

BAB II

TINJAUAN TEORITIK DAN KERANGKA PIKIR

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu bertujuan untuk mendapatkan bahan perbandingan dan acuan serta untuk menghindari anggapan kesamaan dengan penelitian ini. Dalam kerangka teoritik ini peneliti mencantumkan hasil-hasil penelitian terdahulu sebagai berikut:

1. Lis Nursyanti. 2018. Penerapan *Brief Strategic Family Therapy* Dalam Meningkatkan Relasi Keluarga “HH” Anak Binaan di Rumah Tahanan Negara Klas I Bandung. Balai Besar Pendidikan dan Pelatihan Kesejahteraan Sosial Bandung.

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan relasi keluarga anak binaan di Rutan Klas I Bandung yang mengalami disfungsi keluarga, dengan cara meningkatkan komunikasi dan kelekatan diantara anggota keluarga melalui penerapan *Brief Strategic Family Therapy*. Teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori tentang kenakalan remaja, keluarga, kelekatan, dan *Brief Strategic Family Therapy*. Metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif dengan model eksperimen. Penelitian ini menggunakan *Single Subject Design* (SSD) dengan desain A-B-A.

Berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa *Brief Strategic Family Therapy* secara signifikan penerapannya dapat meningkatkan komunikasi dalam keluarga anak binaan, dimana sebelumnya jarang sekali terjadi komunikasi diantara anggota keluarga

satu sama lainnya. Implementasi BSFT juga secara signifikan meningkatkan kelekatan antara anak binaan dengan keluarga. Penerapan BSFT juga membantu menghilangkan perilaku maladaptif dari anak binaan.

2. S.A Darbani, P. Farokhzad, dan F. Lotfi Kashani. 2019. *The Effectiveness of Transactional Analysis (TA) Compared to Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on Verbal Contradictions, Neglect and Abuse of Couples*. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Islamic Azad University, Iran.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas transaksional analisis dan *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)* tentang konflik verbal, penelantaran dan kelakuan buruk pasangan. Teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori perilaku, *BSFT*, pernikahan, dan humanistik. Metode penelitian merupakan penelitian kuasi eksperimen dengan dua kelompok eksperimen, satu kelompok kontrol, dan desain pretest-post test serta desain tindaklanjut selama dua bulan.

Populasi penelitian yaitu 45 pasangan yang merupakan pegawai dari *Petroleum Engineering and Development Company (PEDEC)*. Data dianalisis menggunakan analisis varians desain campuran dengan pengulangan. Sesi *BSFT* diberikan kepada 30 kelompok yang terdiri dari pasangan sebanyak delapan sesi dengan durasi 90 menit.

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa *BSFT* memberikan pengaruh yang lebih banyak dibanding transaksional analisis pada aspek konflik verbal, pengabaian, dan perbuatan tercela. Efek dari terapi ini tetap dapat terlihat

bahkan pada tahap tindaklanjut. *BSFT* digunakan sebagai teknik intervensi yang efektif untuk menyelesaikannya konflik dan meningkatkan hubungan antar pasangan.

3. Dewi Fitri Rakhmania. 2015. *Brief Strategic Family Therapy* Keluarga “TT” Terhadap Interaksi Sosial “CA”. Bagian Humas dan Protokol Sekretariat Daerah Kota Cimahi. Jurnal Ilmiah Pekerjaan Sosial Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan *BSFT* dalam keluarga “TT” terhadap interaksi sosial “CA” yang terdiri dari aspek kontak sosial dan komunikasi “CA”. Subjek pada penelitian ini berjumlah satu orang remaja berusia 15 tahun. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif Desain Subjek Tunggal (*Single Subject Design*) dengan desain A-B-A-B.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori perkembangan, *BSFT*, teori anak, kenakalan remaja, keluarga, komunikasi dan interaksi sosial. Peneliti pada penelitian ini melakukan *BSFT* untuk menangani permasalahan interaksi sosial antara ayah kandung dengan subjek. Hasil penelitian setelah penerapan sesi-sesi *BSFT* yaitu terjadinya perubahan interaksi dari orangtua kepada subjek yang mengubah interaksi sosial diantara keduanya menjadi baik. *BSFT* dinilai memberikan perubahan yang signifikan atas target perilaku yang dituju.

4. Wendy K. William & Bill Weber. 2013. *The Effectiveness of Brief Strategic Family Therapy with At-Risk African American Adolescents*. *Vistas Online American Counseling Association Journal*.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas penerapan *BSFT* kepada remaja keturunan Afrika-Amerika yang memiliki perilaku mal adaptif berupa perundungan (*bullying*), kabur dari rumah, melakukan pencurian-pencurian kecil, dan tidak menaruh hormat kepada figur otoritas orang dewasa. Penelitian ini diterapkan kepada 71 partisipan dengan rentang usia 12 – 17 tahun. Partisipan ini merupakan anak-anak yang tengah ditangani atas perilaku-perilaku tersebut di sebuah pusat penanganan.

Teori yang digunakan pada penelitian ini yaitu tentang *BSFT*, interaksi keluarga, teori tentang anak, dan kenakalan remaja. Desain *pretest/posttest* digunakan untuk menguji apakah terjadi perubahan signifikan dalam pola perilaku. Ada beberapa bidang yang mengalami perubahan signifikan. Salah satu item perubahan signifikan yaitu munculnya sikap menghargai otoritas figur dewasa dari anak-anak tersebut.

Tujuan keseluruhan dari intervensi untuk mengurangi perilaku bermasalah di kalangan remaja dan remaja telah tercapai. Data menunjukkan bahwa intervensi tersebut efektif dalam membantu klien yang teridentifikasi untuk membuat perubahan positif dan bermakna dalam perilaku, gagasan, dan proses berpikir mereka. Meskipun tidak semua item mengalami perubahan yang signifikan secara statistik, beberapa item seperti disebutkan sebelumnya memang menunjukkan adanya perubahan. Hal ini didukung oleh komentar positif dari peserta dan keluarganya.

Berikut tabel perbandingan penelitian terdahulu apabila ditinjau dari beberapa aspek, yaitu:

Tabel 2. 1 Perbandingan Penelitian Terdahulu

Penulis	Tahun	Judul	Desain Penelitian	Variabel	Subjek	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Lis Nursyanti	2018	Penerapan <i>Brief Strategic Family Therapy</i> Dalam Meningkatkan Relasi Keluarga “HH” Anak Binaan di Rumah Tahanan Negara Klas I Bandung	Metode penelitian yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif dengan model eksperimen. Penelitian ini menggunakan <i>Single Subject Design (SSD)</i> dengan desain A-B-A.	Relasi Keluarga	Anak binaan Rumah Tahanan Negara Kelas I Bandung berjumlah satu orang	<i>Brief Strategic Family Therapy</i> secara signifikan meningkatkan komunikasi dalam keluarga anak binaan, dimana sebelumnya jarang sekali terjadi komunikasi diantara anggota keluarga. Implementasi BSFT juga meningkatkan kelekatan antara anak binaan dengan keluarga. Penerapan BSFT juga membantu menghilangkan perilaku maladaptif dari anak binaan.
S. A Darbani, dkk	2019	<i>The Effectiveness of Transactional Analysis (TA) Compared to Brief Strategic Family</i>	Metode penelitian merupakan penelitian kuasi eksperimen dengan	Kontradiksi Verbal, Pengabaian	30 pasangan yang bekerja di <i>Petroleum Engineering and</i>	BSFT memberikan pengaruh yang lebih banyak dibanding transaksional analisis pada

		<i>Therapy (BSFT) on Verbal Contradictions, Neglect and Abuse of Couples</i>	dua kelompok eksperimen, satu kelompok kontrol, dan desain pretest-post test serta desain tindaklanjut selama dua bulan	dan Penganiayaan	<i>Development Company.</i>	aspek konflik verbal, pengabaian, dan perbuatan tercela. Efek dari terapi ini tetap dapat terlihat bahkan pada tahap tindaklanjut.	
Dewi Rakmania	Fitri	2015	<i>Brief Strategic Family Therapy</i> Keluarga “TT” Terhadap Interaksi Sosial “CA”	Pendekatan kuantitatif Desain Subjek Tunggal (<i>Single Subject Design</i>) dengan desain A-B-A-B	Interaksi Sosial	Satu orang remaja berusia 15 tahun	Hasil penerapan <i>BSFT</i> yaitu terjadinya perubahan interaksi dari orangtua kepada subjek yang mengubah interaksi sosial diantara keduanya menjadi baik. <i>BSFT</i> dinilai memberikan perubahan yang signifikan atas target perilaku yang dituju.
Wendy K. William & Bill Weber		2013	<i>The Effectiveness of Brief Strategic Family Therapy with At-Risk African American Adolescents</i>	Menggunakan metode kuasi eksperimen <i>pre test</i> dan <i>post test</i>	Risiko	Remaja Afrika-Amerika berjumlah 71 partisipan dengan rentang usia 12 – 17 tahun	Hasil penerapan <i>BSFT</i> perubahan signifikan yaitu munculnya sikap menghargai otoritas figur dewasa dari subjek penelitian.

Berdasarkan tabel 2.1, perbandingan penelitian terdahulu dengan penelitian yang akan dilaksanakan oleh peneliti yaitu pada lokasi penelitian, dan penerapan terapi kepada subjek penelitian. Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dilaksanakan di Sentra Phalamartha Sukabumi, sebuah UPT milik Kementerian Sosial yang menyelenggarakan rehabilitasi sosial bagi PPKS salah satunya penyandang skizofrenia. Penerapan *BSFT* dilakukan kepada penyandang skizofrenia yang mengalami perilaku menarik diri (*withdrawal behaviour*).

Penerapan *BSFT* pada penelitian terdahulu belum pernah diimplementasikan kepada penyandang skizofrenia. Penerapan *BSFT* pada penelitian terdahulu lebih banyak diberikan kepada subjek anak-anak dengan permasalahan perilaku maladaptif yang terjadi diusia perkembangan anak menuju remaja atau dewasa awal. Pada penelitian ini, peneliti ingin melihat pengaruh terapi apabila diterapkan kepada orang yang mengalami kedisabilitas mental dengan melibatkan keluarga dalam penanganan perilaku maladaptif. Peneliti ingin melihat apakah terdapat pengaruh perubahan perilaku setelah implementasi terapi *BSFT* kepada penyandang skizofrenia.

Penerapan *BSFT* pada penelitian terdahulu belum mengkolaborasikan dengan teknik psikoterapi. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *working memory training* dalam membantu penyandang skizofrenia mengingat hasil terapi yang dapat diimplementasikan dalam keseharian. Penelitian menggunakan *flash card* yang dapat melatih kognisi penyandang skizofrenia menyimpan informasi dan memahami permasalahan.

Alasan peneliti menerapkan *BSFT* kepada subjek selain anak dikarenakan penelitian yang dilakukan oleh S. A Darbani, dkk pada tahun 2019 berhasil memberikan pengaruh kepada 30 pasangan menikah yang mengalami permasalahan kontradiksi verbal, penganiayaan, dan pengabaian. Berangkat dari keberhasilan penelitian ini, peneliti tertarik untuk menerapkan desain terapi kepada penyandang skizofrenia dewasa.

Penelitian terdahulu melibatkan keluarga-keluarga subjek agar berperan serta dalam pelaksanaan terapi. Terjadinya perilaku maladaptif pada subjek dapat ditelusuri di dalam keluarga sebagai salah satu sumber. Apakah keluarga memberikan dampak tertentu sehingga subjek menampilkan perilaku yang tidak diinginkan. Penerapan *BSFT* pada penelitian ini digunakan untuk mengoreksi interaksi struktur keluarga dan pemilik perilaku maladaptif. Pelibatan keluarga pada penelitian ini bertujuan agar keluarga memiliki pemahaman yang sama dengan Sentra dalam pendampingan, menghimpun dukungan, serta mempersiapkan keluarga menerima kembali penyandang skizofrenia pasca layanan rehabilitasi sosial.

Manfaat penelitian terdahulu untuk penelitian yang dilakukan dalam implementasi desain terapi yaitu:

1. Memberikan pemahaman yang mendalam tentang *BSFT-WMT*. Penelitian terdahulu telah memberikan wawasan yang mendalam tentang prinsip-prinsip, teknik, dan efektivitas *BSFT* dalam mengatasi masalah dalam keluarga dan perilaku maladaptif yang berasal dari interaksi atau perilaku antar anggota keluarga. Hal ini memberikan landasan yang kokoh bagi

peneliti untuk memahami bagaimana *BSFT-WMT* dapat diterapkan dalam konteks penyandang skizofrenia mengalami perilaku menarik diri.

2. Bukti efektivitas. Penelitian terdahulu telah menghasilkan bukti-bukti tentang efektivitas *BSFT* dalam mengurangi perilaku maladaptif, meningkatkan keterlibatan keluarga, dan mengatasi konflik keluarga yang mungkin memperburuk perilaku.
3. Penemuan penyesuaian dan modifikasi. Penelitian terdahulu telah menemukan penyesuaian atau modifikasi *BSFT* yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan individu yang memiliki perilaku maladaptif. Hal ini ditunjukkan dengan penggunaan *BSFT* kepada orang dewasa dalam penelitian S. A Darbani, dkk tahun 2019. Penelitian ini dapat memberikan wawasan berharga tentang bagaimana *BSFT* dapat disesuaikan untuk konteks ini, mempercepat proses pengembangan intervensi yang efektif.
4. Identifikasi tantangan dan peluang. Penelitian terdahulu juga telah mengidentifikasi tantangan khusus yang dihadapi dalam menerapkan *BSFT* pada individu dengan perilaku maladaptif, serta peluang untuk inovasi dan peningkatan dalam pendekatan terapeutik.
5. Mendukung pengembangan hipotesis. Hasil penelitian terdahulu dapat membantu dalam mengembangkan hipotesis penelitian yang dilakukan dan merumuskan pertanyaan penelitian yang lebih spesifik dan relevan dalam upaya untuk lebih memahami efektivitas dan mekanisme kerja *BSFT-WON* dalam mengatasi perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia.

Kebaharuan yang ditawarkan pada penelitian implementasi terapi *BSFT* ini yaitu:

1. Pengintegrasian *BSFT* dengan intervensi farmakologis. Penelitian ini mengeksplorasi efektivitas implementasi *BSFT* untuk penanganan perilaku menarik diri penyandang skizofrenia. Hal ini diasumsikan bahwa pentingnya penanganan multidimensi dalam pengobatan skizofrenia, dengan menggabungkan intervensi pekerjaan sosial dan pengobatan psikotik.
2. Penyesuaian *BSFT* untuk kebutuhan khusus. Penelitian ini juga mengeksplorasi penyesuaian *BSFT* dengan teknik *working memory training* untuk memenuhi kebutuhan khusus penyandang skizofrenia. Hal ini termasuk memerhatikan tingkat keparahan gejala, mempertimbangkan kebutuhan kognitif dan emosional yang mungkin berbeda, dan menyediakan dukungan yang sesuai untuk keluarga.
3. Pengembangan teknologi pekerjaan sosial pada profil terapi psikososial. Penyusunan desain terapi *BSFT-WMT* sebagai salah satu teknologi pekerjaan sosial yang dapat digunakan dalam menunjang pelaksanaan intervensi penanganan perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia. Melalui penelitian ini, diketahui keefektivitasan pengimplementasian *BSFT-WMT* jika dilakukan kepada orang dewasa dengan skizofrenia. Pengimplementasian juga dibantu oleh praktisi pekerja sosial sehingga membantu dalam mengevaluasi hasil intervensi lebih akurat dan objektif.

2.2 Intervensi Pekerjaan Sosial dengan Kedisabilitas Mental

2.2.1 Teori tentang Skizofrenia

2.2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah penyakit mental serius yang ditandai oleh pikiran yang tidak koheren, perilaku aneh, ucapan aneh, dan halusinasi, seperti mendengar suara (American Psychiatric Association, 2013). Skizofrenia memiliki pengobatan. Dukungan psikososial dan perawatan obat berhasil. Strategi manajemen yang efektif untuk orang dengan skizofrenia adalah fasilitasi hidup yang dibantu, perumahan yang didukung, dan pekerjaan yang didukung (WHO, 2019).

Samhsa & CBHSQ (2016:122) menyebutkan Skizofrenia adalah gangguan mental yang ditandai dengan delusi, halusinasi, atau bicara tidak teratur, yang menyebabkan tekanan signifikan dan gangguan fungsional. Gejalanya melibatkan serangkaian disfungsi kognitif, perilaku, dan emosional meskipun ada variasi besar antar individu yang mengalami gejala-gejala ini.

Skizofrenia dikaitkan dengan kecacatan yang cukup, dan dapat berdampak pada kinerja akademik dan profesional. Orang dengan skizofrenia 2 hingga 3 kali lebih mungkin meninggal daripada orang lain. Ini sering disebabkan oleh penyakit fisik, seperti infeksi, penyakit kardiovaskular, dan metabolisme. Pelanggaran hak asasi manusia, diskriminasi, dan Stigma adalah hal yang umum bagi orang yang menderita skizofrenia (WHO, 2019). Keterlibatan keluarga dengan skizofrenia sangat terkait dengan perbaikan kondisi skizofrenia.

Skizofrenia adalah penyakit yang memengaruhi otak dan menyebabkan perilaku, gerakan, pikiran, persepsi, dan emosi yang aneh dan terganggu.

Skizofrenia adalah proses yang terdiri dari banyak jenis dan memiliki berbagai gejala, mirip dengan kanker, dan tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit sendiri. Masyarakat sering salah artikan skizofrenia selama bertahun-tahun (Videbeck, 2012: 348).

Skizofrenia adalah gangguan yang mengganggu fungsi otak. Nancy Andreasen (2008) dalam *Broken Brain, The Biological Revolution in Psychiatry*, banyak faktor memengaruhi bukti terbaru tentang serangan skizofrenia. Perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan perubahan genetik adalah beberapa dari faktor-faktor ini. Melinda Herman (2008) mendefinisikan skizofrenia sebagai penyakit neurologis yang memengaruhi persepsi klien, cara berpikir, bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya (*Neurological disease that affects a person's perception, thinking, language, emosi, and social behavior*) (Yosep & Sutini, 2007).

2.2.1.2 Tanda Gejala Skizofrenia

Gejala skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif (Hawari, 2014). Gejala positif mencakup adanya waham dan halusinasi. Halusinasi yaitu pengalaman panca indra tanpa ada rangsangan atau stimulus. Kekacauan alam pikiran dan gaduh gelisah. Gejala negatif meliputi efek datar atau tumpul, menarik diri, kehilangan dorongan untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan dan kurang dapat merawat diri (Nevid et al., 2018). Simtom penarikan diri pada gejala negatif disebut juga dengan menarik diri. Perilaku menarik diri merupakan perilaku yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk memutuskan sesuatu, hilangnya kemauan, menjadi apatis, tidak menjaga kebersihan diri dan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Davison et al., 2012).

Videbeck (2012) mengatakan bahwa secara general gejala serangan skizofrenia dibagi menjadi 2 (dua), yaitu gejala positif dan negatif.

1. Gejala Positif atau Gejala Nyata

Gejala positif skizofrenia antara lain:

- 1) Halusinasi: Persepsi sensori yang salah atau pengalaman yang tidak terjadi dalam realitas.
- 2) Waham: Keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- 3) Ekopraksia: Peniruan gerakan dan gestur orang lain yang diamati klien.
- 4) *Flight of ideas*: Aliran verbalisasi yang terus-menerus saat individu melompat dari suatu topik ke topik lain dengan cepat.
- 5) Perseverasi: Terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan; pengulangan kalimat, kata, atau frasa secara verbal, dan menolak untuk mengubah topik tersebut.
- 6) Asosiasi longgar: Pikiran atau gagasan yang terpecah-pecah atau buruk.
- 7) Gagasan rujukan: Kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
- 8) Ambivalensi: Mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak kontradiktif tentang individu, peristiwa, situasi yang sama.

2. Gejala Negatif atau Gejala Samar

Gejala negatif skizofrenia antara lain:

- 1) Apati: Perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas, peristiwa.
- 2) Alogia: Kecendrungan berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit substansi makna (miskin isi).
- 3) Afek datar: Tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi atau mood.
- 4) Afek tumpul: Rentang keadaan perasaan emosional atau mood yang terbatas.
- 5) Anhedonia: Merasa tidak senang atau tidak gembira dalam menjalani hidup, aktivitas, atau hubungan.
- 6) Katatonia: imobilitas karena faktor psikologis, kadang kala ditandai oleh periode agitasi atau gembira, klien tampak tidak bergerak, seolah-olah dalam keadaan setengah sadar.
- 7) Tidak memiliki kemauan: Tidak adanya keinginan, ambisi, atau dorongan untuk bertindak atau melakukan tugas-tugas.

2.2.1.3 Tipe Skizofrenia

Videbeck (2012:349) berikut ini adalah tipe skizofrenia dari DSM-V-TR 2013.

Diagnosa ditegakkan berdasarkan gejala yang dominan:

1. Skizofrenia, tipe paranoid: ditandai dengan waham kejar (rasa menjadi korban atau dimata-matai) atau waham kebesaran, halusinasi, dan kadang-kadang keagamaan yang berlebihan (fokus waham agama), atau perilaku agresif dan bermusuhan.
2. Skizofrenia, tipe tidak terorganisasi: ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkohherensi, asosiasi longgar, dan diorganisasi perilaku yang ekstern.
3. Skizofrenia, tipe katatonik: ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrem, mutisme, gerakan volunter yang aneh, ekolalia, atau ekopraksia. Imobilitas motorik dapat terlihat berupa katalepsi (*flexibilitas cerea*) atau stupor. Aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal.
4. Skizofrenia, tipe tidak dapat dibedakan: ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku.
5. Skizofrenia, tipe residual: ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.

2.2.1.4 Kebutuhan Penyandang Skizofrenia

Kebutuhan penyandang skizofrenia dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan dan jenis gangguan mental yang mereka alami. Secara umum ada

beberapa kebutuhan yang penting untuk diperhatikan ketika memberikan dukungan kepada penyandang skizofrenia (Rompis, 2016):

1. Akses ke Layanan Kesehatan Mental
Penyandang disabilitas mental membutuhkan akses mudah dan terjangkau ke layanan kesehatan mental, termasuk diagnosa, perawatan, dan terapi yang sesuai dengan kebutuhan.
2. Dukungan Sosial
Dukungan dari keluarga, teman, dan komunitas sangat penting. Penyandang skizofrenia perlu merasa didukung dan diterima oleh lingkungannya.
3. Perawatan yang Holistik
Kebutuhan fisik, emosional, dan psikologis penyandang skizofrenia harus dipertimbangkan dalam perawatan mereka. Hal ini mencakup manajemen obat-obatan, terapi berbicara, dan perawatan fisik.
4. Pendidikan yang Inklusif
Penyandang skizofrenia berhak mendapatkan pendidikan yang sesuai dengan kemampuan mereka. pada poin ini, dapat melibatkan dukungan tambahan di sekolah reguler atau menghadiri sekolah khusus jika diperlukan.
5. Pekerjaan atau Aktivitas Penuh Makna
Banyak penyandang skizofrenia ingin memiliki pekerjaan atau aktivitas yang memberi mereka rasa pencapaian dan keterlibatan sosial. Ini bisa berarti pekerjaan berbayar, pekerjaan sukarela, atau aktivitas sehari-hari yang bermakna.
6. Manajemen Stres dan Kesejahteraan Emosional
Keterampilan untuk mengelola stres, kecemasan, dan emosi sangat penting bagi penyandang skizofrenia. Hal ini dapat mencakup teknik relaksasi, meditasi, atau dukungan dalam mengatasi krisis.
7. Pemenuhan Kebutuhan Dasar
Pemenuhan kebutuhan dasar bagi penyandang skizofrenia sama layaknya masyarakat umum yaitu makanan, pakaian, perawatan pribadi, dan keamanan. Terpenuhinya kebutuhan dasar ini merupakan langkah awal dalam mendukung kesejahteraan penyandang skizofrenia.
8. Dukungan Hukum dan Perlindungan Hak
Penyandang skizofrenia memiliki hak-hak yang dilindungi oleh undang-undang. Penting untuk memastikan bahwa hak-hak mereka dihormati dan dilindungi.
9. Pendidikan Masyarakat dan Pengurangan Stigma
Mendidik masyarakat tentang masalah kesehatan mental dan mengurangi stigma adalah komponen penting dalam memberikan dukungan kepada penyandang skizofrenia.

2.2.1.5 Masalah Penyandang Disabilitas Mental

Murni dan Astuti dalam Riyana & Kisworo (2019), menjelaskan bahwa penyandang disabilitas mental mempunyai masalah kompleks, seperti masalah kesehatan fisik dan mental, masalah mata pencaharian, pemberdayaan dan masalah relasi sosial. Riyana & Kisworo memaparkan bahwa stigmatisasi dan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas mental memberikan keterbatasan bagi ruang lingkup penyandang disabilitas mental sehingga menghambat proses penyembuhan. Dampak stigma juga dibagi menjadi dua bagian berdasarkan dampak yang dirasakan oleh penyandang disabilitas mental dan anggota keluarganya, keduanya berdampak terhadap pengobatan penyandang disabilitas mental itu sendiri, semakin tinggi stigma yang dialami, maka proses pemulihan penyandang disabilitas mental akan semakin terganggu (Riyana & Kisworo, 2019).

Masalah lain yang dihadapi oleh penyandang disabilitas mental diuraikan oleh Badra & Sukranatha (2022), yaitu :

1. Mendapatkan stigma dan diskriminasi atas kondisi mental yang dialami;
2. Terenggutnya kebebasan untuk beraktivitas di luar rumah bahkan mengalami pemasungan oleh keluarga maupun masyarakat;
3. Keterbatasan akses dan layanan kesehatan yang kurang memadai;
4. Keterbatasan dalam kemandirian;
5. Tantangan dalam merawat diri;
6. Risiko penurunan kondisi kesehatan fisik;
7. Keluarga penyandang disabilitas mental juga dapat menghadapi permasalahan seperti stres, kelelahan, dan perasaan tidak tahu bagaimana membantu anggota keluarga yang mengalami disabilitas mental.
8. Kesulitan dalam keuangan dan mencari pekerjaan;
9. Beberapa orang dengan disabilitas mental mengalami isolasi sosial karena kesulitan dalam berinteraksi sosial atau stigma yang menghalangi mereka untuk terlibat dalam aktivitas sosial;
10. Pengucilan yang dilakukan oleh lingkungan sekitar;
11. Kerentanan mengalami kekerasan seksual.

2.2.2 Teori tentang Perilaku Menarik Diri

2.2.2.1 Pengertian Perilaku Menarik Diri

Perilaku menarik diri merupakan salah satu respon menghindar dari seseorang dalam menghadapi berbagai situasi dan masalah (Muraidandini, 2018). *Withdrawal* (menarik diri) merupakan satu pola tingkah laku yang memindahkan seseorang dari penghalang atau frustrasi. Penarikan diri ini bisa menjadi suatu mekanisme pembelaan diri yang habitual, yang mencakup simptom serius berupa pengunduran atau penarikan diri dari realitas, kecanduan bahan narkotik, alkoholisme, dan seterusnya (Chaplin, 2011).

Berdasarkan sudut pandang klinis, penarikan diri dari pergaulan umumnya diklasifikasikan dalam manual diagnostik sebagai suatu gejala dari suatu kelainan besar dan bukan suatu kelainan tersendiri (García & De Paúl Ochotorena, 2016). Perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia merupakan sebuah gejala dari kondisi mental yang dialami sehingga tidak dapat dipisahkan dalam penanganannya.

Yosep & Sutini (2007:235) menjelaskan bahwa “perilaku menarik diri adalah keadaan dimana seseorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain”.

Berdasarkan penjabaran di atas, perilaku menarik diri adalah tingkah laku dimana individu menghindar atau melepaskan diri dari seseorang maupun situasi, baik perhatian atau minat terhadap lingkungan sosial secara langsung. Perilaku menarik diri dapat terjadi saat individu merasa kehilangan hubungan akrab dan

tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa, pikiran, dan kegagalan (Yosep & Sutini, 2007). Perilaku menarik diri dapat berlangsung sementara atau menetap. Adapun perilaku menarik diri yang terjadi pada penyandang skizofrenia merupakan salah satu gejala yang tertuang dalam DSM-V.

2.2.2.2 Proses Terjadinya Perilaku Menarik Diri

Yosep & Sutini (2007:236) menyebutkan perilaku menarik diri terbentuk melalui beberapa proses, yaitu:

1. *Pattern of Parenting* (Pola Asuh Keluarga)

Awal kehidupan individu dalam sebuah keluarga yang menentukan bagaimana individu tersebut terbentuk melalui interaksi dan perilaku yang ditampilkan oleh orangtua. Namun, keadaan atau kondisi tertentu dapat memengaruhi bagaimana anak diperlakukan dalam keluarga. Misalkan anak yang kelahirannya tidak diinginkan (*unwanted children*) akibat kegagalan KB, hamil di luar pernikahan, jenis kelamin yang tidak diinginkan, bentuk fisik yang kurang menawan menyebabkan keluarga mengeluarkan komentar negatif, merendahkan, dan menyalahkan anak.

2. *Ineffective Coping* (Koping Individu Tidak Efektif)

Pola asuh keluarga yang tidak sesuai dapat mengakibatkan ketidakefektifan koping anak dalam menghadapi kondisi yang tidak diinginkan. Misalkan saat individu menghadapi kegagalan menyalahkan orang lain, ketidakberdayaan, menyangkal tidak mampu menghadapi kenyataan dan menarik diri dari lingkungan, terlalu

tingginya *self ideal* dan tidak mampu menerima realitas dengan rasa syukur.

3. *Lack of Development Task* (Gangguan Tugas Perkembangan)

Ketidakefektifan coping individu, dapat berlanjut pada proses berikutnya yaitu kurang atau terganggunya tugas perkembangan. Misalkan kegagalan menjalin hubungan intim dengan sesama atau lawan jenis, tidak mampu mandiri dan menyelesaikan tugas, bekerja, bergaul, sekolah, menyebabkan ketergantungan pada orangtua, rendahnya ketahanan terhadap berbagai kegagalan.

4. *Stressor Internal and External* (Stress Internal dan Eksternal)

Tugas perkembangan yang tidak dijalankan sesuai dengan fase-fase perkembangan secara organik, akan memunculkan tekanan bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasi. Misalkan stress yang terjadi akibat ansietas yang berkepanjangan, ansietas yang terjadi akibat berpisah dengan orang terdekat, hilangnya pekerjaan, atau orang yang dicintai.

Peneliti memahami bahwa proses terjadinya perilaku menarik diri antara satu individu dan yang lain memiliki perbedaan dalam awal mula. Peneliti berasumsi perilaku menarik diri yang terjadi pada penyandang skizofrenia tidak serta merta terjadi dalam empat proses tersebut melainkan bisa saja salah satu faktornya saja namun berdampak besar. Sehingga dalam proses asesmen perlu diketahui proses mana yang terjadi terlebih dahulu pada seorang penyandang skizofrenia.

2.2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Menarik Diri

Yosep & Kartini (2007;237) menyebutkan tanda dan gejala perilaku menarik diri terdiri dari dua aspek yaitu gejala subyektif dan gejala obyektif, yaitu:

1. Gejala Subyektif
 - 1) Klien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain;
 - 2) Klien merasa tidak nyaman berada dengan orang lain;
 - 3) Respon verbal kurang dan sangat singkat;
 - 4) Klien merasa tidak berguna;
 - 5) Klien merasa ditolak;
2. Gejala Obyektif
 - 1) Klien banyak diam dan tidak mau bicara;
 - 2) Banyak berdiam diri di kamar;
 - 3) Klien menyendiri dan tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat;
 - 4) Klien tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal;
 - 5) Kontak mata kurang;
 - 6) Apatis (acuh terhadap lingkungan);
 - 7) Tidak merawat diri dan tidak membersihkan diri;
 - 8) Mengisolasi diri;
 - 9) Masukan makanan dan minuman terganggu;
 - 10) Retensi urin;
 - 11) Aktivitas menurun;
 - 12) Kurang energi (tenaga)

Berdasarkan penjabaran yang diungkapkan oleh Yosep & Sutini, sebagian besar tanda dan gejala perilaku menarik diri pada seorang individu bersifat *observable* yang artinya perilaku dapat diamati. Penyandang skizofrenia dengan perilaku menarik diri cenderung tidak melakukan perawatan diri, tidak ceria, dan melepaskan diri dari interaksi serta aktivitas sosial. Gejala pada perilaku memerlukan observasi terlebih dahulu selama satu bulan untuk menegakkan hasil asesmen tingkat keparahan perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia.

2.2.2.4 Karakteristik Perilaku Menarik Diri

Al-Mighwar (2006) menyebutkan beberapa gejala yang tampak pada individu yang mengalami perilaku menarik diri (*Withdrawal*) yaitu senang menyendiri,

apatis terhadap aktivitas sekolah, sangat sensitif dan mudah terluka, membesarkan kekurangannya sendiri, merasa khawatir terhadap dirinya sendiri, dan suka melamun pada sebagian besar waktunya. Menurut Keliat (Ariyanti: 2013), ciri-ciri individu menarik diri yaitu “perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri (mengkritik dan menyalahkan diri sendiri), gangguan hubungan sosial (menarik diri), percaya diri kurang (sukar mengambil keputusan), mencederai diri sendiri”.

García & De Paúl Ochotorena (2016) menjelaskan karakteristik perilaku menarik diri terdiri dari merasa dikecualikan, menyendiri, menghindari aktivitas sosial, mengisolasi diri, menghindari perbincangan, menyendiri saat istirahat, diam saat berada dalam kelompok, dan hanya memperhatikan sekitar.

2.2.2.5 Faktor Penyebab

Faktor-faktor yang memengaruhi proses terjadinya perilaku menarik diri yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Damaiyanti, 2012).

1. Faktor Predisposisi

1) Faktor perkembangan

Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan tidak dapat dipenuhi, akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Peran keluarga dibutuhkan untuk memberikan pengalaman dalam menjalin dengan orang lain, memberikan rasa nyaman dan menumbuhkan rasa percaya diri. Jika kurang stimulasi dari keluarga akan menimbulkan rasa ketidakpercayaan dan menimbulkan curiga pada orang lain.

2) Faktor Social Budaya

Mengasingkan diri dari lingkungan merupakan factor pendukung terjadinya gangguan hubungan. Factor lain juga karena norma-norma yang salah yang dianut oleh satu keluarga, seperti anggota tidak produktif diasingkan dari lingkungan social

3) Faktor Biologis Genetik

merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Insiden tertinggi skizofrenia ditemukan pada keluarga yang anggota keluarganya ada yang menderita skizofrenia.

4) Faktor Dalam Keluarga

Pola komunikasi dalam keluarga dapat mengantarkan seseorang dalam gangguan berhubungan, bila keluarga hanya menginformasikan hal-hal yang negatif dan mendorong anak mengembangkan harga diri rendah.

2. Faktor Presipitasi

1) Stress Sosiokultural

Stress dapat ditimbulkan oleh keluarga karena menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti, misalnya karena dirawat di rumah sakit.

2) Stress Psikologi

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang dekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi.

2.2.2.6 Dampak Perilaku Menarik Diri

Al-Mighwar (2006) menjelaskan bahwa perilaku menarik diri, juga dikenal sebagai *withdrawal*, berdampak pada pikiran, sikap, perasaan, tingkah laku, dan penyesuaian diri individu tersebut. Ada rasa tidak berharga dan tidak dibutuhkan oleh kelompoknya hingga perkembangan berikutnya. Selain itu, mempengaruhi persepsi seseorang yang berperilaku menarik diri.

Bowker, dkk (2016) menjelaskan *withdrawal* pada anak yang tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan masalah dalam cara berkomunikasi, regulasi emosi, dan pemecahan masalah. Secara keseluruhan, anak-anak yang mengalami penarikan diri berisiko mengalami kemampuan penyesuaian diri yang rendah, yang mencakup masalah sosio-emosional seperti kecemasan, rendahnya harga diri, depresi, kesulitan berinteraksi dengan teman sebaya dan kesulitan di sekolah seperti penolakan, dijadikan korban, dan kualitas pertemanan yang rendah.

2.2.3 Teori tentang Terapi Psikososial

Francis Turner dalam Citra (2020) mengungkapkan bahwa terapi psikososial adalah proses perawatan untuk memulihkan kondisi psikis korban yang mengalami masalah psikososial dilakukan oleh praktisi dengan menggunakan pendekatan psikologis, afeksi, dukungan moral dan spiritual, serta pembinaan hubungan sosial dengan tujuan mengembalikan keberfungsian sosial seseorang. Terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya dan mampu merawat diri, mampu mandiri tidak tergantung pada orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat (Mashudi, 2021). Penderita yang menjalani terapi psikososial hendaknya tetap mengkonsumsi obat psikofarmaka sebagaimana juga hanya waktu menjalani psikoterapi.

Kusmawati (2021:4) menjelaskan “terapi psikososial adalah bentuk penyembuhan untuk membantu orang (individu, keluarga dan kelompok) dalam mengubah perilaku dan situasinya. Capaian terapi yaitu perubahan dalam aspek kognitif, emotif/emosi, dan lingkungan”. Adapun peran otonomi pekerja sosial di kalangan psikoterapis didasarkan pada:

1. Teori psikososial yang berawal dari premis bahwa pemahaman yang akurat tentang manusia akan membawa tanggung jawab dan intervensi yang efektif dan membutuhkan posisi yang seimbang antara orang sebagai entitas psikologis dengan orang sebagai entitas social;
2. Bentuk praktek psikoterapeutik diantaranya:
 - 1) Mengkombinasikan pengetahuan bio-psiko-sosial tentang manusia dan perilaku social; keterampilan berhubungan dengan individu, keluarga,

kelompok dan komunitas; adanya kompetensi dalam memobilisasikan sumber yang tersedia, dalam medium relasi individu, keluarga dan kelompok.

- 2) Tujuannya adalah membantu untuk merubah kepribadian, perilaku atau situasi agar dapat berkontribusi terhadap pencapaian kepuasan, pemenuhan keberfungsian manusia dalam kerangka nilai-nilai dan tujuan orang tersebut serta tersedianya sumber-sumber dalam masyarakat.

2.2.3.1 Cognitive Remediation

Remediasi kognitif untuk skizofrenia menurut *The Cognitive Remediation Experts Workshop* tahun 2010, di Florence Italia, adalah suatu intervensi berbasis latihan perilaku bertujuan untuk memperbaiki proses kognitif (meliputi atensi, memori, fungsi eksekutif, kognisi sosial dan metakognisi) yang bersifat umum dan dapat bertahan lama (Rini et al., 2016). Wykes mengatakan perkembangan remediasi kognitif didorong oleh banyaknya penelitian mengenai pentingnya faktor kognitif terhadap fungsi sosial, peran kognitif terhadap *outcome* rehabilitasi dan keluhan dari penderita skizofrenia yang mengalami gangguan fungsi kehidupan sehari-hari akibat penurunan fungsi kognitif. (Rini et al., 2016). Berdasarkan pendapat ini, *cognitive remediation* memiliki pengaruh dalam mengatasi gejala negatif seperti perilaku menarik diri yang dialami oleh penyandang skizofrenia.

Cognitive Remediation Therapy (CRT) membantu meningkatkan kemampuan kognitif pada individu dengan gangguan kesehatan mental yang menyebabkan gangguan kognitif, seperti skizofrenia, *ADHD*, dan cedera otak traumatis (Perez, 2024). Selama sesi *CRT*, individu bekerja dengan terapis untuk menyelesaikan

latihan untuk meningkatkan kemampuan kognitif tertentu. Latihan-latihan ini bisa berbasis komputer atau kertas dan pensil dan menargetkan perhatian, memori, pemecahan masalah, dan fungsi eksekutif.

Cognitive Remediation Therapy juga mengajarkan strategi untuk mengelola gejala kognitif. Misalkan, individu dengan *ADHD* dapat belajar memecah tugas menjadi langkah-langkah yang lebih kecil dan mudah dikelola, sementara mereka yang menderita skizofrenia dapat menggunakan buku catatan memori untuk melacak informasi penting.

Perez (2024) menyebutkan “*CRT* dapat menjadi pengobatan yang bermanfaat bagi orang dengan gangguan kognitif akibat gangguan kesehatan mental”. Terapi ini dapat membantu orang meningkatkan keterampilan kognitif, keterampilan fungsional, dan kualitas hidup. Perez (2024) menjelaskan terdapat beberapa teknik dalam *CRT* yaitu:

1. *Attention Training* (Pelatihan Perhatian)

Jenis pelatihan ini membantu orang meningkatkan kemampuan untuk fokus dan mempertahankan perhatian. Teknik ini melibatkan latihan seperti mengikuti objek yang bergerak dengan mata atau menyelesaikan tugas sambil mengabaikan gangguan.

2. *Working Memory Training* (Pelatihan Memori Kerja)

Jenis pelatihan ini membantu orang meningkatkan kemampuan mereka untuk menyimpan informasi dalam pikiran dan memanipulasinya. Pelatihan ini dapat melibatkan latihan seperti mengingat daftar angka, atau mengikuti serangkaian instruksi.

3. *Problem Solving Training* (Pelatihan Pemecahan Masalah)

Jenis pelatihan ini membantu orang meningkatkan kemampuan mereka untuk memecahkan masalah. Pelatihan ini mungkin melibatkan latihan seperti mencari tahu cara untuk pergi dari satu tempat ke tempat lain, atau cara menyusun teka-teki.

4. *Executive Function Training* (Pelatihan Fungsi Eksekutif)

Jenis pelatihan ini membantu orang meningkatkan kemampuan mereka untuk merencanakan, mengatur, dan melaksanakan tugas. Pelatihan ini dapat melibatkan latihan seperti menetapkan tujuan, memecah tugas menjadi langkah-langkah yang lebih kecil, dan mengelola waktu.

5. *Visuospatial Training* (Pelatihan Visuospasial)

Pelatihan ini membantu orang meningkatkan kemampuan mereka untuk melihat dan memahami hubungan spasial antar objek. Pelatihan ini dapat melibatkan latihan seperti menggambar peta, menyusun teka-teki, atau memutar objek dalam pikiran mereka.

2.2.3.2 *Brief Strategic Family Therapy*

Terapi keluarga adalah bentuk psikoterapi terstruktur yang berupaya mengurangi tekanan dan konflik dengan meningkatkan sistem interaksi antar anggota keluarga. Terapi keluarga merupakan metode konseling yang ideal untuk membantu anggota keluarga menyesuaikan diri dengan anggota keluarga dekat yang berjuang melawan kecanduan, masalah medis, atau diagnosis kesehatan mental (Varghese et al., 2020).

Salah satu jenis dari sekian banyak terapi keluarga yaitu *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)*. *Brief Strategic Family Therapy (BSFT)* adalah pendekatan strategis yang menggunakan intervensi pragmatis, berfokus pada masalah, dan terencana (Robbins et al., 2006). Pendekatan strategis ini muncul dari fokus eksplisit pada pengembangan intervensi yang cepat dan efektif dalam menghilangkan gejala. Menurut (Robbins et al., 2006) *BSFT* memiliki pendekatan strategis yang digambarkan melalui asumsi-asumsi sebagai berikut:

1. Intervensi bersifat praktis. Artinya, intervensi disesuaikan dengan keunikan karakteristik keluarga dan kebutuhannya.
2. Intervensi berfokus pada masalah. Pendekatan yang berfokus pada masalah pertama-tama menargetkan pola-pola interaksi yang paling langsung memengaruhi penyesuaian psikososial, dan menargetkan satu masalah pada satu waktu.
3. Intervensi direncanakan dengan baik, artinya terapis menentukan apa yang tampaknya menjadi interaksi maladaptif, menentukan mana yang paling dapat diubah, dan menetapkan rencana perawatan untuk membantu keluarga mengembangkan pola interaksi yang lebih efektif. *BSFT* memiliki tiga langkah strategis yang dijelaskan menurut Lebow (2005:77) “*There are three sets of steps in BSFT: joining, diagnosing, and restructuring.*”.

Menurut Robbins, dkk (2006) menyatakan “ada tiga langkah untuk melaksanakan terapi *BSFT*, yaitu *Joining, Diagnostic, dan Restructuring*”. Penjelasan langkah-langkahnya adalah sebagai berikut:

1. *Joining*

Joining yaitu menciptakan dan membangun hubungan terapeutik di dalam keluarga. “Target dari *joining* adalah terapis dapat membentuk sistem baru, sistem terapeutik yang terdiri dari seluruh keluarga dan terapis (Robbins et al., 2006). Tahap *joining* terdiri atas dua bagian yaitu level individual dan level keluarga. Pada level individual mengharuskan peneliti membangun hubungan dengan setiap anggota keluarga. Pada level keluarga mengharuskan peneliti untuk mengenali, menghormati, dan memperhatikan pola karakter interaksi dari keluarga.

2. *Diagnostic*

Diagnostic merujuk pada identifikasi dari pola interaksi di dalam keluarga yang menjadi penyebab munculnya perilaku menarik diri pada penerima manfaat penyandang skizofrenia. Tahap ini, terdiri atas lima bagian yaitu:

1) *Organization*

Terdapat tiga aspek dalam *organization*, yaitu kepemimpinan, organisasi subsistem, dan komunikasi. Aspek kepemimpinan dilihat dari hirarki keluarga, siapa yang mengontrol perilaku dan siapa yang membimbing anggota keluarga lain. Aspek organisasi subsistem dilihat dari apakah terdapat aliansi dan triangulasi di dalam keluarga. Aliansi diartikan sebagai keterdekatan anggota keluarga yang satu dengan anggota keluarga lain karena persamaan persepsi sehingga meninggalkan atau mengucilkan anggota keluarga yang lain. Triangulasi muncul saat figur orang tua mempunyai perbedaan pendapat dan salah satu dari mereka yang

kurang mempunyai kekuasaan mulai menghindari konflik bukan menghadapi dan mencari jalan keluar atas konflik tersebut. Aspek komunikasi dilihat dari bagaimana alur komunikasi di dalam keluarga. Komunikasi yang baik dikarakteristikkan dengan komunikasi langsung daripada melalui perwakilan.

2) *Resonance*

Resonansi adalah keterhubungan salah satu anggota keluarga dengan anggota keluarga lain ataupun sebaliknya, yaitu adanya jarak diantara salah satu anggota keluarga dengan anggota keluarga yang lain. Resonansi suatu keluarga dapat dilihat dari ikatan keluarga yang tercipta. Bagaimana mereka berinteraksi dan bereaksi satu dengan yang lainnya. Keterhubungan ataupun jarak dari satu anggota keluarga dengan yang lainnya menandakan keterhubungan atau jarak secara emosi dan psikis.

3) *Developmental Stage*

Individu akan mengalami tahap perkembangan, dimulai dari masa konsepsi, bayi, anak-anak, remaja, dewasa awal, dewasa madya dan lanjut usia. Setiap tahap perkembangan tersebut melibatkan peran dan tanggung jawab yang berbeda dari anggota keluarga. Keluarga terdiri dari beberapa individu dengan tahap perkembangan yang berbeda-beda sehingga sebaiknya penyandang disabilitas mental juga berlaku sesuai dengan tahap perkembangan masing-masing agar keluarga dapat berfungsi secara baik.

4) *Identified Patienthood*

Identified patienthood dapat diartikan sebagai anggota keluarga yang ditunjuk sebagai sumber permasalahan. Sering kali penyandang disabilitas mental yang mempunyai masalah perilaku ditunjuk menjadi sumber permasalahan keluarga. Lebih mudah bagi orangtua untuk menyalahkan anak-anak. *Identified patienthood* mudah dikenali karena penyandang disabilitas mental biasanya menjadi pusat dalam diskusi keluarga.

5) *Conflict Resolution*

Conflict Resolution merupakan penyelesaian perbedaan pendapat dalam keluarga. *Conflict Resolution* merupakan sebuah tantangan tersendiri dalam menyelesaikan konflik keluarga. Keluarga dapat berusaha untuk mengelola konflik dengan lima cara yaitu: menyangkal, menghindari, mengalihkan, tanpa resolusi dan dengan resolusi. Keluarga membutuhkan banyak cara dalam menghadapi konflik agar penyelesaian masalah dapat berjalan dengan baik.

3. *Restructuring*

Target utama dalam *BSFT* adalah untuk membantu keluarga mengubah pola interaksi maladaptif yang telah ditangkap dalam proses diagnosis. Ada empat teknik dalam *restructuring*, yaitu:

1) Proses Versus Konten

Terapis diharapkan fokus pada kejadian saat ini dan bukan pada konten yang diberikan keluarga (apa yang telah terjadi di masa lalu). Terapis dapat mengajak keluarga fokus pada proses saat ini. Fokus terhadap proses dapat membuat terapis mengidentifikasi dan melakukan

restrukturisasi pola interaksi berulang yang maladaptif sehingga menyebabkan munculnya perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia. Proses menjelaskan alur stimulus dan respons antar anggota keluarga. Stimulus dan respons yang repetitif diantara anggota keluarga menjadi fokus intervensi *BSFT*. Sedangkan konten adalah apa yang dikatakan keluarga saat mereka berinteraksi. Konten merujuk pada contoh spesifik dan konkrit yang dipakai dalam komunikasi.

2) *Reframing*

Reframing merujuk pada membingkai ulang. *Reframing* adalah sudut pandang yang baru dan berbeda pada keluarga dari sudut pandang yang biasa digunakan oleh keluarga pada masa lalu. Sudut pandang atau *frame* yang baru ini akan dipakai untuk memfasilitasi perubahan, sehingga terbentuklah pola interaksi baru yang lebih adaptif pada keluarga penyandang disabilitas mental.

3) Bekerja dengan Batasan dan Aliansi

Aliansi adalah hubungan yang dijalin antar individu atau sekelompok orang agar dapat mencapai tujuan bersama dan memperoleh manfaat bersama. Keluarga ada yang membentuk hubungan aliansi untuk memastikan terjadinya perilaku yang diinginkan di dalam keluarga. Terapis perlu mengubah aliansi untuk menggeser batas-batas yang menghubungkan beberapa anggota keluarga dan anggota keluarga lain yang ditinggalkan, hal ini disebut *shifting boundaries*. Misalkan aliansi antara anak perempuan dan ibu sehingga hubungan dengan ayah menjadi

jauh, terapis dapat memberikan terapi dengan mendekatkan hubungan ayah dan anak perempuannya, sehingga aliansi antara ibu dan anak perempuannya melemah.

4) Tugas

Tugas pada tahap *restructuring* adalah tahapan yang mengajarkan keluarga untuk melakukan adaptasi. Terapis memberikan tugas dalam terapi keluarga digunakan untuk membiasakan keluarga terhadap apa yang telah dipelajari dalam terapi. Terapis memberikan tugas sebaiknya dengan memberikan contoh kongkrit pada keluarga agar keluarga dapat memahami yang dimaksud terapis.

2.2.4 Teori tentang Rekayasa Teknologi Pekerjaan Sosial

Rekayasa merupakan kata yang sering kita dengar yang sering diucapkan dalam bidang teknologi dan biologi. Rekayasa dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) sendiri dapat diartikan sebagai penerapan kaidah-kaidah ilmu dalam pelaksanaan suatu hal. Rekayasa teknologi pekerjaan sosial sendiri adalah proses membuat desain, modifikasi, pengembangan, atau menciptakan teknologi baru guna meningkatkan proses atau fungsi yang ada (Yuliani & Pujileksono, 2021).

Pekerja sosial baik itu dosen, mahasiswa maupun praktisi pekerja sosial dapat melakukan rekayasa teknologi pekerjaan sosial secara profesional yang harus dapat dipertanggungjawabkan atas pengembangan teknologi serta konsep-konsep yang menjadi landasan dilakukannya rekayasa. Teknologi yang dimaksud dalam hal ini dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu teknologi keras yang meliputi pemanfaatan TIK dalam praktik pekerjaan sosial dan teknologi lunak yang meliputi penerapan

model, metode, program, pendekatan, strategi, teknik, dan prosedur praktik pekerjaan sosial (Yuliani & Pujileksono, 2021).

2.2.4.1 Ruang Lingkup Rekayasa Teknologi Pekerjaan Sosial

Pujileksono, dkk, (2021:9) ada lima ruang lingkup dalam melakukan rekayasa teknologi pekerjaan sosial. Pertama, ruang lingkup rekayasa terapi psikososial meliputi aspek metode, jenis-jenis, dan strategi. Kedua, ruang lingkup rekayasa manajemen HSO meliputi aspek manajemen (SDM, organisasi), model, penerapan teknologi organisasi, dan prosedur pelayanan. Ketiga, ruang lingkup rekayasa manajemen perubahan komunitas meliputi aspek model, metode, pendekatan, strategi, dan program. Keempat, ruang lingkup analisis kebijakan sosial meliputi analisis evaluasi kebijakan, implementasi kebijakan, dampak kebijakan sosial, ringkasan kebijakan (*policy brief*) dan alat analisis kebijakan sosial. Kelima, ruang lingkup supervisi pekerjaan sosial meliputi aspek model, teknik, prosedur, dan perangkat supervisi. Supervisi merupakan salah satu teknologi pekerjaan sosial yang saat ini dapat dikembangkan secara elektronik melalui e-supervisi.

2.2.4.2 Proses Desain Rekayasa

Langkah-langkah rekayasa teknologi pekerjaan sosial atau disebut juga sebagai Proses Desain Rekayasa (PDR) merupakan metodologis untuk memecahkan masalah dengan menciptakan suatu yang nyata (*tangible*) dengan fungsi tertentu (Pujileksono, dkk, 2021:17). PDR memiliki beberapa model dalam melakukan rekayasa teknologi. Menurut Pujileksono, dkk (2021:17) *Science Technology Engineering Mathematic* (STEM), langkah-langkah atau proses desain rekayasanya adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah (*identify the problem*)

Perekayasa harus membaca banyak jurnal ilmiah terkait dengan teknologi pekerjaan sosial yang akan direkayasa. Perekayasa harus memperhatikan pertimbangan/pemikiran yang menyeluruh dan saksama tentang desain rekayasa yang akan dibuat. Perekayasa harus paham tentang konsep/unsur/komponen apa saja yang ada dalam model / metode / program / pendekatan / strategi / teknik yang akan direkayasa. Dalam mengidentifikasi perlu memperhatikan tata aturan dan kendala dalam penerapan model/metode selama ini.

2. Diskusi pemecahan masalah (*Brainstorm*)

Tahap diskusi diperlukan untuk menemukan ide atau gagasan dalam melakukan rekayasa teknologi. Perekayasa dapat berdiskusi dengan dosen pembimbing, teman dalam tim, praktisi pekerjaan sosial, atau ahli. Berdiskusi juga dapat meningkatkan kreatifitas dan inovasi dalam membuat suatu rekayasa teknologi pekerjaan sosial.

3. Mendesain (*Designing*)

Mendesain teknologi pekerjaan sosial dapat dilakukan dengan membuat blok diagram berupa label dan anak panah untuk mengidentifikasi mekanisme atau cara kerja desain. Pada saat mulai mendesain, perekayasa perlu membuka kembali catatan dari hasil diskusi dan review jurnal ilmiah yang berkaitan.

Perekayasa dalam mendesain perlu menampilkan konsep/unsur/komponen kunci sebelumnya yang telah diidentifikasi sebagai hal yang penting.

2. Membuat atau mewujudkan desain (*construct*)

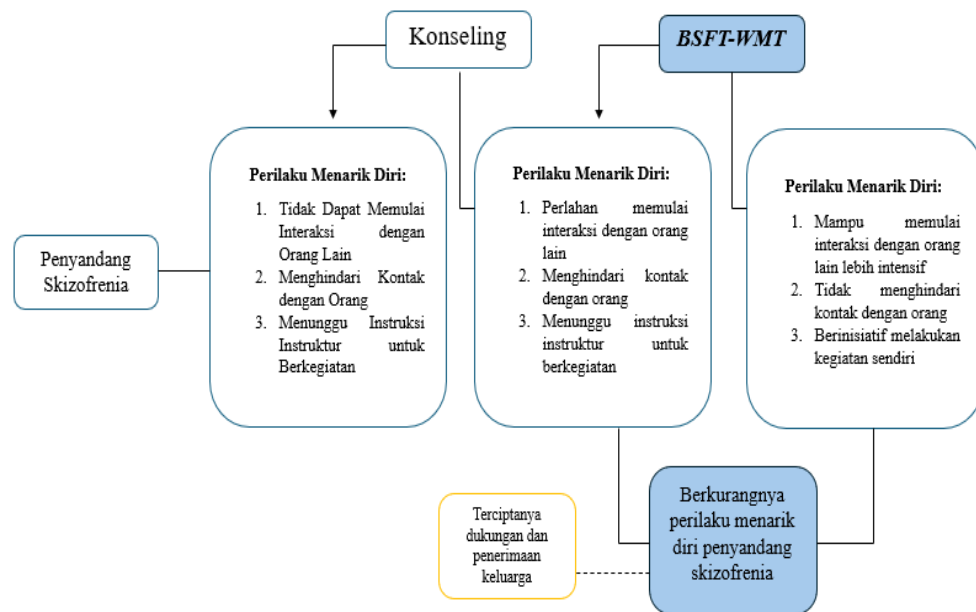
Tahap ini dimulai dengan melakukan analisis terhadap keterkaitan antar konsep/unsur/komponen yang dibuat. Pengujian perlu dilakukan setelah proses mendesain selesai untuk mencatat kekurangan, kelemahan, efektivitas dan efisiensi dari desain yang dibuat. Lakukan perbaikan pada hal yang dianggap kurang maksimal sampai tiap bagian dari desain yang anda buat optimal.

3. Berbagi Solusi

Tahap ini adalah tahapan dimana desain rekayasa yang anda buat telah diterapkan dalam praktik pekerjaan sosial. Setelah itu berarti anda telah berbagi solusi pemecahan masalah dalam praktik pekerjaan sosial.

2.3 Kerangka Pikir Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menguji penggunaan BSFT-WMT dalam mengurangi perilaku menarik diri penyandang skizofrenia di Sentra Phalamartha Sukabumi. Penelitian yang akan dilakukan menggunakan metode *Single Subject Design* (SSD) untuk melihat target perilaku (*target behavior*) dan perbedaan secara individu dari subjek yang diteliti. Perubahan perilaku yang dimaksud dalam penelitian ini adalah penurunan perilaku menarik diri penyandang skizofrenia yang menjadi penerima manfaat residensial dari sebelum diberikan intervensi hingga setelah dilakukan intervensi.



Gambar 2. 1 Kerangka Pikir Penelitian

Penyandang skizofrenia memiliki permasalahan yaitu perilaku menarik diri. Perilaku menarik diri merupakan salah satu gejala negatif penyerta kondisi skizofrenia tipe residual menurut DSM V. Perilaku menarik diri yang ditampilkan oleh penyandang skizofrenia yaitu tidak dapat memulai interaksi dengan orang lain, menghindari kontak dengan orang, dan menunggu instruksi instruktur untuk berkegiatan.

Penyandang skizofrenia menganggap bahwa perilaku menarik diri yang dialami merupakan hal yang normal. Penyandang skizofrenia perlu diberi penyadaran bahwa perilaku tersebut merupakan sebuah masalah dan perlu diatasi. Tindakan yang dapat diambil salah satunya melatih penyandang skizofrenia cara-cara berinteraksi dengan orang lain secara bertahap serta mendorong keluarga agar memulai interaksi dengan penyandang skizofrenia.

Perilaku menarik diri yang terjadi pada penyandang skizofrenia memerlukan penanganan agar penyandang skizofrenia dapat menaikkan kembali kualitas hidup dan menekan panjangnya riwayat pengobatan. Selain penanganan menggunakan obat psikotik, terapi psikososial juga diimplementasikan dalam mendukung keberhasilan rehabilitasi sosial penyandang skizofrenia. Teknologi *existing* yaitu terapi konseling telah diterapkan dalam penanganan perilaku menarik diri penyandang skizofrenia. Berdasarkan hasil asesmen peneliti, capaian yang diperoleh dari penerapan terapi konseling yaitu penyandang skizofrenia sedikit melakukan kontak mata selama kegiatan vokasional dan sedikit memberikan respon verbal selama terapi psikososial. Peneliti melihat peluang rekayasa teknologi agar perilaku menarik diri dapat dikurangi sehingga penyandang skizofrenia dapat berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

Peneliti mengkolaborasikan *BSFT* yaitu salah satu terapi keluarga dengan *working memory training* yang merupakan salah satu teknik *Cognitive Remediation Therapy*. Desain terapi ini diberi nama *BSFT-WMT*. Tujuan keluarga penyandang skizofrenia dilibatkan dalam pelaksanaan terapi yaitu untuk menemukan pola interaksi atau perilaku sumber yang mendorong terbentuknya perilaku menarik diri. Hal ini selaras dengan yang disampaikan oleh Yosep & Sutini (2007:236) bahwa pola asuh keluarga (*pattern of parenting*) turut memengaruhi terkikisnya harga diri yang berujung perilaku menarik diri pada penyandang skizofrenia.

BFST dikolaborasikan dengan *working memory training* dimana merupakan teknik melatih kognisi penyandang skizofrenia dalam menyimpan informasi serta menghadapi permasalahan terkait perilaku menarik diri. *BSFT* dapat menurunkan

perilaku menarik diri setelah diketahui sumber dan ditangani bersama keluarga. Serta, *working memory training* memudahkan penyandang skizofrenia mengingat hal-hal yang dipetik dari pelaksanaan terapi menggunakan *flash card*.

BSFT-WMT diasumsikan membawa perubahan berupa penyandang skizofrenia dapat memulai interaksi dengan orang lain, tidak menghindari kontak dengan orang, dan berinisiatif melakukan kegiatan sendiri. Salah satu tujuan implementasi terapi ini yaitu agar penyandang skizofrenia dapat merasakan dampak baik layanan rehabilitasi sosial residensial di Sentra secara maksimal, dan membantu proses penyembuhan.

Penurunan perilaku menarik diri diharapkan dapat mengembalikan atau membantu penyandang skizofrenia dalam melakukan interaksi dengan orang lain, ikutserta dalam kegiatan sekitar, dan aktif. Perilaku menarik diri yang berhasil ditekan, dapat menunjang kualitas hidup serta mengaktifkan keberfungsian sosial penyandang skizofrenia. Hasil akhir yang juga diharapkan terjadi dari implementasi desain ini yaitu meningkatnya keterlibatan keluarga, menumbuhkan dukungan, serta mempersiapkan keluarga dalam menerima kembali penyandang skizofrenia pasca layanan rehabilitasi sosial di Sentra.