

**BENTUK DAN TAHAPAN REHABILITASI GELANDANGAN PSIKOTIK
DI LEMBAGA KESEJAHTERAAN SOSIAL ORANG DENGAN
KELAINAN (LKS ODK) EKPSIKOTIK AULIA RAHMA KOTA
BANDARLAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh
WIDYA NINGSIH**



**JURUSAN SOSIOLOGI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

ABSTRACT

FORM AND PHASE OF PSYCHOTIC HOMELESS REHABILITATION IN SOCIAL WELFARE INSTITUTION PEOPLE WITH PSYCHOTIC DISORDER(LKS ODK) OF AULIA RAHMA BANDARLAMPUNG CITY

By

WIDYA NINGSIH

This research aimed at knowing the form and phase of rehabilitation for psychotic homeless in the social welfare institution people with expsychotic disorder (LKS ODK) of Aulia Rahma Bandarlampung City. Type of research used in this research was descriptive qualitative in-depth interviews, for 4 informants.

The psychotic homeless have same rights in the society, with all the lack of behavior. Based on instruction of The Social Ministry of Indonesian Republic, psychotic homeless should have getting rehabilitation in the social welfare institution.

The results of this research shows that, rehabilitation process consist of the form and the phase of rehabilitation. The form of therapies were environment, family, and occupation therapy. Beside that, pharmacologist rehabilitation also given by nurses. Then, the phases of rehabilitation were first approachment, assessment, acceptance, implementation rehabilitation, resocialization, distribution, advanced guidance, evaluation, and termination. The rehabilitation process in the social welfare institution people with psychotic disorder of Aulia Rahma Bandar lampung City was still have a shorhtage of quality. Hopefully in the future, can be more qualified.

Keywords: Form and phase of rehabilitation, psychotic homeless, social welfare institution.

ABSTRAK

BENTUK DAN TAHAPAN REHABILITASI GELANDANGAN PSIKOTIK DI LEMBAGA KESEJAHTERAAN SOSIAL ORANG DENGAN KELAINAN (LKS ODK) EKPSIKOTIK AULIA RAHMA KOTA BANDARLAMPUNG

Oleh

WIDYA NINGSIH

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bentuk dan tahapan rehabilitasi bagi gelandangan psikotik di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan Ekspisikotik Aulia Rahma Kota Bandarlampung. Tipe penelitian dari penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan wawancara mendalam kepada 4 informan.

Gelandangan psikotik memiliki hak sama di dalam masyarakat, dengan segala kekurangan perilakunya. Berdasarkan instruksi Kementerian Sosial Republik Indonesia, gelandangan psikotik harus mendapat rehabilitasi di lembaga kesejahteraan sosial.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa, proses rehabilitasi terdiri atas bentuk dan tahapan rehabilitasi. Bentuk rehabilitasi terdiri atas terapi lingkungan, keluarga, dan okupasi. Di samping itu juga diberikan rehabilitasi farmakologis oleh perawat. Lalu, tahapan rehabilitasi terdiri atas pengenalan awal, penaksiran, penerimaan, pelayanan rehabilitasi, resosialisasi, penyaluran, bimbingan lanjutan, evaluasi, dan terminasi. Proses rehabilitasi di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan ekspsikotik Aulia Rahma Kota Bandarlampung masih memiliki kekurangan dari segi kualitas. Diharapkan di masa depan dapat lebih berkualitas.

Kata kunci : bentuk dan tahapan rehabilitasi, gelandangan psikotik, lembaga kesejahteraan sosial.

**BENTUK DAN TAHAPAN REHABILITASI GELANDANGAN PSIKOTIK
DI LEMBAGA KESEJAHTERAAN SOSIAL ORANG DENGAN
KELAINAN (LKS ODK) EKPSIKOTIK AULIA RAHMA KOTA
BANDARLAMPUNG**

**Oleh
WIDYA NINGSIH**

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA SOSIOLOGI**

**Pada
Jurusan Sosiologi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2018**

**Judul Skripsi : BENTUK DAN TAHAPAN REHABILITASI
GELANDANGAN PSIKOTIK DI LEMBAGA
KESEJAHTERAAN SOSIAL ORANG
DENGAN KELAINAN (LKS ODK)
EKSPSIKOTIK AULIA RAHMA KOTA
BANDARLAMPUNG**

Nama Mahasiswa : WIDYA NINGSIH

Nomor Pokok Mahasiswa : 1116011073

Jurusan : Sosiologi

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



1. Komisi Pembimbing

Drs. Ikram, M.Si.

NIP. 196106021989021001

2. Ketua Jurusan Sosiologi

Drs. Ikram, M.Si.

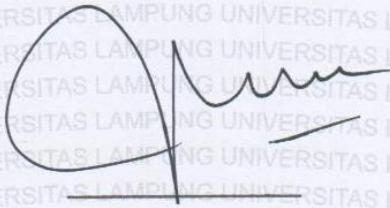
NIP. 196106021989021001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua

: Drs. Ikram, M.Si.



Penguji

Bukan Pembimbing

: Dr. Hartoyo, M.Si.



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Dr. Syarif Makhya

NIP. 195908031986031003



Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 18 Mei 2018

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Magister/Sarjana/AhliMadya) baik di Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan dari pembimbing dan penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Lampung.

Bandarlampung, 18 Mei 2108

Yang membuat pernyataan



Widya Ningsih
NPM. 1116011073

RIWAYAT HIDUP



Penulis dilahirkan pada tanggal 06 bulan Februari tahun 1993 di sebuah desa penempatan transmigran TNI Angkatan Darat era 70-an. Bandar Sakti nama desa tersebut, secara geografis berada di Kecamatan Terbanggi Besar saat ini Kecamatan Terusan Nunya isebagai hasil pemekaran Kabupaten Lampung Tengah, anak ketiga dari empat bersaudara pasangan dari Bapak Supriyo Hadi dan Ibu Ismawati.

Mengawali pendidikan formal di Taman Kanak-kanak Dharma Wanita I Bandar Sakti pada tahun 1997 sampai lulus pada tahun 1999, kemudian melanjutkan tingkat Sekolah Dasar (SD) Negeri I Bandar Sakti pada tahun 1999 hingga lulus pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan ketingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri I Terusan Nunyai pada tahun 2005, lulus pada tahun 2008 lalu melanjutkan ke tingkat Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri 1 Terbanggi Besar pada tahun 2008, lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2011, terdaftar sebagai Mahasiswa Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung yang diterima melalui jalur SNMPTN (Seleksi Nasional Masuk Pergururuan Tinggi Negeri) Tertulis.

Selama menjadi mahasiswa, aktif terlibat dalam kegiatan organisasi tingkat fakultas dan terdaftar sebagai kepala bidang selama dua periode 2012-2013 dan 2013-2014, serta organisasi tingkat universitas terdaftar sebagai sekretaris bidang pada periode 2014-2015. Disamping itu, penulis juga terlibat kegiatan komunitas di luar kampus sebagai relawan perintis Rumah Baca Harapan di Pulau Pahawang, Kabupaten Pesawaran pada tahun 2012, pengurus divisi perlengkapan dan perpustakaan komunitas Jalan-Jalan Edukasi Lampung pada tahun 2017 dan relawan juru cerita Indonesia Mengajar di Desa Karang Makmur, Kecamatan Lalan, Kabupaten Musi Banyuasin, Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2017. Penulis mengikuti kegiatan Kuliah Kerja Nyata (KKN) pada tahun 2014 yang berlokasi di Desa Gunungrejo, Kecamatan Padang Cermin, Kabupaten Pesawaran.

MOTTO

**BERBURULAH ILMU SAMPAI KE SEGALA
PENJURU DUNIA, LALU AMALKANLAH, HINGGA
JADILAH BIJAKSANA, PASTI TUHAN CINTA.**

-Widya Ningsih-

PERSEMBAHAN

**Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang
Maha Esa, skripsi ini saya persembahkan kepada:**

**Semua yang selalu bertanya, “kapan skripsi mu
selesai?”**

SANWACANA

Segala bentuk rasa syukur ditujukan kepada Tuhan Yang Maha Esa. Skripsi ini berjudul “Bentuk dan Tahapan Rehabilitasi Gelandangan Psikotik di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspsikotik Aulia Rahma Kota Bandarlampung” merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sosiologi di Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.

Penelitian skripsi ini tidak terlepas dari dukungan dan bimbingan dari banyak pihak, untuk itu, penulis mengucapkan rasa syukur dan terimakasih, khususnya kepada:

1. Tuhan Yang Maha Esa, Sang Pemilik Segala Ilmu, dengan izin-Nya penulis dapat terus memenuhi kehausannya atas pengetahuan. Hingga terciptalah skripsi yang memberikan banyak pelajaran bagi penulis dalam proses penyusunannya.
2. Kepada kedua orang tua yang membuat penulis semakin yakin pada eksistensi Tuhan. Dengan penuh kesabaran dan ketegasan mendukung serta menunggu penulis menyelesaikan skripsi.

3. Bapak Dr. Syarief Makhya selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
4. Bapak Drs. Ikram, M.Si. selaku Ketua Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung sekaligus dosen pembimbing skripsi yang telah memberikan motivasi berupa kritik dan saran untuk penulis dalam proses penyusunan skripsi. Dengan penuh pengertian dan kebijaksanaan dalam kebijakan mendukung penulis menyelesaikan skripsi.
5. Bapak Dr. Hartoyo, M.Si. selaku penguji utama yang telah memberikan kritik dan saran hingga skripsi ini menjadi bernyawa serta lebih ilmiah.
6. Bapak Damar Wibisono, S.Sos.,M.Si. selaku Sekretaris Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
7. Bapak Teuku Fahmi, S.Sos.,M.Krim. selaku pembimbing grup sosiologi tingkat akhir (serigala terakhir). Dengan semangat membimbing penulis dan kawan Sosiologi angkatan 2011 yang tergabung dalam grup untuk terus semangat dalam menyelesaikan kripsi.
8. Kepada Bapak dan Ibu Dosen serta staf Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
9. Kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proses studi selama di Universitas Lampung. Tujuh tahun dengan banyak pelajaran berharga di setiap harinya. Introspeksi dan kontemplasi tiada akhir.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan dan kesalahan. Semoga skripsi ini dapat menjadi referensi bagi penelitian berikutnya.

Bandarlampung, 8 Juli 2018
Tertanda,

Widya Ningsih
NPM. 1116011073

DAFTAR ISI

DAFTAR BAGAN.	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
DAFTAR TABEL.	iv
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
II. KAJIAN PUSTAKA	9
A. Gelandangan Psikotik	9
B. Gelandangan Psikotik sebagai Masalah Sosial	10
C. Tahapan Penyelesaian Masalah Sosial.....	14
D. Gelandangan Psikotik sebagai Tanggung Jawab Negara.....	16
E. Rehabilitasi Sosial.....	18
F. Sejarah Rehabilitasi bagi Psikotik	19
G. Peran Dinas Sosial dalam Menangani Masalah Gelandangan Psikotik	21
H. Lembaga Kesejahteraan Sosial.	23
I. Rehabilitasi dalam Kajian Sosiologi Kesehatan.	23
J. Kerangka Pikir Penelitian	24
III. METODE PENELITIAN	27
A. Desain dan Metode Penelitian	27
B. Fokus Penelitian.....	29
C. Setting Penelitian	29
D. Penentuan Informan	30

E. Sumber Data.....	30
F. Jenis Data	30
G. Teknik Pengumpulan Data.....	31
H. Teknik Pengolahan Data	32
I. Uji Validitas Data.	34
IV. GAMBARAN UMUM	35
A. Sejarah LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.	35
B. Kegiatan di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.....	36
C. Struktur Organisasi LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.	39
V. PEMBAHASAN.	40
A. Kondisi Klien di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.....	40
B. Rekrutmen Klien oleh LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.	53
C. Rehabilitasi Farmakologis.	54
D. Rehabilitasi Sosial.	60
a. Terapi Lingkungan.	61
b. Terapi Keluarga.	71
c. Terapi Okupasi.	80
VI. SIMPULAN DAN SARAN.	86
A. Simpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN.....	

DAFTAR BAGAN

Kerangka Pikir Penelitian.	26
Struktur Organisasi	39

DAFTAR GAMBAR

Gelandangan psikotik.....	13
Eks gelandangan psikotik.	49
Gedung A.....	64
Lapangan.....	65
Gedung B.....	66
Ruang Rawat.....	68
Kegiatan Klien.....	70
Bilik Pasung.....	72
Psikotik Terpasung.....	73
Eks gelandangan psikotik.	76
Ruang Tamu.....	79
Anggota Keluarga Klien.....	80
Kegiatan Klien.....	85
Kegiatan Klien.....	86

DAFTAR TABEL

Identitas Klien. 40

Identitas Klien. 41

Identitas Klien. 42

Identitas Klien. 43

Identitas Klien. 44

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu indikator kesejahteraan yang harus dimiliki oleh seseorang. Sebagai individu, manusia memiliki dua komponen kesehatan yang harus dipenuhi kebutuhannya, yaitu kesehatan fisik dan psikis. Untuk itu keduanya harus mendapat porsi perhatian yang seimbang.

World Health Organization (WHO) pada tahun 1993 melakukan penelitian tentang beban yang ditimbulkan akibat suatu penyakit pada penelitian tersebut ditunjukkan bahwa ternyata gangguan psikis mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1% dari *global burden of disease (GBD)* melebihi beban yang diakibatkan oleh penyakit tuberculosis dan kanker. Pada program *Millenium Goals Development* yang dicanangkan mulai tahun 2000 dan akan berakhir di tahun 2015, negara-negara di dunia hanya berfokus pada penyakit menular dan kesehatan ibu dan anak.

Pengobatan bagi orang dengan gangguan fisik akan lebih mudah dibanding dengan gangguan psikis, karena para penderita gangguan fisik sadar bahwa dirinya mengalami sakit yang pastinya memerlukan pengobatan. Hal itu tidak terjadi pada penderita gangguan psikis, mereka merasa bahwa dirinya sehat. Mereka tidak memerlukan bantuan untuk menyembuhkan penyakitnya, karena merasa sehat, tidak memiliki gangguan apapun.

Pengobatan melalui tindakan medis bagi penderita gangguan psikis perlu dilakukan layaknya penderita gangguan fisik. Hal yang membedakan diantara keduanya yaitu, pada penderita gangguan fisik kesadaran untuk sembuh dapat dilihat terlihat secara jelas, mereka menginginkan pengobatan terbaik bagi mereka agar terlepas dari rasa sakit yang mereka derita, sedangkan penderita gangguan psikis tidak demikian. Penderita gangguan psikis yang inkompeten, tidak akan bisa menentukan pilihannya untuk menerima atau menolak rencana terapi bagi dirinya. Semua keputusan terkait pengobatan bagi penderita gangguan psikis ada di tangan keluarga maupun orang-orang dekat di sekitar penderita.

Menurut, Hartanto (2003). Besarnya beban yang harus dipikul masyarakat, menggerakkan upaya-upaya pencegahan dan penanganan gangguan psikis. Walaupun upaya pencegahan belum memuaskan, namun penelitian terakhir menunjukkan bahwa penderita penyakit psikis adalah sebuah gangguan biososial. Kualitas lingkungan dan interaksi sosial penderita, sangat erat berhubungan dengan risiko deteriorasi dan kronisitas dari gangguan tersebut.

Kesadaran akan harkat dan martabat manusia sebagai makhluk otonom yang harus dihormati haknya untuk menentukan pilihan yang terbaik bagi dirinya, menuntut perlakuan lebih manusiawi terhadap penderita gangguan psikis. Penderita gangguan sudah tentu tidak dapat dituntut untuk bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan, karena dilakukan secara involunter. Dengan perkataan lain, penderita gangguan psikis tidak kompeten untuk bisa memahami tindakan yang dilakukan. Namun kiranya perlu diperhatikan, bahwa inkompetensi pada penderita gangguan jiwa memiliki ciri-ciri yang berbeda dengan penderita gangguan fisik.

Selain pada persepsi bahwa penderita gangguan psikis adalah manusia inkompetensi, gambaran-gambaran yang lebih menyakitkan lagi seperti manusia buas, tidak berguna, berbahaya, selalu bergantung, dan pengganggu juga sering dilontarkan oleh orang-orang disekitarnya. Gambaran-gambaran itulah yang membuat banyak pihak beranggapan bahwa para penderita gangguan psikis tidak akan dapat sembuh. Bahkan terus mengucilkan mereka dari kehidupan bermasyarakat. Pihak keluarga si penderita dengan otomatis akan merasa malu, sedih, dan putus asa dengan keadaan yang mereka alami. Sebagai pihak terdekat dari si penderita, keluarga memang memegang penuh hak atas pilihan metode penyembuhan yang akan dikenakan oleh si penderita.

Semua itu jelas ketika seseorang penderita gangguan psikis masih berada pada pengawasan keluarga. Mereka masih dapat lebih tertangani, namun jika mereka adalah para penyandang gangguan psikis yang telah “memutuskan” untuk meninggalkan zona aman -keluarga-, pihak yang berhak atas mereka tidaklah akan

jelas lagi. Mereka akan menjadi penghuni jalanan yang bertebaran di penjuru kota. Menjadi kelompok manusia yang makin tidak berdaya.

Beberapa kelompok yang dapat dikategorikan sebagai kelompok lemah atau tidak berdaya meliputi:

1. Kelompok lemah secara struktural, baik lemah secara kelas, gender, maupun etnis.
2. Kelompok lemah secara khusus, seperti manula, anak-anak dan remaja, penyandang cacat, gay, lesbian, masyarakat terasing.
3. Kelompok lemah secara personal, yakni mereka yang mengalami masalah pribadi dan/atau keluarga (Suharto, 2010 : 60).

Penyandang gangguan psikis dapat dikategorikan sebagai kelompok lemah secara khusus. Pernyataan ini membuktikan bahwa penyandang gangguan psikis membutuhkan pemberdayaan. Terlebih mereka yang telah meninggalkan rumah lalu hidup di jalan, yang tidak diketahui lagi sanak keluarganya. Penyandang gangguan psikis yang bertebaran di jalanan dapat disebut sebagai gelandangan psikotik.

Seperti yang diketahui, bahwa di dalam Undang-Undang Dasar Negara Kesatuan Republik Indonesia 1945 (UUD NKRI 1945) sudah diatur secara jelas mengenai kesejahteraan tiap individunya, ini terimplementasi pada pasal 27 ayat 2 dan pasal 34.

Dalam taraf Internasional juga diatur mengenai hak atas pemeliharaan dan pelayanan medis, hal tersebut tercermin dalam pasal 25 *United Nations Universal Declaration of Human Right*.

Dalam Peraturan Perundang-undangan juga sudah diatur dengan jelas mengenai pengaturan gelandangan psikotik yaitu di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Gelandangan psikotik di dalam Peraturan Undang-undang tersebut dikategorikan gangguan jiwa. Secara eksplisit pasal yang mengatur mengenai gelandangan psikotik yaitu pasal 149 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, yang berbunyi :

1. Penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan difasilitas pelayanan kesehatan;
2. Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat wajib melakukan pengobatan dan perawatan difasilitas pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum;
3. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas pemerataan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat;

4. Tanggung jawab pemerintah dan pemerintah daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk pembiayaan pengobatan dan perawatan penderita gangguan jiwa untuk masyarakat miskin.

Masalah yang dihadapi para penyandang gangguan psikis ini tidak dapat dikatakan sebagai masalah kesehatan saja. Mereka memiliki masalah yang lebih kompleks lagi. Kesehatan hanya merupakan satu diantara masalah lain yang mereka hadapi. Mereka sebagai penghuni kolong jembatan, terminal, stasiun, berkeliaran di pasar-pasar dengan perilaku yang tidak sesuai norma-norma.

Dapat dirangkum bahwa para penyandang gangguan psikis ini mengalami masalah kesejahteraan sosial. Masalah kesejahteraan sosial tidak terpisahkan dari cita-cita kemerdekaan dan pembangunan negara, melalui Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan akan tanggung jawab pemerintah dalam pembangunan kesejahteraan sosial. Penyandang masalah sosial adalah seseorang, keluarga atau masyarakat yang karena hambatan, kesulitan atau gangguan, tidak dapat melaksanakan fungsi sosialnya dan karena tidak dapat menjalin hubungan yang serasi dan kreatif dengan lingkungannya, sehingga tidak dapat terpenuhi kebutuhan hidupnya (jasmani, rohani dan sosialnya secara memadai dan wajar). (Depsos, 2004:4).

Penyandang gangguan psikis, yaitu orang-orang yang mengalami gangguan jiwa, merupakan permasalahan yang spesifik. Pada umumnya mereka tidak dapat disembuhkan seratus persen (100%). Suatu saat mereka dapat kambuh, atau bahkan

perilaku mereka masih menunjukkan tingkah laku “gila” dalam kehidupan sehari-hari. Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa penyandang gangguan psikis pasti mengalami masalah kesejahteraan sosial.

Mengatasi penyandang gangguan psikis menjadi penting terutama disaat kondisi krisis ekonomi dan moral seperti saat ini. Pengelolaan pembangunan kesejahteraan sosial memang menjadi tugas, wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah seiring dengan pelaksanaan otonomi daerah. Akan tetapi tidak kalah penting juga keikutsertaan masyarakat melalui organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya, organisasi lainnya untuk ikut berpartisipasi dalam mengatasi permasalahan kesejahteraan sosial khususnya masalah penyandang gangguan psikis.

Di Bandarlampung terdapat panti rehabilitasi yang bekerjasama dengan Dinas Sosial Kota Bandarlampung dan Dinas Sosial Provinsi Lampung. Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspisikotik Aulia Rahma yang terletak di Kecamatan Kemiling Kota Bandarlampung dipilih sebagai lokasi penelitian karena panti tersebut telah mendatangi perjanjian kerjasama dengan dinas sosial.

B. Rumusan Masalah

1. Apa sajakah bentuk rehabilitasi yang dilakukan oleh LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma?
2. Bagaimana tahapan rehabilitasi yang dilakukan oleh LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui bentuk rehabilitasi gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.
2. Untuk mengetahui tahapan rehabilitasi gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Penemuan penelitian ini bermanfaat untuk pengembangan sosiologi kesehatan yang di dalamnya mengkaji topik : praktisi perawatan kesehatan dan hubungan antara praktisi kesehatan dengan pasien, serta sistem perawatan kesehatan.

2. Secara Praktis

Memberikan masukan bagi seluruh *stake holder* yang berperan dalam menyusun program serta mengimplementasikan pemberian pelayanan dan rehabilitasi terhadap gelandangan psikotik di Provinsi Lampung. *Stake holder*

yang dimaksud yaitu dinas sosial dan dinas kesehatan dari tingkat provinsi hingga kabupaten serta lembaga swadaya bentukan masyarakat.

II.TINJAUAN PUSTAKA

A. Gelandangan Psikotik

Adalah seseorang yang hidup dalam keadaan tidak sesuai dengan norma kehidupan yang layak dalam masyarakat, mempunyai tingkah laku aneh/menyimpang dari norma-norma yang ada atau seseorang bekas penderita penyakit jiwa, yang telah mendapat pelayanan medis dan telah mendapat Surat Keterangan Sembuh dan tidak mempunyai keluarga/kurang mampu serta perlu mendapat bantuan untuk hidup. Kriteria gelandangan psikotik: hidup menggelandang di tempat-tempat umum terutama di kota-kota, kehadirannya tidak diterima keluarga dan masyarakat sekitarnya, tempat tinggal tidak tetap, seperti beranda toko, di kolong jembatan, terminal dan lainnya, sering mengamuk dan berbicara sendiri, penampilannya di bawah sadar atau tidak sesuai dengan norma dalam masyarakat, misalnya tidak menggunakan pakaian, memakan makanan dari sisa-sisa di tempat sampah, tidak mempunyai pekerjaan. (Permensos RI No. 8 tahun 2012)

Gelandangan psikotik adalah mereka yang hidup di jalan karena suatu sebab mengalami gangguan kejiwaan yakni mental dan sosial, sehingga mereka hidup mengembara, berkeliaran, atau menggelandang di jalanan. Gelandangan psikotik ini mereka sudah tidak memiliki pola pikir yang jelas dan mereka sudah

tidak lagi mementingkan mengenai norma dan kebiasaan yang ada dalam masyarakat, selain itu juga mereka sudah tidak memiliki rasa malu dan memiliki amarah yang tidak bisa dikontrol jika sedang marah.

B. Gelandangan Psikotik sebagai Masalah Sosial

a. Karakteristik Masalah Sosial

Menurut Horton dan Leslie (dalam Suharto, 2010:83) masalah sosial adalah suatu kondisi yang dirasakan banyak orang, tidak menyenangkan, serta menuntut pemecahan melalui aksi sosial secara kolektif. Dari definisi ini dapat disimpulkan bahwa masalah sosial memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Kondisi yang dirasakan banyak orang. Suatu masalah baru dapat dikatakan sebagai masalah sosial apabila kondisinya dirasakan oleh banyak orang. Namun demikian, tidak ada batasan mengenai berapa jumlah orang yang harus merasakan masalah tersebut. Jika suatu masalah mendapat perhatian dan menjadi pembicaraan lebih dari satu orang, masalah tersebut adalah masalah sosial. Peran media massa sangat menentukan apakah masalah tertentu menjadi pembicaraan khalayak umum. Jika sejumlah artikel atau berita yang membahas suatu masalah muncul di media massa, masalah tersebut akan segera menarik perhatian orang. Kasus kriminalitas akhir-akhir ini sangat ramai diberitakan di

media massa, baik cetak maupun elektronik. Kriminalitas adalah masalah sosial.

2. Kondisi yang dinilai tidak menyengkan. Menurut paham hedonism, orang yang cenderung mengulang sesuatu yang menyenangkan dan menghindari sesuatu yang tidak menyenangkan. Orang senantiasa menghindari masalah, karena masalah selalu tidak menyenangkan. Penilaian masyarakat sangat penting dalam menentukan suatu kondisi sebagai masalah sosial. Suatu kondisi dapat dianggap sebagai masalah sosial oleh masyarakat lainnya. Ukuran baik atau buruk sangat bergantung pada nilai atau norma yang dianut masyarakat. Penggunaan narkoba, minuman keras, homoseksual, bahkan bunuh diri adalah masalah, apabila nilai atau masyarakat menganggapnya sebagai sesuatu yang buruk atau bertentangan dengan aturan-aturan umum.
3. Kondisi yang menuntut pemecahan. Suatu kondisi yang tidak menyenangkan senantiasa menuntut pemecahan. Bila seseorang merasa lapar, ia akan segera mencari makanan. Bila sakit, ia akan berobat ke klinik atau sekadar membeli obat di apotek. Umumnya, suatu kondisi dianggap perlu dipecahkan jika masyarakat merasa bahwa kondisi tersebut memang dapat dipecahkan. Pada waktu lalu, masalah kemiskinan tidak dikategorikan sebagai masalah sosial, karena waktu itu masyarakat menganggap kemiskinan sebagai sesuatu yang alamiah dan masyarakat belum memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memecahkannya.

Sekarang setelah masyarakat memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menanggulangi kemiskinan, kemiskinan ramai diperbincangkan dan diseminarkan, karena dianggap sebagai masalah sosial.

4. Pemecahan tersebut harus dilakukan melalui aksi sosial secara kolektif. Masalah sosial berberda dengan masalah individual. Masalah individual dapat diatasi secara individual, tetapi masalah hanya dapat diatasi melalui rekayasa sosial, seperti aksi sosial, kebijakan sosial atau perencanaan sosial, karena penyebab dan akibatnya bersifat multidimensional dan menyangkut banyak orang.

Fenoma sosial gelandangan psikotik dapat ditemui secara langsung di sepanjang jalan, trotoar, jembatan, di pasar maupun di pusat pertokoan. Gelandangan psikotik yang hidupnya secara nomaden di lingkungan masyarakat serta memiliki keterbelakangan mental (gangguan jiwa) ini sangat merugikan masyarakat sekitar dan pemerintah. Tekanan kehidupan dan ketidaksiapan dalam perubahan sosial salah satu penyebab utama terhadap pertambahangelandangan psikotik. Sehingga jumlah gelandangan psikotik semakin bertambah.



Gambar 1.Gelandangan psikotik di Bandarlampung.

Sumber : dokumentasi peneliti, 2015.



Gambar 2.Gelandangan psikotik di Bandarlampung.

Sumber: dokumentasi peneliti, 2015.

C. Tahapan Penyelesaian Masalah Sosial

Masalah sosial akan selalu mengiringi kehidupan masyarakat. Gejala dan fenomena yang muncul sangat perlu dicarikan pemecahannya. Berikut merupakan tahapan yang dapat dilakukan sebagai jalan penangan masalah sosial:

1. Tahap identifikasi, dilakukan untuk membuka kesadaran dan keyakinan bahwa dalam masyarakat terkandung gejala masalah sosial. Ada dua kriteria yang dapat digunakan dalam penanganan masalah dalam tahap pertama, yaitu ukuran objektif dan subjektif. Ukuran objektif dimaksudkan instrumen untuk mengetahui keberadaan gejala masalah sosial dalam masyarakat dengan menggunakan parameter yang dianggap baku dengan memanfaatkan data yang ada termasuk angka statistik.

Dalam perkembangannya guna lebih operasional mengetahui keberadaan masalah sosial, maka dikenal adanya indikator masalah sosial, diantaranya: indikator sederhana, kependudukan, berganda, jarak sosial dan partisipasi sosial. Kelemahan pada cara objektif ini seringkali data statistik yang tersedia bersumber dari peristiwa yang dilaporkan dan terdokumentasikan, sedangkan peristiwa-peristiwa yang terjadi dalam kurun waktu tertentu jauh lebih besar dari angka yang dilaporkan tersebut, dengan demikian angka yang tercatat dalam statistik tidak dapat digunakan sebagai gambaran kondisi sebenarnya.

Ukuran subjektif merupakan instrumen identifikasi masalah sosial berdasarkan interpretasi tersebut menggunakan referensi standar sosial yang berlaku sehingga bersifat relatif, karena setiap masyarakat dapat memiliki nilai, norma dan standar sosial yang berbeda. Dapat saja terjadi, suatu kondisi yang dalam masyarakat tertentu tidak dianggap melanggar nilai dan norma dengan demikian tidak diklasifikasikan sebagai masalah sosial, akan tetapi ditempat lain gejala tersebut dianggap sebagai masalah sosial oleh karena telah dianggap melanggar nilai dan norma.

2. Tahap diagnosis, adalah sebagai upaya upaya untuk mencari dan mempelajari latar belakang masalah, faktor yang terkait dan terutama faktor yang menjadi penyebab atau sumber masalah. Mendiagnosis berarti mencari sumber kesalahan tadi. Ada dua pendekatan yaitu: pertama, mencari sumber masalah sosial pada level individu, dengan melihat faktor-faktor yang melekat pada individu, baik faktor fisik, psikis maupun proses sosialisasinya. Sehingga lebih cenderung menyalahkan korban. Kedua, beranggapan bahwa sumber masalah sosial ada pada level sistem sehingga dalam mendiagnosis masalah sumber kesalahan dicari pada level sistem juga, dengan melihat aspek-aspek yang berkaitan dengan struktur sosial, institusi sosial, fungsi dari berbagai komponen dalam sistem sosial, kemampuan sistem sosial dalam merespon perubahan sosial.

3. Tahap *treatment*, adalah upaya pemecahan masalah sosial yang didasari oleh hasil diagnosis. Penanganan masalah ini perlu dilakukan secara komprehensif, tidak semata melakukan rehabilitasi terhadap penyandang masalah, tetapi juga melakukan upaya pencegahan dan pengembangan. Diantara bentuk *treatment* adalah, upaya membatasi eskalasi meluasnya lingkup masalah sosial baik pada dimensi wilayah maupun dalam dimensi strata sosial. Artinya upaya *treatment* dalam penanganan masalah tidak hanya dipandang melakukan rehabilitatif tetapi paling tidak mengantisipasi dan meminimalisasi kemungkinan munculnya kondisi yang tidak diharapkan. (Suharto, 2010)

D. Gelandangan Psikotik sebagai Tanggung Jawab Negara

Landasan faktual, kebijakan jaminan sosial negara yang diterapkan di negara maju dan berkembang telah memberi kontribusi penting bagi pencapaian tujuan ideal bangsa, seperti keadilan sosial dan kebebasan individu, dan karenanya mendukung kedamaian sosial, selain itu juga telah mencegah atau memberi kompensasi terhadap dampak-dampak negatif yang timbul dari sistem produksi ekonomi swasta, seperti perusahaan bisnis dan asuransi swasta, dan telah menciptakan modal manusia dan pra-kondisi bagi penguatan produktivitas ekonomi mikro dan makro, dan karenanya memberi kontribusi bagi pembangunan ekonomi jangka panjang yang berkelanjutan. Adam, Hauff dan John (dalam Suharto 2010:156).

Landasan konstitusional, dalam Deklarasi Universal HAM Pasal 25 ayat 1 menyatakan “setiap orang berhak atas standar hidup yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan diri dan keluarganya.” Kovenan Internasional Hak-hak Ekonomi, Sosial, Budaya (Ekosob) Pasal 11 menyatakan “negara-negara penandatangan Kovenan mengakui hak setiap orang atas standar hidup yang layak untuk diri dan keluarganya, termasuk pangan, pakaian, dan perumahan...”. Dalam konstitusi Indonesia, hak atas standar hidup yang layak telah diakui sebagai HAM. Pasal 28H Ayat 1 UUD 1945 Amandemen ke-II menetapkan “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” UU No.39 tahun 1999 tentang HAM Pasal 11 menyatakan “setiap orang berhak atas pemenuhan kebutuhan dasarnya untuk tumbuh dan kembang secara layak.” Hak-hak sosial di atas merupakan kewajiban negara sebagaimana tertuang dalam UUD 1945 Pasal 28 Ayat 4 Amandemen II yang menyatakan “Perlindungan, pemajuan, penegakkan, dan pemenuhan hak asasi manusia adalah tanggungjawab negara, terutama pemerintah.”

Selain dasar hukum yang disebutkan di atas, terdapat dasar hukum yang lebih spesifik. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Gelandangan psikotik di dalam peraturan Undang-undang tersebut dikategorikan gangguan jiwa. Secara eksplisit pasal yang mengatur mengenai gelandangan psikotik yaitu pasal 149 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009, yang berbunyi :

1. Penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum wajib mendapatkan pengobatan dan perawatan difasilitas pelayanan kesehatan;
2. Pemerintah, Pemerintah daerah, dan masyarakat wajib melakukan pengobatan dan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan bagi penderita gangguan jiwa yang terlantar, menggelandang, mengancam keselamatan dirinya dan/atau orang lain, dan/atau mengganggu ketertiban dan/atau keamanan umum;
3. Pemerintah dan Pemerintah daerah bertanggung jawab atas pemerataan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat;
4. Tanggung jawab Pemerintah dan Pemerintah daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) termasuk pembiayaan pengobatan dan perawatan penderita gangguan jiwa untuk masyarakat miskin.

E. Rehabilitasi Sosial

Rehabilitasi sosial merupakan bagian dari proses rehabilitasi penderita cacat yang berusaha untuk menghilangkan atau setidaknya mengurangi semaksimal mungkin pengaruh-pengaruh negatif yang disebabkan kecacatannya, sehingga penderita dapat aktif dalam kehidupan di masyarakat. Rehabilitasi sosial dimaksudkan dalam kaitannya dengan layanan kepada individu yang membutuhkan layanan khusus di bidang sosial, yaitu meningkatkan kemampuan bersosialisasi, mencegah agar kemampuan sosialnya tidak menurun atau lebih parah dari kondisi sosial sebelumnya.

F. Sejarah Rehabilitasi bagi Psikotik

Dalam sejarahnya orang gila atau psikotik memiliki pengertian yang berbeda-beda sesuai dengan zamannya masing-masing, seperti yang diungkapkan oleh Michel Foucault dalam bukunya *Kegilaan dan Peradaban*. Dalam buku ini penulis mendeskripsikan dimana kategori orang gila selalu mengikuti perkembangan zaman ataupun sesuai dengan peradabannya. Seperti pada abad ke 12 orang yang memiliki penyakit lepra pada abad ini dianggap sebagai orang-orang gila yang dikucilkan dari masyarakat dan dimasukkan ke rumah sakit dan ditempatkan di ruang-ruang yang terpisah, dan berakhir pada abad ke 15.

Kemudian berlanjut pada masa *Renaissance* dimana orang gila tersebut diberikan kebebasan oleh pemerintah walaupun statusnya sebagai tahanan dan dimasa ini pula merupakan fase ambang. Sedang menurut Foucault dalam periode ini orang-orang gila adalah orang-orang yang dikaruniai hikmat. Orang gila, orang bodoh atau orang tolol inilah yang justru memiliki eksistensi penting sebagai penjaga moral dan kebenaran. Orang gila macam ini dibiarkan berkeliaran. Ia menjadi lambang/symbol kebijaksanaan, atau semacam kebodohan yang melawan dan berdialog dengan supremasi kepintaran rasio.

Selanjutnya pada abad ke 17 pandangan dari masa *renaissance* ini mulai berubah dan pandangan terhadap orang gila pun telah berubah, dan orang gila dimasukan kedalam *general hospital* dan diberikan hukuman yang sangat berat oleh raja,

pengadilan, dan polisi dengan dibawa ke kapal lalu ditenggelamkan. Memasuki abad 19, orang-orang gila dikelompokkan dan dikategorisasikan ke dalam mereka yang mengalami gangguan mental, stres, neurosis, melankolis, atau schizoprenia dimasukkan dalam rumah-rumah sakit jiwa. Mereka menjalani proses “penyembuhan”.

Mereka tidak lagi mengalami represi fisik (diikat pada rantai atau dicambuk seperti seabad sebelumnya), juga tidak lagi menjadi tanggung jawab masyarakat bersama, melainkan kegilaan itu ditangani oleh seorang dokter, seorang terapis atau seorang psikiater untuk disembuhkan bak suatu penyakit. Mereka dimasukkan dalam sebuah panti rehabilitasi sosial.

Di Indonesia terdapat dua fase sejarah penyembuhan orang dengan masalah psikis. Dua fase tersebut yaitu, fase kolonial dan kemerdekaan. Pada fase kolonial, sebelum didirikan rumah sakit jiwa di Hindia Belanda (nama Indonesia kala itu) pasien gangguan jiwa ditampung di rumah sakit sipil atau militer di Jakarta, Semarang, dan Surabaya. Pasien yang ditampung adalah mereka yang sakit jiwa berat saja. Perawatan yang dijalankan saat itu hanya bersifat penjagaan saja. Tahun 1862 Pemerintah Hindia Belanda melakukan sensus pasien gangguan jiwa di seluruh Indonesia. Di Pulau Jawa dan Madura ditemukan pasien sekitar 600 orang, sedangkan di daerah lain ditemukan sekitar 200 orang. Berdasarkan temuan tersebut pemerintah mendirikan rumah sakit jiwa bagi pasien gangguan jiwa.

Pada tanggal 1 Juli 1882 didirikan rumah sakit jiwa pertama di Hindia Belanda, di Cilendek Bogor Jawa Barat dengan kapasitas 400 tempat tidur. Rumah sakit jiwa yang kedua didirikan di Lawang Jawa Timur tanggal 23 Juni 1902. Rumah Sakit jiwa ini adalah terbesar di Asia Tenggara dengan kapasitas 3.300 tempat tidur. Rumah sakit jiwa yang ketiga didirikan di Magelang pada tahun 1923, dengan kapasitas 1400 tempat tidur. Rumah sakit jiwa di Sabang tahun 1927. Menyusul rumah sakit lainnya di Grogol Jakarta, Padang, Palembang, Banjarmasin, dan Manado, masing-masing memiliki kapasitas yang berbeda.

Di Provinsi Lampung terdapat rumah sakit jiwa milik pemerintah Provinsi Lampung.RSJ Daerah yang terletak di Desa Kurungan Nyawa, Jalan Raya Gdong Tataan, Kabupaten Pesawaran. Rumah sakit tersebut telah teregistrasi sejak 23 September 1991 dengan Nomor Surat Izin 135/Menkes/SK/IV/78 dan tanggal surat izin 16 Januari 1991 dari menteri kesehatan.

Penyakit jiwa sudah ada sejak zaman dahulu, dan pengertian dari penyakit jiwa ini memiliki berbagai macam mengikuti perkembangan zamannya masing-masing. Begitupula dengan proses untuk menyembuhkan dan memperbaiki kondisi dari orang sakit jiwa tersebut, mulai dari dikucilkan dari masyarakat luas hingga dibunuh dengan cara dilemparkan kelaut. Hingga pada akhirnya pemerintah menyadari bahwasanya mereka tidak perlu untuk diperlakukan seperti

itu, mereka hanya perlu penanganan yang lebih serius untuk menyembuhkan penyakit yang dideritanya dengan dibentuknya panti-panti rehabilitasi sosial.

F. Peran Dinas Sosial dalam Penanganan Masalah Gelandangan Psikotik

Diferensiasi bidang dinas sosial melahirkan Bidang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, bidang ini memiliki tugas melaksanakan sebagian tugas dinas di bidang pelayanan dan rehabilitasi sosial, meliputi pelayanan sosial anak, pelayanan lanjut usia, pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang cacat, pelayanan dan rehabilitasi sosial tuna sosial serta pelayanan dan rehabilitasi sosial korban NAPZA. Bidang ini dibantu seksi tuna sosial yang memiliki tugas:

1. Meningkatkan fungsi sosial para tuna sosial terhadap gelandangan, pengemis, mantan narapidana, wanit tuna susila, gelandangan psikotik, waria dan bekas anak negara agar dapat hidup dan mencari nafkah sesuai norma sosial masyarakat Indonesia, melalui bimbingan sosial dan keterampilan kerja serta bantuan ekonomis produktif;
2. Memberikan pelayanan sosial bagi mereka yang tertular HIV/AIDS agar dapat tetap hidup produktif serta mengurangi beban psikologis yang dialaminya;
3. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

Dinas sosial bekerjasama dengan lembaga swadaya yang menangani masalah sosial, di Kota Bandarlampung terdapat Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspisikotik Aulia Rahma. LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma tersebut memiliki perjanjian kerjasama dengan Dinas Sosial Provinsi Lampung dan Dinas Sosial Kota Bandar Lampung. Di LKS ODK Ekspisikotik ini para gelandangan psikotik direhabilitasi. Sampai pertengahan tahun 2015 terdapat 9 klien gelandangan psikotik yang direhabilitasi di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspisikotik Aulia Rahma, 5 klien terjaring oleh Dinas Sosial Kota Bandarlampung dan 4 oleh Dinas Sosial Provinsi Lampung. Saat penelitian ini dilakukan klien eks gelandangan psikotik hanya tersisa 5 orang, Karena 4 lainnya dipindahkan ke Panti Bina Laras Dharmaguna di Bengkulu dan Panti Srikandi di Lampung Tengah.

G. Lembaga Kesejahteraan Sosial

Lembaga Kesejahteraan Sosial, selanjutnya disebut adalah organisasi sosial atau perkumpulan sosial yang melaksanakan penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang dibentuk oleh masyarakat, baik yang berbadan hukum maupun yang tidak berbadan hukum. LKS berbadan hukum adalah organisasi sosial atau perkumpulan sosial yang bergerak di bidang penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang berbentuk yayasan atau bentuk lainnya yang dinyatakan sebagai badan hukum. LKS tidak berbadan hukum adalah LKS yang belum dinyatakan sebagai badan hukum. (Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 184 tahun 2011 tentang Lembaga Kesejahteraan Sosial).

H.Rehabilitasi dalam Kajian Sosiologi Kesehatan

Sosiologi kesehatan adalah studi tentang perawatan kesehatan sebagai suatu system yang telah terlembaga dalam masyarakat, kesehatan (health), kondisi rasa sakit (illness) hubungannya dengan faktor-faktor sosial. *American Sociological Association* mendefinisikan sosiologi kesehatan sebagai sub bidang yang mengaplikasikan perspektif, konsep-konsep, dan teori-teori serta metodologi di bidang sosiologi untuk melakukan kajian terhadap fenomena yang berkaitan dengan penyakit dan kesehatan manusia.

Sebagai suatu bidang yang spesifik, sosiologi kesehatan diartikan pula sebagai suatu bidang ilmu yang menempatkan permasalahan penyakit dan kesehatan dalam konteks sosio kultural dan perilaku. Termasuk dalam kajian bidang ini antara lain: deskripsi dan penjelasan atau teori-teori yang berhubungan dengan dengan distribusi penyakit dalam berbagai kelompok masyarakat; perilaku atau tindakan yang diambil individu dalam upaya menjaga atau meningkatkan serta menanggulangi keluhan sakit, penyakit dan cacat tubuh; perilaku dan kepercayaan/keyakinan berkaitan dengan kesehatan, penyakit, cacat tubuh, dan organisasi serta penyedia jasa perawatan kesehatan; organisasi dan profesi atau pekerjaan di bidang kesehatan, sistem rujukan dari pelayanan perawatan kesehatan, pengobatan sebagai institusi sosial dan hubungannya dengan institusi sosial lainnya; nilai-nilai budaya dan masyarakat kaitannya dengan kesehatan, keluhan sakit dan kecacatan serta peran faktor sosial

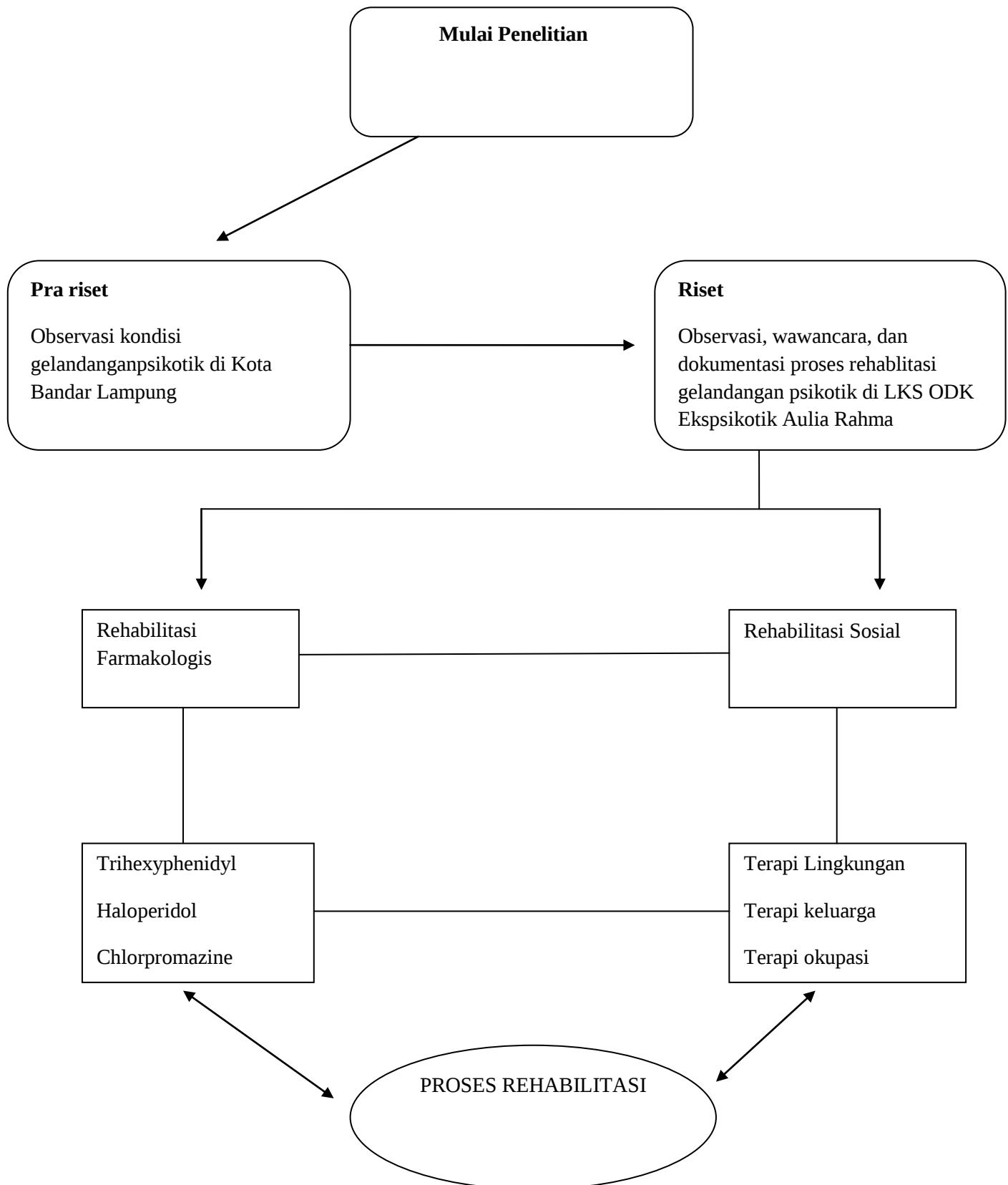
dalam kaitan dengan penyakit, khususnya ketidakteraturan emosi dan persoalan stres yang dikaitkan dengan penyakit

I. Kerangka Pikir Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang mewawancarai, mengobservasi, dan mendokumentasikan konstruksi sosial berupa proses rehabilitasi sosial gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma. Tujuannya untuk menjabarkan keberlangsungan proses rehabilitasi sosial LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma, berdasarkan pada kajian sosiologi kesehatan yang mengkaji tentang sistem perawatan kesehatan dan praktisi perawatan kesehatan serta hubungan antara praktisi kesehatan dengan pasien/klien.

Proses rehabilitasi yang dilakukan oleh pihak LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma terdiri atas rehabilitasi farmakologis dan rehabilitasi sosial. Jika merujuk pada kajian sosiologi kesehatan, maka keduanya bersifat komprehensif, holistik, dan komplementer.

Rehabilitasi farmakologis yang merupakan tindakan secara medis, harus dijalankan bersamaan dengan rehabilitasi sosial yang merupakan pembekalan keterampilan bersosial klien, agar dapat diterima kembali oleh keluarga dan masyarakat saat masa rehabilitasi selesai.

Bagan 1. Kerangka Pikir Penelitian.

III. METODE PENELITIAN

A. Desain dan Metode Penelitian

Penelitian ini terdiri dari lima tahap, yaitu tahap pra riset, riset, mengolah data, analisis data, dan hasil penelitian. Pertama, tahap pra riset yang merupakan tahap permulaan, peneliti mengamati beberapa tempat umum yang biasanya terdapat gelandangan psikotik, seperti pasar, terminal, bahkan sepanjang jalanan. Pra riset juga dilakukan di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Eks-psikotik Aulia Rahma yang merupakan lokasi penelitian. Kedua, tahap riset ialah kegiatan mengobservasi, mewawancarai, dan mendokumentasi berbagai hal yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Ketiga, tahap mengolah data, di sini peneliti menginventaris data yang dianggap penting. Selanjutnya, data tersebut direduksi dengan cara memilih data yang dianggap penting. Setelah itu, data masuk dalam proses editing lalu diinterpretasi untuk disimpulkan. Peneliti menggunakan pendekatan penelitian kualitatif.

Pendekatan penelitian dipilih dengan tujuan agar peneliti dapat menggali lebih dalam realita kehidupan di LKS ODK Ekspsikotik Aulia Rahma. Dengan wawancara secara mendalam yang merupakan instrumen utama dalam sebuah penelitian kualitatif

ditambah observasi, dan dokumentasi proses rehabilitasi, peneliti mendapat apa yang menjadi tujuan peneliti.

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang dilakukan dalam setting yang ada dalam kehidupan riil dengan maksud menginvestigasi dan memahami fenomena: apa yang terjadi, mengapa terjadi, bagaimana terjadinya (Chariri, 2009: 9). Tujuan utama dari penelitian semacam ini adalah agar mampu membuat fakta di lapangan menjadi lebih mudah dipahami dengan menggunakan berbagai penjelasan verbal. Di sisi lain, dimungkinkan juga melalui penelitian semacam ini kita dapat menghasilkan teori atau hipotesis dari suatu realita.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Bahwa jenis penelitian ini bertujuan untuk membuat deskripsi secara sistematis, faktual, dan akurat tentang fakta-fakta dan sifat-sifat populasi atau subjek tertentu. Dalam kaitannya dengan penelitian ini, maka kita akan melihat apa yang terjadi, mengapa terjadi, bagaimana terjadinya rehabilitasi gelandangan psikotik di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspisikotik Aulia Rahma. Lalu mendeskripsikannya secara sistematis, faktual, dan akurat melalui beberapa teknik pengumpulan dan analisis data yang sesuai.

B. Fokus Penelitian

Penelitian ini berfokus pada proses rehabilitasi gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspsikotik Aulia Rahma yang terdiri atas bentuk dan tahapan rehabilitasi. Bentuk rehbilitasi terdiri atas beberapa jenis terapi sedangkan tahapan terdiri atas Dalam proses rehabilitasi di LKS tersebut, terdapat yang diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu: rehabilitasi farmakologis dan rehabilitasi sosial. Rehabilitasi farmakologis merupakan pemberian obat secara berkala kepada klien psikotik. Rehabilitasi sosial merupakan kegiatan mempersiapkan klien untuk kembali ke masyarakat.

D. Setting Penelitian

Penelitian ini berlokasi di Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan Ekspsikotik (LKS ODK) Aulia Rahma. Berdiri sejak tahun 2001, lembaga ini bergerak di bidang rehabilitasi orang dengan kelainan ekspsikotik dan psikotik. Lembaga sosial ini telah mendatangi perjanjian kerjasama dengan dinas sosial yang ada di Provinsi Lampung. Penelitian dilakukan dengan melakukan pengamatan kegiatan di LKS ODK Aulia Rahma, wawancara kepada para petugas dan klien eksgelandangan psikotik.

E. Penentuan Informan

Informan dalam penelitian ini adalah 4 perawat di LKS ODK Aulia Rahma, sebagai pihak yang bertanggung jawab atas berjalannya proses rehabilitasi. Selain itu juga 2 klien eks gelandangan psikotik yang telah menjalani proses rehabilitasi, saat ini ada beberapa diantara mereka yang masih tinggal di panti rehabilitasi tersebut. Klien eks gelandangan psikotik yang dipilih merupakan mereka yang telah dapat diajak berkomunikasi dan dapat bersosialisasi.

F. Sumber Data

Menurut Lofland dan Lofland (dalam Moloeng, 2013: 157) sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Kata-kata dan tindakan yang diamati atau diwawancarai merupakan sumber data utama yang dapat dicatat atau direkam baik melalui perekam suara atau gambar. Sementara data tambahan seperti dokumen dapat berupa majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi, dokumen resmi dan/atau data statistik.

G. Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini peneliti lihat berdasarkan sumbernya Berdasarkan sumbernya, data dibedakan menjadi dua jenis, yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari sumber utama. Sumber utama penelitian ini adalah pekerja dan klien gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma. Teknik yang biasa digunakan untuk dapat mengumpulkan data primer, yaitu observasi dan wawancara.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber-sumber lain. Sumber-sumber lain itu dapat berupa dokumen-dokumen dari LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma yang berkaitan dengan identitas klien gelandangan psikotik, data perkembangan dan keadaan klien gelandangan psikotik, dan data pasca rehabilitasi klien gelandangan psikotik.

H. Teknik Pengumpulan Data

Berikut adalah teknik-teknik pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti:

a. Observasi

Observasi adalah pengamatan secara mendalam terhadap subjek dan objek yang akan dijadikan bahan penelitian. Observasi dalam penelitian ini dilakukan secara terbuka, artinya objek dan subjek yang akan diteliti sadar bahwa sedang diteliti, dengan kata lain peneliti sebagai pengamat atau observer teridentifikasi secara jelas.

b. Wawancara Mendalam

Wawancara merupakan salah satu teknik pengumpulan data dalam penelitian ini. Informan yang akan diwawancarai telah dikategorikan sebagai sumber data primer. Dalam penelitian kualitatif kemampuan wawancara sangat diutamakan untuk menggali informasi sebanyak mungkin, sehingga saat pengolahan sampai penarikan kesimpulan peneliti dapat menjabarkannya secara rinci.

c. Dokumentasi

Untuk melengkapi data penelitian, maka dokumentasi menjadi pilihan selanjutnya. Dokumen-dokumen yang akan digunakan oleh peneliti adalah foto-foto yang dibidik dari kegiatan rehabilitasi di LKS ODK Ekspsikotik Aulia Rahma.

H. Teknik Pengolahan Data

Penelitian Kualitatif akan menghasilkan banyak sumber data berupa simbol, gambar, narasi, kutipan, pernyataan, dan tindakan. Berikut adalah beberapa teknik yang digunakan untuk mengolah data yang telah didapat:

a. Inventarisasi Data

Inventarisasi adalah kegiatan mengumpulkan data dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi terbuka dan wawancara mendalam dengan informan.

b. Mereduksi Data

Teknik ini ialah semacam kegiatan untuk mengurangi data-data yang tidak penting sehingga dapat memproses data pada tahapan selanjutnya.

c. Editing Data

Editing data merupakan kegiatan untuk memilih dan memilah data yang telah berhasil diperoleh dengan tujuan mencapai validitas penelitian. Proses editing dilakukan dengan menyesuaikan pada rumusan masalah penelitian melalui seleksi hasil pengumpulan data, baik dari hasil wawancara, observasi, maupun dokumentasi.

d. Interpretasi Data

Interpretasi adalah kegiatan menafsirkan data hasil penelitian yang telah didapatkan. Baik data primer maupun data sekunder. Dengan demikian, peneliti dapat menemukan inti penelitian dari menghubungkan berbagai data yang telah diperoleh.

Selanjutnya peneliti akan menghubungkannya dengan teori atau kajian sub disiplin ilmu yang telah dipilih agar interpretasi penelitian tidak menjadi bias.

e. Menyimpulkan Data

Data-data yang telah melalui berbagai tahapan pengolahan selanjutnya disimpulkan berdasarkan pada tujuan penelitian.

I. Uji Validitas Data

Setelah menarik kesimpulan dalam pengolahan data penelitian, langkah berikutnya ialah menguji validitas data. Uji validitas data yang peneliti akan gunakan dalam penelitian ini ialah metode triangulasi. Sugiyono (2013: 274) menyatakan bahwa metode triangulasi ialah metode untuk menguji kredibilitas data, dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik pengumpulan data yang berbeda. Misalnya data yang diperoleh dengan wawancara, lalu dicek dengan observasi, atau dokumentasi. Jika dari ketiga teknik pengumpulan data tersebut peneliti mendapati hasil data yang berbeda-beda atau tidak saling mendukung, maka peneliti dapat mendiskusikan lebih lanjut dengan narasumber.

IV. GAMBARAN UMUM

A. Sejarah LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma

Lembaga Kesejahteraan Sosial Orang Dengan Kelainan (LKS ODK) Ekspisikotik Aulia Rahma berlokasi di Jalan Pancasila Sakti, Gang Mekar Sari, Kelurahan Sumber Rejo, Kecamatan Kemiling, Kota Bandarlampung. LKS ini didirikan pada tahun 2001 atas prakarsa Sumartono, S.Kep. yang berprofesi sebagai perawat di salah satu rumah sakit milik pemerintah Provinsi Lampung. Pada awal berdirinya di tahun 2001, LKS ini merupakan klinik yang menerima pasien dengan masalah kesehatan fisik, dengan nama Klinik Aulia Rahma. Hingga pada tahun 2009 mulai dibuka secara resmi bahwa klinik tersebut menerima klien/pasien dengan masalah kesehatan psikis. Dengan motto “bersama membangun jiwa”.

LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma berlokasi di kompleks perumahan padat penduduk. Terdiri atas dua gedung yaitu gedung A untuk klien pria dan gedung B untuk klien wanita. Kedua gedung tersebut saling berhadapan, dipisahkan oleh jalan yang biasa dilewati masyarakat sekitar. Gambar gedung dapat dilihat di bab pembahasan.

B. Kegiatan di LKS ODK Ekspresif Aulia Rahma

Jenis kegiatan di LKS ODK Ekspresif Aulia Rahma dalam sebuah arsip berupa proposal pengajuan dana. Kegiatan yang dilaksanakan, sebagai berikut:

1. Kegiatan komunikasi terapeutik
2. Kegiatan bimbingan olahraga
3. Kegiatan bimbingan dinamika kelompok
4. Kegiatan bimbingan agama
5. Kegiatan bimbingan budi pekerti

Hasil pelaksanaan kegiatan:

1. Kegiatan komunikasi terapeutik
 - a. Pra interaksi
 - Evakuasi diri
 - Tahap perkembangan
 - Rencana interaksi
 - b. Terapi pengenalan
 - Salam
 - Evaluasi kondisi kelayakan
 - Kontrak/pertemuan
 - c. Tahap orientasi
 - Evaluasi kondisi kelayakan
 - Validasi
 - Evaluasi tindakan yang lalu

d. Tahap kerja

Merupakan inti hubungan petugas dengan keluarga dengan pelaksanaan tindakan yang dilaksanakan sesuai tujuan.

2. Kegiatan bimbingan olahraga

a. Klien dapat melakukan kegiatan olahraga futsal dengan baik.

- Kerjasama tim
- Fokus pada kegiatan

b. Keluarga mampu mengikuti aturan permainan olahraga dengan baik.

- Komunikasi keluarga ketika melakukan kegiatan olahraga baik.
- Klien dapat menyelesaikan kegiatan olahraga.

3. Kegiatan bimbingan dinamika kelompok

- Klien mampu memperkenalkan diri
- Klien mampu berkenalan dengan anggota kelompok
- Klien mampu berkomunikasi dengan anggota kelompok
- Klien mampu menyampaikan masalah pribadi dengan orang lain
- Klien mampu bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok.

4. Kegiatan bimbingan agama

- Klien dapat melakukan kegiatan ibadah secara teratur
- Klien mengerti tujuan ibadah untuk mencegah perilaku kekerasan

- Klien mampu mendemonstrasikan kegiatan ibadah yang dilakukan
- Petugas menanyakan peranan klien ketika melakukan ibadah
- Klien melakukan kegiatan ibadah secara rutin
- Petugas memberikan pujian dan penghargaan kepada klien

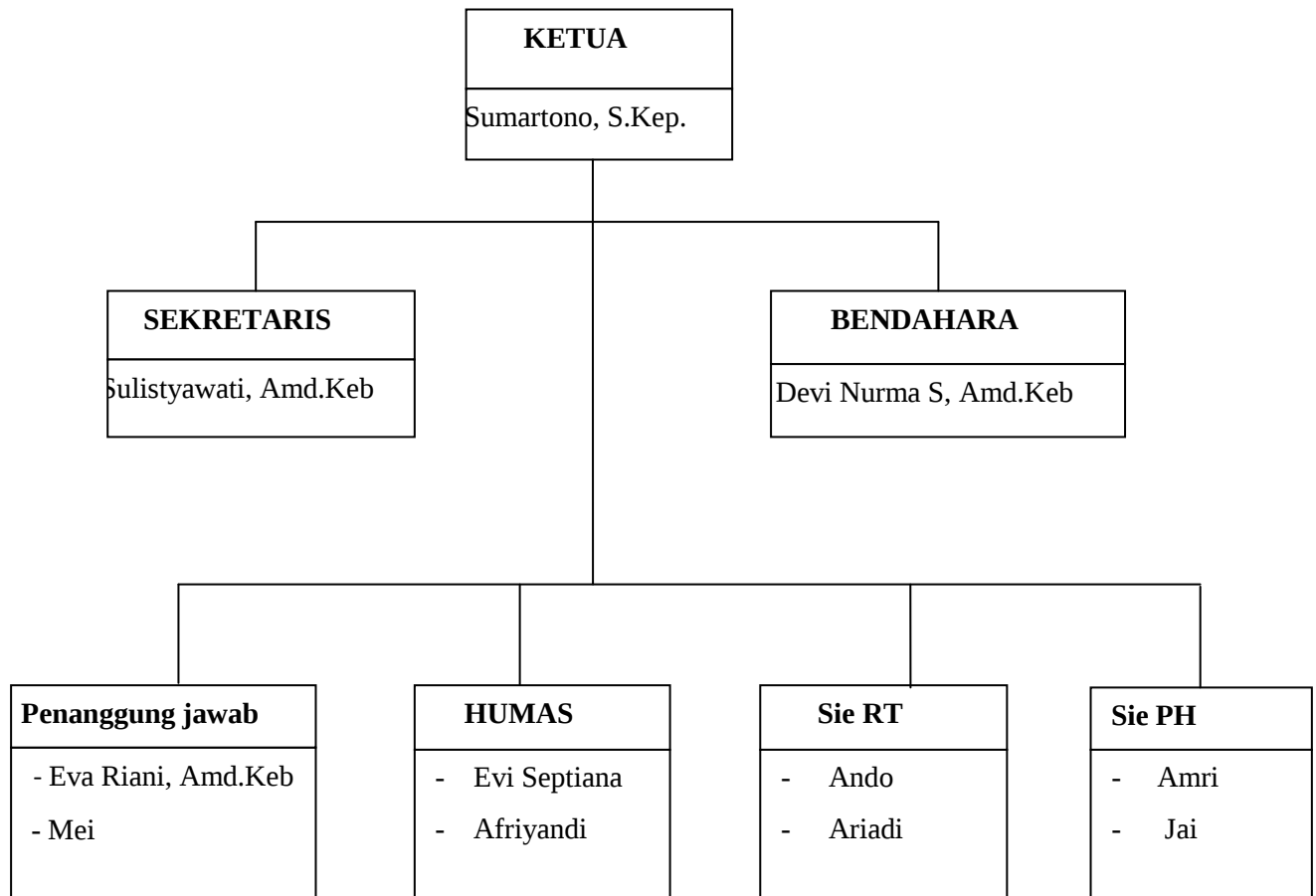
5. Kegiatan bimbingan budi pekerti

- Klien mampu mengucapkan salam ke kelompok dan petugas
- Klien mampu memulai hal positif
- Klien menghormati anggota kelompok dan petugas
- Klien menghargai pendapat dari anggota kelompok dan petugas

Data kegiatan LKS ODK Aulia Rahma di atas merupakan data kegiatan di tahun 2013. Pihak LKS belum sempat membuat *updating* data kegiatan yang baru. Kegiatan yang menjadi bahan observasi pada penelitian ini merupakan kegiatan yang tidak terdaftar dalam data tersebut, namun masih berjalan saat penelitian dilakukan.

C. Struktur Organisasi LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma

Bagan 2. Struktur Organisasi LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma



VI. SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang mewawancarai, mengobservasi, dan mendokumentasi proses rehabilitasi gelandangan psikotik di LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma. Bentuk rehabilitasi dan tahapan rehabilitasi menjadi rangkaian dalam proses rehabilitasi. Rehabilitasi gelandangan psikotik menjadi bagian dari tema dalam kajian sosiologi kesehatan.

Berdasarkan pada hasil penelitian, kesimpulan yang dapat ditarik guna menjawab permasalahan dalam penelitian ini. Gelandangan psikotik merupakan tanggung jawab dinas sosial yang bekerjasama dengan pihak LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma dalam melakukan rekrutmen berupa kegiatan razia di beberapa tempat umum seperti pasar dan terminal. Selain itu klien yang merupakan rujukan keluarga juga dirawat dan direhabilitasi di LKS ini. Gelandangan psikotik direhabilitasi bersama dengan klien yang merupakan hasil rujukan keluarga, kedua kelompok ini saling berinteraksi dalam proses rehabilitasi. Rehabilitasi farmakologis yang merupakan tindakan medis dengan pemberian beberapa jenis obat antipsikotik diantaranya, trihexyphenidyl 5mg, haloperidol 5 mg, dan chlorpromazine 100 mg. Rehabilitasi sosial yang diterapkan oleh LKS ODK Ekspisikotik Aulia Rahma terdiri atas beberapa terapi, yaitu:

- a. terapi lingkungan (lingkungan fisik dan psikososial) yang di dalamnya terdapat terapi rekreasi dan *plant therapy*;
- b. terapi keluarga;
- c. terapi okupasi.

Terdapat beberapa tahapan rehabilitasi yang diberlakukan, diantaranya: penerimaan awal, penaksiran, penerimaan, pelayanan, rehabilitasi, resosialisasi, penyaluran, bimbingan lanjutan, evaluasi, dan terminasi. Tahapan-tahapan tersebut bersifat holistik.

B. Saran

Penelitian ini tentu tidak lekang dari kekurangan. Untuk itu, berikut beberapa masukan, terutama untuk penelitian selanjutnya:

- a. Dinas sosial sebagai penerima mandat dari kementerian sosial terkait rehabilitasi sosial seyoginya lebih memerhatikan kualitas LKS ODK Ekspisotik yang menjadi *partner*. Problematika pendaan berbanding lurus dengan kualitas LKS. Selain itu juga harus berkoordinasi dengan dinas kesehatan, melihat urgensi kesehatan jiwa dengan segala kompleksitasnya di era penuh tekanan sosial saat ini.
- b. LKS ODK Ekspisotik diharapkan mampu untuk terus meningkatkan kualitas dari berbagi aspek, diantaranya:
 - 1. Pengembangan pengetahuan dan keterampilan bagi perawat terkait perawatan untuk psikotik.

2. Lebih detail dalam melakukan diagnosis keadaan klien, juga harus lebih selektif dalam menerima klien baru, agar tidak terkesan asal-asalan. Hal ini terbukti dari klien autisme yang ada di LKS ODK Ekspresif Aulia Rahma. Seharusnya klasifikasi klien harus jelas, supaya dalam proses rehabilitasi klien dapat memperoleh haknya sesuai yang direncanakan oleh pihak LKS.
 3. Lebih memerhatikan kebutuhan sosial klien, sejauh peneliti mengobservasi, LKS ODK Ekspresif Aulia Rahma masih terfokus pada pemberian obat, pendampingan sosial masih minim intensitas dan kualitas.
 4. Pihak LKS harus mengajukan permintaan kepada pihak dinas sosial untuk menambah tenaga kerja berupa pekerja sosial. Tidak hanya mempekerjakan perawat yang lebih terampil dalam pengobatan medis.
 5. Penggunaan obat kimiawi harus dikurangi melihat efek samping yang cukup fatal terhadap perkembangan kesehatan fisik klien, jika penggunaannya berlebihan. Lebih diutamakan menggunakan obat tradisional dan pendekatan psikologis secara intensif terhadap klien dan keluarga. Mengedukasi bahwa obat bukan perangkat utama penyembuh, namun kedekatan dan *support* keluarga serta lingkunganlah yang lebih dibutuhkan klien.
- c. Penelitian selanjutnya diharapkan untuk meneliti stigma keluarga dan masyarakat terhadap penderita psikotik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardani, Tristiadi. 2011. *Psikologi Abnormal*. Bandung: Lubuk Agung
- Best, S. Kellner, D. 2003. *Teori Postmodern: Interogasi Kritis*. Terj. Indah Rohmani. Malang: Boyan Publishing.
- Baihaqi, 2006. *Psikiatri*. Bandung: Refika Aditama.
- Cristiani, Charis. 2012. *Strategi Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Masyarakat Kota Semarang*. Jurnal Ilmiah Untag Semarang. Hal.151-166.
- Chariri, Anis.(2009). *Landasan Filsafat dan Metode Penelitian Kualitatif*. Paper disajikan pada Workshop Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. Semarang: Laboratorium Pengembangan Akuntansi (LPA). Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro, 31 Juli – 1 Agustus 2009. Diakses dari http://eprints.undip.ac.id/577/1/FILSAFAT_DAN_METODE_PENELITIAN_KUALITATIF.
- Faucault, Michel. 2012. *Kegilaan dan Peradaban*. Yogyakarta: Teralitera.(Resensi Terjemahan)
- Hartanto, Rudy. 2003. *Landasan Moral Pengobatan Paksa pada Penderita Skizofrenia*. Jurnal Kedokteran Trisakti. Vol.22 No.2. Hal 70-75.
- Hasan, Karnadi.dkk. 2013. *Model Rehabilitasi Sosial Gelandangan Psikotik Berbasis Masyarakat di Panti Rehabilitasi Sosial “Nurussalam” Sayung, Kabupaten Demak, Provinsi Jawa Tengah*. Penelitian RUD (Riset Unggulan Daerah).diakses dari puslit.kemsos.go.id pada 23 Maret 2015.
- Idaiani, S. 2010. *Kesehatan Jiwa di Indonesia dari Deinstitutionalisasi sampai Desentralisasi*. Jurnal Kesmas. Vol.4. No.5. Hal.203-209.
- Kopelowicz, Alex. Paul Liberman, Robert.J.Wallace, Charles. *Psychiatric Rehabilitation for Schizophrenia*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003, Vol. 3, No. 2, pp. 283-298.

- Mohamed, O. Enayat. Zeinab. Mostafa, N. 2014. *The Effect of Stigma on Quality of Life among People with Mental Illnesses*. IJSR. Vol.3. Issue 7. Page 2061-2067.
- Moloeng, Lexy J. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Much, Abduh. Tahun 2016 *Bandung Bebas Gelandangan dan Pengemis* diakses dari <http://rehsos.depsos.go.id> pada 27 Maret 2015.
- Muhammad, Alifil Khatim. 2014. *Rehabilitasi Sosial Terhadap Gelandangan Psikotik di Lembaga Sosia "Hafara" Kasihan, Bantul, Yogyakarta*. <http://digilib.uin-suka.ac.id> diakses pada 31 Januari 2015.
- Permensos RI No.8 tahun 2012.
- Prabowo, Eko. 2014. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pranasari, Dina. 2012. *Strategi Pengentasan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Khususnya Penyandang Cacat di Wilayah Kabupaten Kediri*. Jurnal Ilmu Manajemen. Vol.1. No.1. Hal.95-108. Diakses Publikasi.Uniska-Kediri.ac.id
- Purnama Ningtyas, A. 2013. *Analisis Tanggung Gugat terhadap Pemda yang Tidak Melaksanakan Pasal 149 UU No.36 Th.2009 tentang Kesehatan Mengenai Psikotik Gelandangan*. Hukum Student Journal. Vol.8. No.1. diakses dari hukum.studentjournal.ub.ac.id
- Riyadi, S. dan Purwanto, T. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sarwono, Sarlita. 2012. *Sosiologi Kesehatan: beberapa konsep beserta aplikasinya*. Jogjakarta. Gadjah Mada University Press.
- Shinde, M. Desai, A. Pawar, S. 2014. *Knowledge, Attitudes and Practices among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Western Maharashtra*. IJSR. Vol.3. Issue 5. Page 516-522.
- Soeharto, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Jakarta: Refika Aditama.
- Salmah, Sri Sarinem. 2009. *Pelayanan Rehabilitasi Gelandangan Psikotik di Panti Margo Widodo, Semarang, Jawa Tengah*. Media litkessos Vol.3 No.1 hal.81
- Undang-Undang Dasar 1945. Pasal 27 ayat 2 dan pasal 34.
- Undang-Undang No.11 tahun 2009 Tentang Kesejahteraan Sosial.

Undang-Undang No.36 tahun Pasal 149 2009 Tentang Kesehatan.

Undang-Undang No.18 tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa.

United Nations Universal Declaration of Human Right. Pasal 25.

Wicaksana, Inu. 2008. *Mereka Bilang Aku Sakit Jiwa, Refleksi Kasus-Kasus Psikiatri dan Problematika Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Yogyakarta: Kanisius.