mas saya Dody

Hermawan yang telah memberikan do'a dan semangat selama proses perkuliahan

hingga penyelesaian skripsi

Teman-teman yang selalu mendukung dan memberikan motivasi

Almamater Program Ilmu Kesejahteraan Sosial

Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta



STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

MOTTO

*“Berusahalah, walau harus bersusah payah. Jangan dulu menyerah,
Allah pasti kuatkan disetiap langkah.”*

(gendhuk story)



STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan penuh rasa syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Respon Keluarga Klien Eks Psikotik terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta”.

Adapun maksud dari penulisan skripsi ini yakni sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan jenjang Strata 1 (S1) Program Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Dakwah dan Komunikasi di Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta. Pada kesempatan kali ini, peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Phil Al Makin, M.A, selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.
2. Prof. Dr. Hj. Marhumah, M.Pd., selaku Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.
3. Andayani, S.IP., MSW., selaku ketua Prodi Ilmu Kesejahteraan Sosial.
4. Abidah Muflihati, S. Thi., M. Si., selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang selalu sabar dalam membimbing dan selalu memberikan semangat serta motivasi dalam proses pengerjaan skripsi ini.
5. Asep Jahidin, S.Ag., M.Si, selaku Dosen Pembimbing Akademik.
6. Seluruh dosen Prodi Ilmu Kesejahteraan Sosial yang telah dengan sabar dan ikhlas menularkan ilmu yang dimiliki selama masa perkuliahan.
7. Bapak Muhammad Sudarmawan yang selalu sabar dan semangat membantu seluruh mahasiswa Prodi Ilmu Kesejahteraan Sosial dalam proses administrasi.
8. Ibu Ana Wigiati selaku peksos Balai RSBKL yang telah memberikan bimbingan dan banyak ilmu selama Praktek Pekerja Sosial hingga penyusunan skripsi.
9. Kedua orang tuaku Bapak Samino dan Ibu Tumiyem, adikku Leoni Vitria Hartanti dan Gilang Ari Wibowo, dan masku Dody Hermawan yang selalu mendo'akan, mendukung, menyemangati untuk menyelesaikan skripsi ini.

10. Mbah Wiro Dikromo dan keluarga besarku yang telah memberikan tempat tinggal dan mengurus saya selama di Yogyakarta.
11. Sahabat-sahabatku selama di Jogja (Santi Indriani, Isnaeni Mauludiyah, Ardiana Kusuma Dewi) yang selalu menjadi tempat curahan hati tentang kehidupan pribadi dan perkuliahan.
12. Teman grup Sholihah (Mbak Desi, Ana, Putri, Westi, dan Tyas) yang selalu mengingatkan untuk menyelesaikan skripsi dan selalu membuat canda tawa yang tidak ada habisnya.
13. Teman-teman Ilmu Kesejahteraan Sosial, KKN Tejogan, dan PPS Balai RSBKL, semoga tali silaturahmi kita dapat selalu terjalin.
14. Semua pihak yang telah mendukung, yang mendo'akan dan terlibat dalam proses penyelesaian skripsi ini, semoga Allah SWT membalas kebaikan kalian.

Penulis menyadari akan kekurangan dan ketidaksempurnaan dalam penulisan karya skripsi ini, sehingga penulis akan sangat terbuka menerima segala bentuk kritik dan saran yang membangun dalam penulisan karya di kemudian hari untuk hasil yang lebih baik.

Yogyakarta, 27 Agustus 2020

STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

Risti Widayanti

15250046

ABSTRAK

Penelitian ini membahas tentang bagaimana respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai RSBKL Yogyakarta. Penelitian ini didasari oleh peran keluarga yang berpengaruh terhadap perkembangan dalam pemulihan klien, sedangkan banyaknya keluarga yang tidak berkomitmen pada proses pemulihan klien tersebut. Meskipun, terdapat keluarga yang berkomitmen pada proses pemulihan klien sesuai dengan kesepakatan awal dengan pihak balai. Tujuan penelitian untuk ini menjelaskan respon keluarga klien eks psikotik dan menjelaskan faktor yang mempengaruhi respon keluarga klien eks Psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.

Jenis penelitian skripsi ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Data-data yang didapatkan peneliti dikumpulkan dengan metode observasi, wawancara, dan dokumentasi. Kemudian, menyajikan data dengan melakukan reduksi data, penyajian data, dan menarik kesimpulan. Untuk menguji keabsahan data, penulis menggunakan teknik triangulasi, dengan membandingkan/pengecekan keabsahan data yang memanfaatkan hasil wawancara dengan data hasil pengamatan dan data dokumen-dokumen yang berkaitan.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa respon keluarga klien berdasarkan dari respon kognitif, respon afektif, dan respon behavioral seperti, mengetahui atau tidak mengetahui, bersikap positif atau negatif, dan kooperatif atau tidak kooperatifnya keluarga. Selain itu, respon dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internalnya adalah cara berfikir keluarga yang egois atau tidak egois, faktor emosional, kekhawatiran keluarga dan kemauan maupun kebiasaan. Faktor eksternalnya adalah pendidikan yang rendah, kurangnya pengalaman maupun informasi tentang penanganan ODGJ dan kekhawatiran masyarakat.

Kata kunci : respon, keluarga, eks psikotik, pelayanan, rehabilitasi sosial

STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
SURAT PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	v
SURAT PERNYATAAN BERJILBAB	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	vii
MOTTO.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
E. Kajian Pustaka.....	10
F. Kerangka Teori.....	16
G. Metode Penelitian.....	37
H. Sistematika Pembahasan.....	46
BAB II GAMBARAN UMUM LEMBAGA	47
A. Deskripsi Kelembagaan.....	47
B. Gambaran Umum Subjek Penelitian	75

BAB III RESPON KELUARGA KLIEN EKS PSIKOTIK TERHADAP PELAYANAN DAN REHABILITASI SOSIAL DI BALAI REHABILITASI SOSIAL BINA KARYA DAN LARAS YOGYAKARTA.....	86
A. Respon Keluarga Klien Eks Psikotik terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya Dan Laras Yogyakarta	87
B. Faktor yang mempengaruhi Respon Keluarga Klien Eks Psikotik terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.....	111
BAB IV PENUTUP	122
A. Kesimpulan.....	122
B. Saran.....	125
DAFTAR PUSTAKA	1
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	5



STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
 YOGYAKARTA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut WHO, kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.¹ Sedangkan, menurut Undang-Undang No 18 Tahun 2014, bahwa kesehatan jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang. Berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.²

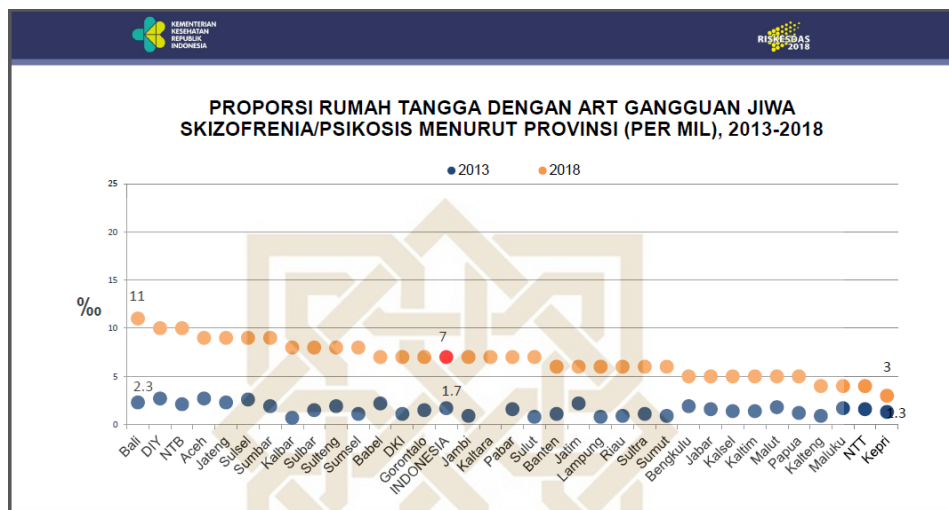
Masalah kesehatan jiwa di Indonesia merupakan masalah penting dan harus mendapatkan perhatian sungguh-sungguh dari keluarga, masyarakat bahkan Pemerintah. Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan yang serius dan membutuhkan waktu lama untuk bisa pulih, karena itu jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) cenderung terus bertambah.³ Sebagaimana Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 yang menunjukkan bahwa proporsi gangguan jiwa cukup signifikan jika dibandingkan dengan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 yaitu naik dari 1,7% menjadi 7%. Hasil tersebut

¹ Iyus Yosep, *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*, (Bandung: PT Refika Aditama, 2010), hlm. 1.

² Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 1 ayat (1).

³ Sri Handayani, *Mengapa Kasus Gangguan Jiwa di Yogyakarta Tinggi?*, <http://brsbkl.jogjaprovo.go.id>, diakses tanggal 25 Maret 2019.

didapatkan dengan sampel 300.000 rumah tangga mencakup seluruh provinsi dan kabupaten/kota yaitu 34 provinsi, 416 kabupaten dan 98 kota di Indonesia.⁴



Sumber : Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi.⁵

Dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 proporsi rumah tangga dengan ART gangguan jiwa skizofrenia/psikosis menurut provinsi tersebut dapat dilihat bahwa Yogyakarta menempati urutan kedua tertinggi dari 34 provinsi bahkan melebihi rata-rata di Indonesia. Sebagaimana D.I. Yogyakarta dalam urutan kedua tertinggi dengan anggota rumah tangga yang memiliki gangguan jiwa dan Bali yang menduduki urutan kedua.⁶

Sikap masyarakat terhadap gangguan jiwa pada kenyataannya dapat dikatakan miris. Sebagaimana masyarakat menyebut gangguan jiwa dengan berbagai banyak sebutan halus sampai dengan yang kasar. Sebutan tersebut sudah tak asing lagi di telinga kita, seperti: *sinting*, *otak miring* atau *gila* serta sebutan-

⁴ Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, www.depkes.go.id, diakses tanggal 25 Maret 2019.

⁵ *Ibid.*,

⁶ *Ibid.*,

sebutan kasar lainnya.⁷ Padahal, menurut ketentuan dalam Undang-Undang No.8 Tahun 2016 yaitu seseorang yang mempunyai masalah kesehatan jiwa disebut dengan Penyandang Disabilitas Mental (PDM) atau Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Penyandang Disabilitas Mental (PDM) yang dimaksud bahwa terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku. Hal yang dimaksud contohnya psikososial diantaranya skizofrenia, bipolar, depresi, dan disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial.⁸

Beda halnya dalam Balai Rehabilitasi bahwa penyebutan untuk Penyandang Disabilitas Mental (PDM) atau Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) disebut dengan orang dalam disabilitas mental eks psikotik. Eks psikotik itu sendiri adalah seseorang yang mempunyai kelainan mental atau tingkah laku karena pernah mengalami sakit jiwa.⁹ Eks psikotik yang dimaksud adalah yang sudah mendapatkan perawatan jiwa, sudah ada diagnosa Psikiatrik dan rekomendasi obat. Kondisi gangguan kejiwaan yang diderita pun sudah menurun dan berusia maksimal 50 tahun.¹⁰

Faktor penyebab orang dalam disabilitas mental eks psikotik adalah adanya kerusakan atau tidak berfungsinya salah satu atau lebih Sistem Syaraf Pusat (SSP) yang terjadi sejak lahir, penyakit, kecelakaan dan juga karena keturunan, maka dari itu eks psikotik mempunyai rintangan atau hambatan untuk melakukan

⁷ Ruswanto, Moch. Zaenudin, dan Hery Wibowo, "Peran Pekerja Sosial Dalam Rehabilitasi Sosial Kepada Orang Dengan Disabilitas Mental Eks psikotik Di Panti Sosial Bina Laras "PHALA MARTHA" Sukabumi", *Prosiding KS: Riset dan PKM*, vol.3:3, hlm. 404. garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 20 Februari 2019.

⁸ Undang-Undang No 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, pasal 4 ayat (1).

⁹ Ruswanto, Moch. Zaenudin, dan Hery Wibowo, "Peran Pekerja Sosial....", *Prosiding KS: Riset dan PKM*, vol.3:3, hlm. 404. garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 20 Februari 2019.

¹⁰ Hasil wawancara dengan Mba Anisa salah satu pekerja sosial di BRSBKL pada tanggal 1 April 2019

pencarian nafkah atau kegiatan kemasyarakatan. Tetapi orang yang memiliki gangguan psikotik sangat sering ditolak oleh orang lain, mereka sering terisolasi dan memiliki sedikit kesempatan untuk melakukan interaksi sosial.¹¹ Hal tersebut dikarenakan stigma di masyarakat bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa psikotik cenderung berbahaya bagi masyarakat sekitar. Mereka sering melakukan tindakan kekerasan terhadap lingkungan sekitar yang dapat merepotkan ataupun membahayakan bagi masyarakat sehingga tidak jarang mereka di pasung.¹²

Orang dengan gangguan jiwa atau kecacatan eks psikotik memang pada kenyataannya berdampak sangat luas, berlangsung terus menerus dan dampak yang ditimbulkan tidak hanya dirasakan oleh penderitanya saja tetapi keluarga, tetangga, dan masyarakat luas.¹³ Hal tersebut dikarenakan banyak orang dengan gangguan jiwa yang memiliki kesulitan untuk mempertahankan pekerjaan atau merawat diri mereka sendiri, maka mereka bergantung kepada orang lain untuk membantu mereka.¹⁴ Sebagaimana orang “normal” yang dapat berinteraksi dan penyesuaian diri terhadap lingkungannya, demi untuk menjamin kelangsungan hidup dan pertumbuhannya.¹⁵

¹¹ Richard P.Halgin dan Susan Krauss Whitbourne, *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis Edisi 6 Buku 2*, (Jakarta: Salemba Humanika, 2011), hlm. 44.

¹² Ruswanto, Moch. Zaenudin, dan Hery Wibowo, “Peran Pekerja Sosial....”, *Prosiding KS: Riset dan PKM*, vol.3:3, hlm. 404. garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 20 Februari 2019.

¹³ Kemensos, *Pedoman Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Kecacatan (ODK) Eks psikotik Dalam Panti*, (Jakarta: KEMENSOS RI, 2010), hlm. 12-14. Dilihat di Zhelly Widyamartha Mulyono, *Peran Keluarga Dalam Proses Penyembuhan Penerima Manfaat Eks psikotik Di Rumah Pelayanan Sosial Eks psikotik “MARTANI” Desa Pucung Kidul Kecamatan Kroya Kabupaten Cilacap (Studi Kasus Pada Keluarga Penerima Manfaat Melalui Home Visit)*, Skripsi, (Purwokerto: IAIN Purwokerto, 2017).

¹⁴ Stop Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), <http://www.depkes.go.id/article/print/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>, diakses tanggal 20 Februari 2019.

¹⁵ Abdul Aziz el Quussy, *Pokok-pokok Kesehatan Jiwa/Mental*, (Jakarta: Bulan Bintang, 1975), hlm. 34.

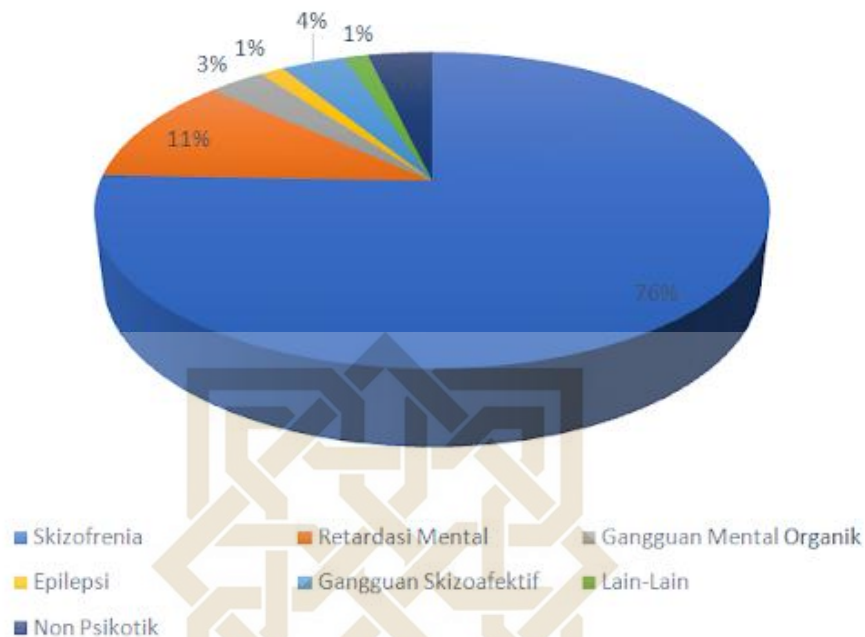
Oleh sebab itu, sebagai konsekuensi dari meningkatnya masalah kesehatan jiwa setiap tahunnya, perlunya perhatian dari keluarga, masyarakat dan pemerintah secara umum terhadap perlunya standar kehidupan yang lebih baik, telah mendorong terbentuknya berbagai layanan sosial.¹⁶ Pada saat ini, sudah ada upaya nyata dari pemerintah terhadap panti-panti yang menampung Penyandang Disabilitas Mental (PDM) hanya saja belum maksimal dalam penanganannya, selain itu Penyandang Disabilitas Mental (PDM) masih mendapatkan perlakuan diskriminatif, stigma, dan tersingkir dari lingkungan masyarakat.¹⁷

Berkaitan dengan masalah Penyandang Disabilitas Mental (PDM) di Yogyakarta ini, maka adanya pelayanan dari pemerintah salah satunya yaitu Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta. Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta adalah Unit Pelayanan Teknis Daerah Istimewa Yogyakarta dalam pelayanan dan rehabilitasi sosial bagi penyandang masalah sosial khususnya gelandangan, pengemis, pemulung dan rawan sosial. Selain memberikan pelayanan kepada gelandangan dan pengemis, Balai RSBKL juga melayani Warga Binaan Sosial (WBS) eks psikotik atau yang lebih sering dikenal dengan ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa). Berikut adalah gambaran kondisi WBS eks psikotik Balai RSBKL jika dilihat dari kondisi kejiwaannya.¹⁸

¹⁶ *Ibid.*, hlm. 107.

¹⁷ Isbandi Rukminto, *Kesejahteraan Sosial (Perkembangan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2013), hlm. 107-108.

¹⁸ WBS Eks Psikotik Balai RSBKL DIY per Juni 2017, <http://brsbkl.jogjaprovo.go.id>, diakses tanggal 25 Maret 2019.



Sumber : Gambaran Kondisi WBS Eks Psikotik Balai RSKBL tahun 2017

Dari data diatas dengan jumlah 250 WBS, dapat dilihat bahwa sebagian besar WBS eks psikotik Balai RSBKL adalah Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Meskipun begitu, banyak juga WBS dengan retardasi mental, gangguan mental organik, epilepsi, dan gangguan skizoafektif. Ada pula beberapa WBS yang mengalami dua kondisi gangguan jiwa sekaligus. Perlu menjadi perhatian, terdapat 4% atau kurang lebih 10 WBS non-psikotik, WBS ini adalah WBS eks Panti Karya yang kemudian setelah digabung dengan Balai RSBKL ditempatkan di Unit Laras karena membutuhkan bantuan dalam aktivitas hidup sehari-harinya.¹⁹

Dengan adanya Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras, peran keluarga penerima manfaat pelayanan dan rehabilitasi tersebut berpengaruh

¹⁹ *Ibid.*,

terhadap proses pemulihan klien eks psikotik. Tetapi permasalahannya terletak pada banyaknya keluarga yang tidak berkomitmen pada proses pemulihan klien tersebut, meskipun ada juga keluarga yang masih berkomitmen pada proses pemulihan klien tersebut sesuai dengan kesepakatan awal dengan pihak balai. Sebenarnya, peran keluarga berpengaruh terhadap perkembangan dalam pemulihan klien. Dapat dilihat klien yang didukung oleh anggota keluarganya berbeda dengan yang tidak didukung keluarga klien tersebut. Dikarenakan klien lebih bersemangat dalam menjalankan kegiatan proses pemulihan yang terdapat di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.²⁰

Seperti contohnya pada salah satu klien yaitu TG, Klien TG mengalami perkembangan karena keluarga klien TG sangat berkomitmen pada pihak Balai dan peduli dengan proses pemulihan klien TG di dalam Balai. Keluarga klien sangat mengharapkan klien TG dapat pulih kembali setelah mendapatkan pelayanan dan rehabilitasi sosial di balai. Sebagaimana keluarga klien TG seminggu sekali menjenguk klien TG dan mengikuti program pelayanan dan rehabilitasi yang diadakan oleh Balai. Dampak dari kooperatif keluarga klien dengan pihak Balai yaitu klien sudah mengalami perkembangan dalam hal komunikasi yang sebelumnya klien sulit untuk komunikasi.²¹

Maka dari itu untuk proses pemulihan klien dalam balai tidak serta merta didapat dari pelayanan dan rehabilitasi saja tetapi juga perlunya dukungan dari keluarga dan komitmen kerja sama yang baik dari keluarga supaya klien

²⁰ Observasi selama menjalankan Praktik Pekerjaan Sosial (PPS) Oktober-Desember 2018.

²¹ Hasil wawancara dengan Bapak MA pada tanggal 31 Agustus 2019.

bersemangat untuk pulih dan ingin kembali ke keluarga dalam keadaan pulih.²² Sebagaimana keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu membentuk *homeostasis* akan dapat meningkatkan kesehatan mental para anggota keluarganya. Hal tersebut juga dapat meningkatkan ketahanan para anggota keluarganya dari adanya gangguan-gangguan mental dan ketidakstabilan emosional para anggotanya.²³

Dalam pandangan psikodinamik, keluarga merupakan lingkungan sosial yang secara langsung mempengaruhi individu. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di dalam keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran, dan kebiasaannya. Keluarga juga berfungsi sebagai seleksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya. Dengan demikian keluarga merupakan lingkungan yang sangat penting dari keseluruhan sistem lingkungan.²⁴

Berdasarkan penjelasan diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui tentang “Respon Keluarga Klien Eks Psikotik terhadap Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya Dan Laras Yogyakarta”

²² *Ibid.*,

²³ Moeljono Notoedirdjo dan Latipun, *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*, (Malang: UMM Press, 1999), hlm. 126.

²⁴ *Ibid.*, hlm. 124-125.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana respon keluarga klien eks Psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras?
2. Apa saja faktor yang mempengaruhi respon keluarga klien eks Psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian adalah sebagai berikut :

1. Untuk menjelaskan respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.
2. Untuk menjelaskan faktor yang mempengaruhi respon keluarga klien eks Psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang akan diperoleh dalam penelitian tersebut sebagai berikut :

1. Secara Teoritis

Penelitian ini digunakan untuk mengimplementasikan ilmu maupun teori-teori mata kuliah kesehatan mental dan psikologi kesejahteraan sosial yang

didapati selama berada di bangku perkuliahan dan peneliti lebih mengetahui realita langsung di lingkungan masyarakat. Hasil dari penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan ilmiah bagi para akademisi, lembaga akademik dan masyarakat.

2. Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan rekomendasi bagi Lembaga Kesejahteraan Sosial dan Instansi terkait serta masyarakat terkait respon klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial.

E. Kajian Pustaka

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti telah meninjau beberapa hasil penelitian yang sesuai dan relevan dengan pelaksanaan penelitian yang akan dilakukan.

Pertama, skripsi yang ditulis oleh Ronni Furrioni yang berjudul “*Respon Klien terhadap Pelayanan Sosial (Studi Kasus Lansia di UPT Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Budhi Dharma Yogyakarta)*”.²⁵ Penelitian yang dilakukan Ronni merupakan jenis penelitian deskriptif kualitatif. Adapun teori yang digunakan dalam penelitian Ronni menggunakan teori respon yang terdiri dari respon kognitif, afektif, dan behavioral. Hasil dari penelitian Ronni menjelaskan bahwa: Hasil respon kognitif yang terjadi pada lansia yang mendapatkan

²⁵ Ronni Furrioni, *Respon Klien terhadap Pelayanan Sosial (Studi Kasus Lansia di UPT Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Budhi Dharma Yogyakarta)*, Skripsi, (Yogyakarta: Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga, 2018).

pelayanan sosial di Rumah Pelayanan Sosila Lanjut Usia Budhi Dharma terkait dengan pengetahuan tentang segala bentuk pelayanan sosial yang ada di rumah pelayanan tersebut. Secara keseluruhan respon kognitif yang didapat mencerminkan respon positif. Adapun hasil menunjukkan bahwa lansia memahami mengenai pelayanan yang ada di rumah pelayanan sosial Budhi Dharma.

Respon afektif yang terjadi pada lansia di rumah pelayanan Budhi Dharma adalah bentuk respon yang mencerminkan dari sikap lansia mengenai pelayanan yang dirasakan. Adapun secara keseluruhan respon afektif pada lansia mencerminkan respon positif seperti sikap petugas yang baik, ramah dan sabar membuat lansia merasa senang dan puas dengan pelayanan tersebut. Kemudian, respon behavioral yang terjadi pada lansia di rumah pelayanan sosial Budhi Dharma terkait dengan tindakan yang terlihat saat mengikuti kegiatan atau program di rumah pelayanan. Hasil menunjukkan bahwa lansia aktif mengikuti kegiatan yang ada di panti.

Kesamaan pada penelitian yang ditulis oleh Ronni Furrioni dengan penelitian saya ialah terdapat pada teori respon yang digunakan untuk membahas tentang respon terhadap sebuah tempat pelayanan sosial. Sedangkan perbedaannya terletak pada subjek dan lokasi penelitiannya. Penelitian yang ditulis oleh Ronni Furrioni lebih memfokuskan pada respon klien atau lansia terhadap pelayanan sosial yang diberikan oleh pihak Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Budhi Dharma Yogyakarta dengan jumlah SDM yang masih terbatas. Sedangkan penelitian saya tidak memfokuskan pada respon klien tetapi respon keluarga klien

eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras saja tetapi fokus juga terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi respon keluarga tersebut.

Kedua, skripsi yang ditulis oleh Ndaruwati Selviana yang berjudul “*Respon Penerimaan Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa Korban Pasung (Studi di Desa Dlingo Kec. Dlingo Kab. Bantul Yogyakarta)*”.²⁶ Penelitian yang dilakukan Ndaruwati Selviana merupakan jenis penelitian deskriptif analisis. Adapun teori yang digunakan dalam penelitian Ndaruwati Selviana menggunakan teori respon yang terdiri dari respon kognitif, afektif, dan behavioral.

Hasil dari penelitian Ndaruwati Selviana menjelaskan bahwa: Respon kognitif secara keseluruhan merespon positif dan negatif. Dalam kasus ODGJ S masyarakat merespon negatif, hal ini disebabkan oleh masa lalu S yang pernah melukai neneknya hingga meninggal dunia, S juga pernah mengamuk dan membuat keresahan. Sedangkan, dalam kasus ODGJ N jauh lebih tenang dan stabil, keluarga juga memberikan dukungan dan kasih sayang yang baik. Kemudian adanya sosialisasi yang dilakukan Dinas Sosial DIY tidak menimbulkan dampak yang berarti, karena tidak semua warga mengikutinya. Namun, untuk warga yang mengikuti hal tersebut menjadikan pandangannya terhadap ODGJ berbeda, mereka jauh lebih empati dan mengetahui bagaimana penanganan ODGJ.

Respon afektif, pada bentuk respon ini peneliti menemukan adanya perbedaan penerimaan respon senang dan tidak senang. Dalam kasus ODGJ S

²⁶ Ndaruwati Selviana, *Respon Penerimaan Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa Korban Pasung*, Skripsi, (Yogyakarta: Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga, 2018).

keadaan yang tidak stabil dinilai membahayakan masyarakat, dan sikap keluarga S menimbulkan penilaian tidak senang dari masyarakat. Sedangkan, dalam kasus N dinilai lebih stabil dan tidak membahayakan sehingga menimbulkan penilaian senang dan tidak adanya penolakan. Kemudian, Respon behavioral adanya persamaan yaitu tidak adanya diskriminasi pada kedua ODGJ korban pasung tersebut, namun dalam kasus S masyarakat jauh lebih waspada dan berhati-hati, saat S berada diluar rumah untuk bersosialisasi. Hal ini terjadi karena adanya kesan kurang baik dan anggapan bahwa S merupakan ancaman. Sedangkan dalam kasus N masyarakat tidak melihat adanya ancaman.

Kesamaan pada penelitian yang ditulis oleh Ndaruwati Selviana dengan penelitian saya ialah terdapat pada teori respon yang digunakan. Sedangkan perbedaannya terletak pada subjek dan lokasi penelitiannya. Penelitian yang ditulis oleh Ndaruwati Selviana lebih memfokuskan pada respon penerimaan masyarakat terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) korban pasung. Sedangkan penelitian saya tidak memfokuskan pada respon penerimaan masyarakat tetapi respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras saja tetapi fokus juga terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi respon keluarga tersebut.

Ketiga, skripsi yang ditulis oleh Novalinda Silviana yang berjudul “Respon Keluarga Pasien Terhadap Praktek Dokter Muda (Studi Pada Keluarga Pasien Rawat Inap III (IRNA III) di Rumah Ssakit Umum Dr. H. Abdul Moeloek)”.²⁷

²⁷ Novalinda Silviana, *Respon Keluarga Pasien Terhadap Praktek Dokter Muda (Studi Pada Keluarga Pasien Rawat Inap III (IRNA III) di Rumah Ssakit Umum Dr. H. Abdul Moeloek)*, Skripsi, (Bandar Lampung: Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Lampung, 2015). garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 21 Mei 2019.

Penelitian yang dilakukan Novalinda Silviana merupakan jenis penelitian kualitatif. Adapun teori yang digunakan dalam penelitian Novalinda Silviana menggunakan teori respon yang terdiri dari respon positif dan negatif. Hasil dari penelitian Novalinda Silviana menjelaskan bahwa: Respon positif yaitu informan yang merespon positif umumnya menerima kehadiran dokter muda secara baik menerima, memaklumi kemampuan kompetensi dokter muda, bersifat komunikatif serta adanya interaksi yang terjalin antara dokter dengan pasiennya. Sedangkan respon negatif yaitu informan yang merespon negatif umumnya meragukan kompetensi dokter muda sehingga informan lebih memilih ditangani dokter tetap atau perawat senior. Informan merasakan sikap salah satu dokter senior yang tidak sepatutnya kepada pasien, dengan memberikan keterangan bahwa umur pasien sudah tidak lama lagi.

Kesamaan pada penelitian yang ditulis oleh Novalinda Silviana dengan penelitian saya ialah terdapat pada fokus terhadap respon keluarga dan teori-teori yang digunakan. Sedangkan perbedaannya terletak pada lokasi penelitiannya. Penelitian yang ditulis oleh Novalinda Silviana dilakukan di rumah sakit dalam mengetahui respon keluarga pasien terhadap praktik dokter muda. Sedangkan penelitian saya untuk mengetahui respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.

Keempat, jurnal yang ditulis oleh Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati yang berjudul “*Respon Keluarga Pemilik Sawah terhadap Perlindungan Lahan*

Pertanian Pangan Berkelanjutan di Kabupaten Pemalang".²⁸ Penelitian yang dilakukan Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati merupakan jenis penelitian kuantitatif. Adapun teori yang digunakan dalam penelitian Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati menggunakan teori respon yang terdiri dari respon positif dan negatif. Hasil dari penelitian Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati menjelaskan bahwa: Respon keluarga pemilik sawah terhadap perlindungan lahan pertanian pangan berkelanjutan di Kabupaten Pemalang tergolong negatif. Dari 99 keluarga pemilik sawah, hanya 36 yang memiliki respon positif terhadap perlindungan lahan pertanian pangan berkelanjutan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga pemilik sawah mengkonversi lahan sawah yang dimilikinya di Desa Mejangong meliputi kebutuhan ekonomi, lokasi lahan sawah, kebutuhan bangunan, di Desa Kabunan meliputi kebutuhan ekonomi, pengetahuan PLP2B, lokasi lahan sawah, kebutuhan bangunan, adanya pembangunan pabrik, di Desa Kebongede hanya kebutuhan bangunan.

Kesamaan pada penelitian yang ditulis oleh Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati dengan penelitian saya ialah terdapat pada fokus terhadap respon keluarga dan teori-teori yang digunakan. Sedangkan perbedaannya terletak pada lokasi penelitiannya. Penelitian yang ditulis oleh Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati dilakukan pada keluarga pemilik sawah di Kabupaten Pemalang terhadap PLP2B. Sedangkan penelitian saya untuk mengetahui respon keluarga klien eks psikotik

²⁸ Mei Ardi Wiranoto dan Puji Hardati, *Respon Keluarga Pemilik Sawah terhadap Perlindungan Lahan Pertanian Pangan Berkelanjutan di Kabupaten Pemalang*, Jurnal, (Semarang: Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang, 2014). garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 21 Mei 2019.

terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.

F. Kerangka Teori

Landasan teori yang menjadi dasar bagi peneliti dalam melakukan penelitiannya.²⁹ Dalam penelitian ini peneliti menggunakan beberapa teori terkait dengan permasalahan yang diteliti, sehingga mampu untuk memberikan jawaban atas pentingnya permasalahan penelitian dipelajari dan memperjelas dalam pembahasan permasalahan.³⁰

1. Tinjauan tentang Respon Keluarga Klien Eks Psikotik

a. Pengertian Respon

Secara umum, respon berasal dari kata *response*, yang berarti jawaban, balasan atau tanggapan (*reaction*). Dalam menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), respon adalah tanggapan atau reaksi atau jawaban, dikarenakan respon merupakan timbal balik dari apa yang dikomunikasikan terhadap orang-orang yang terlibat proses komunikasi.³¹

Sedangkan menurut Salihat dan Sunardi yang dijelaskan dalam buku Suciati bahwa kata perilaku sinonim dari aktivitas, aksi, kinerja, respon atau reaksi. Maksudnya adalah segala perbuatan atau tindakan yang dilakukan oleh makhluk hidup. Termasuk dalam sebuah perilaku atau respon adalah tindakan sederhana (*simple action*) seperti mengedipkan mata, menggerakkan jari tangan, melirik, dan

²⁹ Samiaji Sarosa, *Penelitian Kualitatif: Dasar-Dasar*, (Jakarta: PT Indeks, 2012), hlm. 34.

³⁰ *Ibid.*, hlm. 35.

³¹ Kamus Besar Bahasa Indonesia, <https://kbbi.web.id>, diakses pada tanggal 28 Februari 2019.

sebagainya. Sebuah perilaku atau respon bisa meliputi perilaku yang tampak (*observable/overt*) dan perilaku yang tidak tampak (*non observable/covert*).³²

Respon yang tampak meliputi perilaku yang bisa dilihat oleh orang lain, seperti berjalan, berlari, berbicara, memukul, menangis, melempar, dan sebagainya. Adapun respon yang tidak tampak adalah perilaku yang tidak bisa diamati oleh orang lain, misalnya berpikir, dan merasakan yang dikarenakan oleh sifatnya yang tidak nampak maka perlu disimpulkan terlebih dahulu respon-respon yang terbuka.³³ Sebagaimana diketahui bahwa respon yang ada pada individu itu tidak timbul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari adanya stimulus yang mengenai individu itu. Respon itu merupakan respons terhadap stimulus yang mengenyainya, karena respons merupakan fungsi atau bergantung pada stimulus dan individu.³⁴

Reaksi atau perilaku refleksif adalah perilaku yang terjadi dengan sendirinya, secara otomatis. Stimulus yang diterima oleh individu tidak sampai ke pusat susunan syaraf atau otak sebagai pusat kesadaran dan sebagai pusat pengendali dari perilaku manusia. Dalam perilaku yang refleksif respons langsung timbul begitu menerima stimulus. Dengan kata lain begitu stimulus diterima oleh reseptor, begitu langsung respons timbul melalui afektor, tanpa melalui pusat kesadaran atau otak.³⁵

³² Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, (Yogyakarta: Buku Litera Yogyakarta, 2016), hlm. 23.

³³ *Ibid.*,

³⁴ Bimo Walgito, *Pengantar Psikologi Umum*, (Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET, 2010), hlm. 11.

³⁵ *Ibid.*, hlm. 13.

Lain halnya dengan perilaku yang non-refleksif yang dikendalikan oleh kesadaran atau otak. Dalam kaitan ini stimulus setelah diterima oleh reseptor kemudian diteruskan ke otak sebagai pusat syaraf, pusat kesadaran, baru kemudian terjadi respons melalui afektor. Proses yang terjadi dalam pusat kesadaran atau otak ini yang disebut proses psikologis.³⁶

Dalam buku Morissan menjelaskan bahwa Charles Osgood mengemukakan teori pembelajaran (*Learning Theory*). Teori ini dimulai dengan asumsi bahwa individu memberikan respons terhadap rangsangan (stimuli) yang berasal dari lingkungannya yang membentuk hubungan stimulus-respons (S-R).³⁷ Stimulus itu sendiri yang berarti perangsang organisme bagian tubuh atau reseptor lain untuk menjadi aktif.³⁸ Charles Osgood percaya hubungan S-R berperan dalam pembentukan makna secara internal yang merupakan respons mental terhadap stimulus. Contohnya ketika keluarga mendengar suatu pembicaraan atau suatu pertanyaan dari peneliti maka suatu hubungan internal akan muncul dipikirkan, dan hubungan ini membentuk makna keluarga atas konsep yang sedang dibicarakan oleh peneliti.³⁹

Selain itu, keluarga juga menerima stimulus fisik dan keluarga memberikan respons dalam bentuk perilaku. Respon yang keluarga berikan diperantarai oleh representasi internal yang ada dalam pikiran keluarga, dan makna yang keluarga berikan terletak diantara stimulus yang diterima dan tanggapan yang keluarga

³⁶ *Ibid.*, hlm. 13.

³⁷ Morissan, *Psikologi Komunikasi*, (Bogor: Ghalia Indonesia, 2010), hlm 79.

³⁸ <https://kbbi.web.id>, diakses pada tanggal 23 Maret 2019.

³⁹ Morissan, *Psikologi Komunikasi*, hlm 79.

berikan. Stimulus yang diterima dari luar akan menuju kepada makna internal yang kemudian menghasilkan respons.⁴⁰

b. Macam-macam Respon

Menurut Steven M. Chafee yang dikutip oleh Jalaluddin Rakhmat, macam-macam respon dibagi menjadi tiga yaitu,

Pertama, respon kognitif atau pengetahuan. Istilah kognitif berasal dari kata *cognoscere* yang artinya mengetahui. Aspek kognitif banyak memperlakukan bagaimana cara memperoleh pemahaman tentang dirinya dan lingkungannya, serta bagaimana dengan kesadaran itu ia berinteraksi dengan lingkungannya. Setiap perilaku sadar manusia didahului oleh proses kognitif yang memberi arah terhadap perilaku dan setiap lahiriahnya baik dirasakan maupun tidak dirasakan.⁴¹

Respon kognitif terjadi bila ada perubahan pada apa yang diketahui, dipahami, atau di persepsi khalayak. Respon ini berkaitan dengan transmisi pengetahuan, keterampilan, kepercayaan, atau informasi.⁴² Sama halnya dengan pendapat Mar'at yang dikutip oleh Suciati, respon kognitif berhubungan dengan *belief* (kepercayaan atau keyakinan), ide, konsep persepsi, stereotype, opini yang dimiliki individu mengenai sesuatu.⁴³

Kedua, respon afektif atau sikap. Respon yang dapat diberikan individu terhadap objek sikap dapat berupa respon yang positif dan negative. Menurut Mar'at yang disebutkan dalam buku Suciati bahwa hasil persepsi individu akan

⁴⁰ *Ibid.*,

⁴¹ Jalaluddin Rakhmat, *Psikologi Komunikasi*, (Bandung: PT Remaja Rosdakarya, 2011), hlm. 217.

⁴² *Ibid.*,

⁴³ Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, hlm. 141.

dicerminikan dalam sikap yang diambil oleh individu yang bersangkutan. Hal ini merupakan pendapat atau keyakinan individu tentang objek sikap dan berkaitan dengan segi kognisi. Afektif akan mengiringi hasil kognisi terhadap objek sikap sebagai aspek evaluatif yang dapat bersifat positif maupun negatif. Hasil evaluasi aspek afektif akan mengait segi kognisi yaitu kesiapan untuk memberikan respon terhadap objek sikap, kesiapan untuk bertindak, kesiapan untuk berperilaku.⁴⁴

Respon afektif timbul bila ada perubahan pada apa yang dirasakan, disenangi, atau dibenci khalayak. Respon ini ada hubungannya dengan emosi, sikap, atau nilai.⁴⁵ Sama halnya dengan pendapat Mar'at yang dikutip oleh Suciati, respon afektif yang berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang menyangkut perasaan individu terhadap objek sikap dan menyangkut masalah emosi.⁴⁶

Sikap itu sendiri merupakan predisposisi individu untuk berperilaku dengan cara yang khusus untuk merespon sesuatu di luar dirinya. Ada tiga karakter esensi dari sebuah sikap yaitu arah, intensitas, dan *salience*. Selain itu sebuah sikap akan memiliki indikator-indikator seperti; perasaan mendukung maupun perasaan tidak mendukung pada suatu objek, berorientasi kepada kesiapan respon, kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu, apabila dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon, suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dari situasi sosial yang telah terkondisikan, dan berorientasi skema triadik.⁴⁷

⁴⁴ *Ibid.*, hlm 145.

⁴⁵ Jalaluddin Rakhmat, *Psikologi Komunikasi*, hlm. 217.

⁴⁶ Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, hlm. 141.

⁴⁷ *Ibid.*, hlm. 139-140.

Ketiga, respon behavioral merujuk pada perilaku nyata yang dapat diamati, meliputi pola-pola tindakan, kegiatan, atau kebiasaan berperilaku.⁴⁸ Perilaku manusia dapat dikendalikan atau terkendali, yang berarti bahwa perilaku itu dapat diatur oleh individu yang bersangkutan, perilaku manusia juga merupakan perilaku yang terintegrasi. Bahwa keseluruhan keadaan individu atau manusia itu terlibat dalam perilaku yang bersangkutan, bukan bagian demi bagian.⁴⁹

Menurut Sunardi dalam buku Suciati, perilaku adalah tindakan sederhana (*sample action*) seperti mengedipkan mata, menggerakkan jari tangan, melirik, dan sebagainya. Sebuah perilaku bisa meliputi perilaku yang tampak (*observable/overt*) dan perilaku yang tidak tampak (*non observable/covert*). Perilaku yang tampak meliputi perilaku yang bisa dilihat oleh orang lain, seperti berjalan, berlari, berbicara, memukul, menangis, melempar, dan sebagainya. Adapun perilaku yang tidak tampak adalah perilaku yang tidak bisa diamati oleh orang lain, misalnya berpikir dan merasakan. Dikarenakan oleh sifatnya yang tidak nampak maka perlu disimpulkan terlebih dahulu respon-respon yang terbuka.⁵⁰

c. Faktor Terbentuknya Respon

Menurut Bimo Walgito, faktor terbentuknya respon ada dua yaitu:

Pertama, faktor internal adalah faktor yang ada di dalam diri setiap individu manusia terdiri dari unsur jasmani dan rohani. Maka, seseorang yang mengadakan respon terhadap sesuatu stimulus tetap dipengaruhi oleh eksistensi kedua unsur

⁴⁸ Jalaluddin Rakhmat, *Psikologi Komunikasi*, hlm. 217.

⁴⁹ Bimo Walgito, *Pengantar Psikologi Umum*, hlm. 13.

⁵⁰ Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, hlm. 23.

tersebut. Kondisi kedua unsur tersebut sangat berpengaruh ketika seseorang mengadakan respons terhadap suatu keadaan. Apabila salah satu unsur mengalami gangguan, maka respon yang dihasilkan akan berbeda intensitasnya pada diri individu yang melakukan respon atau akan berbeda tanggapan satu orang dengan orang lain. Unsur jasmani atau psikologis meliputi keberadaan, perasaan, akal, fantasi, pandangan jiwa, mental, motivasi dan sebagainya.⁵¹

Faktor internal terbentuknya respon kognitif adalah objek sikap yang diambil individu akan dipengaruhi oleh berfikir atau rasio. Sebuah perilaku manusia tidak digerakkan oleh motivasi tetapi lebih digerakkan oleh rasio. Kemampuan berpikir seseorang akan menentukan baik buruknya perilakunya, dengan rasio, manusia mulai memikirkan alasan-alasan tertentu yang mendorongnya untuk berperilaku.⁵²

Faktor internal terbentuknya respon afektif adalah objek sikap yang diambil individu akan dipengaruhi oleh faktor emosional. Faktor emosional yaitu suatu sikap yang dilandasi oleh emosi yang fungsinya sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Hal ini dapat bersifat sementara ataupun menetap (persisten/tahan lama).⁵³

Sedangkan, faktor internal terbentuknya respon behavioral adalah objek perilaku yang diambil individu akan dipengaruhi oleh kemauan dan kebiasaan. Kemauan yaitu kekuatan yang sadar dan hidup yang mencitakan sesuatu berdasarkan perasaan dan pikiran dalam rangka mencapai suatu tindakan atau

⁵¹ Bimo Walgito, *Pengantar Psikologi Umum*, hlm. 55.

⁵² Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, hlm. 167.

⁵³ *Ibid.*, hlm. 145.

perilaku. Sedangkan kebiasaan adalah aspek perilaku yang menetap, berlangsung secara otomatis dan tidak direncanakan.⁵⁴

Kedua, faktor eksternal menurut Bimo Walgito, faktor eksternal terbentuknya suatu respon yaitu ketika faktor fisik berhubungan dengan objek yang menimbulkan stimulus dan stimulus mengabaikan alat indera.⁵⁵ Menurut Ki Fudyaartanta, faktor yang ada di luar diri setiap individu seperti pengaruh faktor pendidikan dan pengaruh alam sekitar yaitu:

Pendidikan adalah bimbingan secara sadar dan sistematis agar seseorang dapat mengembangkan segala potensi yang ada padanya dan untuk menanamkan kepada seseorang dapat mengembangkan segala potensi yang ada padanya dan untuk menanamkan kepada seseorang sifat-sifat dan kecakapan-kecakapan sesuai dengan tujuan pendidikan. Lebih tegas lagi bahwa pendidikan adalah tindakan budaya secara sadar dan sistematis yang ditujukan kepada seseorang agar dapat mengembangkan segala potensi yang ada padanya dan untuk mengenalkan nilai-nilai budaya serta sifat-sifat dan kecakapan sesuai dengan tujuan pendidikan dengan maksud membudayakan manusia dalam hidup manusia budaya.⁵⁶

Maksud penegasan pendidikan tersebut agar kita dapat membedakan pengaruh pendidikan dan pendidikan dan pengaruh alam sekitar. Alam sekitar memberikan pengaruh respon kepada orang tersebut, berarti juga memberikan pengaruh dari pendidikan. Pengaruh alam sekitar terhadap respon bergantung

⁵⁴ *Ibid.*, hlm. 26.

⁵⁵ Bimo Walgito, *Pengantar Psikologi Umum*, hlm. 55.

⁵⁶ Ki Fudyaartanta, *Psikologi Umum 1 & 2*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2011), hlm. 72.

kepada dimana orang tersebut dilahirkan dalam lingkungan kebudayaan dan yang tertentu.⁵⁷

Faktor eksternal terbentuknya respon kognitif adalah objek yang diambil individu akan dipengaruhi oleh pendidikan, pengalaman, pengetahuannya. Kemampuan berpikir seseorang akan menentukan baik buruknya perilaku. Dengan demikian jenis perbuatan baik atau buruk karena ia melakukannya dengan sejumlah alasan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, pengalaman, pengetahuannya, pastinya ia akan melakukan perbuatan yang semakin baik dengan alasan yang rasional.⁵⁸ Perilaku individu merupakan respon dari stimulus, namun dari dalam individu ada kemampuan untuk menentukan perilaku yang diambilnya.⁵⁹

Selain hal tersebut ada faktor kepercayaan. Kepercayaan pun dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan dan kepentingan. Pengetahuan terkait dengan jumlah informasi yang diterima seseorang. Pengetahuan diperoleh dari berbagai sumber, dari saluran interpersonal sampai dengan media massa. Ketidak lengkapan informasi yang diterima seseorang mengakibatkan valid tidaknya kesimpulan yang diambilnya. Kebutuhan dan kepentingan juga mewarnai kepercayaan.⁶⁰

Faktor eksternal terbentuknya respon afektif adalah objek sikap yang diambil individu akan dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, kebudayaan, orang

⁵⁷ *Ibid.*, hlm. 72-73.

⁵⁸ Suciati, *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*, hlm 167.

⁵⁹ *Ibid.*, hlm. 46.

⁶⁰ *Ibid.*, hlm. 26.

lain yang dianggap penting, media massa, dan Institusi atau Lembaga Pendidikan dan Agama. Berikut penjelasannya,⁶¹

Pengalaman pribadi yaitu dasar pembentukan sikap dari pengalaman pribadi yang meninggalkan kesan yang kuat. Sikap mudah terbentuk jika melibatkan faktor emosional. Kemudian, kebudayaan yaitu pembentukan sikap tergantung pada kebudayaan tempat individu tersebut dibesarkan. Lalu, orang lain yang dianggap penting, yaitu orang-orang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah laku dan opini kita, orang yang tidak ingin dikecewakan, dan yang berarti khusus.⁶²

Selanjutnya, media massa yaitu berupa media cetak dan elektronik. Dalam penyampaian pesan, media massa membawa pesan-pesan sugestif yang dapat mempengaruhi opini kita. Jika pesan sugestif yang disampaikan cukup kuat, maka akan member dasar afektif dalam menilai sesuatu hal hingga membentuk sikap tertentu. Kemudian yang terakhir yaitu Institusi atau Lembaga Pendidikan dan Agama, dan faktor emosional. Institusi atau Lembaga Pendidikan dan Agama yaitu yang berfungsi meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman baik dan buruk, salah atau benar yang menentukan sistem kepercayaan seseorang hingga ikut berperan dalam menentukan sikap seseorang.⁶³

Faktor eksternal terbentuknya respon behaviorial adalah objek yang diambil individu akan dipengaruhi oleh lingkungan sekitar. Sebagaimana perilaku bergantung kepada lingkungan dan individu yang bersangkutan.⁶⁴

⁶¹ *Ibid.*, hlm. 145.

⁶² *Ibid.*,

⁶³ *Ibid.*,

⁶⁴ *Ibid.*, hlm. 46-47.

d. Keluarga Klien Eks Psikotik

Menurut Undang-Undang No 52 Tahun 2009, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.⁶⁵ Keluarga eks psikotik merupakan keluarga yang terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga termasuk dalam lingkungan mikro yang sangat penting dan dapat menjadi pendorong bagi kesehatan mental para anggota keluarganya jika situasinya baik, dan menjadi penghambat bagi perkembangan kesehatan mental jika situasinya kurang baik. Maka dari itu, kondisi keluarga yang “sehat” dapat meningkatkan kesehatan mental anak dan anggota keluarga lainnya. Sebaliknya, kondisi keluarga yang tidak kondusif dapat berakibat gangguan mental bagi anak. Gangguan tingkah laku, kecemasan, ambang, dan beberapa gangguan mental lain, diantaranya disebabkan oleh kondisi keluarga yang tidak baik..⁶⁶

Menurut Zastrow mengemukakan alasan lain untuk menempatkan keluarga sebagai fokus perhatian. Keikutsertaan (partisipasi) dari anggota keluarga biasanya diperlukan dalam proses penyembuhan klien. Salah satu metode penyembuhan yang digunakan untuk mengatasi masalah dalam keluarga adalah terapi keluarga atau konseling keluarga. Sedangkan menurut Goldenberg tetap perlu bagi mereka yang berminat dalam bidang terapi keluarga untuk mengenali

⁶⁵ Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga pasal 1 ayat 6.

⁶⁶ Isbandi Rukminto, *Kesejahteraan Sosial (Perkembangan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*, hlm. 127.

model apa yang mereka rasakan perlu untuk digunakan dalam menangani suatu masalah yang dihadapi oleh klien.⁶⁷

Banyak sekali kondisi-kondisi keluarga yang justru menjadi bahaya yang di mana sumber potensi kerusakan atau situasi yang berpotensi untuk menimbulkan kerugian bagi setiap anggota keluarganya dan tentunya berisiko pada terganggunya mental para anggotanya. Kondisi keluarga yang dapat menjadi bahaya yang dimana sumber potensi kerusakan atau situasi yang berpotensi untuk menimbulkan kerugian diantaranya perceraian dan perpisahan, keluarga yang tidak fungsional, dan perlakuan atau pengasuhan.⁶⁸

Kondisi keluarga yang dapat menjadi bahaya yang dimana sumber potensi kerusakan atau situasi yang berpotensi untuk menimbulkan gangguan jiwa diantaranya,⁶⁹ *Pertama*, perceraian dan perpisahan. Perceraian dan perpisahan karena berbagai sebab antara anak dengan orang tua menjadi faktor yang sangat berpengaruh bagi pembentukan perilaku dan kepribadian anak. Banyak studi dilakukan untuk memahami akibat-akibat perceraian bagi anggota keluarga khususnya lagi anak. Kesimpulan umum yang dapat dipetik bahwa perceraian dan perpisahan dapat berakibat buruk bagi perkembangan anak.

Kedua, Keluarga yang tidak fungsional. Keluarga yang tidak berfungsi menuju pada keadaan keluarga tetap utuh (*intake*), terdiri dari kedua orang tua dan anak-anaknya. Mereka masih menetap dalam satu rumah. Jadi strukturnya tidak mengalami perubahan. Hanya fungsinya yang tidak berjalan, faktor fungsi

⁶⁷ *Ibid.*, hlm. 175.

⁶⁸ *Ibid.*,

⁶⁹ Moeljono Notoedirdjo dan Latipun, *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*, hlm. 125-127.

keluarga ini menjadi bagian yang lebih penting daripada perceraian dan perpisahan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang utuh tetapi tidak fungsional lebih berakibat buruk pada anak.

Ketiga, perlakuan dan pengasuhan. Perlakuan orang tua kepada anak berkaitan dengan apa yang dilakukan orang tua atau anggota keluarga lain kepada anak. Apakah dibiarkan (*neglect*) diperlakukan secara kasar (*violence*) atau dimanfaatkan secara salah (*abuse*), atau diperlakukan secara penuh toleransi dan menciptakan iklim yang sehat. Semuanya mempengaruhi perkembangan anak, dan mungkin juga berpengaruh pada anggota keluarga secara keseluruhan. Tindakan keluarga yang membiarkan anak, diperlakukan secara kasar atau diperlakukan yang semestinya tidak perlu, akan mempengaruhi perkembangan mental anak.

Metode intervensi Sosial (metode perubahan sosial terencana) dalam Ilmu Kesejahteraan Sosial pada dasarnya dapat dikelompokkan antara lain berdasarkan level intervensi nya ataupun berdasarkan fokus kelompok sasaran intervensi. Menurut Kirst-Ashman memandang keluarga sebagai salah satu bentuk dari kelompok kecil. Sehingga intervensi pada keluarga membutuhkan praktik intervensi mikro dan mezzo, karena mempertimbangkan keluarga sebagai salah satu bentuk dari kelompok kecil yaitu *Family Casework*.⁷⁰

Di samping intervensi sosial pada individu, metode *casework* juga dapat diterapkan pada level keluarga. Intervensi pada level keluarga, menurut Zastrow dilakukan dengan melihat keluarga sebagai suatu sistem yang anggotanya saling

⁷⁰ Isbandi Rukminto, *Kesejahteraan Sosial (Perkembangan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*, hlm. 175.

berinteraksi dan mempunyai saling ketergantungan satu dengan lainnya. Karena itu, masalah yang dihadapi oleh individu biasanya dipengaruhi oleh dinamika yang ada di keluarga mereka. Sebagai konsekuensinya, perubahan pada satu anggota keluarga akan dapat memengaruhi anggota keluarga yang lain.⁷¹

e. Gangguan Mental atau Psikotik

Gangguan mental tidak semudah mengenal pada gangguan fisik. Banyak faktor yang mempengaruhi kesepakatan pengertian terhadap gangguan mental, selain karena faktor cultural yang mengartikan konsep sehat dan sakit secara berbeda antara budaya satu dengan lainnya, juga faktor individual yaitu persepsi dan perasaan yang sangat subjektif sifatnya. Namun demikian, kita menyadari bahwa gangguan mental itu diakui adanya di masyarakat. Sama halnya dengan yang terjadi gangguan fisik, gangguan mental ini pada dasarnya juga terdapat di semua masyarakat. Jadi, gangguan mental ada secara universal.⁷²

Dalam *International Classification of Diseases (ICD)* dan *Diognostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* digunakan istilah “mental disorder” yang diterjemahkan menjadi gangguan jiwa.⁷³ Gangguan mental dimaknakan sebagai tidak adanya atau kekurangannya dalam hal kesehatan mental. Dari pengertian ini, orang yang menunjukkan kurang dalam hal kesehatan mentalnya, maka dimasukkan sebagai orang yang mengalami gangguan mental.

Menurut Kaplan dan Sadock, gangguan mental adalah penyimpangan dari keadaan ideal dari suatu kesehatan mental merupakan indikasi adanya gangguan

⁷¹ *Ibid.*,

⁷² *Ibid.*, hlm. 42.

⁷³ *Ibid.*,

mental.⁷⁴ Gangguan mental dimaknakan sebagai adanya penyimpangan dari norma-norma perilaku yang mencakup pikiran, perasaan dan tindakan. Orang yang depresi dan alkoholik adalah orang yang mengalami gangguan mental karena terjadi penyimpangan perilaku, orang yang depresi perasaannya sangat tertekan, dan orang yang alkoholik tidak dapat menahan tindakannya dan secara persisten mengkonsumsi minuman beralkohol. Perilaku yang dilakukan secara persisten mengkonsumsi minuman beralkohol. Perilaku yang dilakukan secara persisten atau repetitif (*repetitiveness*) terutama perilaku yang tidak dikehendaki merupakan indikasi gangguan mental.⁷⁵

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan jiwa pada anggota keluarga adalah faktor keturunan, perkembangan psikologik yang salah, faktor sosiologik dalam perkembangan yang salah, stress, penyalahgunaan obat-obatan, dan psikodinamik.⁷⁶ Terdapat faktor lain yang menyebabkan munculnya gangguan jiwa yaitu karena adanya permasalahan pernikahan, pekerjaan, kehilangan dan kematian orang yang dicintai, rasa permusuhan, dan percintaan.⁷⁷ Adapun faktor penyebab utama gangguan kesehatan jiwa adalah adanya kerusakan atau tidak berfungsinya salah satu atau lebih Sistem Syarat Pusat (SSP) yang terjadi sejak lahir, penyakit, kecelakaan dan juga keturunan.⁷⁸

Dalam BRSBKL itu sendiri memiliki 76% dari 250 warga binaan yang memiliki kondisi orang dalam skizofrenia. Skizofrenia adalah gangguan dengan

⁷⁴ *Ibid.*,

⁷⁵ *Ibid.*, hlm. 43.

⁷⁶ Iyus Yosep, *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*, hlm. 60-74.

⁷⁷ *Ibid.*,

⁷⁸ Ruswanto, Moch. Zaenudin, dan Hery Wibowo, "Peran Pekerja Sosial....", *Prosiding KS: Riset dan PKM*, vol.3:3, hlm. 404. garuda.ristekdikti.go.id, diakses tanggal 20 Februari 2019.

serangkaian simtom yang meliputi gangguan konteks berpikir, bentuk pemikiran, persepsi, afek, rasa terhadap diri (*sense of self*), motivasi, perilaku, dan fungsi interpersonal.⁷⁹ Gangguan skizofrenia pertama kali diidentifikasi sebagai penyakit oleh dokter Prancis, Benedict Morel (1809-1973), dan secara sistematis didefinisikan oleh psikiater Jerman Emil Kraepelin (1856-1926). *Dementia praecox*, istilah yang digunakan, dianggap sebagai degenerasi otak (*dementia*) yang dimulai di usia muda (*praecox*) dan menyebabkan disintegrasi keseluruhan kepribadian.

Kraepelin percaya bahwa gangguan halusinasi, delusi, dan perilaku ganjil yang terlihat pada orang-orang skizofrenia dapat dilacak pada abnormalitas fisik atau penyakit. Sedangkan menurut psikolog Swiss Eugen Bleuler (1857-1939) menantang pandangan Kraepelin bahwa *dementia praecox* merupakan penyakit otak. Menurut Bleuler, nama yang paling tepat untuk gangguan ini adalah skizofrenia, sebuah istilah yang menggabungkan gagasan sentral pada pemahamannya mengenai gangguan tersebut.⁸⁰

Gagasan Bleuler tentang skizofrenia masih berpengaruh hingga sekarang. Ciri fundamental dari gangguan tersebut yang diidentifikasi oleh Bleuler masih menjadi acuan, empat A dari Bleuler yaitu Asosiasi, Afek, Ambivalensi, dan Autisme. Asosiasi adalah gangguan berpikir, dapat dibuktikan dari adanya ucapan yang melantur dan tidak koheren. Afek adalah gangguan pengalaman dan ekspresi emosi misalnya tertawa secara tidak tepat dan situasi sedih. Ambivalensi adalah ketidakmampuan untuk membuat atau mengikuti keputusan. Autisme adalah

⁷⁹ Richard P. Halgin dan Susan Krauss Whitbourne, *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis Edisi 6 Buku 2*, hlm. 44.

⁸⁰ *Ibid.*, hlm. 45

kecenderungan untuk mempertahankan gaya eksentrik dari pemikiran dan perilaku egosentris.⁸¹

Riwayat kesehatan jiwa terbanyak kedua di Balai RSBKL yaitu Retardasi Mental sebanyak 11%. Menurut Rick Heber yang dikutip oleh Titi Sunarwati dalam buku Prasadio yang berjudul gangguan psikiatrik pada anak-anak dengan retardasi mental, retardasi mental adalah penurunan fungsi intelektual secara menyeluruh yang terjadi pada masa perkembangan dan dihubungkan dengan gangguan adaptasi sosial.⁸²

Retardasi mental terbagi menjadi empat golongan yaitu ringan, sedang, berat dan sangat berat. Retardasi mental ringan dikategorikan sebagai retardasi mental dapat dididik. Anak mengalami gangguan berbahasa tetapi masih mampu menguasainya untuk keperluan bicara sehari-hari dan untuk wawancara klinik. Umumnya mereka juga mampu mengurus diri sendiri secara independen. Retardasi mental sedang dikategorikan sebagai retardasi mental dapat dilatih. Anak mengalami keterlambatan perkembangan pemahaman, penggunaan bahasa, dan dalam kemampuan mengurus diri sendiri. Retardasi berat yaitu hampir sama dengan retardasi mental sedang, tetapi berbeda pada kerusakan motor yang bermakna atau adanya defisit neurologis. Retardasi sangat berat berarti secara praktis anak sangat terbatas kemampuannya dalam mengerti dan menuruti permintaan atau instruksi.⁸³

⁸¹ *Ibid.*,

⁸² Titi Sunarwati Sularyo dan Muzal Kadim, "Retardasi Mental", *Sari Pediatri*, vol. 2:3, hlm. 170-177. Saripediatri.org diakses tanggal 20 Februari 2019.

⁸³ *Ibid.*,

2. Tinjauan tentang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial

Untuk mencapai kondisi kesejahteraan sosial yang lebih baik, berbagai organisasi pelayanan kemanusiaan mengembangkan berbagai layanan sosial. Layanan sosial sebenarnya merupakan bentuk perubahan sosial terencana (intervensi sosial) yang dilakukan oleh relawan, sarjana kesejahteraan sosial, pekerja sosial, dan berbagai profesi lainnya. Layanan sosial itu sendiri pada dasarnya merupakan suatu program ataupun kegiatan yang didesain secara konkret untuk menjawab masalah, kebutuhan masyarakat ataupun meningkatkan taraf hidup masyarakat. Layanan sosial tersebut dapat ditujukan pada individu, keluarga, kelompok-kelompok dalam komunitas, ataupun komunitas sebagai suatu kesatuan.⁸⁴

Di Indonesia sendiri, penyelenggara kesejahteraan sosial diatur dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009. Menurut Undang-Undang tersebut, penyelenggara kesejahteraan sosial adalah upaya yang terarah, terpadu, dan berkelanjutan. Hal tersebut dilakukan pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial guna memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara, yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial dan perlindungan sosial.⁸⁵

Pelayanan kesejahteraan sosial dalam arti luas merupakan pelayanan kesejahteraan sosial yang mencakup fungsi pengembangan, termasuk pelayanan kesejahteraan sosial dalam bidang pendidikan, kesehatan, perumahan, dan tenaga

⁸⁴ Isbandi Rukminto, *Kesejahteraan Sosial (Perkembangan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*, hlm. 107.

⁸⁵ *Ibid.*, hlm. 126-127.

kerja. Adapun pelayanan kesejahteraan sosial dalam arti sempit, mencakup program pertolongan dan perlindungan kepada golongan yang tidak beruntung.⁸⁶

Selain itu, Alfred J. Khan mengklasifikasikan pelayanan kesejahteraan sosial sebagai berikut,⁸⁷

a. Sosialisasi dan pengembangan

Dalam pengertian umum, pelayanan kesejahteraan sosial diadakan untuk melindungi, mengubah, atau mengadakan inovasi bagi pendidikan dan pemeliharaan atau perawatan.

b. Terapi, bantuan, dan rehabilitasi

Tujuannya untuk membantu individu yang mengalami masalah dengan cara melengkapi, atau mengganti fungsi bantuan yang diberikan oleh kelompok primer (keluarga). Terkadang, bantuan tersebut berupa bantuan perseorangan dengan program-program lingkungan, interpersonal atau antarintrapsikis.

c. Informasi dan nasihat

Kebutuhan akan pelayanan kesejahteraan sosial dalam fungsi ini disebabkan oleh kompleksitas birokrasi modern seperti keraguan antara warga masyarakat dalam pengetahuan dan pemahaman tentang hak dan kewajiban, sumber-sumber, dan keuntungan-keuntungan, diskriminasi, dan jarak geografis antara orang yang dilayani dan sumber-sumber pelayanan. Kegiatan perantara ini termasuk informasi, nasihat, *referral*, dan bantuan pelayanan hukum.

Penyelenggaraan kesejahteraan sosial dalam Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2009 pasal 6 meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan

⁸⁶ Rohiman Notowidagdo, *Pengantar Kesejahteraan Sosial*, (Jakarta: Amzah. 2016), hlm. 127.

⁸⁷ *Ibid.*, hlm. 128-129.

sosial, dan perlindungan sosial. Rehabilitasi sosial tersebut dimaksudkan untuk memulihkan dan mengembangkan kemampuan seseorang yang mengalami disfungsi sosial agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya secara wajar. Rehabilitasi sosial tersebut dapat dilaksanakan secara persuasive, motivatif, koersif, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun panti sosial.⁸⁸

Menurut Wilbur dalam Videback, pelayanan rehabilitasi dirancang untuk meningkatkan proses perbaikan klien yang mengalami gangguan mental dalam mengontrol gejala dan penatalaksanaan pengobatan meliputi peningkatan kemampuan diri kembali ke masyarakat, pemberdayaan, meningkatkan kemandirian dan kualitas hidupnya.⁸⁹ Rehabilitasi Sosial adalah suatu program yang didesain untuk menyediakan sistem bagi klien agar dapat meningkatkan kemampuan bersosialisasi dan keterampilan bekerja.⁹⁰

Menurut Undang Undang No 18 Tahun 2014, upaya rehabilitative kesehatan jiwa merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan jiwa yang ditujukan untuk mencegah atau mengendalikan disabilitas, memulihkan fungsi sosial, memulihkan fungsi okupasional, mempersiapkan dan memberi kemampuan ODGJ agar mandiri di masyarakat.⁹¹ Sebagaimana hal tersebut menggunakan upaya rehabilitasi psikiatrik dan/atau psikososial dan rehabilitasi sosial.⁹²

Upaya rehabilitasi sosial dapat dilaksanakan secara persuasif, motivatif, atau koersif, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun panti sosial merupakan

⁸⁸ Rohiman Notowidagdo, *Pengantar Kesejahteraan Sosial*, hlm. 105.

⁸⁹ Iyus Yosep, *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*, hlm. 295.

⁹⁰ *Ibid.*,

⁹¹ Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 25.

⁹² Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 26 ayat (1).

tanggung jawab menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial. Panti sosial yang dimaksud adalah milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta.⁹³

Persuasif adalah ajakan, anjuran, dan bujukan, dengan maksud untuk meyakinkan seseorang agar bersedia direhabilitasi sosial. Motivatif adalah dorongan, pemberian semangat, pujian, dan/atau penghargaan agar seseorang tergerak secara sadar untuk direhabilitasi sosial. Koersif berupa tindakan pemaksaan terhadap seseorang dalam proses rehabilitasi sosial, dengan memperhatikan hak asasi manusia, antara lain melalui penertiban dan/ atau penanaman disiplin yang bersifat mendidik untuk kebaikan yang bersangkutan. Berikut penjelasannya,⁹⁴

- a. Motivasi dan diagnosis psikososial adalah upaya yang diarahkan untuk memahami permasalahan psikososial dengan tujuan memulihkan, mempertahankan, dan meningkatkan keberfungsian sosial.
- b. Perawatan dan pengasuhan adalah upaya untuk menjaga, melindungi, dan mengasuh agar dapat melaksanakan fungsi sosialnya.
- c. Pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan adalah usaha pemberian keterampilan kepada penerima pelayanan agar mampu hidup mandiri dan/atau produktif.
- d. Bimbingan mental spiritual adalah kegiatan yang diajukan untuk mendorong kemauan dan kemampuan serta pembinaan ketakwaan.

⁹³ Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 28 dan 29.

⁹⁴ *Ibid.*,

- e. Bimbingan fisik adalah kegiatan yang ditujukan untuk memelihara kesehatan jasmani dan perkembangan fisik.
- f. Bimbingan sosial dan konseling psikososial adalah semua bentuk pelayanan bantuan psikologis yang ditujukan untuk mengatasi masalah psikososial agar dapat meningkatkan keberfungsian sosial.
- g. Pelayanan aksesibilitas adalah penyediaan kemudahan bagi penerima pelayanan guna mewujudkan kesamaan hak dan kesempatan dalam segala aspek kehidupan.
- h. Bantuan sosial dan asistensi sosial adalah upaya yang dilakukan berupa pemberian bantuan kepada penerima pelayanan yang mengalami guncangan dan kerentanan sosial agar dapat hidup secara wajar.
- i. Bimbingan lanjut adalah kegiatan pemantapan kemandirian penerima pelayanan setelah memperoleh pelayanan rehabilitasi sosial.
- j. Rujukan adalah pengalihan layanan kepada pihak lain agar penerima pelayanan memperoleh pelayanan lanjutan atau sesuai dengan kebutuhan.

G. Metode Penelitian

Dalam membahas dan menguraikan lebih lanjut permasalahan yang telah diungkapkan diatas untuk menjawab pertanyaan penelitian, maka penulis menggunakan metode penelitian sebagai berikut :⁹⁵

⁹⁵ Samiaji Sarosa, *Penelitian Kualitatif: Dasar-Dasar*, hlm. 36.

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif, yaitu data yang diperoleh dan dikumpulkan dari proses penelitian disajikan ke dalam bentuk kalimat. Hasil penelitian kualitatif deskriptif berisi kutipan-kutipan dari data-data. Data-data tersebut mencakup transkrip wawancara, catatan lapangan, fotografi, videotape, dokumen pribadi dan resmi, memo, gambar dan rekaman-rekaman lainnya.⁹⁶

Jenis penelitian ini digunakan agar dapat memberikan pemahaman dan penafsiran secara mendalam mengenai keadaan dan fakta yang relevan dari respon yang diberikan oleh keluarga klien atau eks psikotik terhadap pelayanan sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di rumah keluarga dari klien eks Psikotik yang sedang menjalankan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.

3. Penentuan Subjek dan Objek Penelitian

Pada penentuan subjek penelitian ini menggunakan teknik sampel *nonprobability sampling* yang artinya teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih sebagai sampel.⁹⁷ Teknik penentuan sampling digunakan dengan cara *representatif sampling* yaitu karakter anggota sampel yang dipilih dapat mewakili

⁹⁶ Emzir, *Metode Penelitian Kualitatif: Analisis Data*, (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2012), hlm. 3.

⁹⁷ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, (Bandung: Alfabeta, 2012), hlm. 218-219.

karakter populasinya.⁹⁸ Kriteria subjek dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Dua keluarga kooperatif dengan pihak Balai RSBKL Yogyakarta yaitu keluarga klien KN dan TG
- b. Dua keluarga tidak kooperatif dengan pihak Balai RSBKL Yogyakarta yaitu keluarga klien RS dan NN
- c. Klien sudah mendapatkan pelayanan dan sudah menjalankan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta 3 bulan sampai 1 tahun.
- d. Klien sudah sadar akan gangguan kesehatan jiwa yang dideritanya.
- e. Klien sudah dapat berkomunikasi dengan baik
- f. Pekerja sosial yang berkomunikasi dan terlibat langsung dalam memberikan pelayanan dan rehabilitasi sosial terhadap klien dan keluarga yaitu Ibu Ana dan Mba Anisa.

Subjek penelitian adalah sumber utama data penelitian yaitu yang memiliki data mengenai variabel-variabel yang telah diteliti. Dalam penelitian kualitatif subjek penelitian disebut dengan informan, yaitu orang yang memberikan informasi mengenai data yang diinginkan oleh peneliti berkaitan dengan penelitian yang telah dilakukan. Subjek penelitian atau informan ini dijadikan sebagai sampel dalam penelitian. Baik dipilih sebagai sampel informan awal atau

⁹⁸ Prasetyo Irawan, *Metode Penelitian*, (Banten: Universitas Terbuka, 2009), hlm, 57.

pun berikutnya harus memiliki informan kunci yang memudahkan peneliti untuk mencari tahu tentang data yang telah diteliti.⁹⁹

Dalam penelitian ini, peneliti telah mengambil beberapa subjek yang diteliti yaitu empat keluarga dari klien atau eks psikotik yang sedang menjalankan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta, yaitu keluarga klien KN dan TG yang kooperatif dan keluarga klien NN dan RS yang tidak kooperatif. Selain keluarga klien, terdapat pekerja sosial sebagai subjek penelitian yaitu Ibu Ana Wigiati dan Mba Anisa.

Objek penelitian yang dilakukan adalah terkait respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta.

4. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan tiga teknik pengumpulan data, yaitu observasi, wawancara, dan dokumentasi. Berikut penjelasannya:

a. Observasi

Observasi merupakan upaya yang dilakukan oleh pelaksana penelitian kualitatif untuk merekam segala peristiwa dan kegiatan yang terjadi dengan menggunakan alat bantu atau tidak.¹⁰⁰ Observasi atau pengamatan dapat

⁹⁹ Burhan Bungin, *Analisis Data Kualitatif*, (Jakarta: PT Raja Grafindo Persada, 2009), hlm. 55.

¹⁰⁰ Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2008), hlm. 99.

didefinisikan sebagai perhatian yang terfokus terhadap kejadian, gejala, atau sesuatu.¹⁰¹

Pengamatan dapat dilakukan secara observasi non-partisipan adalah observasi yang menjadikan peneliti sebagai penonton atau penyaksi terhadap gejala atau kejadian yang menjadi topik penelitian. Dalam observasi jenis ini peneliti melihat atau mendengarkan pada situasi sosial tertentu tanpa partisipasi aktif di dalamnya. Peneliti berada jauh dari fenomena topik yang diteliti.¹⁰² Peneliti datang ke Balai RSBKL dan melakukan pengamatan bagaimana perlakuan dan interaksi terhadap klien Eks Psikotik di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras. Peneliti juga mengamati bagaimana perkembangan klien eks psikotik di Balai RSBKL.

b. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) sebagai pemberi pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) sebagai pemberi jawaban atas pertanyaan itu.¹⁰³

Dalam bentuk yang paling sederhana wawancara terdiri atas sejumlah pertanyaan yang dipersiapkan oleh peneliti dan diajukan kepada seseorang mengenai topik penelitian secara tatap muka, dan peneliti merekam jawaban-jawabannya sendiri. Peneliti menggunakan bentuk pertanyaan dengan wawancara terbuka, yaitu wawancara yang dilakukan peneliti dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan

¹⁰¹ Emzir, *Metode Penelitian Kualitatif: Analisis Data*, hlm. 38.

¹⁰² *Ibid.*, hlm. 40

¹⁰³ Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, hlm. 127.

yang tidak dibatasi jawabannya, artinya pertanyaan yang mengundang jawaban terbuka.¹⁰⁴

Wawancara harus mempunyai tujuan tertentu agar tidak menjadi suatu percakapan yang tidak sistematis atau melakukan pengamatan yang tidak mempunyai ujung pangkal. Oleh karena itu, peneliti yang melakukan wawancara mempunyai tiga kewajiban, yaitu dengan memberitahu informan tentang hakikat penelitian dan pentingnya kerja sama mereka dengan peneliti, menghargai informan atas kerjasamanya, dan memperoleh informasi data yang diinginkan.¹⁰⁵

Metode ini dilakukan dengan tanya jawab terhadap keluarga. Jenis wawancara semi-terstruktur yang digunakan sebagai teknik pengumpulan data, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara peneliti mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan informan.

c. Dokumentasi

Metode ini merupakan suatu cara pengumpulan data yang menghasilkan catatan-catatan penting yang berhubungan dengan masalah yang diteliti, sehingga akan diperoleh data yang lengkap, sah dan bukan berdasarkan perkiraan. Fungsi data yang berasal dari dokumentasi lebih banyak digunakan sebagai data pendukung dan pelengkap bagi data primer yang diperoleh melalui observasi dan wawancara mendalam. Peneliti juga merujuk pada dokumen klien yang berisi data

¹⁰⁴ *Ibid.*, hlm. 50-51.

¹⁰⁵ Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, hlm. 50.

diri klien, dokumen persyaratan klien untuk masuk Balai RSBKL dan riwayat assessment klien yang digunakan untuk melengkapi dan memperkuat data yang peneliti peroleh.

5. Analisis Data

Data yang telah terkumpul dari hasil observasi, wawancara, dan dokumentasi, kemudian peneliti melakukan analisis atau pengelolaan data dengan menggunakan metode deskriptif. Metode deskriptif adalah metode yang menggambarkan keadaan, realita, dan fakta yang ada. Data-data yang telah terkumpul lalu diseleksi dan disajikan. Ditafsirkan secara sistematis agar dapat menghasilkan suatu pemikiran, pendapat, teori atau gagasan baru yang kemudian disebut sebagai hasil temuan (*finding*).¹⁰⁶ Analisis data dilakukan dengan tahap-tahap antara lain reduksi data, penyajian data, dan menarik kesimpulan. Penjelasannya sebagai berikut:

a. Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses pemilihan, pemusatan perhatian, pengabstraksian dan pentransformasian data kasar dari lapangan. Proses ini berlangsung selama penelitian dilakukan, dari awal sampai akhir penelitian. Reduksi merupakan bagian dari analisis, bukan terpisah. Fungsinya untuk menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi sehingga interpretasi bisa ditarik. Dalam proses reduksi ini peneliti benar-benar mencari data yang benar-benar valid. Ketika peneliti

¹⁰⁶ Basrowi dan Suwandi, *Memahami Penelitian Kualitatif*, hlm. 158.

menyajikan kebenaran data yang diperoleh akan dicek ulang dengan informan lain seperti pekerja sosial Ibu Ana yang dirasa peneliti lebih mengetahui.¹⁰⁷

b. Penyajian Data

Penyajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan untuk menarik kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajiannya antara lain berupa teks naratif, matriks, grafik, jaringan, dan bagan. Tujuannya adalah untuk memudahkan membaca dan menarik kesimpulan. Oleh karena itu, sajiannya harus tertata secara baik. Dalam tahap ini peneliti juga melakukan *display* (penyajian) data secara sistematis, agar lebih mudah untuk dipahami interaksi antar bagian-bagiannya dalam konteks yang utuh bukan segmental atau fragmental terlepas satu dengan lainnya.¹⁰⁸

c. Menarik Kesimpulan

Penarikan kesimpulan hanyalah sebagian dari satu kegiatan dari konfigurasi yang utuh. Kesimpulan-kesimpulan juga diverifikasi selama penelitian berlangsung. Makna-makna yang muncul dari data harus selalu diuji kebenaran dan kesesuaiannya sehingga validitasnya terjamin. Dalam tahap ini, peneliti membuat rumusan proposisi yang terkait dengan prinsip logika, mengangkatnya sebagai temuan penelitian, kemudian dilanjutkan dengan mengkaji secara berulang-ulang terhadap data yang ada, pengelompokan data yang telah terbentuk, dan proposisi yang telah dirumuskan. Langkah selanjutnya yaitu melaporkan hasil

¹⁰⁷ *Ibid.*, hlm. 209.

¹⁰⁸ *Ibid.*, hlm. 209-210.

penelitian lengkap, dengan ‘temuan baru’ yang berbeda dari temuan yang sudah ada.¹⁰⁹

6. Teknik Validasi Data

Terdapat banyak teknik untuk mengukur keabsahan data. Teknik yang peneliti gunakan adalah teknik triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Bila peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data.¹¹⁰

Menurut Mathinson, nilai dari teknik pengumpulan data dengan triangulasi adalah untuk mengetahui data yang diperoleh *convergent* (meluas), tidak konsisten atau kontradiksi. Oleh karena itu dengan menggunakan teknik triangulasi dalam pengumpulan data, maka data yang diperoleh akan lebih konsisten, tuntas dan pasti. Dengan triangulasi akan lebih meningkatkan kekuatan data, bila dibandingkan dengan satu pendekatan.¹¹¹ Peneliti setelah melakukan wawancara dengan keempat keluarga, peneliti melakukan pengumpulan data. Setelah itu peneliti melakukan pengecekan kredibilitas data dengan wawancara dengan dua pekerja sosial yaitu Ibu Ana dan Mba Anisa untuk mendapatkan data yang sesuai kebenarannya.

¹⁰⁹ *Ibid.*, hlm. 210.

¹¹⁰ Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, hlm. 241.

¹¹¹ *Ibid.*, hlm. 241.

H. Sistematika Pembahasan

Untuk memberikan gambaran secara umum dan memudahkan pembahasan, maka penyusun menyajikan pembahasan skripsi kedalam beberapa BAB :

BAB I Pendahuluan, yang dijadikan acuan dalam mengarahkan peneliti. Pada BAB I ini memuat mengenai latar belakang masalah penelitian, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kajian pustaka, kerangka teori, metode penelitian dan sistematika penelitian.

BAB II, berisi tentang gambaran umum tempat penelitian atau profil dari Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras (BRSBKL) Yogyakarta, yang meliputi pengertian, sejarah, letak geografis, visi dan misi, tujuan, sasaran program, tugas dan fungsi, sistem dan fasilitas, struktur organisasi, program kegiatan. Kemudian, berisi tentang gambaran umum tentang keluarga klien eks psikotik.

BAB III Pembahasan. Bab ini berisi tentang permasalahan pokok yang dibahas dalam penelitian ini, yaitu respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras dan faktor yang mempengaruhi respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras.

BAB IV Penutup. Pembahasan dalam bab ini meliputi kesimpulan, saran, serta lampiran-lampiran.

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian terhadap empat subjek keluarga klien eks psikotik tentang respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai RSBKL Yogyakarta. Penulis menemukan respon yang berbeda-beda, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Respon keluarga dibagi menjadi 3 (tiga) macam respon yaitu respon kognitif (pengetahuan), respon afektif (sikap) dan respon behavioral (tindakan).
 - a. Respon kognitif, secara keseluruhan keempat keluarga tidak mengetahui tentang Balai RSBKL, mengenai faktor yang mempengaruhi klien masuk dan prosedur untuk mendapatkan pelayanan dan rehabilitasi sosial, mengenai program pelayanan dan rehabilitasi sosial yang terdapat di Balai RSBKL dan program yang didapat oleh klien. Sedangkan mengenai perkembangan klien, dua keluarga kooperatif mengetahui perkembangan klien, seperti klien sudah aktif dalam berkegiatan, keadaannya ketika stabil dan tidak stabil, mengetahui klien sudah berkembang dalam berbicara karena sebelumnya klien sulit. Kemudian, dua keluarga tidak kooperatif tidak mengetahui tentang perkembangan pada klien selama mendapatkan pelayanan dan rehabilitasi di Balai RSBKL.
 - b. Respon afektif terdapat respon positif dan negatif. Keempat keluarga memiliki tanggapan yang positif yaitu merasa senang karena terbantu

dengan adanya pelayanan dan rehabilitasi sosial yang ada di Balai RSBKL. Kemudian, dua keluarga kooperatif memiliki tanggapan positif karena terdapat perbedaan pandangan tentang ODGJ dan lebih mendapatkan dorongan semangat untuk membantu pemulihan klien. Sedangkan, dua keluarga tidak kooperatif tetap tidak peduli dengan klien dan tidak mengalami perubahan terhadap pandangan ODGJ.

- c. Respon Behavioral, dua keluarga kooperatif klien seminggu sekali dan dua minggu sekali menjenguk klien, mengontrolkan klien sendiri ke Rumah Sakit karena keluarga tidak lepas tangan terhadap klien yang berada di Balai RSBKL, dan satu keluarga kooperatif pernah mengikuti kegiatan *Family Gathering* dan konseling keluarga. Sedangkan, dua keluarga tidak kooperatif yang kurang peduli dan lepas tangan dalam keikutsertaan dalam proses pemulihan klien. Kemudian, jika masa waktu pelayanan dan rehabilitasi habis, dua keluarga kooperatif akan membawa klien kembali ke rumah. Dua keluarga tidak kooperatif belum bisa menerima klien kembali ke rumah jika belum pulih dan bahkan meminta perpanjangan masa waktu rehabilitasi atau pindah panti.

2. Faktor yang mempengaruhi respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai RSBKL Yogyakarta yaitu faktor internal dan eksternal.

- a. Respon Kognitif dipengaruhi oleh faktor internal yaitu cara berpikir egois dan tidak egois. Keluarga kooperatif yang tidak egois tetap melakukan rehabilitasi untuk anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa supaya pulih kembali. Sedangkan cara berfikir keluarga tidak kooperatif yang egois yaitu memikirkan kepentingan dirinya sendiri dan tidak mau membantu proses rehabilitasi anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan jiwa. Kemudian, faktor eksternal yang mempengaruhi respon keluarga adalah pendidikan yang rendah.
- b. Respon afektif dipengaruhi oleh faktor internal faktor emosional yaitu beranggapan bahwa yang terjadi adalah takdir dan merasa senang terbantu karena mengurangi kekhawatiran keluarga. Dua keluarga kooperatif yang beranggapan bahwa yang terjadi adalah takdir, keluarga cenderung pasrah dengan keadaan yang dialami oleh klien hanya dapat berusaha untuk memulihkan kembali. Sedangkan, faktor eksternal yang mempengaruhi respon keluarga adalah kurangnya pengalaman yang ada pada keluarga dalam penanganan ODGJ, kurangnya informasi di media massa tentang penanganan ODGJ dan keikutsertaan pemerintah daerah setempat dalam memberikan penyuluhan tentang ODGJ.
- c. Respon Behavioral dipengaruhi oleh kemauan dan kebiasaan. Dua keluarga yang kooperatif memiliki kemauan untuk berusaha memulihkan kembali anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan kebiasaan mengurus klien dengan tidak lepas tanggung jawab dalam proses pemulihan. Sedangkan, dua keluarga tidak kooperatif hanya

menginginkan klien pulih kembali tetapi tidak ikut serta dalam proses pemulihan klien. Kemudian, faktor eksternal yang mempengaruhi respon keluarga adalah kekhawatiran masyarakat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka terdapat beberapa saran, yaitu sebagai berikut:

1. Kepada Dinas Sosial, Panti Sosial, Dinas Kesehatan maupun Instansi Pemerintah lainnya, diharapkan dapat melakukan sosialisasi tentang Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dan cara penanganannya, agar masyarakat dapat lebih memahami dan peduli terhadap ODGJ disekitar mereka dan masyarakat lebih mengetahui tindakan yang akan dilakukan jika ada anggota keluarga atau tetangga yang mengalami gangguan jiwa bukan dikucilkan.
2. Penelitian ini mengkaji tentang respon keluarga klien eks psikotik terhadap pelayanan dan rehabilitasi sosial di Balai RSBKL Yogyakarta. Maka untuk penelitian selanjutnya terkait keluarga Eks psikotik, diharapkan dapat mengkaji tentang program yang efektif untuk meningkatkan kepedulian keluarga eks psikotik terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
3. Diharapkan penelitian ini menjadi sarana evaluasi bagi peneliti maupun pembaca sebagai pembelajaran untuk lebih memiliki rasa syukur atas nikmat yang telah diberikan Allah SWT.

DAFTAR PUSTAKA

- Aziz, Abdul el Quussy. *Pokok-pokok Kesehatan Jiwa/Mental*. Jakarta: Bulan Bintang. 1975.
- Balai Rehabilitasi Sosial Bina Karya dan Laras Yogyakarta, <http://brsbkl.jogjaprov.go.id>
- Basrowi dan Suwandi. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta. 2008.
- Bungin, Burhan. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2009.
- Emzir. *Metode Penelitian Kualitatif: Analisis Data*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada. 2012.
- Furroni, Ronni. *Respon Klien terhadap Pelayanan Sosial (Studi Kasus Lansia di UPT Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Budhi Dharma Yogyakarta)*. Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Dakwah dan Komunikasi, UIN Sunan Kalijaga. 2018.
- Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, www.depkes.go.id
- Irawan, Prasetyo. *Metode Penelitian*. Banten: Universitas Terbuka. 2009
- Kamus Besar Bahasa Indonesia <https://kbbi.web.id>
- Kemensos. *Pedoman Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Kecacatan (ODK) Eks Psikotik Dalam Panti*. (Jakarta: KEMENSOS RI, 2010). Dilihat di Zhelly Widyamartha Mulyono. *Peran Keluarga Dalam Proses Penyembuhan Penerima Manfaat Eks Psikotik Di Rumah Pelayanan Sosial Eks Psikotik*

“MARTANI” Desa Pucung Kidul Kecamatan Kroya Kabupaten Cilacap (Studi Kasus Pada Keluarga Penerima Manfaat Melalui Home Visit). Skripsi. (Purwokerto: IAIN Purwokerto, 2017).

Ki Fudyaartanta. *Psikologi Umum 1 & 2*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2011

Morissan. *Psikologi Komunikasi*. Bogor: Ghalia Indonesia. 2010

Notosoedirdjo, Moeljono dan Latipun. *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press. 1999.

Notowidagdo, Rohiman. *Pengantar Kesejahteraan Sosial*. Jakarta: Amzah. 2016.

P.Halgin, Richard dan Susan Krauss Whitbourne. *Psikologi Abnormal: Perspektif Klinis pada Gangguan Psikologis Edisi 6 Buku 2*. Jakarta: Salemba Humanika. 2011

Rakhmat, Jalaluddin *Psikologi Komunikasi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya. 2011.

Rukminto, Isbandi. *Kesejahteraan Sosial (Perkembangan Sosial, Pembangunan Sosial, dan Kajian Pembangunan) Suatu Pengantar*. Jakarta: Rajawali Pers. 2013.

Ruswanto, Moch. Zaenudin, dan Hery Wibowo. *Peran Pekerja Sosial Dalam Rehabilitasi Sosial Kepada Orang Dengan Disabilitas Mental Eks Psikotik Di Panti Sosial Bina Laras “PHALA MARTHA” Sukabumi. Prosiding KS: Riset dan PKM*. vol.3:3. garuda.ristekdikti.go.id.

Sarosa, Samiaji. *Penelitian Kualitatif: Dasar-Dasar*. Jakarta: PT Indeks. 2012.

Selviana, Ndaruwati. *Respon Penerimaan Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa Korban Pasung*. Skripsi. Yogyakarta: Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Sunan Kalijaga. 2018.

Silviana, Novalinda. *Respon Keluarga Pasien Terhadap Praktek Dokter Muda (Studi Pada Keluarga Pasien Rawat Inap III (IRNA III) di Rumah Sakit Umum Dr. H. Abdul Moeloek)*. Skripsi. (Bandar Lampung: Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, Universitas Lampung, 2015). garuda.ristekdikti.go.id,

Stop Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), <http://www.depkes.go.id/article/print/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>.

Suciati. *Psikologi Komunikasi: Sebuah Tinjauan Teoritis dan Perspektif Islam*. Yogyakarta: Buku Litera Yogyakarta. 2016.

Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta. 2012.

Sularyo, Titi Sunarwati dan Muzal Kadim, "Retardasi Mental", *Sari Pediatri*, vol. 2:3, hlm. 170-177. Saripediatri.org diakses tanggal 20 Februari 2019.

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 1 ayat (1).

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 25.

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 26 ayat (1).

Undang-Undang No 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, pasal 28 dan 29.

Undang-Undang No 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas, pasal 4 ayat (1).

Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, pasal 1 ayat 6.

Walgito, Bimo. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET. 2010.

Wawancara dengan Bapak Handoko. Pada Minggu, 1 September 2019.

Wawancara dengan Bapak MA. Pada Sabtu, 31 Agustus 2019.

Wawancara dengan Bapak SY. Pada Selasa, 3 September 2019.

Wawancara dengan Ibu DM. Pada Rabu, 2 Oktober 2019.

Wawancara dengan Pekerja Sosial yaitu Ibu Ana. Pada Kamis, 17 Oktober 2019.

Wiranoto, Mei Ardi dan Puji Hardati. *Respon Keluarga Pemilik Sawah terhadap Perlindungan Lahan Pertanian Pangan Berkelanjutan di Kabupaten Pemalang*. Jurnal. (Semarang: Fakultas Ilmu Sosial, Universitas Negeri Semarang, 2014). garuda.ristekdikti.go.id.

Yosep, Iyus. *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung: PT Refika Aditama. 2010.

STATE ISLAMIC UNIVERSITY
SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA