

RESEARCH ARTICLE

PELAYANAN REHABILITASI SOSIAL TERHADAP ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DI YAYASAN PELITA JIWA INSANI

1. Daulat Tuanku Muhammad Jana, Yayasan Pelita Jiwa Insani
2. Mico Septa Mitra, Yayasan Pelita Jiwa Insani
Korespondensi : daulat.tmj@gmail.com

ABSTRAK

Gangguan jiwa, sebagaimana didefinisikan sebagai disfungsi dalam domain pikiran, kemauan, emosi, dan perilaku, telah menjadi persoalan kesehatan masyarakat yang signifikan di Indonesia. Etiologinya kompleks, sering kali berakar pada tekanan psikososial yang bersumber dari dinamika internal individu maupun tuntutan eksternal lingkungan. Kesehatan jiwa sendiri dipahami sebagai kondisi di mana individu mampu menikmati kehidupan, menjaga keseimbangan dalam berbagai aktivitas, mengatasi stres dengan mekanisme koping yang adaptif, serta berperilaku secara wajar sesuai norma sosial-budaya setempat. Namun, realitas di lapangan menunjukkan bahwa banyak Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mengalami penelantaran, yang secara dominan dipicu oleh keterbatasan pengetahuan keluarga dalam merawat, stigma yang melekat, serta hambatan struktural seperti keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan jiwa akibat faktor ekonomi, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan rendahnya literasi kesehatan jiwa. Kondisi ini mengakibatkan banyak ODGJ tidak mendapatkan intervensi yang tepat waktu dan berkelanjutan. Sebagai respons terhadap tantangan tersebut, layanan rehabilitasi sosial menempati posisi kritis dalam pemulihan fungsi sosial ODGJ. Penelitian yang dilakukan di Yayasan Pelita Jiwa Insani mengonfirmasi efektivitas pendekatan ini. Hasil penelitian secara deskriptif mendokumentasikan adanya transformasi perilaku yang signifikan pada klien sebelum dan setelah mengikuti program rehabilitasi sosial yang diimplementasikan oleh yayasan tersebut. Proses layanan yang holistik dan integratif di institusi ini berperan sentral dalam memfasilitasi perubahan tersebut. Temuan ini mengindikasikan bahwa intervensi rehabilitasi sosial yang mencakup pelatihan keterampilan hidup, dukungan psikososial, dan reintegrasi sosial tidak hanya menangani gejala tetapi secara substantif memperbaiki kapasitas fungsional dan kualitas hidup ODGJ. Dengan demikian, studi ini memperkuat argumen bahwa upaya penanganan gangguan jiwa di Indonesia memerlukan kolaborasi sinergis antara layanan klinis kesehatan jiwa dan program rehabilitasi sosial yang berkelanjutan untuk mencapai pemulihan yang optimal dan berkelanjutan.

Kata Kunci : Gangguan Jiwa, Rehabilitasi Sosial, Perubahan Perilaku

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa, dalam perspektif DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) dan PPDGJ-III, dipahami sebagai sindrom klinis yang ditandai dengan gangguan signifikan pada kognisi, regulasi emosi, atau perilaku individu, yang mencerminkan disfungsi dalam proses psikologis, biologis, atau perkembangan yang mendasari fungsi mental. Manifestasi gangguan ini sering kali menyebabkan distress subjektif dan/atau impairment (penurunan fungsi) dalam area sosial, okupasional, atau area penting lainnya. Penelitian oleh Corrigan & Penn (2015) menegaskan bahwa stigma sosial dan diskriminasi yang melekat pada gangguan jiwa sering kali menjadi penghalang eksternal utama untuk pemulihan, di samping gejala internal yang dialami individu. Dalam konteks ini, rehabilitasi sosial muncul sebagai intervensi yang esensial dan komplementer terhadap terapi klinis. Rehabilitasi sosial, sebagaimana didefinisikan oleh WHO (2021), adalah proses yang memungkinkan individu dengan disabilitas (termasuk disabilitas psikososial) untuk mencapai dan mempertahankan fungsi sosial yang optimal. Proses ini berfokus pada penguatan kapasitas individu dan modifikasi lingkungan sosialnya, melalui pelatihan keterampilan hidup, dukungan penempatan kerja, dan penguatan jaringan sosial, yang bertujuan untuk mengurangi keterpinggiran sosial dan meningkatkan partisipasi penuh dalam masyarakat.

Perubahan perilaku yang positif dan berkelanjutan merupakan indikator kunci dari efektivitas integratif antara penanganan klinis gangguan jiwa dan program rehabilitasi sosial. Perubahan ini bukan sekadar reduksi gejala (seperti penurunan halusinasi atau kecemasan), melainkan juga mencakup akuisisi perilaku adaptif baru. Teori Cognitive Behavioral Therapy (CBT) oleh Beck (2011) dan pendekatan Psikoedukasi keluarga (Falloon et al., 1984) menjelaskan mekanisme perubahan ini melalui modifikasi skema kognitif disfungsional dan peningkatan keterampilan coping. Penelitian longitudinal oleh Liberman et al. (2002) mengenai Social & Independent Living Skills modules menunjukkan bahwa intervensi terstruktur yang menggabungkan modeling, role-play, dan generalisasi di lingkungan alamiah dapat secara signifikan meningkatkan keterampilan sosial dan instrumental peserta. Outcome dari perubahan perilaku ini diukur melalui peningkatan fungsi psikososial, yang meliputi kemampuan memelihara hubungan interpersonal, mengelola keuangan pribadi, mematuhi regimen pengobatan, dan berprestasi dalam setting pekerjaan yang kompetitif. Dengan demikian, keberhasilan rehabilitasi sosial dapat dilihat dari kapasitas individu dalam melakukan self-management terhadap kondisinya dan menjalankan peran sosial yang bermakna, yang pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi risiko relaps.

Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 melakukan diferensiasi yang signifikan antara Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). ODMK didefinisikan sebagai individu dalam fase pre-morbid atau at-risk, di mana faktor-faktor bio-psiko-sosial (fisik, mental, sosial, hambatan tumbuh kembang) telah menciptakan kerentanan dan meningkatkan probabilitas terjadinya disfungsi psikologis yang lebih berat (WHO, 2022). Konsep ini selaras dengan pendekatan pencegahan primer dan sekunder dalam kesehatan jiwa, yang menekankan deteksi dini dan intervensi pada populasi rentan sebelum memenuhi kriteria diagnostik penuh (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Sementara itu, ODGJ mengacu pada kondisi yang telah memenuhi kriteria sindromatik klinis, ditandai dengan manifestasi patologis yang signifikan pada ranah pikir (thought), perilaku (behavior), dan afek (affect). Gangguan ini menyebabkan distress subjektif dan dysfunction objektif yang secara substantif menghambat kapasitas individu dalam menjalankan peran dan fungsi kemanusiaannya secara optimal. Perbedaan legal-formal ini memberikan landasan bagi kebijakan kesehatan

jiwa yang komprehensif, mulai dari promosi dan pencegahan untuk ODMK hingga treatment dan rehabilitasi untuk ODGJ.

Secara etiologis, perkembangan dari kondisi ODMK menuju ODGJ seringkali dipicu dan dimediasi oleh tekanan psikologis (*psychological stress*) yang bersumber dari interaksi dinamis antara faktor eksternal (*outside pressure*) dan internal (*inside pressure*). Faktor eksternal mencakup stresor sosial seperti kemiskinan, stigma, trauma, dan isolasi sosial, sementara faktor internal meliputi kerentanan genetik, pola coping maladaptif, dan distorsi kognitif (Kendler et al., 2019). Tekanan ini mengakibatkan disorganisasi pada proses berpikir (*cognition*), kemauan (*volition*), emosi (*emotion*), dan perilaku (*action*), yang merupakan inti dari definisi gangguan jiwa. Sebaliknya, kesehatan jiwa (*mental health*) tidak semata didefinisikan sebagai absennya gangguan, melainkan sebagai keadaan sejahtera (*well-being*) yang positif. Individu dengan jiwa yang sehat, menurut perspektif positif ini, ditandai dengan kemampuan untuk mengalami *flourishing* seperti menikmati hidup (*hedonic well-being*), memiliki resiliensi dalam menghadapi masalah, serta menyeimbangkan berbagai aspek kehidupan (Keyes, 2005). Mereka mampu mengekspresikan emosi secara adaptif (*emotional regulation*) dan mencapai penyesuaian yang harmonis antara kebutuhan diri (*self-actualization*) dan tuntutan lingkungan (*psychosocial adaptation*), sesuai dengan norma budaya yang berlaku. Dengan demikian, kerangka UU Kesehatan 2023 tidak hanya responsif terhadap patologi tetapi juga mengakui spektrum kesehatan jiwa yang lebih luas, dari pencegahan risiko hingga pencapaian potensi psikologis optimal.

Kebijakan sosial merupakan instrumen negara yang bersifat multidimensi dan terintegrasi, dirancang untuk merespons secara sistematis terhadap berbagai masalah sosial yang muncul dalam masyarakat. Respons tersebut diimplementasikan melalui serangkaian pelayanan sosial yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, mencakup bidang-bidang esensial seperti jaminan sosial, akses perumahan layak, pelayanan kesehatan komprehensif, pendidikan inklusif, serta pelayanan sosial personal. Tujuan akhir dari kebijakan ini adalah mencapai kesejahteraan sosial (*social welfare*), suatu kondisi di mana setiap individu dan kelompok dapat memenuhi kebutuhan dasarnya, berfungsi sosial secara optimal, dan terlindungi dari berbagai risiko sosial-ekonomi. Dalam konteks ini, pendekatan kebijakan sosial tidak hanya bersifat parsial dan kuratif, tetapi juga holistik dan berbasis hak (*rights-based approach*), dengan mempertimbangkan keterkaitan antara struktur sosial, lembaga kemasyarakatan, dan nilai-nilai yang dianut masyarakat sebagai faktor determinan dalam pemecahan masalah.

Salah satu kelompok yang menjadi sasaran utama dari kebijakan dan pelayanan kesejahteraan sosial adalah Pemerlu Pelayanan Kesejahteraan Sosial (PPKS), yang keberadaannya signifikan terutama di wilayah perkotaan akibat dinamika sosial yang kompleks. Salah satu kategori PPKS yang kritis adalah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Secara sosio-struktural, ODGJ dikategorikan sebagai bagian dari masalah sosial bukan semata-mata karena kondisi klinisnya, melainkan karena implikasi fungsionalnya terhadap partisipasi sosial. Gangguan jiwa seringkali menyebabkan disfungsi sosial, yakni ketidakmampuan individu untuk menjalankan peran dan tanggung jawab sosialnya secara memadai dalam keluarga, komunitas, dan dunia kerja, sehingga mereka rentan terhadap eksklusi, stigma, dan kemiskinan. Oleh karena itu, penanganannya memerlukan intervensi yang melampaui pendekatan kesehatan semata, mencakup layanan sosial personal, dukungan psikososial, rehabilitasi berbasis komunitas, serta advokasi kebijakan inklusif untuk memutus mata rantai marginalisasi dan mereintegrasikan ODGJ ke dalam kehidupan masyarakat, sebagaimana diamanatkan dalam paradigma kesejahteraan sosial yang holistik.

Dalam perspektif sosiologi kesehatan, individu dengan gangguan jiwa (ODGJ) kerap dikategorikan sebagai masalah sosial karena adanya disfungsi ganda yang dialami, baik secara fisik (jasmani) maupun psikososial (rohani). Disfungsi ini menyebabkan mereka tidak mampu menjalankan peran dan fungsi sosial secara optimal, seperti dalam lingkup keluarga, pekerjaan, dan komunitas. Penelitian Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) menunjukkan bahwa disfungsi ini berdampak pada penurunan produktivitas ekonomi, peningkatan ketergantungan pada keluarga, dan munculnya stigma yang mengarah pada eksklusivitas sosial. Lebih lanjut, studi Puspitasari et al. (2019) mengkonfirmasi bahwa ketidakmampuan memenuhi tuntutan norma sosial ini tidak hanya memperburuk kondisi individu, tetapi juga menciptakan beban sosial sistemik, termasuk pada sektor kesehatan, kesejahteraan, dan keamanan publik. Eskalasi prevalensi ODGJ tidak dapat dilepaskan dari kompleksitas faktor determinan yang bersifat struktural dan kultural. Secara struktural, penelitian Maramis et al. (2021) mengidentifikasi keterbatasan akses pelayanan kesehatan jiwa sebagai masalah utama, yang dipicu oleh tiga hal: (1) disparitas geografis dan ekonomi yang menghambat keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan, (2) rasio tenaga kesehatan jiwa (seperti psikiater dan perawat spesialis jiwa) yang masih jauh di bawah standar Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), dan (3) rendahnya kinerja serta kapasitas layanan di banyak fasilitas kesehatan primer. Di sisi kultural, studi Siregar et al. (2022) menemukan bahwa faktor kesediaan dan keengganan keluarga berakar pada stigmatisasi yang mendalam, rasa malu, serta keputusan akibat kurangnya edukasi publik. Minimnya sosialisasi program kesehatan jiwa berbasis pendanaan negara, seperti program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk gangguan jiwa, semakin memperparah situasi dengan membatasi pengetahuan keluarga tentang hak dan layanan yang tersedia, sehingga memperkuat siklus penelantaran dan kronifikasi gangguan.

Penelantaran terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia merupakan fenomena multidimensi yang sering berakar pada ketidaktahuan (*lack of knowledge*) dan keterbatasan keterampilan (*skill deficit*) keluarga dalam memberikan perawatan yang adekuat. Penelitian oleh Maramis et al. (2018) dalam *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* mengonfirmasi bahwa stigma sosial yang kuat dan rendahnya literasi kesehatan jiwa pada masyarakat menyebabkan keluarga sering kali memandang gangguan jiwa sebagai aib atau bentuk kerasukan, bukannya kondisi medis yang memerlukan intervensi profesional. Ketidaktahuan ini diperparah oleh kurangnya akses terhadap psikoedukasi yang komprehensif dari tenaga kesehatan, sehingga keluarga tidak memahami protokol perawatan, manajemen gejala, atau teknik komunikasi terapeutik. Akibatnya, banyak keluarga mengalami *caregiver burden* yang berat dan akhirnya mengisolasi atau mengabaikan anggota keluarga yang mengalami gangguan, karena merasa tidak memiliki kapasitas dan sumber daya untuk menanganinya. Lebih lanjut, penelitian Setyawan (2020) menunjukkan bahwa faktor ekonomi yang terbatas sering menjadi determinan utama, di mana biaya pengobatan dan transportasi ke fasilitas kesehatan jiwa menjadi beban yang tidak terjangkau, sehingga penelantaran menjadi pilihan yang terpaksa diambil.

Pada tingkat individu, penelantaran sering kali secara langsung terkait dengan terganggunya kemampuan perawatan diri (*self-care deficit*) pada ODGJ, yang merupakan konsekuensi patofisiologis dari gangguan tersebut. Menurut teori *Self-Care Deficit Nursing Theory* oleh Orem (2001), kemampuan perawatan diri merupakan kebutuhan universal manusia untuk mempertahankan homeostasis fisiologis dan psikologis. Pada ODGJ dengan gangguan kognitif (seperti pada skizofrenia atau demensia) atau distorsi persepsi (halusinasi, delusi), terjadi disfungsi dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti kebersihan diri, nutrisi,

dan manajemen kesehatan. Kondisi ini menciptakan ketergantungan total (total dependence) pada perawatan pihak lain. Oleh karena itu, intervensi yang bersifat komunal dan kelembagaan menjadi suatu keniscayaan. Penelitian oleh Indraswari (2022) menekankan bahwa layanan sosial yang holistik dan berkelanjutan dari panti sosial, rumah sakit jiwa, atau yayasan yang terakreditasi berperan sebagai safety net dan sistem pendukung (support system) substitusi ketika keluarga tidak lagi mampu memberikan perawatan. Lembaga-lembaga ini tidak hanya menyediakan kebutuhan dasar dan farmakoterapi, tetapi juga program rehabilitasi psikososial yang bertujuan untuk memulihkan kemandirian fungsional ODGJ melalui social skill training dan activities of daily living (ADL) training. Dengan demikian, keberadaan layanan kelembagaan yang terintegrasi dengan sistem kesehatan masyarakat tidak hanya mengatasi penelantaran, tetapi juga memenuhi hak kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup ODGJ, sebagaimana diamanatkan dalam UU No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Yayasan Pelita Jiwa Insani menempati posisi strategis dalam ekosistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, beroperasi sebagai institute berbasis masyarakat di luar struktur formal sektor kesehatan. Lembaga ini berfungsi sebagai pusat rehabilitasi rawat inap jangka panjang yang mengisi celah kritis dalam sistem berkelanjutan (continuum of care), khususnya bagi penyandang gangguan jiwa berat yang membutuhkan stabilisasi medis dan psikososial intensif sebelum reintegrasi masyarakat. Dengan klien sebanyak 167 jiwa pada tahun 2025, yayasan ini mengelola populasi dengan kompleksitas tinggi yang berasal dari multi-sumber rujukan, mencakup rujukan formal (Dinas Sosial), rujukan informal (keluarga), serta kasus mandiri. Tugas utamanya, sebagaimana termaktub dalam visi pelayanannya, adalah melakukan restorasi keberfungsian sosial (social functioning) klien melalui pendekatan rehabilitasi psikososial yang holistik, sehingga berperan sebagai jembatan antara intervensi klinis di fasilitas kesehatan dan kehidupan komunitas.

Secara operasional, Yayasan Pelita Jiwa Insani menerapkan model pelayanan yang mengintegrasikan aspek perlindungan, perawatan, dan rehabilitasi dalam satu lingkungan terstruktur. Model ini menjawab kebutuhan akan long-term psychiatric rehabilitation yang seringkali terbatas di fasilitas kesehatan umum akibat keterbatasan kapasitas dan durasi rawat. Penelitian oleh Pratiwi dkk. (2023) pada lembaga sejenis menunjukkan bahwa pendekatan rawat inap jangka panjang di setting komunitas seperti ini dapat secara signifikan meningkatkan kemandirian hidup, keterampilan sosial, dan kepatuhan pengobatan pada penyandang gangguan jiwa berat, sekaligus mengurangi angka kekambuhan (relapse). Keberadaan yayasan ini juga meringankan beban sistem kesehatan formal dengan menangani kasus-kasus kronis, sekaligus menjadi mitra strategis bagi Dinas Sosial dalam pemenuhan hak rehabilitasi sosial. Dengan demikian, Yayasan Pelita Jiwa Insani bukan hanya merupakan alternatif pelayanan, melainkan suatu komponen esensial dalam sistem kesehatan jiwa nasional yang berbasis masyarakat (community-based mental health system), dengan kontribusi nyata dalam pemulihan dan pemberdayaan kelompok rentan.

Dalam perspektif ekologi sistem, keberfungsian sosial (social functioning) individu tidak dapat dipisahkan dari dinamika interaksinya dengan berbagai sistem lingkungan yang saling terkait (Germain & Gitterman, 1996). Manusia secara inheren tertanam dalam serangkaian sistem sosial yang bersifat nested, mulai dari sistem mikro (keluarga, kelompok sebaya), meso (lembaga pendidikan, tempat kerja), hingga makro (sistem politik, ekonomi, budaya, dan keagamaan). Tingkat keberfungsian sosial seseorang kemampuannya untuk memenuhi peran dan tugas kehidupannya secara memadai secara langsung dimediasi oleh kualitas transaksi (transaction) antara kapasitas personalnya dengan tuntutan dan sumber daya yang

disediakan oleh sistem-sistem tersebut. Penelitian oleh Berkman et al. (2000) menunjukkan bahwa integrasi sosial yang kuat dalam berbagai sistem ini berfungsi sebagai penyangga (buffer) terhadap stres dan patologi, sementara disfungsi atau ketidakmampuan beradaptasi dalam salah satu sistem (misalnya, keluarga atau pekerjaan) dapat mengakibatkan gangguan berantai pada sistem lainnya, berpotensi menurunkan kesejahteraan psikologis dan kapasitas fungsional individu secara keseluruhan.

Sebagai respons terhadap kompleksitas tersebut, Yayasan Pelita Jiwa Insani mengimplementasikan model pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif dan terpadu, berfokus pada pemulihan (recovery) dan reintegrasi sosial rehabilitasi. Pendekatan ini selaras dengan kerangka kerja Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang menekankan bahwa kesehatan jiwa yang positif bukan sekadar absennya gangguan, tetapi mencakup kemampuan untuk berfungsi secara produktif dan berkontribusi di komunitas (WHO, 2001). Layanan yang diutamakan meliputi intervensi berjenjang: (1) Promotif, melalui psikoedukasi dan penguatan ketahanan psikologis untuk meningkatkan kesehatan jiwa populasi; (2) Preventif, berupa deteksi dini dan program pencegahan untuk kelompok berisiko; serta yang menjadi inti, (3) Kuratif dan Rehabilitatif, yaitu perawatan pengobatan (farmakologis dan psikoterapi) yang dikombinasikan dengan rehabilitasi psikososial. Rehabilitasi psikososial, sebagaimana ditunjukkan oleh penelitian Anthony (1993), bertujuan untuk memulihkan keterampilan sosial, otonomi, dan kemampuan individu untuk terlibat kembali dalam peran-peran sosialnya. Dengan demikian, tujuan akhir dari model terpadu ini adalah meningkatkan derajat kesehatan jiwa rehabilitasi sehingga terjadi peningkatan keberfungsian sosial yang memungkinkan mereka diterima kembali dan berpartisipasi secara bermakna dalam sistem keluarga dan masyarakat (community reintegration), yang merupakan indikator keberhasilan pemulihan jangka panjang (Lieberman & Kopelowicz, 2002).

TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan mengenai pelayanan rehabilitasi sosial terhadap orang dengan gangguan jiwa di Yayasan Pelita Jiwa Insani

METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Penelitian ini berlandaskan pada paradigma interpretif dengan menggunakan pendekatan kualitatif untuk memahami kompleksitas makna dan pengalaman manusia secara mendalam. Secara spesifik, desain penelitian yang diterapkan adalah deskriptif studi kasus, di mana peneliti berperan sebagai instrumen kunci dalam mengkonstruksi pemahaman holistik mengenai fenomena yang diteliti. Pendekatan ini dipilih karena relevansinya dalam menggali dan mendeskripsikan secara rinci realitas multidimensi dari objek penelitian, yaitu implementasi dan dinamika pelayanan rehabilitasi sosial bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Fokus deskripsi tidak hanya pada aspek prosedural layanan, tetapi lebih pada pemaknaan, pengalaman, dan persepsi yang hidup di dalam konteks alamiahnya. Oleh karena itu, metode ini memfasilitasi pengumpulan data yang kaya dan kontekstual, memungkinkan terkuaknya informasi mendalam yang mungkin terlewatkan dalam pendekatan kuantitatif yang lebih terstruktur.

Secara operasional, implementasi metode studi kasus deskriptif ini diwujudkan melalui strategi pengumpulan data yang imersif dan partisipatif. Peneliti secara intensif terlibat dalam lingkungan alamiah subjek penelitian untuk menangkap narasi dan

praktik sehari-hari secara emic sesuai dengan cara pandang informan. Interaksi dekat dan hubungan empatik yang dibangun dengan informan, baik penerima layanan maupun pemberi layanan, merupakan kunci untuk mendapatkan data autentik. Melalui teknik pengumpulan data seperti observasi partisipan mendalam, wawancara mendalam (in-depth interview), dan kajian dokumen, peneliti berusaha mengikuti alur kehidupan informan secara apa adanya (as it is). Proses ini memungkinkan peneliti tidak hanya mendokumentasikan apa yang terjadi dalam pelayanan rehabilitasi sosial, tetapi juga mengeksplorasi bagaimana proses tersebut dialami dan mengapa ia bermakna secara tertentu bagi para pemangku kepentingan. Analisis data dilakukan secara tematik untuk mengidentifikasi pola, kategori, dan tema deskriptif yang komprehensif, sehingga dapat menyajikan gambaran yang utuh dan mendalam mengenai realitas pelayanan rehabilitasi sosial ODGJ dari sudut pandang para pelaku di dalamnya.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokus di Yayasan Pelita Jiwa Insani di Kota Padang, Sumatera Barat, yang dipilih berdasarkan pertimbangan kredibilitas institusional dan kelayakannya sebagai *setting* penelitian yang representatif. Pemilihan lokasi tersebut dilandasi oleh status kelembagaan yayasan yang telah terdaftar secara formal sebagai penyelenggara rehabilitasi sosial di tingkat kota dan provinsi, serta yang lebih krusial — telah meraih akreditasi resmi dari Kementerian Sosial Republik Indonesia pada tahun 2025. Akreditasi ini menjadi indikator kuat bahwa yayasan telah memenuhi standar nasional dalam penyelenggaraan layanan sosial, sehingga menjadikannya *case* yang sah (*credible case*) untuk dikaji secara mendalam. Dengan demikian, lokasi ini menawarkan konteks yang ideal untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan secara komprehensif implementasi proses rehabilitasi sosial bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dalam sebuah lembaga yang telah diakui secara struktural, memungkinkan peneliti untuk mengungkap praktik terstandar sekaligus dinamika operasional di lapangan yang mungkin tidak sepenuhnya tergambarkan dalam dokumen akreditasi.

3. Informan penelitian

Penelitian ini mengadopsi teknik purposive sampling dengan kriteria spesifik untuk memilih informan yang memiliki pengetahuan mendalam dan pengalaman langsung terkait fokus penelitian. Pemilihan informan didasarkan pada prinsip kelayakan (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*), di mana individu dipilih secara sengaja karena dianggap sebagai sumber informasi yang paling kaya dan relevan untuk mengkonstruksi pemahaman holistik mengenai implementasi layanan rehabilitasi sosial bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Strategi ini memastikan bahwa data yang dikumpulkan bersifat mendalam, kontekstual, dan berasal dari perspektif berbagai pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam ekosistem pelayanan. Dengan demikian, komposisi informan dirancang untuk mencakup tiga lapisan informasi yang saling melengkapi, yaitu dari tingkat pengambil kebijakan/pelaksana teknis, penerima layanan, serta pendukung dalam sistem sosial klien.

Dalam implementasinya, informan penelitian terstratifikasi ke dalam tiga kategori berdasarkan kedalaman pengetahuan dan tingkat keterlibatannya. Pertama, Informan Kunci terdiri dari aktor-aktor yang memiliki otoritas dan pengetahuan prosedural-operasional layanan, yaitu Konselor, Psikolog, dan Pekerja Sosial di yayasan. Mereka berfungsi sebagai sumber data primer mengenai kebijakan, metodologi intervensi, dan tantangan implementasi di tingkat institusi. Meskipun Kepala Lembaga sebagai otoritas

formal tidak dapat diakses, pergeseran (substitution) kepada para profesional lapisan pertama ini tetap menghasilkan data yang kredibel mengingat posisi mereka sebagai frontliner yang menjalankan program secara langsung. Kedua, Informan Utama adalah tiga orang klien ODGJ yang telah memasuki fase re-entry. Mereka merupakan subjek sentral penelitian, yang pengalaman subjektif, persepsi, dan proses pemaknaan mereka terhadap rehabilitasi menjadi fondasi analisis utama. Ketiga, Informan Tambahan diwakili oleh anggota keluarga, dalam hal ini kakak kandung dari klien, yang memberikan perspektif unik mengenai dampak layanan terhadap sistem keluarga dan dukungan sosial pasca-rehabilitasi.

Stratifikasi informan ini memiliki implikasi metodologis yang signifikan terhadap validitas dan kedalaman temuan penelitian. Penggunaan triangulasi sumber data dengan membandingkan dan mengonfirmasi informasi dari tiga jenis informan yang berbeda memperkuat keajegan (credibility) data dan menghindari bias dari sudut pandang tunggal. Narasi dari informan utama (klien) memberikan gambaran emic tentang pengalaman hidup, sementara informan kunci (praktisi) memberikan perspektif etic mengenai kerangka kerja dan tujuan program. Sementara itu, informan tambahan (keluarga) berperan sebagai external validator yang dapat mengonfirmasi atau memberikan nuansa berbeda pada informasi yang diperoleh dari klien. Kombinasi ini memungkinkan peneliti untuk merekonstruksi realitas sosial layanan rehabilitasi secara lebih komprehensif, tidak hanya dari dalam institusi tetapi juga dari sudut pandang penerima manfaat dan jaringan pendukung terdekatnya, sehingga menghasilkan analisis yang multi-dimensional dan kontekstual.

4. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian deskriptif studi kasus ini, peneliti menerapkan prinsip triangulasi sumber dan teknik pengumpulan data untuk memperoleh pemahaman yang holistik dan valid mengenai implementasi layanan rehabilitasi sosial. Teknik utama yang digunakan observasi partisipan, wawancara mendalam terstruktur, dan kajian dokumen dilaksanakan secara sinergis dan berkelanjutan. Observasi partisipan memungkinkan peneliti mencatat secara sistematis dinamika interaksi, pola aktivitas, serta lingkungan fisik di lokasi penelitian, yang seringkali tidak terungkap melalui wawancara. Sementara itu, wawancara mendalam dengan pedoman terstruktur yang fleksibel ditujukan kepada pengelola yayasan, pekerja sosial, keluarga, dan ODGJ itu sendiri, berhasil menggali persepsi, motivasi, hambatan, dan makna subjektif dari layanan yang diterima. Kombinasi ini memastikan data yang dikumpulkan tidak hanya bersifat deskriptif-perilaku, tetapi juga interpretatif-eksperiensial.

Untuk memperkaya analisis dan memberikan konteks historis serta kebijakan, penelitian ini memanfaatkan teknik studi dokumen dan kepastakaan secara intensif. Dokumen internal Yayasan Pelita Jiwa Insani, seperti profil ODGJ, catatan kasus, laporan kegiatan, dan protokol layanan, dianalisis untuk melacak konsistensi antara praktik di lapangan dengan kebijakan tertulis. Di sisi lain, studi kepastakaan terhadap literatur ilmiah, regulasi pemerintah, dan karya tulis terkait rehabilitasi sosial ODGJ memberikan kerangka teoritis dan normatif yang esensial. Hasil analisis dokumen dan kepastakaan ini berfungsi sebagai pembanding kritis terhadap data primer dari observasi dan wawancara. Temuan penelitian mengungkap bahwa terdapat diskrepansi antara ideal model layanan dalam literatur dengan realitas operasional di lapangan, yang terutama dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya dan keragaman karakteristik ODGJ.

Strategi pengumpulan data yang multi-metode ini tidak hanya menjawab apa dan bagaimana pelayanan dilaksanakan, tetapi juga berhasil mengungkap mengapa suatu pola tertentu terbentuk. Temuan substantif penelitian menunjukkan bahwa efektivitas layanan rehabilitasi sangat bergantung pada kualitas hubungan interpersonal yang terbangun, suatu aspek yang hanya dapat diakses secara mendalam melalui wawancara dan observasi jangka panjang. Misalnya, data observasi mengungkap ritual-ritual non-formal dalam komunitas yang justru menjadi mekanisme koping kolektif, sementara dokumen lebih banyak merekam aktivitas terstruktur. Implikasi metodologis dari pendekatan ini menegaskan bahwa dalam penelitian kualitatif deskriptif-studi kasus, kedalaman dan kontekstualitas data lebih diutamakan daripada generalisasi statistik. Dengan demikian, sintesis dari keempat teknik pengumpulan data tersebut berhasil menghasilkan gambaran yang padu, mendalam, dan kaya nuansa mengenai ekosistem pelayanan rehabilitasi sosial ODGJ di dalam setting yayasan yang diteliti.

5. Teknik Analisis Data

Secara metodologis, teknik analisis data yang diterapkan dalam penelitian ini mengikuti model analisis kualitatif interaktif, sebagaimana dirumuskan oleh Miles, Huberman, dan Saldana. Proses analisis tidak bersifat linear, melainkan siklikal dan iteratif, berlangsung secara simultan selama dan setelah pengumpulan data. Tahap awal dimulai dengan pengorganisasian dan persiapan data mentah (data condensation), di mana seluruh corpus data yang berasal dari transkrip wawancara mendalam, catatan lapangan observasi partisipan, serta arsip dokumentasi, diolah menjadi bentuk yang teratur. Selanjutnya, peneliti melakukan penyusunan secara sistematis dengan melakukan pengkodean (coding) untuk mengidentifikasi unit-unit makna, mengelompokkannya ke dalam kategori tematik awal, dan menyintesis hubungan antar kategori. Proses ini memungkinkan peneliti untuk menyaring data, memilih fokus analisis yang relevan dengan rumusan masalah, dan mulai menyusun pola-pola (patterning) yang muncul dari narasi informan.

Pada tahap lanjutan, penyajian data (data display) dilakukan dalam bentuk matriks, bagan alir, atau narasi deskriptif yang koheren untuk mempermudah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Melalui display ini, peneliti melakukan pengecekan keabsahan data secara ketat melalui teknik triangulasi sumber (membandingkan informasi dari informan kunci, keluarga, dan pekerja sosial) dan triangulasi metode (mengkonfirmasi temuan wawancara dengan observasi dan dokumen). Verifikasi dan refleksi mendalam terhadap pola yang terbentuk memastikan bahwa kesimpulan yang ditarik bukanlah konstruksi subjektif peneliti semata, tetapi merupakan representasi yang kredibel dan dapat dipertanggungjawabkan dari realitas di lapangan. Hasil akhir dari seluruh proses analisis ini adalah suatu gambaran komprehensif dan mendalam (thick description) mengenai dinamika pelayanan rehabilitasi sosial bagi ODGJ, yang tidak hanya memaparkan fakta empiris tetapi juga menafsirkan makna, konteks, dan kompleksitas yang melingkupinya, sehingga temuan penelitian dapat dipahami secara jelas baik oleh peneliti maupun komunitas akademik dan praktisi.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil penelitian, berikut adalah beberapa poin temuan utama mengenai proses rehabilitasi sosial bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Yayasan Pelita Jiwa Insani :

1. Tujuan Utama Rehabilitasi

Proses rehabilitasi di yayasan bertujuan untuk memulihkan fungsi-fungsi sosial klien ODGJ melalui pemberian pelayanan sosial yang komprehensif. Tujuan ini sejalan dengan konsep rehabilitasi sosial sebagai upaya pemulihan kemampuan individu agar dapat kembali berfungsi secara normal di masyarakat.

2. Prosedur Penerimaan dan Assesmen Awal

- a. Klien berasal dari berbagai daerah di Sumatera Barat dan luar provinsi, umumnya dititipkan oleh keluarga.
- b. Proses diawali dengan screening dan wawancara mendalam oleh staf.
- c. Klien yang kondisi awalnya tidak stabil ditempatkan terlebih dahulu di ruang CIC (Crisis Intervention Center) untuk observasi intensif sebelum dilakukan assesmen menyeluruh.

3. Model Assesmen Komprehensif dan Multidisiplin

Setelah kondisi stabil, klien menjalani assesmen mendalam yang mencakup empat aspek :

- a. Medis
- b. Sosial
- c. Psikologis
- d. Spiritual

Assesmen ini menjadi dasar penyusunan rencana tindak lanjut dan program individual (treatment plan).

4. Pelaksanaan Program Rehabilitasi yang Terstruktur

- a. Program dijalankan setiap hari di bawah bimbingan konselor dan pekerja sosial.
- b. Meliputi bimbingan konseling untuk mengevaluasi kualitas hidup klien dan kegiatan rehabilitasi yang terprogram.
- c. Pendekatan yang digunakan bersifat persuasif, motivatif, dan dalam batas tertentu koersif, sesuai dengan kebutuhan klien.

5. Evaluasi Berkelanjutan dan Indikator Kemajuan

Kemajuan klien dipantau secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan dengan indikator utama :

- a. Kemampuan mengendalikan emosi
- b. Peningkatan kemandirian dalam menjalankan aktivitas hidup sehari-hari
- c. Kemampuan memenuhi kebutuhan diri secara progresif

6. Konsep Rehabilitasi yang Dianut

Yayasan mengadopsi konsep rehabilitasi sosial sebagai proses pemulihan holistik (fisik dan psikis) yang bertujuan mengembalikan klien ke lingkungan masyarakat, dengan melibatkan peran aktif keluarga, masyarakat, dan lembaga sosial. Proses ini bersifat berkelanjutan tanpa batas waktu yang kaku, hingga tercapai kondisi sembuh atau fungsional yang optimal.

PEMBAHASAN

1. Tujuan Utama Rehabilitasi

Berdasarkan analisis data lapangan, temuan penelitian mengungkap bahwa tujuan utama rehabilitasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani secara operasional dimanifestasikan dalam rangkaian intervensi yang berorientasi pada kapabilitas klien. Fokus pemulihan bukan sekadar pada reduksi gejala gangguan jiwa (symptom reduction), melainkan pada restorasi dan pengembangan kompetensi sosial (social functioning) yang hilang atau

terganggu akibat penyakit. Pelayanan sosial komprehensif yang diberikan meliputi asesmen multidimensi, terapi kelompok, pelatihan keterampilan hidup (daily living skills), dan pendampingan reintegrasi secara konsisten diarahkan untuk membekali klien dengan kemampuan berinteraksi, berperan, dan berkontribusi kembali dalam relasi sosialnya. Temuan ini menunjukkan bahwa yayasan menerjemahkan konsep rehabilitasi ke dalam praktik yang bertujuan memutus mata rantai disabilitas sosial yang sering menyertai ODGJ.

Temuan tersebut beririsan secara signifikan dengan inti dari teori rehabilitasi psikososial (Anthony, 1993) dan model pemulihan (recovery model) dalam kesehatan jiwa. Teori rehabilitasi psikososial menekankan bahwa pemulihan ODGJ harus mencakup dimensi fungsional, yakni peningkatan kemampuan individu untuk hidup, belajar, dan bekerja di lingkungannya dengan dukungan yang minimal. Konsep fungsi sosial yang menjadi target yayasan selaras dengan konstruk social role functioning dalam teori tersebut, di mana kesembuhan dinilai dari kemampuan seseorang untuk kembali menjalankan peran-peran sosialnya yang normative, seperti sebagai anggota keluarga, pekerja, atau warga masyarakat. Dengan demikian, praktik di yayasan tidak hanya bersifat kuratif-medikal namun juga restoratif-sosial, yang merepresentasikan pergeseran paradigma dari pendekatan berbasis penyakit (illness-based) menuju pendekatan berbasis kekuatan dan kemampuan (strength-based).

Peneliti berasumsi bahwa konvergensi antara temuan di lapangan dengan teori rehabilitasi psikososial ini bukanlah suatu kebetulan, melainkan mencerminkan adopsi dan adaptasi sadar dari prinsip-prinsip global ke dalam konteks lokal Sumatera Barat. Asumsi ini didukung oleh fakta bahwa meskipun menggunakan kerangka teori yang universal, yayasan mengoperasionalkan tujuan rehabilitasi dengan memperhatikan nilai-nilai kolektivitas dan sistem kekerabatan ("banagarian") yang kuat dalam masyarakat Minangkabau. Pemulihan fungsi sosial, dalam asumsi peneliti, dimaknai tidak hanya sebagai kemampuan individual klien, tetapi juga sebagai keberhasilan dalam mengembalikan klien ke dalam jaringan sosial dan adat yang lebih luas. Oleh karena itu, temuan ini menguatkan tesis bahwa efektivitas rehabilitasi sangat dipengaruhi oleh keselarasan antara prinsip ilmiah, praktik profesional, dan konteks sosio-kultural di mana layanan tersebut diberikan. Implikasinya, keberhasilan program tidak boleh diukur secara sempit dengan parameter klinis belaka, tetapi harus mencakup indikator sosiologis seperti penerimaan kembali oleh keluarga dan komunitas.

2. Prosedur Penerimaan dan Assesmen Awal

Temuan penelitian mengungkapkan bahwa klien yang menjalani rehabilitasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani menunjukkan karakteristik geografis dan rujukan yang spesifik. Secara dominan, klien berasal dari berbagai kota dan kabupaten di Sumatera Barat, dengan sejumlah kasus yang juga merujuk dari luar provinsi. Pola yang paling menonjol adalah mekanisme penitipan oleh pihak keluarga (family-referred), yang menjadi pintu masuk utama klien ke dalam lembaga. Temuan ini mengindikasikan bahwa keluarga masih berperan sebagai primary gatekeeper dalam penanganan gangguan jiwa, sekaligus merefleksikan beban dan keterbatasan sistem dukungan keluarga dalam menangani anggota yang mengalami gangguan jiwa berat di rumah. Asumsi peneliti terhadap temuan ini adalah bahwa keberagaman asal klien mencerminkan keterbatasan fasilitas rehabilitasi serupa di wilayah sekitarnya, sementara dominannya rujukan keluarga menunjukkan masih kuatnya stigma sosial

yang menyebabkan keluarga memilih menitipkan anggota yang bermasalah ke lembaga daripada menanganinya dalam komunitas.

Prosedur awal yang diterapkan, yaitu screening dan wawancara mendalam oleh staf, secara teoritis selaras dengan konsep Initial Assessment atau Intake Process dalam praktik pekerjaan sosial dan kesehatan mental. Menurut teori dari Hepworth et al. (2017), proses intake yang efektif berfungsi untuk mengidentifikasi masalah mendesak, membangun hubungan awal (engagement), dan mengumpulkan informasi dasar untuk menentukan kelayakan dan arah layanan. Screening berperan sebagai filter awal untuk menilai kondisi krisis dan keselamatan klien, sementara wawancara mendalam bertujuan untuk memahami narasi awal masalah dari perspektif klien dan/atau keluarga. Temuan bahwa proses ini dilakukan oleh staf yang dalam konteks ini adalah pekerja sosial dan konselor menunjukkan pendekatan yang berpusat pada klien (client-centered), di mana aspek psikososial mendapat perhatian sejak dini, di samping kemungkinan aspek medis.

Temuan krusial lainnya adalah penggunaan ruang Crisis Intervention Center (CIC) sebagai tahap observasi intensif bagi klien dengan kondisi awal tidak stabil. Praktik ini dapat dianalisis melalui lensa Crisis Intervention Theory (Roberts, 2005), yang menekankan pentingnya penanganan segera, proteksi, dan stabilisasi individu dalam kondisi akut untuk mencegah memburuknya keadaan dan mempersiapkan landasan bagi intervensi jangka panjang. Penempatan di CIC berfungsi ganda: pertama, sebagai tindakan safety dan containment untuk klien yang mungkin membahayakan diri atau orang lain; kedua, sebagai periode observasi partisipatif bagi staf untuk mengumpulkan data perilaku in-vivo sebelum asesmen formal. Asumsi peneliti adalah bahwa kebijakan ini mencerminkan prinsip kehati-hatian (precautionary principle) dan etika do no harm, sekaligus mengakui keterbatasan informasi dari screening awal dalam menggambarkan kompleksitas kondisi klien yang sedang mengalami dekompensasi.

Secara keseluruhan, temuan mengenai prosedur penerimaan dan asesmen awal ini membentuk suatu kontinum layanan yang berjenjang dan responsif. Alur dari screening, penempatan di CIC (jika diperlukan), hingga persiapan untuk asesmen menyeluruh, menunjukkan adopsi model triage dan staged assessment yang umum dalam rehabilitasi berbasis bukti (evidence-based rehabilitation). Konsep teoritis dari Anthony et al. (2002) tentang Psychiatric Rehabilitation Process menegaskan bahwa rehabilitasi yang efektif harus diawali dengan penilaian yang komprehensif terhadap kekuatan (strengths) dan kebutuhan (needs) individu. Temuan penelitian ini mengonfirmasi bahwa Yayasan telah memiliki kerangka prosedural yang sejalan dengan teori, dengan menempatkan fase stabilisasi krisis sebagai prasyarat penting sebelum asesmen mendalam multidisiplin. Asumsi peneliti adalah bahwa pendekatan bertahap ini tidak hanya bermaksud untuk kepentingan diagnostik, tetapi juga untuk membangun aliansi terapeutik dan rasa aman pada klien, yang merupakan fondasi kritis bagi keberhasilan intervensi rehabilitasi sosial jangka panjang.

3. Model Asesmen Komprehensif dan Multidisiplin

Temuan penelitian mengungkapkan bahwa Yayasan Pelita Jiwa Insani menerapkan suatu model asesmen yang bersifat holistik dan multidisiplin, mencakup empat domain utama: medis, sosial, psikologis, dan spiritual. Secara empiris, keempat aspek ini tidak dijalankan secara terpisah, melainkan terintegrasi dalam satu rangkaian proses diagnosis untuk menyusun treatment plan yang individual. Temuan ini mengindikasikan adanya pemahaman bahwa gangguan jiwa merupakan kondisi kompleks yang dipengaruhi dan

mempengaruhi berbagai dimensi kehidupan klien, sehingga intervensi tidak dapat bersifat parsial. Peneliti berasumsi bahwa pendekatan komprehensif ini merupakan respons terhadap keterbatasan model rehabilitasi yang hanya berfokus pada gejala klinis semata. Dengan kata lain, asumsi dasar yang mendasari praktik ini adalah bahwa pemulihan fungsi sosial hanya dapat dicapai jika seluruh aspek yang membentuk identitas dan pengalaman hidup klien dipetakan dan diintervensi secara sinergis.

Temuan tersebut memiliki relevansi yang kuat dengan perkembangan teori dalam pekerjaan sosial dan kesehatan jiwa, khususnya pergeseran dari model medis yang biomedis sentris ke model recovery yang berpusat pada klien. Model asesmen empat aspek ini selaras dengan kerangka kerja biopsikososial yang diperkenalkan oleh Engel (1977), yang kemudian dikembangkan menjadi model biopsikososial-spiritual untuk memasukkan dimensi makna dan tujuan hidup sebagai faktor krusial dalam kesehatan. Dalam konteks ini, asesmen spiritual tidak serta-merta bermakna religius sempit, tetapi lebih pada eksplorasi sumber harapan, nilai-nilai hidup, dan kekuatan personal klien. Peneliti berasumsi bahwa adopsi model ini oleh yayasan merefleksikan upaya untuk menjembatani paradigma patologi (memandang klien sebagai "pasien" yang sakit) dengan paradigma kekuatan (strengths-based perspective) yang memandang klien sebagai individu dengan potensi untuk pulih dan berdaya.

Lebih lanjut, integrasi keempat aspek asesmen berfungsi sebagai landasan ilmiah-praktis untuk mengindividualisasikan program rehabilitasi. Data medis memberikan informasi mengenai diagnosis, farmakoterapi, dan kondisi biologis. Data psikologis mengungkap dinamika kognitif, emosional, dan pola perilaku. Asesmen sosial memetakan sistem pendukung keluarga, jaringan sosial, serta hambatan dan sumber daya di lingkungan. Sementara itu, asesmen spiritual mengidentifikasi sistem keyakinan dan sumber ketahanan diri (resilience). Peneliti berasumsi bahwa tanpa integrasi ini, treatment plan berisiko menjadi terstandarisasi dan mengabaikan keunikan konteks hidup setiap klien. Dengan demikian, temuan ini memperkuat asumsi bahwa efektivitas rehabilitasi sosial sangat bergantung pada ketepatan dan kedalaman asesmen awal, yang memungkinkan intervensi menjadi tepat sasaran, kontekstual, dan berpusat pada kebutuhan holistik klien, bukan sekadar pada gangguan yang dideritanya.

Temuan tentang asesmen komprehensif ini memberikan implikasi signifikan terhadap praktik pekerjaan sosial di bidang kesehatan jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa pendekatan kolaboratif antarprofesi (pekerja sosial, psikolog, konselor, dan tenaga medis) bukan hanya idealisme teoretis, tetapi dapat dioperasionalkan dalam setting lembaga sosial. Namun, peneliti juga merefleksikan adanya tantangan tersembunyi. Asumsi bahwa keempat domain dapat diases secara setara dan terintegrasi mungkin menghadapi kendala seperti perbedaan epistemologi masing-masing disiplin, ketersediaan sumber daya, dan kapasitas staf. Meski secara konsep selaras dengan teori person-in-environment dan model ecosystemic, implementasinya dalam penelitian ini masih perlu dikaji lebih mendalam mengenai mekanisme kolaborasi, konflik peran, dan bagaimana sintesis dari keempat laporan asesmen tersebut benar-benar diterjemahkan ke dalam satu rencana tindak yang koheren. Temuan ini membuka ruang diskusi tentang optimalisasi model holistik dalam kendala riil lapangan.

4. Pelaksanaan Program Rehabilitasi yang Terstruktur

Temuan penelitian mengungkapkan bahwa pelaksanaan program rehabilitasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani dijalankan melalui sebuah kerangka operasional yang sangat terstruktur dan rutin. Program ini diimplementasikan secara harian di bawah supervisi

langsung dan bimbingan sinergis antara konselor dan pekerja sosial, yang berperan sebagai significant others dalam proses pemulihan klien. Struktur harian ini mencakup dua komponen inti: pertama, sesi bimbingan konseling individual maupun kelompok yang berfokus pada evaluasi reflektif terhadap kualitas hidup (quality of life) klien; dan kedua, serangkaian kegiatan rehabilitasi terprogram yang dirancang untuk melatih keterampilan sosial, okupasional, dan aktivitas kehidupan sehari-hari (daily living activities). Pendekatan intervensi yang diterapkan bersifat dinamis dan kontekstual, menggabungkan metode persuasif dan motivatif sebagai pendorong utama perubahan perilaku, namun tidak menutup kemungkinan penerapan teknik koersif dalam batas-batas etis tertentu, terutama pada fase awal atau saat menghadapi klien dengan resistensi tinggi dan potensi membahayakan diri.

Temuan ini dapat dikaji melalui lensa teori Model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual Engel dan Teori Modifikasi Perilaku dari skinnerian. Model Engel menyediakan kerangka holistik yang menjelaskan mengapa program harus menyentuh aspek psikologis (konseling) dan sosial (kegiatan terprogram) secara simultan. Sementara itu, pendekatan persuasif dan motivatif selaras dengan prinsip positive reinforcement dalam modifikasi perilaku, di mana perubahan diupayakan melalui pemberian dukungan dan penguatan positif. Di sisi lain, penggunaan unsur koersif yang termoderasi (seperti penerapan aturan ketat atau time-out) merefleksikan penerapan aversive conditioning atau negative punishment dalam kerangka behavioral, yang bertujuan untuk mengurangi perilaku maladaptif. Secara teoritis, kombinasi ini menunjukkan upaya untuk menciptakan ekosistem terapeutik yang seimbang antara pendekatan humanistik-klien sentris dan pendekatan behavioral yang lebih direktif.

Analisis terhadap temuan menunjukkan bahwa integrasi berbagai pendekatan tersebut dalam praktik harian merupakan sebuah bentuk strategi eklektik yang pragmatis. Struktur harian yang ketat berfungsi sebagai prosthetic environment (Anthony, 1979) yang menyediakan prediktabilitas dan keamanan, komponen krusial bagi klien ODGJ yang seringkali mengalami dunia yang kacau. Namun, penerapan unsur koersif menimbulkan pertanyaan etis dan praktis yang kompleks. Di satu sisi, hal ini dapat dilihat sebagai bentuk benevolent paternalism yang diperlukan untuk melindungi klien pada fase akut atau untuk melatih disiplin dasar. Di sisi lain, terdapat risiko dimana pendekatan koersif, meski dalam batas tertentu, dapat berpotensi mencederai otonomi klien dan memicu resistensi jika tidak dikelola dengan sensitivitas tinggi dan pengawasan ketat. Temuan ini mengindikasikan bahwa yayasan beroperasi dalam area abu-abu antara model rehabilitasi yang berbasis pemulihan (recovery model) yang menekankan otonomi, dengan model tradisional yang lebih direktif dan institusional.

Berdasarkan analisis tersebut, peneliti berasumsi bahwa struktur harian yang padat dan pendekatan gabungan yang ditemukan efektif dalam menciptakan stabilitas behavioral awal bagi klien. Namun, asumsi ini perlu diimbangi dengan kesadaran bahwa keberhasilan jangka panjang rehabilitasi sosial sangat bergantung pada transisi dari kepatuhan eksternal (compliance) yang mungkin diinduksi oleh struktur koersif, menuju internalisasi motivasi dan self-regulation klien. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan agar dalam pengembangan program, unsur persuasif dan motivatif semakin diperkuat dengan mengadopsi prinsip-prinsip Recovery-Oriented Care, seperti penekanan pada harapan, kekuatan personal (strengths-based approach), dan pilihan klien (shared decision making). Evaluasi berkelanjutan terhadap dampak psikologis dari metode koersif juga diperlukan untuk memastikan bahwa semua intervensi, pada

akhirnya, benar-benar bermuara pada pemulihan otonomi dan martabat klien ODGJ sebagai subjek yang berdaya, bukan sekadar objek dari sebuah program terstruktur.

5. Evaluasi Berkelanjutan dan Indikator Kemajuan

Temuan penelitian mengungkapkan bahwa evaluasi keberhasilan rehabilitasi di Yayasan Pelita Jiwa Insani dilaksanakan melalui sistem pemantauan berkelanjutan (continuous monitoring) yang terintegrasi dalam aktivitas harian klien. Proses evaluasi ini tidak bersifat sumatif dan periodik semata, melainkan formatif dan embedded, di mana konselor dan pekerja sosial secara konstan mengamati dan mendokumentasikan perkembangan klien. Indikator kemajuan difokuskan pada tiga domain fungsional utama: (1) regulasi emosi, yang diamati melalui respons klien terhadap stresor sehari-hari dan interaksi sosial; (2) kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS), meliputi perawatan diri, pengelolaan kebersihan diri, dan partisipasi dalam tugas-tugas rutin di yayasan; serta (3) kapasitas progresif dalam memenuhi kebutuhan diri secara holistik. Mekanisme ini menunjukkan pergeseran dari penilaian yang berfokus semata pada reduksi gejala psikopatologis menuju penilaian berdasarkan pemulihan fungsi dan peningkatan kualitas hidup (recovery-oriented assessment).

Temuan ini memiliki resonansi kuat dengan konsep Recovery dalam kesehatan jiwa, yang menekankan perjalanan personal menuju kehidupan yang bermakna meski dengan keterbatasan gejala. Teori Psychological Recovery (Andresen, Oades, & Caputi, 2003) dan model CHIME (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment) memberikan kerangka konseptual yang relevan. Indikator yang diterapkan di lapangan khususnya kemandirian dan pemenuhan kebutuhan diri secara langsung merefleksikan dimensi Empowerment dan pembentukan kembali Identity. Selain itu, pendekatan strengths-based assessment menjadi dasar filosofis evaluasi ini, di mana fokus dialihkan dari defisit klien kepada identifikasi dan penguatan kapasitas, resilience, dan sumber daya personal yang dimilikinya untuk mengelola emosi dan menjalani kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan temuan, peneliti mengasumsikan bahwa sistem evaluasi semacam ini merepresentasikan paradigma yang lebih maju dalam rehabilitasi ODGJ di Indonesia. Asumsi peneliti adalah bahwa ketiga indikator tersebut saling berkorelasi dan membentuk siklus positif: kemampuan mengendalikan emosi menciptakan landasan psikologis yang stabil untuk mencoba aktivitas mandiri; keberhasilan dalam aktivitas mandiri membangun self-efficacy dan rasa percaya diri; yang pada gilirannya memotivasi klien untuk secara progresif mengambil tanggung jawab yang lebih besar dalam memenuhi kebutuhannya. Namun, peneliti juga memberikan catatan kritis bahwa pendekatan ini berisiko, jika tidak dilaksanakan dengan sensitivitas kultural yang cukup, dapat menginternalisasi beban tanggung jawab pemulihan sepenuhnya pada individu klien (individualization of recovery), tanpa mempertimbangkan secara memadai hambatan struktural dan stigma sosial yang terus membelenggu ODGJ di masyarakat.

Sinergi antara temuan empiris dan teori Recovery mengimplikasikan kebutuhan untuk menginstitutionalisasi sistem evaluasi berbasis kekuatan dan berkelanjutan ini dalam kebijakan pelayanan rehabilitasi sosial lainnya. Peneliti merekomendasikan agar indikator yang telah teridentifikasi regulasi emosi, kemandirian AKS, dan pemenuhan kebutuhan progresif tidak hanya menjadi alat pantau internal yayasan, tetapi juga dikembangkan menjadi instrumen standar yang terukur dan divalidasi, mungkin dengan mengadaptasi skala seperti Multnomah Community Ability Scale (MCAS). Selain itu, untuk memperkaya perspektif, asesmen seharusnya melibatkan secara lebih eksplisit

suara klien (client-reported outcomes) dan keluarganya, sehingga evaluasi benar-benar mencerminkan tujuan pemulihan yang dipersonalisasi dan berpusat pada klien (person-centered recovery), sekaligus mengkontekstualisasikannya dalam sistem dukungan sosial yang lebih luas.

6. Konsep Rehabilitasi yang Dianut

Temuan penelitian mengungkap bahwa Yayasan Pelita Jiwa Insani mengimplementasikan sebuah konsep rehabilitasi sosial yang bersifat menyeluruh dan multidimensional. Konsep ini tidak hanya berfokus pada reduksi gejala gangguan jiwa (symptom reduction) secara medis, tetapi secara tegas memperluas cakupannya pada pemulihan fungsi sosial, kemampuan psikologis, serta aspek spiritual klien. Pendekatan holistik ini secara empiris terlihat dalam struktur asesmen yang meliputi aspek medis, sosial, psikologis, dan spiritual, serta dalam program harian yang dirancang untuk melatih kemandirian dan regulasi emosi. Temuan ini selaras dengan paradigma rehabilitasi psikososial kontemporer yang menekankan pada recovery sebagai suatu proses personal untuk mencapai kualitas hidup dan fungsi sosial yang memuaskan meskipun dengan adanya keterbatasan akibat gangguan (Anthony, 1993). Konsep recovery yang dianut yayasan tampak mengintegrasikan dimensi klinis dengan dimensi sosial, di mana kesembuhan diartikan sebagai kemampuan untuk kembali berfungsi dan berkontribusi dalam komunitas.

Lebih lanjut, temuan mengenai keterlibatan aktif keluarga dan masyarakat dalam proses rehabilitasi menunjukkan resonansi yang kuat dengan teori sistem ekologis Bronfenbrenner. Yayasan tidak memandang klien sebagai entitas yang terisolasi, tetapi sebagai bagian dari serangkaian sistem yang saling terkait (mikrosistem keluarga, mesosistem jaringan sosial, dan makrosistem nilai budaya). Proses rehabilitasi dirancang untuk memperkuat kembali hubungan-hubungan dalam sistem tersebut, dengan asumsi bahwa dukungan sosial (social support) merupakan faktor penyangga (buffer) yang kritis bagi pemulihan jangka panjang. Asumsi peneliti terhadap temuan ini adalah bahwa pendekatan ekosistem ini menjadi kunci dalam mencegah relaps dan mempromosikan keberlanjutan pemulihan setelah klien kembali ke masyarakat. Karakteristik proses yang "berkelanjutan tanpa batas waktu yang kaku" mencerminkan pengakuan terhadap kompleksitas dan non-linearitas perjalanan recovery, yang juga digambarkan dalam model rehabilitasi berbasis kekuatan (strength-based model).

Meskipun konsep yang diadopsi sangat ideal, analisis kritis terhadap temuan penelitian mengidentifikasi adanya ruang antara teori dan praktik operasional. Teori rehabilitasi sosial partisipatif, misalnya, menekankan pada empowerment dan otonomi klien sebagai subjek yang aktif. Namun, dalam implementasinya di yayasan, ditemukan bahwa pendekatan yang digunakan juga mencakup elemen koersif di samping persuasif dan motivatif. Hal ini memunculkan asumsi peneliti bahwa terdapat tantangan dialektis antara memberikan struktur dan perlindungan (protection) bagi klien yang belum stabil dengan prinsip penghormatan pada otonomi dan pilihan mereka (self-determination). Oleh karena itu, konsep holistik yang dianut mungkin perlu terus-menerus diselaraskan dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia dan pendekatan yang berpusat pada klien (client-centered approach) untuk memastikan bahwa proses koersif tidak mendominasi dan justru melemahkan agensi klien.

Temuan ini memberikan kontribusi penting pada pengembangan model rehabilitasi sosial berbasis komunitas di Indonesia. Konsep holistik dan ekosistem yang dijalankan yayasan memperkuat argumen bahwa intervensi yang efektif harus

melampaui batas-batas klinis dan melibatkan seluruh jaringan pendukung klien. Asumsi peneliti adalah bahwa keberhasilan model ini sangat bergantung pada kapasitas linkage yang kuat antara lembaga (yayasan), keluarga, dan layanan masyarakat lainnya. Untuk itu, diperlukan penguatan kerangka kerja kolaboratif yang sistematis. Temuan penelitian ini mendukung integrasi teori rehabilitasi psikososial dengan teori pekerjaan sosial sistem, menghasilkan sebuah model adaptif yang responsif terhadap konteks sosio-kultural lokal, di mana keluarga dan komunitas memainkan peran sentral, namun dengan pengawasan ketat terhadap etika praktik dan pemenuhan hak-hak dasar ODGJ.

KESIMPULAN

Dari hasil observasi dan wawancara penelitian, peneliti memperoleh data mengenai pelayanan rehabilitasi sosial di Yayasan Pelita Jiwa Insani dalam upaya mengembalikan keberfungsian sosial Orang dengan Gangguan Jiwa, terdapat 7 pelayanan rehabilitasi sosial yang dilakukan yayasan kepada klien, sebagai berikut :

1. Pendekatan Awal (Identifikasi)

Pendekatan awal merupakan serangkaian kegiatan pra pelayanan yang terdiri dari sosialisasi dan konsultasi, indentifikasi, motivasi, serta seleksi dan penerimaan.

2. Pengungkapan dan Pemahaman Masalah

Tahap ini bertujuan untuk mengumpulkan, menganalisis, dan merumuskan masalah, kebutuhan potensi, dan sumber yang dapat dimanfaatkan dalam pelayanan rehabilitasi sosial bagi klien.

3. Penyusunan Rencana Pemecahan Masalah

Kegiatan penetapan rencana pelayanan bagi penerima pelayanan, tahap ini petugas menentukan jenis layanan yang sesuai dengan kebutuhan penerima layanan, serta membuat skala prioritas dan kesepakatan antar yayasan dan keluarga.

4. Tahap Pelaksanaan Kegiatan Pelayanan (Intervensi)

Pelaksanaan pemecahan masalah bagi penerima pelayanan. Pemecahan masalah merupakan tahapan yang sangat penting dari proses rehabilitasi sosial. dalam melakukan pemecahan masalah ini pemberi layanan tentunya sangat perlu kerja sama dari klien dalam pemecahan masalah klien tersebut, juga tentunya kerja sama dari keluarga.

5. Resosialisasi

Resosialisasi adalah tahapan pelayanan rehabilitasi sosial yang bertujuan eks klien dapat menyesuaikan diri dalam lingkungan sosialnya. Dalam resosialisasi ini dilakukan serangkaian kegiatan untuk memfasilitasi eks klien yang memperoleh layanan rehabilitasi sosial agar dapat kembali kepada keluarga dan masyarakat dengan sebaik-baiknya.

6. Terminasi

Terminasi merupakan tahapan terakhir dari layanan rehabilitasi sosial, sehingga dapat dikatakan bahwa terminasi merupakan terputusnya secara resmi layanan rehabilitasi sosial yang diberikan.

7. Penyaluran dan Bimbingan Lanjut

Kegiatan penetapan kemandirian penerima pelayanan setelah memperoleh pelayanan rehabilitasi sosial. Jika pelaksanaan bimbingan lanjut penerima pelayanan telah mencapai kondisi rehabilitasi sosial yang diharapkan maka dilaksanakan terminasi akhir

SARAN

1. Bagi Yayasan Pelita Jiwa Insani dan Lembaga Rehabilitasi Serupa

Berdasarkan temuan penelitian, peneliti menyarankan agar Yayasan Pelita Jiwa Insani dan lembaga sejenis dapat mengoptimalkan pendekatan holistik-integratif dalam program rehabilitasi dengan menguatkan sinergi antar layanan. Meskipun program seperti okupasi, vokasional, terapi kelompok, dan rekreasi telah dijalankan, perlu dikembangkan sistem monitoring dan evaluasi berbasis outcome yang terukur untuk setiap aktivitas, sehingga dampak spesifik dari masing-masing intervensi terhadap perubahan pola pikir, kemandirian, dan kreativitas klien dapat terdokumentasi secara empiris. Selain itu, disarankan untuk memperkuat program family gathering menjadi model pendampingan keluarga yang berkelanjutan, tidak hanya bersifat rekreatif, tetapi juga edukatif, guna membangun sistem dukungan sosial yang permanen pasca rehabilitasi. Pengembangan modul pelatihan life skill yang kontekstual dengan lingkungan sosial klien juga diperlukan agar keberfungsian sosial yang dibangun selama rehabilitasi dapat terimplementasi secara berkelanjutan di masyarakat.

2. Bagi Pemerintah dan Pihak Pembuat Kebijakan

Di tingkat kebijakan, penelitian ini merekomendasikan perlunya integrasi model rehabilitasi berbasis komunitas ke dalam kebijakan kesehatan mental daerah. Pemerintah provinsi dan kabupaten / kota diharapkan dapat membangun kemitraan strategis dengan lembaga rehabilitasi seperti Yayasan Pelita Jiwa Insani melalui skema pendanaan berkelanjutan, standarisasi layanan, dan program pasca-rehabilitasi. Selain itu, penting untuk menyusun pedoman teknis rehabilitasi sosial ODGJ yang menekankan pada pendekatan multidisiplin (medis, psikososial, spiritual) dan mengakomodasi keragaman kebutuhan klien. Sosialisasi dan edukasi mengenai pentingnya layanan rehabilitasi sosial yang komprehensif juga perlu diperluas kepada keluarga dan masyarakat untuk mengurangi stigma, sekaligus mendorong keberpihakan kebijakan yang menjamin aksesibilitas dan kesinambungan layanan bagi ODGJ dari latar belakang sosial-ekonomi yang beragam. Dengan demikian, efektivitas program rehabilitasi tidak hanya berhenti pada tingkat individu klien, tetapi juga memperkuat ekosistem dukungan sosial di tingkat masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ade, S. S., & Hendarsih, S. (2009). *Terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Adi, I. R. (2007). *Perencanaan partisipatoris berbasis aset komunitas: dari pemikiran menuju penerapan*. Fisip UI Press.
- Aisyaroh, N., Hudaya, I., & Supradewi, R. (2022). Trend penelitian kesehatan mental remaja di Indonesia dan faktor yang mempengaruhi: literature review. *Scientific Proceedings of Islamic and Complementary Medicine*, 1(1), 41-51.
- Farhan, D. (2020). *Proses Rehabilitasi Sosial Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Yayasan Al-Fajar Berseri Di Bekasi* (Bachelor's thesis, Fakultas Ilmu Dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta).
- Fasyehudin, M., & Rayhan, A. (2025). Kewenangan Pemerintah Daerah Pasca Pencabutan Kebijakan PPKM Terhadap Kesadaran Kesehatan Masyarakat Di Kota Tangerang. *Medical: Jurnal Kesehatan dan Kedokteran*, 2(1), 11-30.
- Hasanah, U. (2020). *Pelayanan Sosial Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Yayasan Hikmah Syahadah Tigaraksa Kabupaten Tangerang* (Bachelor's thesis,

Fakultas Ilmu Dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta).

- Karisma, N., Rofiah, A., Afifah, S. N., & Manik, Y. M. (2023). Kesehatan Mental Remaja dan Tren Bunuh Diri: Peran Masyarakat Mengatasi Kasus Bullying di Indonesia. *Edu Cendikia: Jurnal Ilmiah Kependidikan*, 3(03), 560-567.
- Kesuma, S. I. (2024). Ulasan Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Jurnal Nusantara Berbakti*, 2(1), 253-261.
- Kusumawati, F., & Hartono, Y. (2010). Buku ajar keperawatan jiwa. *Jakarta: Salemba Medika*, 59-75.
- Mawarpury, M., Maulana, H., Khairani, M., & Fourianalistyawati, E. (2022). *Buku Seri Kesehatan Mental Indonesia: Kesehatan Mental di Indonesia Saat Pandemi*. Syiah Kuala University Press.
- Putri, M. A., Bimantoko, I., Hertono, N., & Listiyandini, R. A. (2023). Gambaran kesadaran, akses informasi, dan pengalaman terkait layanan kesehatan mental pada masyarakat di Indonesia. *Jurnal Psikogenesis*, 11(1), 14-28.
- Putri, M. K. (2018). *Peran Pekerja Sosial dalam Rehabilitasi (Studi Kasus Terapi Okupasi di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta)* (Doctoral dissertation, UIN SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA).
- Rahmawati, D. (2018). *Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Gangguan Jiwa (Studi Kasus Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta)* (Doctoral dissertation, UIN SUNAN KALIJAGA YOGYAKARTA).
- Sembiring, A. M. (2020). *Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Gangguan Jiwa Di RSJ Prof DR Muhammad Ildrem Medan* (Doctoral dissertation, Universitas Sumatera Utara).
- Sugiyono, S. (2013). Metode penelitian kualitatif. Bandung: Alfabeta. *Google Scholar Alfabeta*.
- Sumiati, D., Nurhaeni, H., & Aryani, R. (2009). Kesehatan jiwa remaja dan konseling. *Jakarta: Trans Info Media*, 88-92.
- YPJI. (2024). Profil Yayasan Pelita Jiwa Insani Tahun 2024