

No. Reg. 201060000037944

LAPORAN PENELITIAN



**DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT  
DALAM MEWUJUDKAN KEBERFUNGSIAN SOSIAL  
PENYANDANG DISABILITAS PSIKOSOSIAL MANDIRI  
DI KABUPATEN PIDIE DAN ACEH UTARA**

**Ketua Peneliti**

**Nurul Husna, S.Sos.I., M.Si**

**NIDN: 2012067804**

**NIPN: 201206780404100**

**Anggota:**

**Mira Fauziah, S. Ag., M. Ag**

<b>Klaster</b>	<b>Penelitian Dasar Interdisipliner</b>
<b>Bidang Ilmu Kajian</b>	<b>Kesejahteraan Sosial dalam Masyarakat</b>
<b>Sumber Dana</b>	<b>DIPA UIN Ar-Raniry Tahun 2020</b>

**PUSAT PENELITIAN DAN PENERBITAN  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY BANDA ACEH  
OKTOBER 2020**

# DUKUNGAN KELUARGA DAN MASYARAKAT DALAM MEWUJUDKAN KEBERFUNGSIAN SOSIAL PENYANDANG DISABILITAS PSIKOSOSIAL MANDIRI DI KABUPATEN PIDIE DAN ACEH UTARA

## **Ketua Peneliti:**

Nurul Husna, S.Sos.I., M.Si

## **Anggota Peneliti:**

Mira Fauziah, S.Ag., M.Ag

## **ABSTRAK**

Disabilitas psikososial atau orang dengan gangguan jiwa yang sering disingkat dengan ODGJ di Aceh memiliki jumlah yang setiap tahun terus meningkat, sehingga ini bisa dikatakan persoalan yang sangat krusial, membutuhkan perhatian dan penanganan yang komprehensif, guna mendapatkan haknya dalam kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat, jauh dari perlakuan yang tidak manusiawi, stigma bahwa mereka memiliki identitas sosial yang menyimpang, mengalami abnormalitas pola perilakunya, yang kemudian membuat keluarga maupun masyarakat tidak bisa menerima kehadiran mereka sepenuhnya, cenderung mendiskreditkan dan diskriminatif terhadap disabilitas psikososial. Penelitian ini ingin menelaah bentuk dukungan, kepedulian, yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat dalam mewujudkan keberfungsian sosial penyandang disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie dan Aceh Utara, serta kebijakan yang diterapkan untuk program pemberdayaan bagi mereka di tingkat gampong. Penelitian ini menggunakan mixed method, dengan strategi campuran kuantitatif dan kualitatif dilakukan dalam waktu bersamaan. Teknik pengumpulan data dengan kuisioner, wawancara, FGD, dan dokumentasi. Hasil yang didapatkan bahwa keberfungsian sosial disabilitas psikososial lebih ditentukan oleh faktor internal, berupa pengalaman yang dimiliki, perasaan berharga, kepuasan terhadap apa yang dikerjakan, ini difokuskan pada pembentukan kognisi seseorang untuk memaknai sebuah kejadian, bila dia merasa dirinya berguna maka aspek positif akan lebih menonjol dibandingkan dengan aspek negatif. Dari faktor eksternal menunjukkan bahwa dukungan dari keluarga dan masyarakat kurang berdampak secara signifikan dalam mewujudkan keberfungsian seseorang, sedangkan kebijakan gampong untuk program pemberdayaan mereka yang sudah pulih masih sangat sulit didapatkan.

**Kata Kunci:** Dukungan; Keluarga; Masyarakat; Disabilitas Psikososial Mandiri; Pidie; Aceh Utara

## KATA PENGANTAR



Syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT dan salawat beriring salam penulis persembahkan kepangkuan alam Nabi Muhammad SAW, karena dengan rahmat dan hidayah-Nya penulis telah dapat menyelesaikan laporan penelitian dengan judul **“Dukungan Keluarga dan Masyarakat dalam Keberfungsian Sosial Penyandang Disabilitas Psikososial Mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara”**.

Dalam proses penelitian dan penulisan laporan ini tentu banyak pihak yang ikut memberikan motivasi, bimbingan dan arahan. Oleh karena itu penulis tidak lupa menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

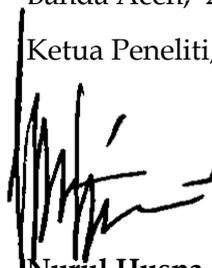
1. Bapak Rektor Universitas Islam Negeri Ar-Raniry Banda Aceh;
2. Ibu Ketua LP2M UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
3. Bapak Kepala Pusat Penelitian dan Penerbitan UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
4. Bapak Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar- Raniry;
5. Ketua Prodi Kesejahteraan Sosial Fakultas Dakwah dan Komunikasi ;
6. Pendamping Kesehatan Jiwa Kecamatan Simpang Tiga Kabupaten Pidie dan Pendamping Kesehatan Jiwa Kecamatan Tanah Jambo Aye Kabupaten Aceh Utara;
7. Pendamping Pendamping Keluarga Harapan (PKH) Kecamatan Simpang Tiga Kabupaten Pidie dan Kecamatan Tanah Jambo Aye Kabupaten Aceh Utara;

Akhirnya hanya Allah SWT yang dapat membalas amalan mereka, semoga menjadikannya sebagai amal yang baik.

Harapan penulis, semoga hasil penelitian ini bermanfaat dan menjadi salah satu amalan penulis yang diperhitungkan sebagai ilmu yang bermanfaat di dunia dan akhirat. *Amin ya Rabbal 'Alamin.*

Banda Aceh, 2 Oktober 2020

Ketua Peneliti,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Nurul Husna', written over a vertical line.

**Nurul Husna, S.Sos.I., M.Si**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	6
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan dan Manfaat Penelitian .....	9
D. Signifikansi Penelitian. ....	10
<b>BAB II : LANDASAN TEORI</b>	
A. Tinjauan Pustaka .....	11
B. Kajian Teori.....	11
C. Keluarga : Konsep dan Definisi.....	15
1) Keluarga, Kelompok dan Sistem Pendukung....	21
2) Siklus Perubahan.....	23
3) Perubahan Keluarga. ....	24
4) Keluarga Masa Kini. ....	25
D. Keberfungsian Sosial. ....	28
E. PIE (Person In Envirotment).....	30
<b>BAB III : METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian.....	45
B. Teknik Pengumpulan Data .....	46
C. Wawancara.....	46
D. FGD. ....	48
E. Teknik Pengolahan Data. ....	50
<b>BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian.....	51
B. Rumusan Masalah I. ....	52
C. Rumusan Masalah II.....	62
D. Rumusan Masalah III.....	84
<b>BAB V : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	88
B. Saran-saran.....	88

**DAFTAR PUSTAKA.....**  
**LAMPIRAN-LAMPIRAN**  
**BIODATA PENELITI**

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang Masalah

Disabilitas psikososial atau orang dengan gangguan jiwa yang sering disingkat dengan ODGJ<sup>1</sup> mulai dari tingkat ringan sampai dengan akut merupakan salah satu dari permasalahan kesehatan yang sedang dialami oleh masyarakat Indonesia dan juga menjadi salah satu diskursus hangat diperbincangkan, dikarenakan peningkatan angka yang begitu cepat bertambah dari tahun ke tahun. Ada asumsi bahwa 2% bangsa Indonesia terganggu jiwanya, ini dapat dijadikan dasar persoalan kesehatan mental semakin membutuhkan perhatian yang serius. (Sururin, 2004).

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), tahun 2013, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan, prevalensi penderita gangguan jiwa berat, seperti Skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang, Berdasarkan jumlah tersebut, ternyata 14,3% diantaranya atau sekitar 57.000 orang pernah atau dipasung. Angka pemasangan di pedesaan

---

<sup>1</sup> Disabilitas Mental atau Disabilitas Psikososial atau Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) menurut Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa yang tertera dalam Bab I Pasal I yaitu: orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI mendefinisikan; suatu perubahan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosial.

sebesar 18,2%. Angka ini lebih tinggi jika dibandingkan dengan jumlah di perkotaan, yaitu sebesar 10,7%. (<http://depkes.go.id>)

Disabilitas psikososial bisa disebabkan oleh multi faktor diantaranya beragam krisis yang melanda dalam berbagai aspek kehidupan baik biologis, psikologis, sosial, politik, ekonomi, maupun budaya, sehingga berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia dalam masa waktu yang lama. Dengan demikian penghargaan terhadap hak-hak sebagai manusia secara perlahan akan terhapus, diskriminasi dan stigmatisasi akan melekat pada mereka.

Aceh merupakan salah satu provinsi dengan penderita disabilitas psikososial mengalami peningkatan signifikan setiap tahunnya. Pada tahun 2012 jumlahnya mencapai 16.892 kasus pada tahun 2016 naik menjadi 22.033 kasus se-Aceh. Penyebab utama dari permasalahan ini diantaranya, Aceh sebagai daerah bekas konflik yang berkepanjangan, Stunami, serta yang paling besar dampaknya karena pengaruh dari Napza. Kabupaten yang paling banyak penderita disabilitas psikososial yaitu Aceh Besar, Pidie, Bireun, Aceh Utara, dan Tamiang. Dari kelima kabupaten tersebut Pidie merupakan wilayah yang paling tinggi, yakni 2.820 kasus(<http://aceh.tribunews.com>). Sedangkan jumlah penderita gangguan jiwa terbanyak ke dua yaitu kabupaten Aceh Utara dari tahun 2006 sampai dengan 2016 tercatat sejumlah 2.401 orang, dari jumlah tersebut 50% sudah mandiri, sedangkan yang lain ada 27 orang masih dipasung, dan 16 orang sedang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Aceh (<https://pelita8.com>).

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Aceh tahun 2015, jumlah kunjungan pasien disabilitas psikososial rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Aceh yang berasal dari kabupaten Pidie, data tahun 2015 sebanyak 10.096 kunjungan pasien laki-laki dan perempuan sebanyak 5.369, jumlah total kunjungan 15.465. Pada tahun 2016 menurun jumlah kunjungan laki-laki disabilitas psikososial sebanyak 5.591, perempuan 3.038, jumlah keduanya sebanyak 8.629 kali kunjungan. Sedangkan Aceh Utara pada tahun 2015, jumlah kunjungan keseluruhannya 10.494, laki-laki 6.903, perempuan 3.591. Sedangkan pada tahun 2016 intensitas kunjungan juga menurun dengan jumlah 9.139, laki-laki 6199, perempuan 2.940. (Profil Kesehatan Aceh Tahun 2016)

Data lain yang didapat dari Rumah sakit jiwa Aceh tahun 2017, menerangkan bahwa tahun 2015 jumlah pasien disabilitas psikososial yang berobat sebanyak 1.465 orang, yang mendapatkan rawat inap berjumlah 393 jiwa terdiri dari laki-laki 316 orang dan perempuan 77 pasien. Sedangkan pada tahun 2016 yang berobat ke Rumah Sakit Jiwa Aceh meningkat menjadi 1.972 orang. (Dokumen Data Pasien Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2017) Dari keempat kabupaten/kota jumlah penderita gangguan jiwa tertinggi terdapat di kabupaten Pidie, peringkat kedua Aceh Utara, kemudian Aceh Besar, dan urutan keempat kabupaten Aceh Barat.

Berdasarkan data yang diperoleh terlihat bahwa penderita disabilitas psikososial di Aceh memiliki jumlah yang sangat banyak, sehingga ini bisa dikatakan persoalan yang sangat krusial, membutuhkan perhatian dan penanganan yang komprehensif,

dengan demikian mereka bisa memperoleh hak-haknya dalam kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat, layaknya warga negara lainnya, jauh dari perlakuan yang tidak manusiawi, stigma bahwa mereka memiliki identitas sosial yang menyimpang, mengalami abnormalitas pola perilakunya, yang kemudian membuat keluarga maupun masyarakat tidak bisa menerima kehadiran mereka sepenuhnya, cenderung mendiskreditkan dan diskriminatif terhadap disabilitas psikososial. Untuk terhindar dari berbagai permasalahan tersebut maka mewujudkan keberfungsian sosial disabilitas psikososial menjadi keharusan dan ini tidak hanya menjadi tanggungjawab negara, namun dukungan keluarga dan masyarakat menjadi penting pula.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan permasalahan yang telah diuraikan maka yang menjadi rumusan masalah pokok dalam penelitian ini adalah:

1. Apa saja bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga dan masyarakat dalam mewujudkan keberfungsian sosial penyandang disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie dan Aceh Utara
2. Bagaimana hubungan dukungan keluarga dan masyarakat terhadap keberfungsian sosial disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie dan Aceh Utara
3. Kebijakan apa saja yang diterapkan pada tingkat gampong, kemukiman, kecamatan maupun kabupaten/kota untuk pemberdayaan bagi disabilitas psikososial mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara.

### **C. Tujuan dan Manfaat Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui bagaimana dukungan keluarga dan masyarakat dalam mewujudkan keberfungsiansosial penyandang disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie dan Aceh Utara.
2. Untuk mengukur seberapa besar dukungan keluarga dan masyarakat di kabupaten Pidie dan Aceh Utara terhadap keberfungsian sosial disabilitas psikososial mandiri
3. Guna memantau kebijakan apa saja yang diterapkan pada tingkat gampong, kemukiman, kecamatan maupun kabupaten/kota untuk ogram prpemberdayaan bagi disabilitas psikososial mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara.

### **D. Signifikansi Penelitian**

Apabila penelitian ini dilakukan, maka hasil penelitian ini akan bermanfaat sebagai:

1. Manfaat Teoritis, untuk pengembangan serta memperkaya kajian akademik khususnya di bidang disabilitas psikososial.
2. Sedangkan manfaat praktis untuk menjadi bahan masukan terhadap penyempurnaan kebijakan terkait dengan kondisi orang dan taraf hidup penyandang disabilitas psikososial di Aceh, terutama di kabupaten Pidie dan Aceh Utara

## BAB II LANDASAN TEORI

### A. Tinjauan Pustaka

Penelitian mengenai isu disabilitas psikososial sudah banyak dikaji diantaranya: Desi Putriyani dan Hasmila Sari dengan judul *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Kecamatan Kuta Malaka Kabupaten Aceh Besar*, jenis penelitian deskriptif dengan desain cross sectional study, dengan hasil temuannya menunjukkan bahwa 69,1% responden memberikan stereotip terhadap orang dengan gangguan jiwa, 52,9% responden memberikan prasangka terhadap orang dengan gangguan jiwa, dengan persentase yang sama yakni 52,9%, responden tidak melakukan diskriminasi, dan kesimpulan yang didapat bahwa 51,5% tidak diskriminasi terhadap orang dengan gangguan jiwa. Dalam hal ini peneliti mengharapkan untuk melakukan penelitian lain mengenai dampak stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa. (Putriyani, D dan Sari, H, 2018)

Penelitian lain yang dilakukan oleh Kanti Fiona dan Fajrianthi (2013), dengan judul *Pengaruh dukungan sosial terhadap kualitas hidup penderita Skizofrenia*, dengan lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Social Provision Scale* dan *Self-report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia*, dengan hasil yang didapat bahwa dukungan sosial memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup penderita Skizofrenia. Semakin baik dukungan sosial yang didapat pasien semakin baik pula kualitas hidup yang mereka miliki. Dukungan

sosial memiliki dampak yang signifikan dalam penyembuhan penderita Skizofrenia ini bukan hanya saja dari keluarga namun juga keterlibatan yang besar dengan yang bukan anggota keluargapun sangat berpengaruh. Kondisi akan berubah sebaliknya apabila dukungan sosial tidak ada sama sekali atau tidak sesuai dengan tingkat minimal yang diberikan maka kualitas hidup akan menurun bagi penderita Skizofrenia.

Penelitian yang hampir serupa juga dilakukan oleh Hasfira Sari dan FiraFina, mengenai Dukungan keluarga dalam mencegah kekambuhan pasien Skizofrenia di Poliklinik Rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Aceh, dengan desain penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross-sectional study* dengan hasil yang diperoleh terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pencegahan kekambuhan pasien Skizofrenia, yang meliputi beberapa dukungan yakni dukungan emosional, dimana keluarga merupakan tempat yang aman dan nyaman bagi anggota keluarga untuk istirahat, pemulihan dan membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan instrumental, keluarga mampu memfasilitasi semua kebutuhan anggota keluarga yang mengalami Skizofrenia baik kebutuhan bip, psiko, sosial, dan spiritual. Dukungan informasional keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator, yaitu penyebar informasi atau pencari informasi mengenai permasalahan kesehatan yang sedang dialami oleh anggota keluarga. Dan dukungan penilaian dari keluarga, dalam hal ini keluarga berfungsi membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan bertindak sebagai sumber validator identitas anggota keluarga (Sari, H. dan Fina, F.).

Kajian lain dilakukan oleh Novianty dan Hadjam, yang berjudul *Literasi Kesehatan Mental dan Sikap Komunitas sebagai Prediktor Pencarian Pertolongan Formal*. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan signifikansi literasi kesehatan mental dan sikap komunitas terhadap gangguan mental terhadap pencarian pertolongan formal. Hipotesisnya adalah literasi kesehatan mental dan sikap komunitas terhadap gangguan mental memprediksi pencarian pertolongan formal. Metode survei digunakan dengan jumlah responden 168 orang yang tinggal di area perkotaan. Analisis regresi ganda digunakan untuk analisa data. Hasil menunjukkan literasi kesehatan mental dan sikap komunitas terhadap gangguan mental secara bersama-sama signifikan memprediksi pencarian pertolongan formal ( $F=3,466$ ;  $p<0,05$ ). Penelitian ini menyimpulkan bahwa orang yang memiliki literasi kesehatan mental yang tinggi dan sikap komunitas yang positif memengaruhi pencarian pertolongan ke penanganan profesional. (Novianty dan Hadjam, 2017)

Sedangkan Putri, Wibhawa dan Gutama, mengkaji tentang *Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan, Dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental)*. Penelitian ini berangkat dari fakta bahwa di berbagai pelosok Indonesia masih ditemui cara penanganan yang tidak tepat bagi para penderita gangguan kesehatan mental. Penderita dianggap sebagai makhluk aneh yang dapat mengancam keselamatan seseorang untuk itu penderita layak diasingkan oleh masyarakat. Hal ini sangat mengecewakan karena dapat mengurangi kemungkinan untuk seorang penderita pulih. Untuk itu pemberian informasi,

mengedukasi masyarakat sangatlah penting terkait kesehatan mental agar stigma yang ada di masyarakat dapat dihilangkan dan penderita mendapatkan penanganan yang tepat. Untuk itu, di sini peneliti mencoba menggali pengetahuan dan keterbukaan masyarakat terhadap permasalahan kesehatan mental. (Putri, Wibhawa dan Gutama, 2015).

Ayuningtyas, juga telah melakukan telaahan terhadap *Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya*. Penelitian ini berangkat dari fakta bahwa terdapat sekitar 450 juta orang menderita gangguan mental dan perilaku di seluruh dunia, terbanyak di India (4,5%). Satu dari empat orang menderita satu atau lebih gangguan mental selama masa hidup mereka. Gangguan mental jika tidak ditangani dengan tepat, akan bertambah parah, dan akhirnya dapat membebani keluarga, masyarakat, serta pemerintah. Studi ini bertujuan mengetahui situasi kesehatan mental pada masyarakat Indonesia dan strategi penanggulangannya, dengan menggunakan analisis deskriptif eksploratif, melalui tinjauan literatur dan kajian data sekunder. Unit analisis yaitu situasi kesehatan mental di Indonesia. (Ayuningtyas, dkk, 2018)

Penelitian juga dilakukan Suhaimi, mengenai *Gangguan Jiwa dalam Perspektif Kesehatan Mental Islam*. Penelitian ini berangkat dari permasalahan bahwa problem kejiwaan yang dihadapi individu sering mendapat reaksi negatif dari orang-orang yang berada di sekitar. Secara singkat, lahirnya keterbatasan pemahaman masyarakat mengenai etiologi gangguan jiwa, di samping karena nilai-nilai tradisi

dan budaya yang masih kuat mengakar, sehingga gangguan jiwa sering kali dikaitkan oleh kepercayaan masyarakat yang bersangkutan. Karenanya, masih ada sebagian masyarakat yang tidak mau terbuka dengan penjelasan-penjelasan yang lebih ilmiah dan mengenyampingkan perawatan medis dan psikiatris. Di sinilah, peneliti berusaha mengkaji pandangan Islam terhadap kesehatan mental yang sebenarnya tidak jauh berbeda dengan pandangan para ahli kesehatan mental pada umumnya. (Suhaimi, 2015)

Dari penelitian-penelitian yang dipaparkan di atas, belum ada yang mencoba mengaitkan antara dukungan keluarga dan masyarakat dalam mewujudkan keberfungsian sosial penyandang disabilitas psikososial mandiri, khususnya di daerah Pidie dan Aceh Utara yang menjadi lokasi penelitian ini. Juga mencoba menelusuri kebijakan apa saja yang diterapkan pada tingkat gampong, kemukiman, kecamatan maupun kabupaten/kota untuk pemberdayaan bagi disabilitas psikososial mandiri di Kabupaten Pidie. Sehingga, nantinya hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan terhadap penyempurnaan kebijakan terkait dengan kondisi orang dan taraf hidup penyandang disabilitas psikososial di Aceh, terutama di wilayah Pidie dan Aceh Utara.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Keluarga**

#### **a. Keluarga: Konsep Dan Definisi**

**Setiap masyarakat** mempunyai sistem sosial terkecil yaitu keluarga. Di mana pun di dunia ini pasti memiliki sebuah institusi sosial yang disebut keluarga. Menurut

Coleman dan Cressey (1990) sebagaimana yang dikutip Zastrow (1999:177) yang dimaksud keluarga adalah, “ sekelompok orang yang dihubungkan oleh pernikahan, keturunan, atau adopsi yang hidup bersama dalam sebuah rumah tangga.” Namun demikian, definisi ini tidak mencakup (beberapa kasus di bawah ini) meskipun mereka hidup bersama dalam rumah tangga:

1. Suami istri yang membesarkan seorang anak yang telah hidup lama dalam keluarga (hanya membesarkan, bukan adopsi).
2. Dua perempuan lesbian yang saling mencintai dan merawat seorang anak dari hasil perkawinan heteroseksual dari salah satu di antara mereka.
3. Sebuah unit keluarga yang salah satu pasangan hidup jauh dari rumah, misalnya menjadi anggota militer dan bertugas di suatu daerah.
4. Sebuah unit keluarga yang salah seorang anaknya mengalami gangguan kognitif sehingga hidup di dalam fasilitas penyembuhan.
5. Seorang laki- laki dan perempuan saling mencintai dan hidup bersama tetapi tidak disatukan dalam hubungan pernikahan sah (*kumpul kebo*), (Huda ,2009).

**Schrivier (1995)** menggunakan istilah ‘kekeluargaan’ untuk memperluas konsep tradisional keluarga. Ia menyatakan bahwakonsep ini mengingatkan kita sebagai individu dan sebagai anggota keluarga tertentu untuk selalu berpikir tentang struktur

alternative yang mungkin dan serangkaian fungsi yang merupakan keluarga untuk orang lain.

**Garbarini dan Abramowitz(1992a)** mengacu pada keluarga sebagai 'markaz' bagi perkembangan manusia(headquater for human development). Keluarga melakukan penyusunan kebutuhan terdesak untuk menjalin kelompok manusia bersama-sama. "melalui keluarga, kita terhubung ke masa lalu dan waktu yang lama dan tempat nenek moyang kita dan masa depan dengan harapan anak- anak kita **Garbarini dan Abramowitz(1992b:72)**. Kebanyakan diskusi tentang keluarga termasuk dua aspek terkait keluarga: keluarga sebagai markas untuk perkembangan manusia dan keluarga sebagai lembaga sosial.

Ahli sosiologi yang mencoba untuk menjawab pertanyaan 'apa itu keluarga' menekankan tiga fungsi keluarga : menikah, memiliki anak, dan mengembangkan kekerabatan (**Reiss, 1990:29**) dirangkum dalam perspektif global tentang keluarga sebagai 'kelompok kekerabatan-terstruktur kecil dengan fungsi utama sosialisasi pengasuhan'. Definisi **Duval (1971:576)** tentang keluarga adalah 'unit berinteraksi orang terkait dengan ikatan perkawinan, kelahiran atau adopsi, yang tujuan sentralnya untuk menciptakan dan memelihara budaya umum yang mempromosikan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari masing- masing anggotanya'.

## b. Keluarga, Kelompok Dan Sistem Pendukung

Keluarga (*family*) semakin hari semakin diakui sebagai “system sosial” yaitu keseluruhan terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan, yang masing-masing mempengaruhi dan dipengaruhi oleh satu sama lain, dan masing-masing memberikan kontribusi untuk keberfungsian seluruhnya. System perspektif ini membantu kita menyadari bahwa memahami keluarga itu tidak sesederhana memahami hubungan ibu dan anak. Tentunya, keluarga dipengaruhi oleh banyak factor; ayah dan hubungannya dengan ibu dan bayi, kakek nenek, dan lingkungan. Dukungan apa yang dimiliki keluarga dari teman, kelompok dan lingkungan. Poin penting tentang pemahaman keluarga sebagai system adalah untuk mengenali bagaimana perbedaan interaksi di dalam dan di luar system keluarga yang berdampak pada keluarga.

**Garbarini dan Abramowitz(1992: 16)** mendiskusikan pendekatan ekologi untuk perkembangan manusia yang menekankan *interaksi* antara individu dan lingkungan. Pandangan ini memandang proses perkembangan sebagai perluasan konsepsi dunia anak dan kemampuan anak untuk bertindak atas dunianya sendiri. Organisme individual dan lingkungan terlibat dalam interaksi timbal balik: masing-masing mempengaruhi yang lain dalam sebuah interaksi biologi dan masyarakat yang terus berubah, dengan kecerdasan dan emosi sebagai mediator dan identitas dan kompetensi sebagai hasilnya.

### c. Siklus Kehidupan Keluarga

Salah satu cara memahami kehidupan keluarga adalah untuk mempertimbangkan siklus kehidupan keluarga dan rangkaian tahap perkembangan dimana keluarga biasanya bergerak di sekitarnya. Sebagai pasangan yang bergerak melalui siklus kehidupan keluarga mereka memiliki sumber yang berbeda dari kepuasan dan frustrasi. Secara umum, peneliti (**Belsky, 1990: Rollins & Fiedman, 1970**) telah menemukan bentuk-U hubungan Antara tahap siklus hidup dan kepuasan perkawinan. Kepuasan perkawinan mulai tinggi dengan pasangan yang baru menikah, dan berkurang untuk titik terendah pada tahap di mana keluarga memiliki anak usia sekolah. Tahapan berikutnya, keluarga dengan anak- anak remaja, mulai bangkit ke tahap akhir, keluarga yang sudah matang, di mana kepuasan mencapai tingkat yang sama dengan pasangan yang baru menikah.

### d. Perubahan Keluarga

Seperti yang kita ketahui, keluarga adalah suatu system yang kompleks; tetapi tidak statis, dan sebagai system pengembangan keluarga mencerminkan perubahan dunia. Beberapa perubahan saat ini termasuk trends (**Sigelman & Shaffer, 1991**).

- 1) Lebih dewasa hidup sebagai *single* hari ini dari pada masa lalu. Banyak orang dewasa muda yang menunda pernikahan saat mereka mengejar tujuan pendidikan dan

tujuan karier. Setelah menikah, pasangan yang memiliki anak

- 2) Peningkatan jumlah pasangan yang memutuskan untuk tetap punya anak.
- 3) Kebanyakan wanita, termasuk mereka yang memiliki anak-anak, bekerja di luar rumah.
- 4) Sampai dengan 50% dari orang muda bercerai
- 5) Sampai dengan 50% dari anak yang lahir pada 1980-an akan menghabiskan beberapa waktu dengan status orang tua keluarga tunggal.
- 6) Karena pasangan lebih banyak bercerai, lebih dewasa, sekitar 75% yang menikah lagi.
- 7) Orang dewasa saat ini menghabiskan lebih dari beberapa tahun sebagai pasangan atau sebagai orang dewasa tunggal tanpa anak-anak di rumah karena orang memiliki hidup lebih lama daripada mereka yang berpasangan.

#### **e. Keluarga masa Kini**

Sebuah keluarga modern yang digambarkan oleh Gerden sebut sebagai 'kehidupan keluarga yang mengalami kejenuhan' (*satured family*). Tidak seperti keluarga jaman dulu, teknologi baru telah menyusup kehidupan kita dan menjadi suatu kebutuhan, dengan dampak bahwa pengalaman individu dari dunia budaya dan sosial telah diperluas dan menjadi lebih kompleks. Di zaman reanya elektronik saat ini, yang koneksi internet, email ada kenyataan baru tentang kemampuan kita untuk berinteraksi. Pada tingkat sosial, kita menghadapi

banyaknya relasi yang bermacam-macam. Salah satu penelitian dari keseluruhan, Gergen (1991) dalam Fahrudin,, mengatakan bahwa ada kesulitan yang semakin meningkat bagi orang untuk menemukan apa yang mereka percayai. Pengalaman kehidupan dan pengalaman diri sendiri diarahkan sebagai kejenuhan sosial (*Social saturation*).

## 2. Keberfungsian Sosial

### a. Definisi keberfungsian Sosial

Konsep keberfungsian sosial (*Social Functioning*) merupakan salah satu konsep utama dalam ilmu dan profesi pekerjaan sosial. Namun masih sedikit yang tahu siapakah yang pertama kali memperkenalkan konsep ini. Werner Boehm, menurut Fahrudin (2018) merupakan ahli pekerjaan sosial yang pertama kali mengemukakan konsep keberfungsian sosial. Dalam hal ini lebih merujuk kepada kemampuan klien guna melaksanakan tugas kehidupannya, seperti memperoleh makanan, tempat tinggal, dan pekerjaan, dan transportasi.

Keberfungsian sosial menurut Morales dan Sheafor (1999) dalam Fahrudin (2012) menyatakan bahwa *Social functioning is a helpful concept because it takes into consideration both the environment characteristics of the person and the forces from the environment. It suggests that a person brings to the situation a set of behaviors, needs, and beliefs that are the result of his or her unique experiences from birth. Yet it also recognizes that whatever is*

*brought to the situation must be related to the world as that person confronts it. It is in the transactions between the person and the parts of that person's world that the quality of life can be enhanced or damaged.*

Sedangkan Siporin (1979) dalam Fahrudin (2012) menyatakan bahwa keberfungsian sosial tidak terlepas dari karakteristik orang dalam konteks lingkungan sosialnya, *social functioning refers to the way individuals or collectivities (families, associations, communities, and so on) behave in order to carry out their life task and meet their needs.* Oleh karena itu, keberfungsian seseorang sangat berkaitan dengan peranan-peranan sosialnya sehingga keberfungsian sosial dapat pula diartikan sebagai kegiatan-kegiatan yang dianggap penting dalam menampilkan beberapa peranan yang diharapkan atau yang seyogyanya ditampilkan oleh setiap orang karena keanggotaannya dalam kelompok-kelompok sosial.

Menurut Karls & Wandrei (1998) dan Longres (1995) dalam Fahrudin (2018) keberfungsian sosial positif adalah kemampuan orang untuk menangani tugas-tugas dan aktivitasnya yang penting dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan melaksanakan peranan sosial utamanya sebagaimana yang diharapkan oleh kebudayaan dari suatu komunitas yang khusus. Peranan sosial yang utama yaitu menjadi anggota dalam keluarga, orang tua, pasangan, mahasiswa, pasien, pegawai, tetangga dan warga negara. Peranan sosial orang berubah melalui kehidupan dan harapan

tentang peranan ini berbeda tergantung kepada gender orang, suku bangsa, budaya, agama, pekerjaan dan komunitas. Sebagian ahli berpendapat bahwa konsep keberfungsian sosial terfokus pada keserasian antara kapasitas individu dengan tindakan dan permintaan, harapan, sumber-sumber serta kesempatan dalam lingkungan sosial dan ekonominya.

Pekerjaan sosial berhubungan dengan keberfungsian sosial semua orang tapi prioritasnya yaitu pada masalah pemenuhan kebanyakan anggota-anggota masyarakat yang rentan. Pada dasarnya masyarakat yang rentan ini adalah korban dari situasi pengabaian, ketidakadilan sosial, diskriminasi dan penindasan, termasuk juga di dalamnya anak-anak dan remaja, lansia, perempuan, individu yang hidup dalam kemiskinan, individu yang hidup dalam keterbatasan fisik, orang yang sakit mental dan emosional, gay dan lesbian, dan kelompok minoritas.

Dalam melaksanakan komitmen untuk meningkatkan keberfungsian sosial orang, pekerja sosial menangani penyediaan intervensi sosial bagi mereka yang mempunyai keterbatasan kapasitas dan kesempatan untuk berfungsi secara penuh. Pelayanan intervensi sosial mungkin menjadi penangan yang paling menolong. Akhirnya, karena orang mungkin ingin meningkatkan keberfungsian sosialnya ketika dia sedang menghadapi masalah yang membelitnya, maka pekerja sosial perlu memberikan dan meningkatkan pelayanan kepada orang tersebut. Intervensi sosial dapat

meliputi tindakan dan upaya yang dirancang agar orang dapat memenuhi kebutuhan dan akses terhadap kebutuhan dasar (misalnya makan, tempat tinggal, perlindungan dari bahaya, dan sebagainya) dan kesempatan untuk memenuhi kebutuhan psikososial seperti rasa memiliki, penerimaan dan ketenangan pada saat mengalami tekanan. Dalam intervensi pekerjaan sosial, fokusnya adalah menyediakan sumber-sumber yang dibutuhkan atau menolong klien agar bisa merasa nyaman walaupun sengan mengalami kesulitan.

Secara umum keberfungsian sosial merupakan kemampuan yang harus dimiliki oleh setiap individu, dalam menyesuaikan diri dan mengatasi masalah yang dihadapinya. Hal ini berkaitan erat dengan interaksi antara individu dengan lingkungan sosialnya, sehingga memberikan hasil yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain.

Menurut Dwi Heru Sukoco (1991) dalam Fahrudin (2012) keberfungsian sosial dapat dipandang dari berbagai segi yaitu:

- a. Keberfungsian sosial dipandang sebagai kemampuan melaksanakan peranan sosial, yaitu sebagai penampilan pelaksanaan peranan yang diharapkan sebagai anggota suatu kolektifitas.
- b. Keberfungsian sosial dipandang sebagai kemampuan untuk memenuhi kebutuhan, yaitu mengacu kepada cara-cara yang digunakan oleh individu maupun kolektivitas dalam memenuhi kebutuhan hidup mereka.

c. Keberfungsian sosial dipandang sebagai kemampuan untuk memecahkan permasalahan sosial yang dialaminya.

Baker, Dubois dan Miley (1992) dalam Suharto (2006) menyatakan bahwa keberfungsian sosial berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan dasar diri dan keluarganya, serta dalam memberikan kontribusi positif bagi masyarakat.

Konsepsi di atas menilai bahwa manusia sebagai subjek dari segala proses dan aktivitas kehidupannya. Manusia memiliki kemampuan dan potensi yang dapat dikembangkan dalam proses pertolongan. Manusia memiliki dan/atau dapat menjangkau, memanfaatkan, dan memobilisasi asset dan sumber-sumber yang ada di sekitar dirinya.

Barker (2003) dalam DuBois (2005) menyatakan bahwa *in social work view, social functioning relates to living up to the expectations that are made of an individual by that person's own self, by the immediate social environment, and by society at large. These expectations, or functions, include meeting one's own basic needs and the needs of one's dependents and making positive contributions to society. Human needs include physical aspects (food, shelter, safety, health care, and protection). Personal fulfillment (education, recreation, values, aesthetic, religion, and accomplishment), emotional needs (a sense of belonging, mutual caring, and companionship), and an adequate self-concept (self-confidence, self-esteem, and identity).*

DuBois (2005) membagi keberfungsian sosial ke dalam 3 tipe, sebagaimana disebutkan di bawah ini.

1. *Effective Social Functioning. Understandably, competent systems activate personal, interpersonal, and institutional resources to deal with*

*problems, issues, and needs. Also, these resources are relatively available and accessible to these systems in the social structure.*

2. *At-Risk Social functioning. Some populations or social system are at risk of difficulties in social functioning this means that they are vulnerable to specific problems. Al though search problems have yet to surface.*
3. *Difficulries in Social Functioning. Finally, in some human systems, problems become in exacerbated that the ability to cope is diminished or the system is immobilized and anable to initiate a change process.*

Fahrudin (2018), menyatakan bahwa keberfungsian Sosial memiliki enam indikator yaitu, indikator positif termasuk di dalamnya (pencapaian, kepuasan, dan pengharapan) dan indikator negatif (stres, kecewa, dan ketidak berdayaan). Keberfungsian sosial dianggap optimal menurut beliau apabila aspek positif tersebut lebih kuat dibandingkan dengan aspek negatif pada saat pengukuran dilakukan.

Dubios (2005) mengatakan bahwa permasalahan sosial mempengaruhi keberfungsian sosial ke dalam beberapa aspek kehidupan individu, termasuk kesehatan fisikis dan mental, pekerjaan dan pendidikan, keamanan finansial, perumahan, rekreasi, dan integritas keluarga dan komunitas.

## **b. Karakteristik Keberfungsian Sosial**

Keberfungsian sosial adalah kemampuan mengatasi (coping) tuntutan (demands) lingkungan yang merupakan tugas-tugas antara tuntutan lingkungan dan kemampuan mengatasinya oleh individu. Kalau terjadi ketidakseimbangan antara keduanya maka terjadi masalah, misalnya tuntutan lingkungan melebihi kemampuan

mengatasi yang dimiliki individu. Fahrudin, 2018. Yang tujuannya untuk membantu menyeimbangkan tuntutan lingkungan dengan kemampuan mengatasi masalah oleh individu yang bersangkutan.

Untuk mencapai keberfungsian sosial maka peranan sumber daya menjadi sangat penting. Kesempatan dan sumber- sumber daya yang ada dapat dimanfaatkan sehingga memungkinkan pencapaian keberfungsian sosial internal sebagaimana mestinya. Seseorang dapat dikatakan berfungsi sosial apabila ia mampu menjalankan tugas-tugas kehidupannya melalui:

- 1) Individu mampu menjalankan peranannya dengan baik. Peranan merupakan tingkah laku yang diharapkan ke atas orang yang memegang peranan itu. Dalam hal ini individu dapat mengefektifkan segala sesuatu yang diharapkannya untuk diwujudkan secara konkret.
- 2) Individu memiliki tanggung jawab terhadap orang lain. Ia mampu membuat keputusan yang rasional, dapat dipercaya dan mampu berupaya untuk kesejahteraan orang lain. Hal- hal yang dicapainya akan dijadikan modal untuk kegiatan selanjutnya.
- 3) Individu memperoleh kepuasan diri dari penampilannya/kinerjanya dan tugas- tugasnya serta pelaksanaan tanggung jawabnya.

Namun terkadang kegiatan-kegiatan yang dilakukan seseorang mengalami hambatan dan memberikan hasil tidak memuaskan, sehingga individu yang bersangkutan dikatakan tidak dapat menjalankan fungsi sosialnya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh:

### **1) Kekurangan sumber-sumber internal**

Kondisi tersebut mengakibatkan seseorang memiliki harapan yang semu, kebutuhan fisik dan psikis tidak terpenuhi, serta ketidakberdayaan dalam hidupnya. Secara situasional sumber- sumber internal melangsungkan kehidupannya

### **2) Pengaruh negatif faktor lingkungan**

Kondisi tersebut berkaitan dengan perkembangan pengetahuan kemajuan teknologi dan yang tidak seimbang dengan kemampuan individu dalam menerimanya. Keterbatasan individu untuk memperoleh informasi, mengolah dan memilah hal- hal yang bermanfaat mengakibatkan lemahnya kontrol sosial terhadap dampak negatif kemajuan tersebut. Hal ini memerlukan penyeimbangan antara peningkatan kemampuan individu sehingga dapat memilah hal- hal yang positifnya saja.

### **3) Kombinasi antara faktor personal dan lingkungan**

Kondisi tersebut merupakan gabungan dari akibat- akibat yang ditimbulkan oleh faktor internal individu dan pengaruh lingkungan. Kombinasi masalah seperti ini memiliki dampak yang lebih kompleks terhadap terganggunya keberfungsian sosial seseorang.

Keberfungsian sosial biasanya dibagi ke dalam dua kategori yaitu keberfungsian sosial internal dan keberfungsian eksternal. Proses pembentukan keberfungsian sosial internal memerlukan

waktu yang cukup lama, karena dibutuhkan adaptasi untuk mempertahankan interaksi dengan lingkungannya. keberfungsian sosial internal memegang peranan yang sangat besar untuk menyesuaikan pengalaman yang diterima, dengan kenyataan yang ada dalam kehidupannya.

### c. **Manusia dalam Konteks Lingkungannya**

Anderson dan Carter (1984) mengatakan bahwa setiap pandangan sebenarnya amat berkaitan dengan persepsi seseorang dan juga sistem yang telah dijelaskan sebelumnya yaitu lingkungan ahli pekerjaan sosial profesional mendapati bahwa perspektif tingkah laku manusia sangat konsisten dengan dasar kode etika pekerjaan sosial dan komitmen dalam menghormati keunikan dan kelebihan yang terdapat dalam diri seseorang individu.

Asumsi utama yang menjadi dasar dari kerangka kerja tersebut adalah:

1. Terdapat tiga dimensi dalam menilai tingkah laku manusia dan lingkungan sosial yaitu biofisik, psikologikal dan sosial
2. Tiga dimensi ini adalah berlandaskan kepada sistem fungsi *biopsychosocial*.
3. Sistem ini terdiri dari sistem berganda yang berbentuk dalam kedudukan hierarki yaitu dari yang lebih kecil (sel) kepada yang lebih besar (sosial).
4. Sistem hierarki secara menegak atau menaik adalah interaksi kepada sesuatu keadaan yang tetap bersama dengan sistem

kehidupan yang lain dan komponen yang tidak hidup dalam sistem lingkungan fisik.

Sistem yang digunakan ini terbagi menjadi empat faktor untuk menggambarkan atau menguraikan mengenai masalah yang dihadapi oleh klien yaitu: peranan masalah sosial, masalah lingkungan, tekanan mental, dan tekanan fisik. Keempat faktor ini adalah penting untuk menguraikan masalah yang dihadapi oleh klien. Faktor utama menggambarkan bahwa komponen dalam fungsi sosial dapat menjadi panduan dan asas asesmen dalam pendidikan pekerjaan sosial. Dalam sistem ini juga, fungsi sosial merujuk kepada kemampuan klien untuk menyelesaikan tugas kehidupan (seperti memperoleh makanan, tempat perlindungan, dan pengangkutan) dan melaksanakan peranan sosial yang lebih besar (William, Karls & Wandrei, 1989). Faktor ke dua yaitu masalah lingkungan, sistem ini mengklasifikasikan mengenai persoalan identitas dalam kaitannya dengan fungsi dan peranan sosial untuk menilai keseimbangan sistem lingkungan. Faktor ke tiga, lebih menggambarkan kepada tekanan mental, sedangkan faktor ke empat, lebih memfokus kepada keefektivan dari fungsi sosial.

### 3. PIE (*Person In Environment*)

#### a. Definisi *Person In Environment*

Sistem Manusia dalam lingkungan (*Person In Environment* “Sistem Model Holistik” untuk mengidentifikasi dan klasifikasi masalah klien dalam berfungsi sosial yang mencakup asesmen, masalah dalam lingkungan, masalah kesehatan jiwa dan

kesehatan fisik yang dialami klien. Sistem manusia dalam lingkungan yang dikenal dengan singkatan PIE yaitu suatu metode untuk menjelaskan, mengklasifikasi dan koding masalah umum klien yang dilayani pekerja sosial. PIE dikembangkan sebagai mekanisme untuk membantu pekerja sosial mengklarifikasi perannya dalam bidang pelayanan manusia bersama dengan psikiater, psikolog, rohaniwan, dsb. PIE mengidentifikasi bidang keahlian khusus pekerja sosial yaitu, dalam asesmen dan penyelesaian masalah relasi sosial dan lembaga sosial di masyarakat. Menurut **James M Karls**, dalam Damanik (2008) mengatakan system PIE ini dirancang berdasarkan pemikiran di atas dan dikembangkan di bawah bimbingan *National Association of Social Workes* (NASW) oleh sekelompok praktisi pekerjaan sosial dan akademisi yang bertugas untuk mengembangkan system klarifikasi yang dapat digunakan dalam semua bidang praktik dan yang ramah-pengguna dan ramah-klien.

PIE melaksanakan beberapa prinsip yang mendasari pekerjaan sosial modern, yaitu interaksi manusia dengan lingkungan. Minihan (1996), dalam Dumanik (2008), menulis bahwa dalam melaksanakan tujuannya di masyarakat, pekerja sosial “meningkatkan atau mengembalikan interaksi timbal-balik yang saling menguntungkan antara individu dan masyarakat, memfasilitasi interaksi antara individu dan orang lain dalam lingkungannya, membantu manusia meningkatkan kompetensi dan kemampuannya dalam menangani dan mengatasi masalah,

dan mempengaruhi kebijakan sosial dan lingkungan". Meyer (1987) mengatakan bahwa pekerjaan sosial "menemukan perspektif yang memberikan kerekatan dalam praktik pekerjaan sosial perspektif demikian merefleksikan focus manusia-dalam-lingkungan yang sentral dalam tujuan praktik pekerjaan sosial. Ini tidak berarti hanya menggunakan pendekatan atau teori tertentu saja. Secara ideal perspektif ini harus memungkinkan pendekatan eklektik dalam fenomena kasus. Akhirnya perspektif demikian harus menjawab kompleksitas situasi kasus yang ditangani dalam praktik pekerjaan sosial. Tujuan suatu perspektif praktik adalah untuk mengikat pekerjaan sosial yang melakukan berbagai upaya untuk mencapai tujuan yang sama".

#### **b. Struktur Sistem Manusia-Dalam-Lingkungan**

Person In Environment juga disebut dengan sistem 4 faktor, dimana masing-masing faktor mendiskripsikan satu unsur dalam situasi masalah klien, yang terdiri dari: Faktor pertama, mengidentifikasi dan menguraikan masalah klien dalam berfungsi sosial, mencakup di dalamnya peran sosial, jenis masalah, keparahan dan lama masalah, serta kapasitas klien untuk mengatasinya. Faktor kedua, menjelaskan masalah yang berasal dari lingkungan yang mempengaruhi fungsi sosial klien juga menjelaskan masing-masing masalah dan keparahan serta jangka waktu. Faktor ketiga, menjelaskan masalah kesehatan jiwa dan masalah fisik yang dialami klien. Faktor keempat, menjelaskan

kekuatan dan sumber daya yang dimiliki klien untuk mengatasi masalahnya.

PIE merupakan alat dalam tahap asesmen pada awal kontak dan seluruh proses intervensi sampai pada terminasi. Penggunaan sistem ini mengarahkan praktisi untuk mengatur temuan asesmen dalam suatu format dan menghasilkan rencana yang jelas dan berfokus. Menggunakan system PIE membantu praktisi menjelaskan kompleksitas masalah dengan cara yang mudah dipahami praktisi di settingan lain yang mungkin akan menjadi tempat klien dirujuk. Juga penting mencatat bahwa klien harus mampu memahami asesmen dan berpartisipasi penuh dalam pengurangan atau penyelesaian masalah. Karena ini adalah pendekatan system, maka PIE menjadi instrument yang bukan hanya mencatat temuan asesmen, tetapi juga untuk perencanaan dan evaluasi intervensi. Yang paling penting adalah PIE mengarah pada efektifitas bantuan bagi klien.

### **c. Operasionalisasi dalam Paktik Pekerjaan Sosial**

#### **Faktor Pertama**

Factor ini mendeskripsikan masalah dalam berfungsi sosial yang berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan harian dalam komunitas atau budaya sesuai usia dan tahap hidup klien. Deskripsi masalah klien dalam factor mempunyai lima komponen:

- 1) Suatu pernyataan bidang interaksi sosial atau peran sosial di mana masalah terjadi.

- a) Keluarga : orang tua, suami/istri, anak, kakak/adik, orang penting lain.
  - b) Interpersonal lain : kekasih, teman, tetangga, anggota.
  - c) Pekerjaan: pegawai (dibayar), pekerja (rumah), relawan, pelajar/mahasiswa.
  - d) Situasi kehidupan khusus: konsumen, pasien/klien rawat inap, pasien/klien rawat jalan, imigran gelap, pengungsi, dan lain- lain. Misalnya, masalah perkawinan diidentifikasi sebagai masalah peran suami/istri, masalah dengan majikan diidentifikasi sebagai masalah peran pegawai.
- 2). *Descriptor*/Penjelasan jenis masalah, yaitu kuasa, ambivalensi, tanggung jawab, ketergantungan, kehilangan, isolasi, menjadi korban. Misalnya, seseorang yang kehilangan suami/istri karena kematian atau perceraian diidentifikasi sebagai mengalami masalah peran suami/istri, jenis kehilangan.
  - 3). Indikasi keparahan masalah dengan skala I (terendah) sampai 6 (tertinggi).
  - 4). Indikasi lama masalah yang terjadi dalam skala lima tahun lebih sampai 6 (dua minggu atau kurang).
  - 5) Keputusan klinis tentang kekuatan fisik, mental, dan psikologis untuk menangani masalah dengan skala I (sangat baik) sampai 6 (tidak ada keterampilan penanganan masalah).

## **MENERAPKAN FAKTOR II**

Faktor II mendeskripsikan masalah dalam lingkungan klien yang mempengaruhi fungsi sosialnya. Dalam PIE lingkungan mencakup konteks baik dan sosial di mana manusia hidup. Faktor II

mengidentifikasi lembaga sosial yang ada dalam kebanyakan komunitas untuk memfasilitasi kesejahteraan dan perkembangan individu. Deskripsi masalah klien dalam factor II mencakup 3 komponen berikut : Sistem sosial, keparahan dan lama masalah.

Dalam PIE terdapat enam kelompok masalah system sosial :

1. *Sistem ekonomi/kebutuhan dasar*. Terdiri dari masalah- masalah pemebrian atau aksesibilitas terhadap makanan, perumahan, pekerjaan, sumber- sumber ekonomi dan transportasi.
2. *Sistem Pendidikan dan Pelatihan*. Mencakup masalah atau kekurangan yang berkaitan dengan lembaga pendidikan/pelatihan dan kebijakan.
3. *System yuridis dan legal*. Mencakup masalah yang berkaitan dengan polisi dan pengadilan.
4. *System kesehatan, kesejahteraan dan keamanan*. Mencakup masalah yang berkaitan dengan rumah sakit, klinik, pelayanan keamanan umum, dan pelayanan sosial.
5. *System asosiasi sukarela*. Mencakup masalah lembaga keagamaan dan kelompok dukungan komunitas.
6. *System dukungan afeksi*. Mencakup jejaring bantuan yang dibutuhkan oleh kebanyakan orang.

Masing- masing jenis masalah lingkungan terdiri dari 3-1 sub-jenis yang dijelaskan, dirumuskan dan diberi kode dalam PIE Manual (Karls and Wandrei, 1994a). misalnya, seorang klien melaporkan tidak mempunyai rumah dalam komunitas sulit dijelaskan sebagai masalah system ekonomi/kebutuhan dasar dengan perumahan atau tidak adanya perumahan, standar rumah

yang memadai/tidak; atau lingkungan yang tidak aman sebagai masalah system keamanan dengan kekerasan dan kriminalitas di lingkungan tempat tinggal.

Komponen kedua adalah keparahan masing- masing masalah dengan skala I (terendah) sampai 6 (tertinggi). Ketiga adalah lama masing- masing masalah, dari 1 (lima tahun +) sampai 6 ( dua minggu atau kurang).

### **PENERAPAN FAKTOR III**

Factor ini mendaftarkan masalah kesehatan jiwa klien denan menggunakan Aksi I dan II dalam *DSM* serta kode terkait. Pekerja sosial mencatat gangguan klinis dan bila dibutuhkan, sumber diagnosis.

### **PENERAPAN FAKTOR IV**

Factor ini mendaftarkan masalah kesehatan fisik sebagaimana didiagnosis oleh dokter atau dilaporkan oleh klien.

## **4. Kompetensi Bekerja Sama dengan Keluarga yang Mengalami Penyakit Mental**

Pedoman praktis bagi penanganan penyakit mental yang serius merekomendasikan pelibatan dan pengikutsertaan keluarga dalam suatu proses penanganan yang kolaboratif (American Psychiatric Association, 1997; McEvoy, Scheifler, & Frances, 1999). Rekomendasi ini didasarkan atas bukti substansial bahwa bekerja

dengan keluarga meningkatkan hasil- hasil klien (Dixon & Lehman, 1995).

Tujuan bekerja dengan keluarga, dukungan dari komunitas, dan jejaring merupakan komponen yang integral dalam proses penanganan kasus dengan gangguan mental. Jejaring dukungan adalah krusial bagi orang- orang atau para klien yang mengalami penyakit mental yang parah, karena gejala-gejala penyakit mental meliputi kebingungan, keterkucilan, menarik diri, dan kekurangan-kekurangan kognitif lain yang sering membuat sulit bagi para konsumen untuk mengenali kapan mereka akan sakit dan untuk menjangkau bantuan.

Sering kali ada anggapan bahwa kesulitan yang disebabkan oleh penyakit mental mengakibatkan banyak orang kekeurangan atau kehilangan kontak keluarga. Karena alasan ini, keluarga sering dipandang sebagai anggota potensial dari jaringan dukungan para konsumen. Akan tetapi, penelitian mengindikasikan bahwa lebih dari 60 persen konsumen tinggal bersama keluarga (National Institute of Mental Health, 1991) dan bahwa 77 persen atau lebih melakukan kontak terus- menerus dengan anggota- anggota keluarga (Lehman & Steinwachs, 1985). Lebih dari 20 tahun bukti penelitian mengindikasikan bahwa intervensi keluarga secara signifikan mengurangi kekambuhan, *symptomatology* Psikiatri, dan masuk kembali ke rumah sakit (*rehospitalization*) serta meningkatkan keberfungsian dan kedudukan klien dalam komunitas (Dixon & Lehman, 1995). Keluarga-keluarga yang dilibatkan dalam proses penanganan saudara mereka yang sakit

melaporkan perasaan kurang terbebani dari penyakit mental dan lebih puas atas pengasuhan/perawatan kesehatan mental dan lebih puas atas pengasuhan/perawatan kesehatan mental yang diterima oleh saudara mereka (Dixon & Lehman, 1995; Marshall & Solomon, 2000).

Kerja sama keluarga memberikan keuntungan-keuntungan juga bagi para pekerja sosial. Para pekerja sosial memperoleh suatu pemahaman yang lebih baik akan perilaku klien, gejala, dan level kemampuannya dalam menghadapi penyakitnya. Dalam bekerja secara kolaboratif dengan para konsumen dan keluarga, para pekerja sosial dapat mengembangkan rencana penanganan yang paling efektif.

**a. Komponen Yang Disyaratkan dalam Bekerja Sama Dengan Keluarga yang Mengalami Sakit Mental**

Prinsip yang memandu yang mengaitkan berbagai intervensi keluarga ialah tujuan umum membantu keluarga untuk membantu saudara-saudara mereka yang sakit. Bagi para pekerja sosial, untuk menjadi responsive terhadap keluarga tidak mutlak berarti bahwa pelatihan formal dalam suatu intervensi spesifik yang dibutuhkan. Para pekerja sosial yang tidak dapat mengimplementasikan suatu intervensi yang terformalisasi masih dapat berpartisipasi dalam beberapa kegiatan untuk mengalamatkan kebutuhan-kebutuhan keluarga. Sikap-sikap, pengetahuan, dan keterampilan-keterampilan yang dibutuhkan oleh para pekerja sosial untuk bekerja sama dengan keluarga dari orang-orang yang menderita

penyakit mental yang serius digariskan di bawah ini (Mannion, 2000). Dengan sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang harus ada dalam pribadi orang yang bekerja dengan gangguan mental:

### **Sikap-sikap yang harus dimiliki:**

- 1). *Pengujian diri (Selfexomination)*. Sikap- Sikap dalam bekerja dengan keluarga- keluarga dibentuk oleh pelatihan yang memberikan kesehatan mental dan pengalaman-pengalaman belajar. Adalah sangat penting bagi pekerja sosial untuk menguji perasaan- perasaan dan sikap-sikapnya sendiri dalam rangka bekerja dengan keluarga- keluarga.
- 2) *Pengujian iklim oerganisasi (Examination of organizational climate)*. Para pekerja sosial harus mengakses sikap menyeluruh yang diekspresikan di dalam badan sosial mereka dalam rangka bekerja dengan keluarga- keluarga. Sikap- sikap negative terhadap keluarga- keluarga dapat diekspresikan secara berlebihan oleh para administrator, supervisor, atau pemberi pelayanan langsung dan menyebabkan konflik antardisiplin dalam tim penanganan. Apar pekerja sosial juga dapat merasakan iklim organisasi yang negative karena lemahnya kebijakan dan prosedur dalam bekerja dengan keluarga, kurangnya pelatihan, atau kurangnya insentif seperti mekanisme penggantian biaya (*reimbursement*) yang tidak tepat.

*Sedangkan pengetahuan wajib dimiliki antaranya:*

1. *Kesadaran akan pengalaman keluarga (awareness of the family experience)*. Para pekerja sosial harus mengalami siklus

emosional normal yang dialami oleh keluarga- keluarga ketika mereka menghadapi penyakit mental.

2. *Penegtahuan tentang penyakit mental ( knowledge of mental illness)* adalah penting bagi para pekerja sosial untuk tidak hanya mengkumulasikan suatu luasnya pengetahuan tentang penyakit mental tetapi juga untuk dapat menyampaikan pengetahuan dasar kepada keluarga-keluarga sedemikian rupa sehingga mereka dapat memahami dan menyimpannya. Para pekerja sosial harus menyadari baha pengetahuan ialah suatu alat menghadapu bagi keluarga- keluarga (a coping aid for families). Oleh karena itu, para pekerja sosial harus memiliki pengetahuan tentang sumber- sumber pendidikan gratis yang tersedia bagi keluarga- keluarga, seperti yang dihasilkan oleh National Alliance for the Mentally III (NAMI), the National Mental Health Association (NMHA) dan The National Alliance For Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD), sehingga para pekerja sosial dapat membuat rujukan- rujukan yang tepat.
3. *Pengetahuan tentang intervensi keluarga (Knowledge of family Interventions).* Para pekerja sosial harus menyadari keuntungan- keuntungan dari intervensi keluarga bagi para pelaku intervensi, konsumen, dan keluarga. Para pekerja sosial harus memiliki pengetahuan tentang perbedaan- perbedaan diantara jenis- jenis intervensi yang berbeda seperti model- model psikoedukasi, pendidikan keluarga, dukungan keluarga, dan konsultasi keluarga (Solomon, 1998).

4. *Pengetahuan tentang keterampilan- keterampilan menghadapi dan manajemen penyakit (knowledge of coping and illness management skills)*. Para pekerja sosial menyadari apa-apa yang boleh dan tidak boleh ketika mengalamatkan pertanyaan-pertanyaan dan memberikan nasihat kepada anggota-anggota keluarga. Pengetahuan tentang beberapa strategi dasar menghadapi dan manajemen penyakit adalah sesensial.
5. *Pengetahuan tentang system kesehatan mental (knowledge of the mental health system)*. Adalah sangat penting bagi pekerja sosial untuk memahami tidak hanya pelayanan- pelayanan yang ada di dalam badan sosial mereka sendiri tetapi juga informasi spesifik tentang pelayanan-pelayanan dan sumber-sumber yang ada didalam system kesehatan mental. Setiap informasi cetak yang dapat dibagikan sangat membantu bagi keluarga- keluarga.
6. *Kompetensi budaya (cultural competency)*. Para pekerja sosial membutuhkan pengetahuan tentang perbedaan- perbedaan yang berkaitan dengan kesehatan mental dan isu-isu di seputar stigma yang spesifik dalam kelompok- kelompok budaya/etnis. Adalah penting bagi pekerja sosial untuk menyadari daya terima (akseptibilitas) dan efektivitas penanganan dan pelayanan-pelayanan bagi keluarga dari latar belakang yang berbeda. Para pekerja sosial; harus menyadari sumber- sumber dan system-sistem dukungan masyarakat beranekaragam secara budaya/etnis.

### **Keterampilan- keterampilan yang harus dikuasai yakni:**

- 1). Mendiskusikan keterlibatan keluarga dengan klien (*discussing family involvement with client*). Para pekerja sosial harus memiliki keterampilan-keterampilan untuk menyakinkan klien akan keuntungan- keuntungan dari kerja sama, bekerja dengan klien untuk menunjuk seorang anggota keluarga, dan mendiskusikan dengan klien pilihan-pilihannya dalam jenis keterlibatan yang dapat diikuti oleh anggota keluarga dalam proses penanganan. Para pekerja harus terampil dalam menggali masukan-masukan dari klien tentang apa-apa saja yang sedang terjadi saat ini untuk menjaga kepercayaan dalam relasi terapeutik. Para pekerja sosial juga harus memiliki keterampilan- keterampilan yang penting untuk meningkatkan sifat kolaboratif dari keterlibatan keluarga.
- 2). *Empati dan dukungan (empathy and support)*. Adalah penting bagi para pekerja sosial untuk menyadari kekuatan-kekuatan para konsumen dan keluarga. Sebagai respons mereka terhadap penyakit mental yang dialami oleh saudara-saudara mereka dan stigma yang diasosiasikan dengan penyakit mental tersebut, banyak keluarga mengucilkan diri mereka sendiri dan barangkali mempertanyakan respons emosional mereka. Mengidentifikasi perasaan-perasaan yang dialami oleh anggota-anggota keluarga sebagai sesuatu yang umum dan alamiah adalah suatu komponen yang sangat penting dalam pengembangan suatu relasi kerja sama dengan keluarga-keluarga. Keterampilan- keterampilan dalam mendukung dan

berempati terhadap keluarga- keluarga memungkinkan para pekerja sosial untuk mendengarkan pengalaman-pengalaman keluarga dan membagikan pemahaman mereka tentang siklus normal dalam menghadapi dan menyesuaikan diri dengan penyakit mental tersebut.

- 3). *Mediasi dan advokasi (menjembatani dan membela/mendampingi) (mediation and advocacy)*. Keterampilan dalam mediasi memungkinkan para pekerja sosial untuk membantu keluarga yang mengalami konflik yang tidak terpecahkan yang barangkali mereka alami dirumah atau di dalam system kesehatan mental. Para pekerja sosial dapat menggunakan keterampilan- keterampilan advokasi dalam melakukan intervensi demi kepentingan keluarga- keluarga atau meningkatkan iklim organisasional di dalam badan sosial. Sebagai contoh, para pekerja sosial yang menghadapi kebijakan kerahasiaan sebagai suatu hambatan untuk berbagi informasi dengan keluarga- keluarga dapat mempertimbangkan penggunaan kebijakan- kebijakan model dan prosedur-prosedur kesepakatan (*consider adapting model policies and consent procedures*) yang dikembangkan oleh para penulis.
- 4). *Pengajaran dan Pelatihan (teaching and training)*. Keterampilan-keterampilan dalam mengalihkan pengetahuan tentang penyakit mental, penanganan penyakit mental, menghadapi penyakit mental, dan keterampilan -keterampilan manajemen penyakit sangat penting bagi para pekerja sosial yang bekerja dengan keluarga-keluarga. Adalah sangat penting bahwa

informasi yang diberikan kepada keluarga-keluarga relevan dan bermanfaat. Adalah juga penting bahwa bahan-bahan disampaikan sedemikian rupa yang memaksimalkan pemahaman dan kepemilikan mereka atas hal-hal yang sangat penting.

- 5). *Pemecahan masalah (problem solving)*. Para pekerja sosial harus memiliki keterampilan-keterampilan yang dapat membantu keluarga-keluarga dalam mendefinisikan masalah-masalah, mengembangkan solusi yang memungkinkan, dan memutuskan strategi-strategi yang tepat. Para pekerja sosial dapat menggunakan keterampilan-keterampilan pemecahan masalah untuk membantu keluarga-keluarga dalam mendefinisikan dan mengalamatkan isu yang spesifik seketika isu tersebut muncul. Para pekerja sosial juga dapat menawarkan untuk melatih keluarga-keluarga dalam menggunakan teknik-teknik pemecahan masalah yang sesuai dengan gaya mereka sendiri.
- 6) *Rujukan (referral)*. Merujuk keluarga-keluarga kepada sumber-sumber masyarakat yang tepat adalah suatu keterampilan yang dapat melengkapi apa yang para pekerja sosial yang dapat berikan kepada keluarga-keluarga untuk membantua mereka dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan mereka. Rujukan-rujukan yang berhasil menuntut suatu derajat pengenalan yang tinggi akan sumber-sumber. Anggota-anggota keluarga harus dipersiapkan seperti bagaimana mereka harus berharap, bagaimana mengakses yang terbaik kepada sumber-sumber, dan

bagaimana sumber akan mengalamatkan kebutuhan- kebutuhan  
(spesifik) mereka.

## BAB III METODE PENELITIAN

### A. Jenis Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *mixed methods*. Penelitian ini merupakan suatu langkah penelitian dengan menggabungkan dua bentuk penelitian yang telah ada sebelumnya yaitu penelitian kualitatif dan penelitian kuantitatif. Menurut Creswell (2010:5), penelitian campuran merupakan pendekatan penelitian yang mengkombinasikan antara penelitian kualitatif dengan penelitian kuantitatif. Menurut pendapat Sugiyono (2011: 404) menyatakan bahwa metode penelitian kombinasi (*mixed methods*) adalah suatu metode penelitian yang mengkombinasikan atau menggabungkan antara metode kuantitatif dengan metode kualitatif untuk digunakan secara bersama-sama dalam suatu kegiatan penelitian, sehingga diperoleh data yang lebih komprehensif, valid, reliable dan obyektif.

Munculnya metode *mixed methods* ini mulanya hanya mencari usaha penggabungan antara data kualitatif dengan data kuantitatif (Creswell, 2010:22). Diperjelas lagi oleh Tashakkori dan Teddi dalam bukunya yang berjudul *Mixed Methodology*, bahwa mengkombinasikan pendekatan kualitatif dan kuantitatif ini muncul setelah adanya debat yang berkepanjangan antara dua paradigma yang menjadi pedoman dari peneliti, kedua paradigma tersebut adalah positivis/empiris yang menjadi dasar konseptual dari metode kuantitatif dan paradigma konstruktivis/fenomenologi yang menjadi dasar dari metode kualitatif (2010: 3-4).

Dalam metode *mixed method* ini, strategi yang digunakan adalah strategi metode campuran konkuren/sewaktu waktu (*concurrent mixed methods*) merupakan penelitian yang menggabungkan antara data kuantitatif dan data kualitatif dalam satu waktu. Terutama Strategi triangulasi konkuren. Dalam strategi ini, peneliti mengumpulkan data kuantitatif dan data kualitatif dalam waktu bersamaan pada tahap penelitian, kemudian membandingkan antara data kualitatif dengan data kuantitatif untuk mengetahui perbedaan atau kombinasi. Serta Strategi transformative konkuren.yaitu dapat diterapkan dengan mengumpulkan data kualitatif dan data kuantitatif secara bersamaan serta didasarkan pada perspektif teoritis tertentu. (Creswell, 2010: 320-324)

## **B. Tehnik Pengumpulan Data**

Penelitian ini dilakukan dalam beberapa tahapan berikut:

- 1. Pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif** tentang orang dengan disabilitas psikososial yang telah pulih dan/atau mandiri dilaksanakan secara bersamaan. Informasi yang digali adalah:
  - a. Tingkat dan jenis penyakit yang diderita
  - b. Kelompok umur (merujuk kelompok umur BPS)
  - c. Jenis Kelamin
  - d. Tingkat pendidikan
  - e. Kondisi kesehatan (jenis penyakit, jenis layanan kesehatan yang dimiliki)
  - f. Tempat tinggal (status rumah tinggal, kondisi rumah tinggal, tinggal dengan siapa, lokasi desa / kota)

- g. Status sosial (Mata Pencarian, Penghasilan, tingkat kesejahteraan yang diukur menggunakan indikator kemiskinan Badan Pusat Statistik Aceh).
- h. Keterlibatan dalam kegiatan sosial kemasyarakatan
- i. Bentuk dan tingkat penerimaan masyarakat sesuai potensi yang dimiliki
- j. Kondisi, keinginan dan harapan, perasaan dan persepsi diri.
- k. Pendampingan yang didapatkan (bentuk, orang, lembaga)

**2. Pengumpulan data kuantitatif** untuk mengetahui pemahaman dan sikap masyarakat terhadap pemenuhan hak-hak orang dengan disabilitas psikososial yang telah pulih dan/atau mandiri. Masyarakat yang memiliki keragaman tempat tinggal desa dan kota, profesi, gaya hidup, tingkat pendidikan, pemahaman nilai keagamaan, dan pengetahuan kesehatan berkontribusi mempengaruhi cara mereka bersikap terhadap orang dengan disabilitas psikososial yang telah pulih dan/atau mandiri.

### **C. Wawancara**

Wawancara dilakukan terhadap 10 keluarga di setiap kecamatan sehingga totalnya terdapat 20 keluarga yang akan diwawancarai. Anggota keluarga yang diwawancarai adalah yang paling sering mendampingi orang dengan disabilitas

psikososial yang telah pulih dan/atau mandiri. Pemilihan 10 keluarga di setiap kecamatan ditentukan dengan mempertimbangkan:

- a. Variasi tingkat dan jenis penyakit yang dialami dengan disabilitas psikososial yang telah pulih dan/atau mandiri
- b. Pelayanan yang didapat disabilitas psikososial saat sakit maupun pasca pemulihan
- c. Penerimaan keluarga dan masyarakat pasca pemulihan terhadap disabilitas psikososial

**D. Focus Groups Discussions (FGDs)** dengan stakeholder gampong di kabupaten Pidie dan Aceh Utara.

**E. Studi Dokumentasi**

Untuk mendapatkan informasi tentang orang dengan disabilitas psikososial menelaah dokumen atau bahan-bahan tertulis/cetak/rekaman peristiwa yang berhubungan dengan hal yang diteliti. Diantaranya peraturan-peraturan pemerintah, berita Koran/majalah, bahan statistik, dan dokumen lain yang relevan dengan penelitian ini.

**C. Teknik Pengolahan Data**

Teknik pengolahan data dilakukan dengan dua pendekatan. Data yang sifatnya kualitatif diperoleh melalui wawancara dan FGD diolah dengan model analisis kualitatif. Data yang diperoleh melalui pendekatan kuantitatif diolah dengan menggunakan bantuan software computer yaitu Microsoft Excel dan SPSS untuk analisis data statistiknya.

Analisis statistik yang digunakan adalah analisis deskriptif yang hanya menggambarkan data berupa persentasi dan frekuensi. Untuk mencari perbedaan pada dua subjek yang berbeda, maka digunakan uji t pada program SPSS. Penelitian ini didasarkan pada hipotesis bahwa dukungan keluarga dan masyarakat dapat mewujudkan keberfungsian sosial disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie dan Aceh Utara.

## BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### A. HASIL PENELITIAN

#### 1. Bentuk Dukungan yang Diberikan oleh Keluarga dan Masyarakat Dalam mewujudkan Keberfungsian Sosial Penyandang Disabilitas Psikososial Mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara.

“Menurut RI, Bunie, SMA “Ketika sudah mendapatkan perawatan di rumah sakit, dia merasakan badan segar dan enak, pikirannya tenang, namun Obat masih minum, awalnya takut minum obat takut detak jantung yang kuat, takut operasi perut. tapi sekarang sudah lagi. Setelah minum obat saya sudah patuh apa yang dikatakan sama mamak dan ayah. Sakitnya kambuh setahun sekali. Biasanya sakit waktu Lebaran Haji. Karena sudah menjadi tradisi makanya harus waspada, dan rutin konsumsi obat. Tapi ketika kembali ke kampung, sudah normal, dan saya mau berkawan sama kawan-kawan saya. Insya Allah diterima sama kawan selama saya tidak ngomong yang bukan- bukan.”

Iw, Mamplam, 44, “Perasaan senang ketika sudah keluar dari rumah sakit, tidak ada lagi beban teringat anak-anak dirumah paling tiba dirumah beban sebab melihat keadaan rumah yang tidak bersih. Selesai pengobatan sudah 2 tahun dilakukan, masyarakat menerima saya dengan baik, rasa senang yang bagi saya. Untuk menghindari biar perasaan saya tidak berubah menjadi tidak baik dengan melakukan semua pekerjaan di rumah seperti bersih-bersih, dan merapikannya”.

ZK, Meunasah Jurong, 28, SD, “merasakan enak badannya, sehat, pikiran pun tenang, kalau sudah pulih, satu tahun tidak minum lagi obat. Banyak pengaruh selama minum obat, mata tertarik ke atas, takut minum obat, makanya untuk menghindari kambuh lagi selama ini terapi yang dilakukan harus banyak sabar dan tidak menghiraukan omongan orang lain”

Ni, “Setelah sehat dan pulih saya hidup normal seperti biasa, Tuhan beri saya sakit yang sudah kamu lihat yang sudah kamu lihat sekarang dengan pertanyaan yang pernah datang dulu saya sakit. Jadi saya ngomong apa adanya saja. Orang mikir saya sudah gila, dibilang sakitlah. Jika dipikir- pikir yang dulu masih juga tertekan, tidak teringat disaat senang ada rasa benci. Senang tapi rasa benci. Rasa senang waktu sudah sembuh. Timbul rasa benci ketika teringat dia. Karena penyebab ini dari keturunan. Karena diguna- guna. Kalo kita balas tidak mungkin kita balas, biarlah Tuhan yang membalas semuanya ini, sekitar 4 tahun tidak merasakan sakit. Kalau minum obat tidak lagi. Kecuali saya minum obat karena saya operasi pada saat ini.

Tapi dengan masyarakat sekitar dari dulu saya kurang baik. Tidak baik dari segi karena saya tidak memiliki orang tua jadi tidak ada yang bimbing saya. Orang lain ada orang tua meskipun berbuat buruk tapi tetap dipandang baik dari dalam. Sedangkan kami yang tidak mempunyai orang tua walaupun berbuat baik tetap saja dipandang buruk. Makanya saya pertimbang- tingkankan lagi untuk bertemu dengan mereka yang tidak senang dengan kami. Masyarakat sekarang jika kita ada uang

maka orang akan senang dengan kita, kalo kita miskin maka kita semakin dicaci maki lagi. Makanya saya dulu ketika sakit sudah tinggal disini. Karena saya sudah bersuami 2. Suami saya pertama saya sakit. Jadi dengan suami yang kedua ini saya berharap tidak sakit lagi atau sembuh tidak ada kendala apapun. Suami saya yang pertama itu orang miskin. Suami sekarang lumayan berada. Jadi orang tidak mengejek saya lagi. Dengan suami kedua ini seorang duda dan anaknya tinggal bersama saya. Semenjak saya dengan suami kedua ini, orang yang mengejek saya tidak lagi. Semua itu saya pertimbangkan atas caci maki yang saya rasakan. Semua ini karena segi ekonomi. Seandainya kita kaya disaat kita sakit tidak dicaci maki lagi menurut pemikiran kita. Jika kita orang berada, apapun diminta kita kasih meskipun mereka tidak meminta. Jika kita bilang tidak ada maka akan marah dengan saya. Dan saya tidak meminta apa-apa sama orang lain. Dan juga saya jarang kumpul-kumpul, dari pada kumpul-kumpul lebih baik saya mengerjakan apa yang bisa lakukan dirumah. Menghabiskan waktu dirumah saya. Bantuan pun saya tidak pernah dapat kecuali bantuan selama Covid-19 ini yaitu bantuan BLT. Meskipun dulu pernah dapat, itu pun bantuan papan, palu dan itu sudah rusak Karena pada saat itu saya sedang operasi dan hujan lebat jadi papan nya basah dan tidak dapat dipakai lagi.

Fh, Padang, 6 Juni 1966 (56), "Perasaan sudah tidak takut, tidak gelisah setelah pengobatan selesai atau pulih, **4 tahun sudah sembuhnya dan tidak kambuh lagi sampai sekarang.** Masyarakat di gampong sudah tahu kalau saya ibu Faridah sakit,

tidak ada kendala dalam lingkungan masyarakat, bahkan masyarakat biasa saja karena sudah mengetahui ibu Faridah sakit”.

SA, Bunien, 05 Desember 1972 (48), “Perasaan sudah sembuh, sudah enak. Alhamdulillah senang, syukur bisa berkumpul lagi dengan kawan-kawan dan bisa kembali ke menasah. Sudah lama tidak minum obat, sekarang saya minum obat gampong saja. Sekitar 2 tahun tidak minum obat, hanya obat kampong yang saya minum. Gampong juga peduli dengan kami, dengan memberikan bantuan dari masyarakat atau dari aparat Gampong seperti cat rumah yang dilakukan oleh warga, bantuan beras, TV dan juga diberikan kulkas, masyarakat di sini sangat peduli dengan saya”.

MK, Cot Jaya, 3 Maret 1988 (32), “Pulih itu membuat perasaan nyaman, hidup kembali normal, **sudah 2 tahun tidak kambuh lagi**, namun kendala yang dirasakan di masyarakat dulu orangnya ramah, kenyamanan dalam lingkungan sudah beda tidak seperti dulu. Sama siapa jumpa saling sapa tapi sekarang sudah tidak ada lagi, sekarang sudah nyaman sendiri, merasa tidak percaya diri, dan lebih enak kalau tidak ketemu orang banyak., untuk masuk ke dalam lingkungan masyarakat kalau tidak ada uang susah, apa lagi bergabung dengan kawan-kawan pasti tidak berani karena financial tidak mendukung.”

AMA, Linggong Sagoe, 12 Januari 1978 (42), “Perasaan senang dengan sehat kembali, **Sudah setahun merasakan hidup seperti orang lain**, untuk bersosialisasi sudah tidak seperti dulu lagi kurang kenyamanan saat berada di masyarakat merasa

minder pada diri sendiri, merasa bahwa orang lain memikirkan pasien masih sakit. Kurang percaya diri di lingkungan sekitar.

Yf 2, Blang Menasah Raya, Mei 1985 (35) “Alhamdulillah sekarang baik- baik saja, **pengobatan terakhir dilakukan 3 tahun yang lalu**, tapi jarang keluar rumah merasa minder juga dengan orang lain. Tapi gampong memperhatikan kondisi saya, supaya punya kegiatan diberikan bantuan dari Geuchik yaitu bebek buat dipelihara, juga dalam kondisi sekarang saya mendapatkan bantuan BLT, tapi itu bukan dari dana gampong”.

Rr 2, Gampong Sagoe, 44 Tahun, “Sekarang saya menyadari bahwa saya tidak stabil, kalau disuruh minum obat sama kak Afni (petugas kesehatan jiwa) selalu saya minum. Ada satu macam obat tidak saya minum tapi kalo orang lain ngomong saya paham. Waktu dipindah obat satu macam itu kak Afni sudah tau. Saya tanya apa itu obat penenang?. Semenjak saya minum obat yang satu macam itu, saya merasa diam, orang capek bertanya, saya hanya diam saja. Tapi ketika satu obat tidak saya minum saya merasa enak. Kalo ada yang bertanya saya tau mau jawab apa. Namapun saya tau. Nah, kalo saya minum satu macam obat itu, saya tidak sadarkan diri, diam saja. Saya bilang sama kak Afni, tidak mau minum lagi obat satu macam ini. Dan kak Afni jawab yang sudah tau ya obat yang mana tidak mau minum lagi. Cuma itu obat saya tidak minum lain saya minum semua kecuali satu obat itu. Darah saya pun kurang. Karena sekarang sudah lebih enak dokterpun melarang saya banyak minum obat, kalo sudah merasakan sakit di kepala langsung minum obat. Kalo ngomong

berapa lama, enggak tau mau bilang gimana, kalo sudah merasa sakit langsung ambil obat. Jadi sangat tergantung dengan obat. Ketika awal sakit memang ada yang ejek. Solusinya tidak apa-apa, mau bilang apa ya terserah sih, saya tidak peduli dan tidak mempermasalahakan. Untuk ada kesibukan biar saya tidak sakit lagi **gampang memberikan bantuan bibit bawang merah dari Pak Geuchik itupun semua warga juga dibagi bibit bawang, kalo bantuan khusus bagi saya tidak ada”**.

MB, (29), Biara Barat, SMA, “Pengobatan tidak rutin, sehingga belum pulih benar. Belum menikah. Penyebab sakit kecelakaan, membuat masalah dalam otak. Mulai pertama kali **gangguan adalah 9 tahun lalu**. Ibu dan ayah sudah bercerai, ayahnya tidak pernah menjenguk. Tanggapan keluarga terhadap beliau yang sakit adalah susah, dan takut, dia bisa membuat keluarga lain celaka, untuk mengatasinya sudah sampai campur tangan tentara untuk membantu.

MZ, 27 tahun. SMA. Dirumah sakit selama 1 bulan. Perasaan setelah berobat adalah terkadang kambuh lagi (*sigoe goe ilhap lom*). Sakit sejak 3 tahun lalu. Obat tidak bisa putus selalu rutin sebagai penenang. Jika meminta uang harus ada. *Mangat ta hadapi aneuk manyak dari pada orang sakit jiwa* (lebih mudah menghadapi anak kecil dari pada orang sakit jiwa). Mata pencaharian orang tua adalah petani. Orangtua sudah bercerai, ayahnya sudah tidak peduli lagi. perasaan orang tua terhadap beliau yang sakit adalah susah kalau dilepas pergi sangat jauh”.

AA, 22, SMA, Teupin Bayu, "Sudah sembuh terhitung 7 bulan. Tinggal sendiri, sebelumnya tinggal dengan ibu, namun dikarenakan konflik internal maka tinggal sendiri, yang dirasakan setelah sembuh adalah ingin bekerja secara normal namun banyak orang yang merasa takut akan kambuhnya penyakit. Hubungan terhadap orang sekitar sangat baik, hanya saja memiliki konflik dengan adik perempuan. Sekarang tidak memiliki pekerjaan. dan belum menikah. **Sakit semenjak umur 22 tahun.** Tidak ada gejala dan tanda-tanda apapun, jika sakit langsung *rubah* (jatuh) seperti epilepsy. Kemudian diobati secara tradisional oleh Tengku dari Melaboh, dan sudah sembuh sekarang. Tapi menjadi orang yang fisiknya lebih lemah. Harapan terbesar adalah ingin bekerja kembali seperti orang norma".

Is, Biara Barat, SD. "Sudah menikah dan memiliki 2 anak. Kelas 6 SD dan 2 tahun. Kondisi sekarang sudah sehat dan rutin minum obat yang dikirim dari Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh. Penyebab sakit faktor genetik.

Sakit sejak 2008 terhitung 10 tahun lebih. Mata pencaharian adalah petani. Ketika sakit sering mengamuk. Tanggapan masyarakat adalah menerima. Pak geuchik ES. yang langsung turun tangan. Sedang dalam pengaruh obat sehingga dalam melakukan aktivitas harus menjaga diri. Ketika kambuh istri sangat susah, terkadang sudah memegang parang, pentong apa yang ada, bila sedang sakit istri terhambat melakukan aktivitas sehari-hari. Rumah yang ditinggali adalah rumah sendiri. Untuk kebutuhan sehari-hari didapat dengan bertani. Apabila suami

sanggup menjadi tukang bangunan maka terkadang ekonomi dari itu. Belum ada program khusus. Harapan terbesar adalah semoga ada rumah rehab untuk orang-orang yang sakit”.

RF, Teupin Gajah, 23, “Sakit diakibatkan oleh katanya dulu ada nazar (*kaoi*) orang tua, dia pintar mengaji, antusias dalam belajar namun tidak sampai cita cita karena ekonomi. Pengobatan secara rutin setiap bulan. Apabila sudah nyambung pembicaraan maka sudah sembuh. Biaya obat mahal, sampai 500.000. memiliki suara yang bagus untuk azan. Tidak ada program yang membantu.”.Dulu diikat dengan rantai”.

Mi, Teupin Gajah, 26 tahun, SD, “Sudah berobat selama 5 tahun, 10 hari rehab dan sekarang pengobatan rutin berjalan. Penyebab pertama adalah sabu. Tinggal dengan ayah dan nenek. Menumpang di rumah nenek. Tidak ada program dari Dinas Kesehatan. Apabila kambuh tidak pergi-pergi untuk memintaminta. Tidak ada program bantuan apapun. Dulu sering berantam dengan adiknya. Mata pencaharian orang tua petani.

MK, Tanjung Menye, “Penyebab dari gangguan jiwa karena dulu memakai sabu, lebih kurang sudah 4 tahun berada di rumah sakit. Pengobatan sudah dilakukan secara rutin namun tidak ada perubahan. Beliau harus dipasung karena jika tidak maka akan mengganggu orang lain, seperti masuk menerobos ke dalam rumah orang serta mencuri pakaian dalam dan juga membuat orang lain takut, beliau adalah seorang perokok aktif serta sangat suka dengan lawan jenis. Ibunya juga meberitakan bahwa Muhammad Khadafi adalah kesulitan serta pasrah. Beliau mulai

sakit ketika SMA ketika pulang merantau dari Banda Aceh sebagai kuli bangunan, terhitung sejak selesai tsunami yaitu kira kira 16 tahun lalu. Keadaan ekonomi keluarga sangat sulit, ditambah lagi permintaan untuk rokok setiap hari. Penyebab sangat menyukai lawan jenis karena ketika sebelum sakit, beliau mempunyai pacar yang tidak mau dinikahi karena kesulitan ekonomi sehingga ditinggal nikah oleh pacarnya. Niat merantau ke Banda Aceh untuk mencari uang guna menikahi pacarnya dulu, namun ternyata sudah ditinggal nikah. Sekarang apabila dilepas beliau akan pergi ke daerah rumah si mantan pacar yang sudah berkeluarga. Belum ada program khusus untuk beliau”.

Sin, Teupin Gajah, “Sudah **mulai sakit selama 7 tahun** dan rutin selalu berobat namun belum sembuh. Sudah 3 kali masuk rumah sakit. Perkembangan setelah keluar dari rumah sakit sembuh sebentar namun akan kembali sakit seperti semula. Sudah dilakukan berbagai hal termasuk *rajah* (ruqyah) untuk usaha menyembuhkan. Tanggapan orang gampong terhadap beliau yaitu tidak masalah jika tidak memberikan gangguan atau mengamuk. Penyebab sakit adalah karena “*kaoi*” (bernazar). Pekerjaan dahulu adalah sebagai satpol pp, sekarang bergantung kepada kakak dan abangnya. Kendala terbesar pada pikiran adalah bagaimana cara agar sembuh dari sakit, beliau sadar bahwa beliau sakit. Pengobatan dan suntik si rumah sakit sudah dilakukan rutin. Cara para medis melihat beliau sembuh atau belum adalah ketika berbicara apakah sudah mulai nyambung, jika iya maka akan dipulangkan. Solusi dari pemerintah atau

lembaga atau dari rumah sakit belum ada. Dari desa ada memberikan sejumlah uang untuk obat (BLT). Sudah pernah berada di rumah sakit selama 3 tahun. Kategori tingkatan ketidakwarasaan adalah sedang. Terkadang menghayal terkadang berzikir. Setengah sadar, namun tidak membuat keonaran”.

Il, Biara Barat, SD, “Sudah berobat selama 1 tahun, sekarang sudah mulai sehat. Kendala yang dirasakan ketika sudah berada di rumah dan bergabung dengan teman teman lagi maka akan mulai sakit lagi. Pemakai *bakong* (ganja). Pengobatan tidak secara teratur. Mata pencaharian orang tua adalah petani. Usaha dari keluarga yang memiliki anak gangguan jiwa adalah harapan untuk sembuh yang sangat besar “*meunyo jeut nyawong tabri* (kalau bisa nyawa orang tua sendiri diberikan)”. Kesulitannya adalah beliau tidak mau minum obat”.

**2. Rumusan Masalah 2 : Dukungan Keluarga dan Masyarakat di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara terhadap Keberfungsian Sial Disabilitas Psikososial Mandiri**

Hasil Analisa Data Dengan Menggunakan Analisis Regresi

I. Dukungan Keluarga, Dukungan Sosial Dan Keberfungsian Sosial

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.283 <sup>a</sup>	.080	-.028	3.66905	.080	.741	2	17	.491

a. Predictors: (Constant), DUKFAM, DUKSOS

### Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	40.242	10.540		3.818	.001	18.004	62.480					
DUKSOS	.140	.141	.235	.997	.333	-.157	.437	.256	.235	.232	.972	1.029
DUKFAM	.073	.140	.123	.521	.609	-.223	.369	.162	.125	.121	.972	1.029

a. Dependent Variable: KBS

### KESIMPULAN

Nilai signifikansi dukungan sosial, dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial sebesar 0,491. Menunjukkan bahwa *Dukungan Sosial, Dukungan Keluarga Tidak Berperan* terhadap Keberfungsian Sosial Responden.

## II. Pengaruh Family Acceptance Terhadap Keberfungsian Keluarga

### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.481 <sup>a</sup>	.232	.189	3.25849	.232	5.432	1	18	.032

a. Predictors: (Constant),  
ACCEPTANCE

### Kesimpulan :

Nilai signifikansi family acceptance terhadap keberfungsian sosial sebesar 0,032 menunjukkan *Family Acceptance Berperan/Berpengaruh terhadap Keberfungsian Sosial Responden*. Seberapa besar peran family acceptance terhadap keberfungsian sosial dapat dilihat pada kolom r square menunjukkan nilai sebesar 0,232. Hal ini menandakan peran family acceptance terhadap keberfungsian sosial responden sebesar 23,2%.

## HASIL PENELITIAN

### *Deskripsi data penelitian*

Deskripsi data penelitian dilakukan untuk melihat penyebaran data hipotetik dan data empirik. Deskripsi data penelitian dilakukan berdasarkan skor hipotetik dan skor empirik. Skor hipotetik adalah skor yang diperoleh dari skala yang telah disusun dan skor empirik adalah skor yang diperoleh dari penelitian. Perbandingan skor empirik dan skor hipotetik ini berguna untuk melihat kecenderungan subjek penelitian pada setiap variabel penelitian (Widhiarso,2017). Berikut ini deskripsi kategorisasi data penelitian.

**Tabel 1.** Kategorisasi data penelitian

Variabel	Data hipotetik				Data empiric			
	Xmaks	Xmin	SD	Mean	Xmaks	Xmin	SD	Mean
Dukungan keluarga	100	20	13,33	60	78	56	6,09	68,5
Dukungan social	70	14	9,33	42	52	31	6,07	43,9
Keberfungsian social	55	11	7,33	33	55	44	3,62	51,4

Berdasarkan tabel 1 terlihat skor rata-rata dukungan keluarga empirik (68,5) lebih tinggi dari skor hipotetik (60). Skor rata-rata dukungan sosial empirik lebih tinggi (43,9) dari skor hipotetik (42) dan skor rata-rata keberfungsian sosial empirik lebih tinggi (51,4) dibandingkan skor hipotetik (33). Selanjutnya dilakukan kategorisasi data dengan menggunakan tiga kategori yaitu tinggi, sedang dan rendah pada variabel dukungan keluarga, dukungan sosial dan keberfungsian sosial. Hasil kategorisasi data dapat dilihat pada tabel 2, tabel 3 dan tabel 4.

**Tabel 2.** Kategorisasi data dukungan keluarga

Rentang nilai	Kategori	Jumlah	Persentase
$74 \leq X$	Tinggi	5	25%
$62 \leq X < 74$	Sedang	10	50%
$X < 62$	Rendah	5	25%
Total		20	100%

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa skor data dukungan keluarga subjek berada pada tingkat sedang hingga tinggi (75%) dan hanya (25%) berada dalam kategori rendah.

**Tabel 3.** Kategorisasi data dukungan sosial

Rentang nilai	Kategori	Jumlah	Persentase
$50 \leq X$	Tinggi	4	20%
$37 \leq X < 50$	Sedang	13	65%
$X < 37$	Rendah	3	15%
Total		20	100%

Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa skor data dukungan sosial berada pada tingkat sedang hingga tinggi (85%) dan hanya (15%) berada dalam kategori rendah.

**Tabel 4.** Kategorisasi data keberfungsian sosial

Rentang nilai	Kategori	Jumlah	Persentase
$55 \leq X$	Tinggi	2	10%
$48 \leq X < 55$	Sedang	14	70%
$X < 48$	Rendah	4	20%
Total		20	100%

Pada Tabel 4 menunjukkan bahwa skor data keberfungsian sosial subjek berada pada tingkat sedang hingga tinggi (80%) dan hanya (20%) berada dalam kategori rendah.

*Uji hipotesis*

Uji Hipotesis dilakukan dengan menggunakan analisa regresi sederhana. Hasil uji hipotesis ditunjukkan pada tabel 5 berikut ini.

**Tabel 5.** Uji Hipotesis

Change Statistics									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.283 <sup>a</sup>	.080	-.028	3.66905	.080	.741	2	17	.491

a. Predictors: (Constant), dukungan sosial, dukungan keluarga

Berdasarkan hasil uji hipotesis diketahui nilai signifikansi sebesar 0,491 ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan dukungan sosial tidak berperan terhadap keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas psikososial mandiri di Aceh Utara dan Pidie.

### **3. Kebijakan yang Diterapkan pada Tingkat Gampong, Kemukiman, Kecamatan Maupun Kabupaten/Kota untuk Pemberdayaan bagi Disabilitas Psikososial Mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara**

#### **Hasil Penelitian**

Keuchik Bungie “ada program, yaitu suruh hadir di acara posyandu biar terbuka biar tidak vakum sendiri dan suruh hadir di posyandu”. Programnya seperti cat rumah, gotong royong membersihkan rumah kak minah. Program lainnya suruh hadir di posyandu, sumbang dana untuk mensupport kak Minah. Menjadikannya kader posyandu Psikososial, dan menyuruh dia apapun yang bisa dibantu olehnya.

Pernyataan pak Geuchik dibenarkan oleh SH sebagai penerima bantuan, “Saya terima beras dari pihak rumah sakit, kalo di gampong dijadikan kader posyandu Psikososial. Ada juga dikasih uang ketika ke posyandu setiap sebulan sekali. Beras dikasih 1 karung.

RN, Istri Geuchik, untuk saat ini program khusus yang dilakukan oleh gampong untuk pemberdayaan mereka yang dulu jiwanya terganggu belum ada, namun kami sebagai ibu PKK berinisiatif untuk melibatkan mereka dalam kader posyandu sehingga setiap bulan ada insentif sedikit, lagian pula dengan terlibat dalam kegiatan gampong menjadi sesuatu yang sangat penting baginya, dari pada di rumah saja, bertemu dengan semua ibu-ibu

peserta posyandu di gampong membuat pikirannya terbuka, kami berencana untuk tahun 2021 akan dialokasikan anggaran untuk pemberdayaan masyarakat miskin termasuk kepada mereka yang sudah pulih jiwanya”.

MZ, Keuchik, “sebagai aparatur gampong kami menyadari bahwa di gampong kita ada diantara warga masyarakat yang mengalami sakit mental dan juga ada yang sudah pulih, untuk itu kami membuat program sosialisasi mengenai kesehatan mental lewat pembentukan kader jiwa, sehingga kalau ada anggota masyarakat yang keluarganya sakit bisa melakukan penanganan awal atau bisa menerima kehadirannya, dan mempedulikannya. Bagi mereka yang sudah pulih dilibatkan sebagai kader jiwa dari mereka sendiri yang pernah mengalami kekalutan mental. Ada juga kami membantu untuk bergotong royong membersihkan rumah salah seorang warga yang sakit jiwa, karena dari tempat tinggal juga bisa membawa masalah, kami cet rumahnya biar bersih, itu partisipasi semua warga gampong”.

NN, aparatur gampong, “Gampong sangat peduli kepada mereka yang kesehatan jiwanya terganggu, ada yang sudah pulih dia sangat rajin orangnya, jadi biar ada penghasilan diberikan ayam untuk dipelihara, dan juga alat pertanian, sekarang dia sudah mendapatkan penghasilan buat kebutuhan sendiri lumayan, dan juga hasil pertanian yang dijual berupa sayuran juga bagus. Biasanya mereka akan kalut kalau tidak ada penghasilan, kita sendiri juga merasakan ketika butuh sesuatu namun tidak ada pasti pusing apalagi dengan mereka yang sudah memiliki riwayat sakit, pastinya akan cepat kambuh lagi”.

WI, Kader Posyandu, “selama ini belum ada kebijakan apapun di gampong terkait dengan bagaimana membuat mereka yang pernah mengalami gangguan jiwa bisa berinteraksi dengan

masyarakat, namun yang ada saya lihat kalau ada yang membutuhkan bantuan masyarakat cepat meresponnya, dan juga kepedulian masyarakat juga bagus, mungkin ke depan kita bisa menyarankan kepada pak Keuchik untuk membuat program yang cocok bagi pemulihan kesehatan jiwa di sini”.

NA, kader posyandu dan jiwa, “Gampong belum memasukkan program dalam kegiatan gampong yang didanai oleh uang desa, karena tidak ada usulan untuk itu. Selama ini ada bantuan diberika berupa ternak bebek yang sengaja dipilih usianya hampir bertelur, jadi bagi yang memeliharanya bisa cepat menghasilkan, jika diberikan anak bebek takut malah yang sudah sembuh gilanya bisa kambuh lagi sebab menghabiskan biaya banyak untuk bebeknya. Pernah juga dilakukan program sosialisasi sehat jiwa, itu dilakukan oleh gampong dengan mendatangkan pihak puskesmas kecamatan. Tujuan dari kegiatan ini supaya masyarakat memiliki kesadaran tinggi untuk menjaga ketenangan jiwa, dan bisa mengatasi jika ada masalah yang dihadapi sehingga tidak terbebani hidupnya. Program ini juga diajarkan untuk menghargai mereka yang mengalami sakit jiwa, tidak mengucilkannya”.

HH, Keuchik, “gampong kami belum terpikir untuk memasukkan program kesehatan jiwa dalam RAPBG, karena tidak ada yang mengusulkan, tapi dengan begini dan kita menyadari bahwa mereka butuh perhatian dari masyarakat gampong semoga saja ke depan bisa diajukan sebagai program gampong”.

Menurut NI, “dari gampong saya mendapatkan bantuan selama Covid-19 ini yaitu bantuan BLT, dulu pernah dapat juga bantuan papan, paku dan itu sudah rusak karena pada saat itu saya sedang operasi dan hujan lebat jadi papan nya basah dan tidak dapat dipakai lagi, meskipun saya tidak sehat gampong tetap peduli dan membantu saya”.

SN, juga mengatakan bahwa dia juga dimasukkan dalam anggota masyarakat penerima BLT oleh aparat gampong selama masa Corona, sebelumnya tidak ada.”

RR, mengatakan, “gampong memberikan bantuan bibit bawang merah dari Pak Geuchik itupunB semua warga juga dibagi bibit bawang, kalo bantuan khusus bagi saya tidak ada”.

YF, “diberikan bantuan dari Geuchik yaitu bebek buat dipelihara, juga dalam kondisi sekarang saya mendapatkan bantuan BLT, tapi itu bukan dari dana gampong”.

SH, “Gampong juga peduli dengan kami, dengan memberikan bantuan dari masyarakat atau dari aparat Gampong seperti cat rumah yang dilakukan oleh warga, bantuan beras, TV dan juga diberikan kulkas, masyarakat di sini sangat peduli dengan saya”.

## **B PEMBAHASAN**

### **1. Bentuk Dukungan yang Diberikan oleh Keluarga dan Masyarakat Dalam mewujudkan Keberfungsian Sosial Penyandang Disabilitas Psikososial Mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara.**

Beragam cara keluarga dalam memberikan dukungan kepada keluarga dengan disabilitas psikososial. Misalnya seperti yang diutarakan oleh ID “ketika keluarganya kambuh maka mengambil alih beban pekerjaan seperti mengasuh anaknya yang masih kecil, mengurusn keluarganya, karena kalau sudah kambuh kami merasa sedih, semua anggota keluarga kesusahan dan kasihan melihatnya, anggota keluarga yang lain juga ikut berpartisipasi untuk membawanya ke rumah sakit. Dan juga sesama anggota keluarga saling bantu untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan anak-anaknya.

MK mengantarkan kalau pasien kambuh maka yang tercepat bantuan diberikan membawa ke rumah sakit jika sduah lumayan parah, namun apabila masih bisa diatasi dengan obat

maka keluarga mengambil obat ke puskesmas atau membeli sama bidan yang petugas kesehatan jiwa di gampong, kalau tidak cepat dicari solusi maka sakitnya akan parah, sebab kalau putus obat sangat cepat kembali kambuh. Memberikan perhatian lebih penting bagi pasien.

Menurut Keluarga RI, "keluarga harus sabar, menunjukkan bahwa kita juga peduli kepadanya, agar menghindari kekambuhan karena kalau sudah kambuh maka kami akan merasakan kelelahan atau capek yang sangat luar biasa sebab dia malam tidak tidur keluar mauk-keluar masuk selalu itu yang dikerjakan, jadi kami harus menjaganya dan tidak bisa istirahat. Kami juga selalu bekerjasama dengan semua anggota keluarga untuk menjaganya, cepat mengobatinya biar tidak parah".

Keluarga dr IL, "Usaha dari keluarga yang memiliki anak gangguan jiwa adalah harapan untuk sembuh yang sangat besar "*meunyo jeut nyawong tabri* (kalau bisa nyawa orang tua sendiri diberikan)".

Keluarga SN, "keluarga saling membantu memberikan pemenuhan kebutuhannya baik itu keperluan makan, obat dan lainnya, sudah dilakukan berbagai hal termasuk *rajah* (ruqyah) untuk usaha menyembuhkan."

Keluarga MK, "memenuhi kebutuhan dasarnya sampai ke rokok, karena dia kuat sekali rokoknya, tetapi kami harus mengikatnya di rumah karena takut pergi dan lari ke rumah pacarnya dulu, takut mengganggu orang".

Keluarga RF, "Mengobatinya dengan teratur, selain mengurus dia, karena sebenarnya dia anak yang pintar baik di sekolah dan mengaji".

Keluarga IS, "Sebagai istri harus benar-benar menjaganya baik makan dan perasaannya, obatnya, karena kalau sakit kami

ketakutan semua sebab bapak menggunakan benda tajam seperti parang atau apa saja yang ada didekatnya untuk memukul orang lain, jadi kami harus benar-benar mampu menghindari agar kami tidak dipukulnya”

Keluarga AA, “kami berusaha untuk mengobatinya baik secara medis dan juga diobati secara tradisional oleh Tengku dari Melaboh, dan sudah sembuh sekarang. Tapi menjadi orang yang fisiknya lebih lemah. Harapan terbesar adalah ingin bekerja kembali seperti orang norma”.

Keluarga MZ, “Sebagai mamaknya, saya menjaganya dengan baik, terutama memberikan obat tidak bisa putus selalu rutin sebagai penenang. Memenuhi kebutuhannya jika meminta uang harus ada. *Mangat ta hadapi aneuk manyak dari pada orang sakit jiwa* (lebih mudah menghadapi anak kecil dari pada orang sakit jiwa), tapi ini sudah menjadi tanggungjawab keluarga, apalagi ayahnya tidak peduli dengan kondisi anaknya”

Keluarga RR, “Awalnya keluarga merasa malu, tapi sekarang sudah biasa saja dengan keadaan seperti ini, kami hanya bisa memberi dukungan moral dan memenuhi kebutuhan hidupnya, jika ada orang yang bertanya tentang adik kami langsung dikasitau bahwa kondisinya sakit, jadi kalau dimakimaki olehnya jangan diambil hati”

Keluarga YF, “Kami hanya berdua jadi sedih melihatnya, namun saya hanya mampu memdampingi untuk berobat jika kambuh dan juga selalu menyuruhnya untuk keluar rumah bergabung dengan teman-temannya, shalat berjamaah di meunasah, dan juga untuk selalu bersyukur, karena ada orang lain yang lebih parah dari sakitnya dari dia”

Keluarga AM, “ Saya sebagai ayahnya memberikan dukungan dan kepercayaan kepadanya, juga memberi bantuan

pekerjaan membantu di sawah dan di rumah nanti ada upahnya yang bisa diberikan kepada dia, mengajaknya untuk shalat baik di rumah atau berjamaah, selalu mengingatnya minum obat”.

Keluarga NI, “karena sudah sering sakit, jadi kami biasa saja, memberi pemahaman baginya supaya jangan sampai sakit dan kambuh lagi, kalau dia perlu sesuatu kami selalu bermusyawarah dengan keluarga biar semua tau”.

Keluarga ZK, “ketika anak saya kambuh perasaan saya sangat sedih dan susah, yang terpenting saya memberikan perhatian kepadanya, dia anaknya sangat sabar, dan juga tidak membuat keributan kalau sedang sakit.

Dukungan keluarga begitu penting dalam kehidupan penyandang disabilitas psikososial, sebab ketika sakit kondisinya sangat menyedihkan ada yang meronta-ronta, ada yang agresif dan mengganggu orang lain, menghancurkan banyak barang di sekitarnya, keluar dan berlari tanpa peduli kemana, terkadang membuka semua pakaiannya di depan orang banyak, ini tidak mungkin diatasi oleh yang bukan keluarga, atau walaupun perhatian tidak seperti keluarga sendiri, hanya sebatas memberi bantuan simultan.

Ketika keluarga sakit baik itu suami, anak maupun adik dalam keluarga, maka keluarga begitu besarnya perhatian, baik itu segera merujuk ke rumah sakit, meskipun dengan segala keterbatasan kondisi kehidupan, ada juga yang harus mengutang ke tetangga, bekerja banting tulang untuk mendapatkan upah supaya keluarga yang sakit bisa berobat, semua anggota keluarga besar saling bantu membantu untuk menolong baik itu berupa materi, tenaga, kendaraan, maupun motivasi, kalau harus rawat di rumah sakit mereka saling bergantian mengunjunginya. Perhatian ini lebih ditonjolkan oleh perempuan yang menjadi

anggota keluarga, kepedulian perempuan khususnya ibu atau istri dari pesakit. Sikap sabar yang ditunjukkan meskipun terlalu berat bebannya selain mengurus yang sakit juga menjadi tulang punggung keluarga. Ada juga yang sakitnya istri tetapi suami malah meninggalkan mereka tanpa peduli kepada anggota keluarga lain yang sedang membutuhkan perhatian dan bantuan finansial. Ini seperti yang ditarakan oleh MA, "saya memiliki anak empat orang dan tiga diantaranya sakit jiwa, dari kecil anak-anak saya ditinggal pergi, padahal kami sangat butuh pendamping dalam mengurus anak-anak. Alhamdulillah masih ada satu anak yang bisa membantu saya, kadang kambuh adeknya tengah malam harus kami bawa ke rumah sakit naik motor, kami berboncengan padahal dari badan adeknya yang begitu besar tidak muat berboncengan tiga, tapi karena tidak ada uang untuk naik kendaraan lain kami jalan saja.

Hasil observasi peneliti juga melihat sendiri bagaimana kondisi keluarga dengan gangguan jiwa, mereka merasa minder, lebih sering di rumah sendiri, kalau keluar hanya untuk bekerja jarang untuk duduk dengan tetangga. Keluarga dengan ekonomi rendah, hidup pas-pasan, tempat tinggal yang kurang layak tinggal. Observasi lain dari keluarga SI, "terlihat beliau seorang ibu yang sangat tangguh, jarang mengeluh, pekerja keras, demi anak-anaknya, salah satu anaknya mengalami gangguan mental, apa yang diminta segera dipenuhi, pada saat penelitian melihat beliau harus menyelesaikan jahitan baju anaknya yang sedang sakit, kalau tidak disiapkan dalam hari itu anaknya akan bertelanjang tidak mau pakai pakaian lain. SI mengatakan demi anak semua dikerjakan walau terkadang lelah tapi tidak boleh menyerah, berusaha untuk membuat hatinya senang, supaya cepat pulih. Ini yang bisa dilakukan selain doa kepada Allah

setiap saat. Masyarakat juga kasian kepada kami, saya sering diberikan pekerjaan baik itu bantu di sawah atau di rumah warga yang sedang hajatan, dari itu saya bisa mendapatkan upah. Sekarang ini juga keluarga saya mendapatkan bantuan PKH, ini yang meringankan kami, apa lagi semenjak Corona ini pencairan dana PKH setiap bulan. Kalau tidak pastinya akan sangat kesulitan, saat ini anak lagi kambuh saya harus menjaganya siang malam, kalau keluar sebentar harus dikunci pintu kalau tidak nanti dia keluar, capek mencarinya kemana-mana.

Realitas masyarakat gampong yang hidup dengan disabilitas psikososial sangat memprihatinkan, namun kepedulian dan dukungan anggota keluarga besar sangat meringankan keluarga yang sehat. Biasanya kekambuhan terjadi pada pasien yang sakit mental banyak diantaranya karena ketidakadaan pekerjaan yang memadai, bagi yang sudah pulihpun mencari pekerjaan kemana-mana susah diterima, dengan alasan takut nanti tiba-tiba sakit lagi. Ini seperti diungkapkan oleh BN guru SD, melihat tetangganya yang sudah pulih, kasian sekali, masyarakat melihat mereka dengan sesuatu yang kurang menyenangkan, cuman apa mau kita bilang karena saya sendiri tidak punya usaha apapun yang bisa mempekerjakan dia,, paling-paling minta bantu untuk bersihkan selokan, dan memberikan sedikit jajan atau membayar minum di warung kopi. Padahal setiap orang memiliki hak untuk dihargai dan dan mendapatkan perlakuan layak sesuai dengan harkat dan martabat manusia.

Ada juga masyarakat yang menjadikan disabilitas psikososial sebagai sebagai penghibur, misalnya minta bernyanyi, atau menanyakan sesuatu yang membuat orang lain tertawa. Menurut MS, yang membuat membuat klien sudah pulih merasa minder, terkadang ada juga yang tidak menyapa, atau dulu ketika

belum sakit mau bersahabat dan sekarang sudah menunjukkan keengganan berteman, atau tidak lagi menunjukkan sifat ramah. Berpersaan bahwa orang lain semua tau kalau yang bersangkutan pernah sakit jiwa ( FH), memusuhi orang lain karena selama ini masyarakat kurang peduli dengan keluarganya, disebabkan dari kecil sudah ditinggal oleh orang tua, anggapan anak yatim piatu sering buat masalah,(NI). Ada juag yang mengatakan lebih baik tidak peduli omongan orang lain, menjadi penyabar, dan menghabiskan waktu di rumah sendiri samabil menegrjakan apa yang bisa lebih baik, (NS).

Berdasarkan hasil temuan peneliti di masyarakat, ternyata mereka yang pernah mengalami gangguan jiwa lebih sensitif perasaannya, rentan terhadap kekerasan, misalnya di sini lebih kekerasan verbal, jiwanya tidak stabil, sehingga kalau ada hal yang menggangukannya maka akan menjadi beban bagi dirinya, dan sifat dendam juga ada, mengingat semua yang dialami serta mengulang-ngulang sampai terbawa dalam tidurnya juga ini sering terlihat ketika kambuh juga mengeluarkan semua kebencian yang dipendam dalam hati dan pikirannya, atau pengalaman yang dirasakan akan menjadi senjata untuk dikeluarkan ketika kambuh.

Dukungan keluarga dan masyarakat bisa membuat disabilitas psikososial menerima dirinya, menghilangkan persepsi bahwa dia sakit, juga bisa untuk mengendalikan perilaku yang yang dapat berdampak buruk bagi diri, keluarga, dan masyarakat di lingkungannya, dan juga akan berusaha untuk menghindari stres sebab kemanapun dia masuk dan datang keluarga tidak membuat perbedaan antara non dan disabilitas psikososial. Menghargai mereka layaknya individu lain yang normal menurut diri kita. Orang tua, keluarga. Lingkungan

sekitar, dan pengalaman pribadi yang tidak menyenangkan inilah penyebab terhadap timbulnya stikma pada disabilitas psikososial, oleh karenanya dihilangkan, dengan konsep hapus stigma, sayangi mereka dan tingkatkan kepeduliannya, dengan demikian mereka akan kembali menjalani hidup yang berkualitas.

## **2. Rumusan Masalah II: Dukungan Keluarga dan Masyarakat di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara terhadap keberfungsian Sosial Disabilitas Psikososial Mandiri**

Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga dan dukungan sosial tidak berperan terhadap keberfungsian keluarga pada penyandang disabilitas psikososial di Aceh Utara dan Pidie. Oleh karena itu disimpulkan bahwa hipotesis penelitian ini ditolak.

Temuan penelitian ini tentu berbeda dengan penelitian terdahulu, seperti penelitian yang dilakukan oleh Sefrina (2016) yang menemukan bahwa dukungan keluarga berperan terhadap keberfungsian sosial pada pasien Skizofrenia rawat jalan. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Ambari (2010) terhadap pasien Skizofrenia di Rumah Sakit RSJ Menur Surabaya. Hasil penelitiannya menemukan bahwa tingginya keberfungsian sosial pada pasien dipengaruhi oleh dukungan keluarga yang diberikan dengan cara *active engagement* ataupun *protective buffering* (Ambari, 2010). Berdasarkan hal tersebut, maka dapat dikatakan bahwa berdasarkan hasil analisis data kuantitatif tidak menunjukkan bahwa keberfungsian sosial penyandang disabilitas psikososial mandiri di Aceh utara dan Pidie kurang berdampak. Akan tetapi berdasarkan hasil wawancara menunjukkan anggota keluarga begitu peduli dengan kesehatan pasien, misalnya yang diutarakan oleh keluarga IL “*meunyo jeut nyawong tabri* (kalau bisa nyawa

sendiri diberikan) untuk kesembuhan anaknya”, maknanya kepedulian yang begitu besar datang dari keluarga klien, dan juga tidak mungkin keluarga membiarkan begitu saja kalau ada anggota keluarganya yang sakit melakukan sendiri semua kegiatan termasuk dalam memenuhi kebutuhan dasar klien. Ini juga terlihat dari observasi peneliti orang tua khususnya ibu tidak bisa meninggalkan klien sendiri, merasa bersjdi apa-apa dengan anaknya atau kalau ada orang lain yang dicelakai oleh anaknya, ibunya juga mengurus anaknya seperti bayi, menyiapkan kebutuhannya, membersihkan tempat dan pakaian anaknya.

Jika dilihat dari kategorisasi data penelitian ditemukan bahwa keberfungsian sosial responden penelitian berada pada kategori sedang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki keyakinan tinggi dan mampu menangani tugas dan aktivitas yang penting dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Selain itu responden juga mampu melaksanakan peranan sosial utamanya sebagaimana diharapkan oleh komunitasnya. Skor kategorisasi data yang tinggi ini menunjukkan bahwa meskipun keberfungsian sosial pada penelitian ini tidak dipengaruhi oleh dukungan sosial dan dukungan keluarga, namun tentunya ada banyak faktor yang bisa saja berperan terhadap keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas psikososial.

Salah satu factor yang berperan terhadap keberfungsian sosial ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Humaira (2016). Penelitiannya menemukan bahwa salah satu faktor yang dapat membantu keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas psikososial adalah *self management*. *Self management* merupakan bagian dari teknik modifikasi perilaku yang bertujuan untuk menghasilkan perubahan perilaku. Hasil penelitiannya menunjukkan adanya perubahan perilaku dari responden yang

ditandai dengan kemampuan merawat diri, memiliki hubungan interpersonal dan pekerjaan yang baik (Humaira, 2016). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2016) yang menemukan bahwa *self management* dan kontrol diri berhasil meningkatkan keberfungsian sosial pada penyalahguna NAPZA (Sihombing, 2016). Dengan demikian, maka dapat dikatakan bahwa *self management* dapat menjadi faktor yang meningkatkan keberfungsian sosial seseorang.

Temuan yang sama juga didapatkan peneliti dari hasil observasi terhadap SH, Terlihat dia begitu rapi dan bersih tidak hanya dirinya juga merawat dan merapikan **rumahnya**, hal yang sama juga peneliti melihat dari NI, yang bersangkutan lebih memilih di rumah saja dari pada keluar, sambil membersihkan rumahnya, itu dia ungkapkan ketika peneliti datang, tidak sanggup melihat rumah yang berantakan, meskipun dengan kondisi rumah yang sederhana tetapi kelihatan bahwa yang tinggal di rumah orangnya bersih dan rapi. Begitu juga dengan II, dia sendiri tidak terlihat pernah mengalami gangguan jiwa, orangnya segar, pakaiannya juga rapi, rumah yang dihuni juga bersih meskipun peneliti hanya melihat di luar rumah, namun nampak dari keadaannya sering dibersihkan.

Selain *self management*, ada juga faktor lainnya seperti *coping* yang positif sehingga responden penyandang disabilitas psikososial mampu mempertahankan keseimbangan emosi, mengurangi tekanan dari lingkungan dan menyesuaikan diri terhadap hal-hal negatif dari lingkungan (Hasan, 2013). Jika dilihat dari sisi internal dari individu, maka Skidmore dkk (1991) mengatakan ada tiga faktor yang menentukan keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas psikososial, yaitu *feeling of self-worth, satisfaction with roles in life and positive reationship with others*.

Ketiga hal ini menandakan bahwa keberfungsian sosial tidak terlepas dari apa yang dirasakan, kepuasan terhadap peran sosialnya dan hubungan positif terhadap sesama (Skidmore, 2010). Berdasarkan pemaparan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas psikososial adalah *self management, coping, feeling of self-worth, satisfaction with roles in life and positive reallationship with others*.

Penelitian ini juga menunjukkan bagi disabilitas psikososial di pidie dan Aceh Utara rata-rata yang sudah pulih mengatakan, hidup normal, bisa bergaul, dan mampu mengatasi permasalahan supaya tidak sakit lagi, berfikir bahwa Allah sudah mentakdirkan penyakit itu pada mereka, makanya sikap sabar menerima apa yang dirasakan banyak yang mengucapkannya, ada juga meyakini dan syukur ternyata ada orang lain yang merasakan sakit lebih parah dari dirinya, baik dari sisi penyakitnya atau pandangan masyarakat bahwa mereka orang yang tidak stabil secara emosi. Misalnya yang diutarakan oleh MI, "Untuk apa berfikir yang terlalu jauh, kalau dilihat orang lain lebih parah lagi, padahal orangnya cantik tapi bisa sakit, kalau kambuh mengerikan sampai semua perawat dimaki-maki, hilang cantiknya, tapi kalau saya dari segi fisik biasa saja, namun merasa malu kalau agresif. Kalau AH mengatakan, "untuk menghindari biar tidak sakit lagi sekarang saya sibukkan dengan bekerja apa yang bisa, terlibat dengan kader posyandu dan saya ditempatkan pada kader jiwa, ikut pengajian dengan ibu-ibu di gampong, tidak peduli dengan omongan orang yang penting mengurus diri dan keluarga sendiri itu yang utama. Kalau terlalu banyak pikiran ini dan itu bisa kambuh lagi sakit dulu, saya tidak mau dicap orang gila sama masyarakat".

Dari hasil wawancara keduanya terlihat bahwa kemauan untuk sembuh total harus dimiliki oleh dirinya sendiri, dengan berbagai cara melakukan dari mengatur perasaan sampai dengan melakukan banyak aktivitas keseharian, sehingga memberi kesan bagi orang yang baru mengenal mereka adalah sehat dan tidak pernah sakit secara mental, mampu meyakinkan orang lain dengan penggunaan bahasa yang santun sehingga keberadaannya diakui oleh masyarakat sekitar, bisa bergaul secara normal dengan siapa saja, dan juga mampu memberikan sesuatu yang bermanfaat bagi diri dan anggota keluarganya.

Meskipun hasil dari analisis data kuantitatif ini berbeda dengan penelitian lainnya, namun bukan berarti dukungan keluarga dan dukungan sosial tidak memiliki peran terhadap keberfungsian sosial, hanya saja masing-masing penanganan pada penyandang disabilitas psikososial berbeda-beda. Hal serupa juga disebutkan dalam penelitian Sinaga (2007). Hasil penelitiannya menemukan bahwa sifat individual pada penyandang disabilitas psikososial berbeda-beda sehingga dibutuhkan jenis penanganan yang kompleks dan melibatkan berbagai faktor internal responden dan eksternalnya (Sinaga, 2007). Berdasarkan hal inilah maka dapat disimpulkan bahwa keberfungsian sosial pada penyandang disabilitas dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks baik itu dari internal maupun eksternal.

Keberfungsian sosial internal ternyata sangat berpengaruh bagi seseorang, bagaimana keyakinan untuk menyelesaikan persoalan harus dipahami dan dilakukan, karena stres, kekecewaan, dan ketidakberdayaan yang muncul adalah bahagian dari kelemahan seseorang dari sisi internalnya. Akan tetapi proses pembentukan keberfungsian internal memerlukan waktu yang lama, tidak semudah membalikkan telapak tangan, Memerlukan

adabtaasi guna memerlukan adabtaasi untuk bisa berinteraksi dengan masyarakat dan lingkungan sekitar, mampu menerima kenyataan yang ada. Oleh karenanya permasalahan itu harus diselesaikan sehingga tidak menghambat berbagai aktivitas dalam kehidupan mereka dengan disabilitas psikososial mandiri.

### **3. Rumusan Masalah III: Kebijakan yang Diterapkan pada Tingkat Gampong, Kemukiman, Kecamatan Maupun Kabupaten/Kota untuk Pemberdayaan bagi Disabilitas Psikososial Mandiri di Kabupaten Pidie dan Aceh Utara**

Berdasarkan hasil yang diperoleh di dua kabupaten Aceh Utara (Kecamatan Tanoh Jambo Aye) dan Pidie (Kecamatan Simpang Tiga), pemerintah gampong belum sepenuhnya berfikir untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada disabilitas psikososial, karena kebiasaan yang terlibat dalam sebuah diskusi untuk mengambil kebijakan, jarang dilibatkan orang yang mengalami gangguan jiwa meskipun sudah pulih, atau meminta ide dari keluarga yang memiliki orang dengan gangguan jiwa, atau malah keluarga mereka tidak terlibat dalam musyawarah gampong, apa lagi jika berasal dari keluarga orang tua tunggal. Karena ada beberapa informan dalam penelitian ini hidup dalam keluarga yang tidak utuh, atau hanya ibunya yang mengurusnya dan ayahnya meninggalkan mereka serta tidak peduli dengan pemenuhan kebutuhan dasar anggota keluarga.

Gampong juga belum pernah mengalokasikan dana khusus untuk pemberdayaa kelompok disabilitas psikososial yang mandiri, karena selama ini anggaran dana desa hanya dialokasikan kepada pembangunan insprastruktur. Ada gampong yang sudah memiliki kesadaran bahwa masyarakatnya banyak yang mengalami gangguan jiwa maka mereka dimasukan

sebagai penerima program BLT dan PKH ini termasuk di kedua kabupaten baik Pidie dan Aceh Utara. Memasukkan mereka dalam penerima manfaat Program Keluarga Harapan (PKH) dan penerima Bantuan Langsung Tunai (BLT), juga suatu terobosan yang sudah diperjuangkan oleh aparat gampong, tetapi mereka yang keluarganya dengan disabilitas psikososial secara kriteria penerimaan manfaat tidak menyalahi aturan, sebab rata-rata tingkat ekonomi mereka masuk dalam kriteria keluarga miskin. Ini terlihat dari 20 KK yang menjadi informan peneliti semuanya keluarga dengan tingkat ekonomi rendah, meskipun rumah yang ditempati milik sendiri tetapi ada yang tidak layak huni. Oleh karenanya perhatian gampong sangat penting bagi mereka, untuk memulihkan kondisinya harus disokong oleh semua lapisan masyarakat, khususnya negara yang memiliki kewajiban dalam pemenuhan kebutuhan hak-hak yang melekat baik sebagai individu maupun warga negara tanpa melihat latar, kondisi fisik, psikis, dan etnis.

Jaminan hak warga negara yang tercantum dalam Konvensi Internasional Hak-hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, Kurniawan, DKK, 2015., diantaranya, hak untuk menikmati sosial security, termasuk sosial insurance, hak untuk hidup yang layak, termasuk sandang, pangan, dan perumahan, dan hak untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tinggi, semua ini masuk dalam program PKH dan pemberian BLT. Dengan adanya kepedulian tokoh dan masyarakat di suatu wilayah terhadap disabilitas psikososial maka secara langsung akan meningkatkan keberfungsian sosial kelompok rentan ini.

Namun ada yang berbeda didapatkan oleh disabilitas psikososial mandiri di kabupaten Pidie Kecamatan Simpang Tiga yakni, bukan hanya masuk dalam penerima program PKH dan

BLT, ada juga diantara mereka yang mendapatkan program pemberdayaan ekonomi berupa pemeliharaan ternak (bebek dan ayam petelur), bantuan benih dan pupuk untuk tanaman hortikultura (bayam, sawi, dan bawang merah). Program ini diberikan kepada semua masyarakat yang bermukim di kecamatan ini termasuk mereka yang sudah pulih dari gangguan mental, Maknanya ini bukan program khusus kepada mereka, tetapi diikutsertakan di dalamnya. Untuk keberlangsungan program ini di dampingi oleh pendamping dari Forum Bangun Aceh (FBA) dari tahun 2018 sampai dengan tahun 2021 ke depan. Di sini disabilitas psikososial diberikan training untuk mengasah keahliannya baik bertani maupun berternak, ini juga menunjukkan bahwa mereka juga berhak untuk mendapatkan pengetahuan yang bisa dijadikan sebagai bekal dalam melakukan pekerjaan yang layak.

Perhatian lain dari pemerintah gampong yakni membuat Surat Keterangan (SK) khusus bagi kader jiwa dimana pesertanya dari mereka sendiri yang pernah mengalami gangguan jiwa, ini sangat bagus sekali selain mampu memberikan ilmu dari pengalamannya baik itu manajemen diri, cara mengatasi permasalahan yang dihadapi, sampai dengan bagaimana harus aktif dan bekar ja supaya ada kesibukan, untuk menghindari penyakit yang dialami kambuh kembali kepada orang lain yang sedang sakit juga untuk mengisi kegiatan bulanan di gampong melalui kprogram posyandu, yang bersangkutan akan terbuka pikirannya, bisa bersosialisasi dengan ibu-ibu peserta posyandu, dan juga mereka akan mendapatkan imbalan dari jasanya berupa insentif dari dana gampong layaknya kader posyandu.

Ada juga di kedua kabupaten ini keterlibatan pak Geuchik langsung turun tangan ketika ada warganya yang kambuh untuk

diantar ke rumah sakit. Perhatian lebih juga diberikan oleh bidan atau perawat di puskesmas pada dua kecamatan yang menjadi pusat penelitian ini atau yang disebut dengan Pendamping Kesehatan Jiwa, mereka siap siaga kapanpun ada warga kecamatannya yang kambuh langsung diberitaukan via telpon baik siang maupun tengah malam mereka akan hadir di sana, sehingga kepada petugas ini sering disemat nama “mamak orang sakit jiwa”

Namun kendala selama ini meskipun sudah ada kesadaran sebahagian aparatur gampong mengenai masyarakat dengan gangguan jiwa namun juga tidak mudah untuk membuat kebijakan yang responsif terhadap mereka, terutama jika menggunakan Alokasi Dana Gampong (ADG), seperti halnya yang terjadi di dalam satu gampong di Simpang Tiga, ketika berusaha untuk memasukkan program salah satunya honor untuk kader jiwa di gampong ketika amprahan dibawa ke kabupaten (Badan Pemberdayaan Masyarakat dan Gampong (BPMG) mereka tidak menerima dengan alasan program tersebut tidak dibuat oleh gampong lain. Ini menjadi hal penting untuk ditindaklanjuti tentang pencerahan bahwa Dana Desa bukannya saja untuk pembangunan fisik gampong tetapi juga harus dipikirkan oleh semua pimpinan baik di tingkat gampong sampai dengan Kabupaten/Kota, maupun provinsi untuk pembangunan manusia ini memiliki manfaat jangka panjang untuk memutuskan mata rantai kemiskinan di pedesaan. Pemanfaatan ADG misalnya untuk merancang program pemberdayaan masyarakat rentan, seperti disabilitas psikososial mandiri, mereka rata-rata usia produktif, apabila usia ini tidak dipedulikan maka selamanya kelompok ini akan menjadi beban keluarga, masyarakat, maupun negara. Kalau sebaliknya mereka berdaya maka akan didapatkan

warga negara sehat negarapun kuat, ini menjadi idaman semua bangsa di dunia.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Mewujudkan keberfungsian sosial penyandang disabilitas psikososial, ditentukan oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal berupa dukungan dari keluarga dan masyarakat. Dalam hal ini berdasarkan hasil analisis dari data kuisioner dukungan keluarga keluarga yang diperoleh termasuk kecil hanya 23%. Sedangkan faktor internal ditentukan oleh kekuatan atau ketahanan dirinya sendiri, yakni lebih besar dengan persentase 77%, bisa berupa, kesabaran, kesadaran rutin minum obat, memperbanyak aktivitas, tidak menyendiri, memperbanyak ibadah dan berdzikir, mengikuti pengajian masjid taklim, keinginan kembali normal dan bekerja, dorongan untuk menjadi orang tua yang bisa mengasuh anaknya, keinginan untuk berkumpul dengan kawan-kawan. Dengan demikian bisa dikatakan bahwa dukungan keluarga dan masyarakat tidak signifikan mempengaruhi keberfungsian sosial disabilitas psikososial. Sedangkan kebijakan khusus untuk mewujudkan keberfungsian sosial bagi kelompok ini seperti program pemberdayaan maupun vokasional belum ada baik itu di kabupaten Pidie dan Aceh Utara, namun kedua wilayah tersebut sudah mulai perhatian dan menyadari bahwa masyarakat mereka ada yang membutuhkan perhatian lebih sehingga dimasukkan sebagai penerima manfaat baik itu program Keluarga Harapan (PKH) dan Penerima Bantuan Langsung Tunai (BLT).

## **B. Saran**

Harapan yang terbesar bagi semua lapisan masyarakat untuk memberi dukungan moril dan menghilangkan stigma mulai dari lingkungan keluarga, masyarakat, dan negara bagi disabilitas psikososial sehingga akan terwujud negara kuat warganya sehat dan sejahtera

Sebaiknya perlu diciptakan program yang layak berupa kebijakan yang tepat dari pemerintah terendah sampai dengan pusat mengenai pemberdayaan disabilitas psikososial mandiri yang tujuannya untuk menghindari dari ketergantungan, kekambuhan kembali, menyadari potensi yang dimilikinya, mampu mengelola tekanan hidup yang normal, sehingga menjadikannya warga negara yang produktif ,mandiri, dan bisa memberikan kontribusi bagi masyarakat.

Penelitian mengenai persoalan di atas perlu dilakukan dan dikaji kembali untuk memperkaya khasanah pengetahuan tentang persoalan Disabilitas Psikososial baik dilihat dari sudut pandang, pendalaman yang lebih luas, dan pendekatan yang berbeda sehingga pemahaman masyarakat akan terbuka mengenai isu tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisty Wismani Putri, dkk, "Kesehatan Mental Masyarakat Indonesia (Pengetahuan, Dan Keterbukaan Masyarakat Terhadap Gangguan Kesehatan Mental)", dalam *PROSIDING KS: Riset & PKM, Vol. II, No. 2, 2015; 147-300*
- Ambari, P.K.M. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit*. Bandung: UNDIP
- American Psychiatric Association. (1997). Practice Guidelines for Treatment of Patients with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, Suppl. 154 (4)*.
- Anita Novianty & M. Noor Rochman Hadjam, "Literasi Kesehatan Mental dan Sikap Komunitas sebagai Prediktor Pencarian Pertolongan Formal", dalam *Jurnal Psikologi Volume 44, Nomor 1, 2017: 50 - 65*
- Ayunigtyas, dkk, "Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat di Indonesia Dan Strategi Penanggulangannya", dalam *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, Maret 2018, 9(1):1-10*
- Desi Putriyani dan Hasmila Sari, *Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Kecamatan Kuta Malaka Kabupaten Aceh Besar*. etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show\_d &id=25147, pada 11 Maret 2018.
- Dixon, L., & Lehman, A. 1995. *Family Interventions for Schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, diakses dari <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8749890/>.
- Dokumen Data Pasien Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2017.
- DuBois, B., 2005. *Social Work: An Empowering Profession*, United State of America: Allyn and Bacon.
- Fahrudin, A., 2012. *Pengantar Kesejahteraan Sosial*, Bandung: Refika Aditama.

- Fahrudin, A.,(Ed), tt., *Pemberdayaan Partisipatif dan Penguatan Kapasitas Masyarakat*, Bandung: Humaniora.
- Fahrudin,A. 2018. *Perspektif Biopsikososial untuk Asesmen Keberfungsian Sosial*. Bandung: PT Refika Aditama.
- Geldard, K. & Geldard, D. *Konseling Keluarga, Membangun Relasi untuk Memandirikan Antar Anggota Keluarga*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hasan, N., & Rufaidah, E.R. (2013). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Strategi Coping Pada Penderita Stroke RSUD Dr.Moewardi Surakarta. *Jurnal Telenta Psikologi*, 2(1).
- Hasmila Sari dan Fira Fina, Dukungan Keluarga dalam Mencegah Kekambuhan Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Aceh, *Idea Nursing Journal*. Vol II. No. 3. Diakses dari [www.jurnal.unsyiah.ac.id](http://www.jurnal.unsyiah.ac.id).
- <http://aceh.tribunews.com> Warga Aceh Terganggu Jiwa.
- <http://depkes.go.id>, Stop Stigma Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa.
- <https://pelita8.com>. Penderita Gangguan Jiwa di Aceh Utara tercatat 2.401
- Humaira, D. (2016). Self Management Untuk Meningkatkan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia. *Seminar Asean Psychology & Humanity*.
- Kanti Fiona dan Fajrianthi, Pengaruh *Dukungan Sosial terhadap Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia*, *Jurnal Psikologi Kepribadian dan Sosial*, Vol.02 No.03 Desember 2013.
- Lestari, S. 2016. *Psikologi Keluarga, Penanaman Nilai dan Penanganan Konflik dalam Keluarga*, Jakarta: Kencana.
- Luthfi J. Kurniawan, dkk, 2015. *Negara Kesejahteraan Dan Pelayanan Sosial*. Malang: Intrans Publishing
- Mannion, E. 2000. *Training Manual For the Implementation of Family Education in the Adult Mental Health System of Berks Country*,

- PA. Philadelphia: University of Pennsylvania Center for mental Health Policy and Services Research.
- Miftahul Huda (2009). *Pekerjaan Sosial & Kesejahteraan Sosial Sebuah Pengantar*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Profil Kesehatan Aceh Tahun 2016.
- Sefrina, F & Latipun. (2016). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 04,02
- Sihombing, W. (2016). Implementasi Tekni Kontrol Diri dan Teknik *Self Management* Dalam Meningkatkan Keberfungsian Sosial Bagi Klien"DN" Penyalahgunaan NAPZA di Yayasan Grapiks Bandung. *Jurnal Ilmiah Pekerjaan Sosial*, 01,15.
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*. Jakarta: FKUI.
- Skidmore, D & Sian A.R. (2010). *Redesigning The Scaffolding Metaphor To Suit Pupils With Acquired Brain Injury*. *Journal European of special need education*,04, 23, 379-392
- Sugiono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiono. 2016. *Metode Penelitian Kombinasi*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, E., 2006. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat, Kajian Strategis Pembangunan Kesejahteraan Sosial & Pekerjaan Sosial*, Bandung: Refika Aditama.
- Sururin, 2004. *Ilmu Jiwa Agama*, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Ulfah, 2016. *Psikologi Keluarga*, Bogor: Ghalia Indonesia.
- Widhiarso, W., 2017. *Pengkategoriam data menggunakan statistik hipotetik dan statistik empirik*. Diunduh dari <http://widhiarso.staff.ugm.ac.id/wp/pengategorian-data-dengan-menggunakan-statistik-hipotetik-dan-statistik-empirik>.

William, J.B.W, Karls, J.M., & Wanderei, K. 1989. The Person In environment (PIE) System for Describing Problem of Social Functioning. Hospital and Community Psychiatry.











**BIODATA PENELITI**  
**PUSAT PENELITIAN DAN PENERBITAN LP2M**  
**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY BANDA ACEH**

**A. Identitas Diri**

1.	Nama Lengkap <i>(dengan gelar)</i>	<b>Nurul Husna, S.Sos.I., M.Si</b>
2.	Jenis Kelamin L/P	Perempuan
3.	Jabatan Fungsional	Lektor
4.	NIP	197806122007102002
5.	NIDN	2012067804
6.	NIPN <i>(ID Peneliti)</i>	201206780404100
7.	Tempat dan Tanggal Lahir	Sigli, 12 Juni 1878
8.	E-mail	<a href="mailto:nurulhusna@ar-raniry.ac.id">nurulhusna@ar-raniry.ac.id</a>
9.	Nomor Telepon/HP	08126900034
10.	Alamat Kantor	Jl. Syekh Abdur Rauf Kopelma Darussalam Banda Aceh
11.	Nomor Telepon/Faks	(0651) 7552548 Situs : <a href="http://dakwah.ar-raniry.ac.id">dakwah.ar-raniry.ac.id</a>
12.	Bidang Ilmu	Kesejahteraan Sosial dalam Masyarakat
13.	Program Studi	Kesejahteraan Sosial
14.	Fakultas	Dakwah dan Komunikasi

**B. Riwayat Pendidikan**

No.	Uraian	S1	S2
1.	Nama Perguruan Tinggi	IAIN Ar- Raniry	UIN Sunan Kalijaga
2.	Kota dan Negara PT	Banda Aceh, Indonesia	Yogyakarta, Indonesia
3.	Bidang Ilmu/ Program Studi	Pengembangan Masyarakat Islam	Interdisiplinari Islamic Studies Konsentrasi Pekerjaan Sosial
4.	Tahun Lulus	2004	2009

**C. Pengalaman Penelitian dalam 3 Tahun Terakhir**

No.	Tahun	Judul Penelitian	Sumber Dana
1.	2018	Kebijakan Pemerintah Aceh Terhadap Penanganan HIV/AIDS Studi di Banda Aceh dan Aceh Utara (2018)	DIPA UIN Ar- Raniry
2.	2017	Perempuan Aceh dan Human Security	DIPA UIN Ar- Raniry

3.	2017	Pemberdayaan ekonomi kreatif masyarakat melalui budi daya lebah linot di gampong pante cermin kecamatan manggeng kabupaten aceh barat daya.	DIPA UIN Ar-Raniry
dst.			

#### D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 3 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian	Sumber Dana
1.	2017-2019	Kegiatan Pemberian Konsultasi dan Konseling Kepada Mahasiswa melalui Program Lembaga Konsultasi Kesejahteraan Keluarga	Kementerian Sosial RI
2.	2019	Asesmen Potensi Gampong	DIPA UIN Ar-Raniry
3.	2020	Pendamping Program Peduli Pengungsi Rohingya di UIN Ar- Raniry	

#### E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun/Url
1.	Kebijakan Pemerintah Aceh Terhadap Penanganan HIV/AIDS Studi di Banda Aceh dan Aceh Utara (2018)	Jurnal Al Bayan	Vol.25/Nomor:2/2019 <a href="https://www.jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/bayan/article/view/6677">https://www.jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/bayan/article/view/6677</a>
2.	Anak Berkebutuhan Khusus Dan Permasalahannya (Studi Di Kemukiman Pagar Air Kecamatan Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar)	Jurnal Al-Ijtimaiyyah	Vol.4/No.1/2018/ <a href="https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/PMI/article/view/4781">https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/PMI/article/view/4781</a>
3.	Perempuan Aceh dan Human Security	International Journal of Child and Gender Studies	Vo.2/No.2/2017/ <a href="http://garuda.ristekbrin.go.id/documents/detail/761307">http://garuda.ristekbrin.go.id/documents/detail/761307</a>

4	Strategi Dalam Melakukan Terminasi pada Kekerasan Seksual Anak di LRSAMPK Darussa'adah	Jurnal EMPATI	Vol.8/No.1/2019/ <a href="http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/empati/article/view/16404">http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/empati/article/view/16404</a>
3	Pemberdayaan Ekonomi Keluarga Melalui Budidaya Tiram Di Gampong Tibang Kecamatan Syiah Kuala Kota Banda Aceh	Jurnal Al-Ijtima'iyyah	Vol.4/No.1/2018/ <a href="https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/PMI/article/view/4208">https://jurnal.ar-raniry.ac.id/index.php/PMI/article/view/4208</a>

#### F. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Tebal Halaman	Penerbit
1.	Pelayanan Kesejahteraan sosial dan kebijakan punlik bagi lansia	2014	164	Naskah Aceh (NASA)&Ar-Raniry Press
2.	Interaksi Orang Tua dan Anak dalam Pembentukan Akhlak	2015	145	Penerbit Ar-Raniry Press
dst.				

#### G. Perolehan HKI dalam 10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ID
1.	Kebijakan Pemerintah Aceh Terhadap Penanganan HIV/AIDS Studi di Banda Aceh dan Aceh Utara (2018)	2018	Laporan Penelitian	000125319
2.	Pelayanan Kesejahteraan sosial dan kebijakan punlik bagi lansia	2014	Buku	
dst.				

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya.

Banda Aceh,  
Ketua/Anggota Peneliti,



**Nurul Husna, S. Sos. I., M. Si**  
NIDN. 2012067804