

An illustration on a teal background shows three hands in shades of orange and brown placing red puzzle pieces onto a heart-shaped map. The map is composed of orange and red geometric shapes representing streets and blocks. The background has a faint, light blue grid pattern.

Wiwik Widiyawati

*Strategi Peningkatan*  
**Kemandirian Orang**  
dengan **Gangguan Jiwa**

Melalui Attitude Towards Behaviour

*Strategi Peningkatan*  
**Kemandirian Orang**  
dengan **Gangguan Jiwa**

*Melalui Attitude Towards Behaviour*

*Wiwik Widiyawati*

---

**STRATEGI PENINGKATAN KEMANDIRIAN ORANG  
DENGAN GANGGUAN JIWA MELALUI  
ATTITUDE TOWARDS BEHAVIOUR**

---

Ditulis oleh :  
**Wiwik Widiyawati**

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh  
**PT. Literasi Nusantara Abadi Grup**  
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Kav. B11 Merjosari  
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang 65144  
Telp : +6285887254603, +6285841411519  
Email: literasinusantaraofficial@gmail.com  
Web: www.penerbitlitnus.co.id  
Anggota IKAPI No. 340/JTI/2022



---

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

---

Cetakan I, Juli 2024

Perancang sampul: Noufal Fahriza  
Penata letak: Noufal Fahriza

**ISBN : 978-623-519-028-0**  
vi + 122 hlm. ; 15,5x23 cm.

©Juli 2024

An illustration at the top of the page shows two hands, one brown and one tan, holding a stylized map with orange and red geometric patterns. The background is a teal color with white grid lines.

## PRAKATA

**K**emandirian adalah salah satu aspek terpenting dalam kehidupan seseorang, termasuk bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa. Namun, mencapai kemandirian bagi individu dengan gangguan jiwa seringkali menghadapi berbagai tantangan. Gangguan jiwa dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seseorang, mulai dari kemampuan untuk menjalani aktivitas sehari-hari hingga partisipasi dalam kehidupan sosial dan pekerjaan. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang efektif untuk membantu mereka mengatasi hambatan ini dan mencapai kemandirian yang lebih baik. Salah satu pendekatan yang terbukti efektif adalah dengan fokus pada perubahan sikap atau *attitude towards behaviour*.

Sikap seseorang terhadap perilaku tertentu memainkan peran penting dalam menentukan keberhasilannya dalam menjalani berbagai program rehabilitasi dan pemulihan. Sikap ini mencerminkan keyakinan, perasaan, dan kecenderungan seseorang dalam merespon situasi tertentu. Dalam konteks rehabilitasi gangguan jiwa, sikap yang positif dapat menjadi pendorong kuat untuk berpartisipasi aktif dalam program rehabilitasi, sementara sikap yang negatif dapat menjadi penghalang yang signifikan.

Teori Perilaku Terencana yang dikembangkan oleh Icek Ajzen menjelaskan bahwa sikap terhadap perilaku adalah salah satu prediktor utama dari niat untuk melakukan perilaku tersebut. Jika seseorang percaya bahwa suatu tindakan akan membawa hasil positif dan ia menilai hasil tersebut sebagai sesuatu yang berharga, maka kemungkinan besar ia akan berniat untuk melakukan tindakan tersebut. Dalam hal ini, mengubah sikap negatif menjadi positif

adalah kunci untuk meningkatkan partisipasi dan keberhasilan dalam program rehabilitasi.

Dukungan sosial memainkan peran penting dalam mengubah sikap dan meningkatkan kemandirian. Keluarga, teman, dan komunitas dapat memberikan dorongan emosional dan bantuan praktis yang sangat dibutuhkan oleh individu dengan gangguan jiwa. Dukungan ini tidak hanya membantu dalam mengurangi perasaan isolasi, tetapi juga memberikan rasa diterima dan dihargai yang penting untuk pemulihan. Lingkungan yang mendukung dan memahami kondisi individu dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi, sehingga mereka merasa lebih percaya diri dalam berpartisipasi dalam kehidupan sosial dan pekerjaan.

Dalam buku ini, kami akan membahas secara mendalam berbagai strategi untuk meningkatkan kemandirian orang dengan gangguan jiwa melalui perubahan sikap terhadap perilaku. Kami akan mengupas teori-teori psikologis yang mendasari pentingnya sikap dalam proses rehabilitasi, serta memberikan panduan praktis untuk mengimplementasikan strategi ini dalam kehidupan sehari-hari. Melalui studi kasus dan contoh nyata, kami berharap dapat memberikan inspirasi dan motivasi bagi para pembaca, baik itu profesional kesehatan, pekerja sosial, keluarga, maupun individu yang mengalami gangguan jiwa.

Kami percaya bahwa dengan pemahaman yang lebih baik tentang sikap dan perilaku, serta penerapan strategi yang tepat, kita dapat membantu individu dengan gangguan jiwa mencapai kemandirian yang lebih besar dan menjalani kehidupan yang lebih bermakna. Buku ini adalah kontribusi kami dalam upaya bersama untuk menciptakan masyarakat yang lebih inklusif dan mendukung bagi semua individu, tanpa memandang kondisi kesehatan mental mereka. Kami berharap buku ini dapat menjadi sumber daya yang berharga dan bermanfaat bagi semua pembaca.



## DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	v

### **BAB I**

PENDAHULUAN.....	1
------------------	---

### **BAB II**

KONSEP DASAR GANGGUAN JIWA.....	11
Pengertian.....	11
Jenis Gangguan Jiwa.....	12
Tingkat dan Penyebab Timbulnya Gangguan Jiwa .....	14
Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa .....	17
Deteriorisasi Mental.....	18

### **BAB III**

KONSEP REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL.....	21
Pengertian Rehabilitasi.....	21
Jenis Rehabilitasi.....	22
Rehabilitasi Sosial Vokasional .....	25
Model Rehabilitasi Sosial Vokasional untuk Kementerian Kesehatan.....	27

### **BAB IV**

PEMBELAJARAN SOSIAL TERENCANA .....	33
Konsep Pembelajaran Sosial.....	33
Konsep Perilaku Terencana (Theory of Planned Behaviour) ...	38

## **BAB V**

<b>KEBERHASILAN REHABILITASI .....</b>	<b>51</b>
Aktivitas Fisik dan Kemadirian.....	51
Teori Kebutuhan Pelayanan dan Kesempatan.....	53
Faktor Pengaruh Keberhasilan Rehabilitasi .....	54

## **BAB VI**

<b>ANALISIS STRATEGI PENINGKATAN KEMANDIRIAN ODGJ.....</b>	<b>61</b>
Perlakuan Kajian.....	61
Karakteristik Sosio Demografi Pasien.....	63
Karakteristik Kondisi ODGJ.....	68
Karakteristik Dukungan Keluarga .....	70
Karakteristik Berdasarkan Theory Planned Behaviour .....	73
Attitude Towards Behaviour .....	75

## **BAB VII**

<b>ANALISIS ATTITUDE TOWARDS BEHAVIOUR DALAM PERKEMBANGAN KEMANDIRIAN ODGJ</b>	<b>85</b>
Dukungan Sosial Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Attitude Towards Behavior.....	87
Attitude Towards Behaviour Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peningkatan .....	88
Attitude Towards Behaviour Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan .....	90

## **BAB VIII**

<b>PENUTUP .....</b>	<b>95</b>
Daftar Pustaka .....	99
Tentang Penulis .....	121





# BAB

## PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa atau *mental health* merupakan salah satu masalah penting dalam *Sustainable Development Goal's* (SDG"s). Kesehatan jiwa kurang mendapat perhatian dalam *Milenial Development Goal's* (MDG"s), kesehatan jiwa dan penyalahgunaan zat terlarang masuk dalam salah satu poin dari SDG"s. Tujuan ke-3 dari 17 tujuan SDG"s berfokus pada kehidupan sehat dan sejahtera untuk semua kalangan dan kelompok umur (World Health Organization, 2013b).

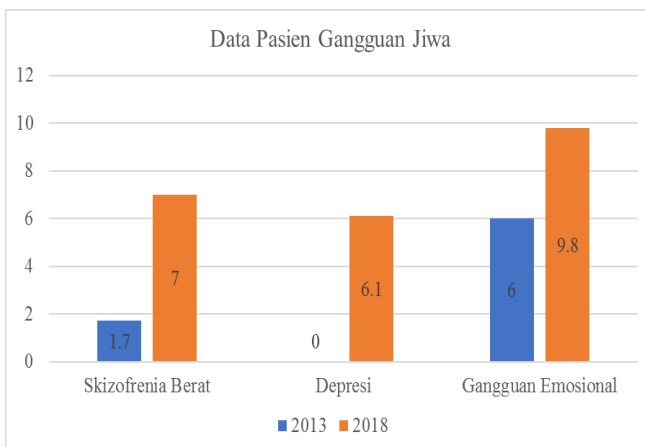
Kesehatan jiwa merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan, namun masih belum mendapatkan perhatian yang cukup dari masyarakat. Masih banyak masyarakat yang masih sangat tabu atau bahkan menganggap remeh kesehatan mental, khususnya Indonesia. Padahal kesehatan mental merupakan hal penting apalagi di zaman sosial media. Sangat aktif menggunakan sosial media sering kali dapat mengubah mood atau perilaku seseorang. Maka menjaga kesehatan bukan hanya fisiknya saja melainkan kesehatan mental juga harus dijaga, agar menjadi penyeimbang dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Seperti yang dikatakan oleh pepatah Latin yaitu "*Mens Sana In Corpore Sano*" yang berarti didalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat. Pepatah tersebut menyimpulkan, bahwa tubuh dan jiwa adalah dua hal yang saling berkesinambungan. Dua hal tersebut akan menjadi kunci dalam menjalankan aktivitas di kehidupan sehari-hari.



Akibat kurangnya masyarakat terhadap pentingnya kesehatan jiwa, hal ini menimbulkan beban kesehatan jiwa sangat besar dan akan terus bertambah besar. Diperkirakan 1 dari 4 orang pernah mengalami masalah kesehatan jiwa dan pada tahun 2030 diperkirakan depresi akan menjadi masalah kesehatan global (World Health Organization, 2013a). Tahun 2016 diperkirakan terdapat 1,1 milyar orang di seluruh dunia mengalami masalah kesehatan jiwa, jumlah tersebut mencapai 15,5% dari seluruh populasi dunia yang ada (World Health Organization, 2013a).

Kasus gangguan kesehatan jiwa tertinggi berada pada negara yang memiliki penghasilan menengah ke atas seperti negara di wilayah Amerika Utara dengan jumlah kasus mencapai angka 21,3% dan di ikuti oleh Eropa Barat yang mencapai 17,71%. Negara yang berpenghasilan menengah kebawah berada di bawah rerata dunia. Angka kasus kesehatan jiwa di region Amerika Latin sebesar 15,4% dan untuk Asia Tenggara sebesar 13,2%. Angka kasus di negara berpenghasilan menengah kebawah tidak sebanyak di negara berpenghasilan menengah ke atas, namun beban ganda yang dihadapi negara berpenghasilan menengah kebawah tentu akan bertambah besar (*Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017*).



**Gambar 1.1** Data pasien gangguan jiwa

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2013; Kementerian Kesehatan, 2018.

Jenis gangguan jiwa yang prevalensinya meningkat adalah *skizofrenia Berat* dan psikosis atau disebut dengan gangguan jiwa berat. Prevalensi mengalami peningkatan yang cukup signifikan dalam kurun waktu 2013 dan 2018. Pada tahun 2013 angka prevalensi rumah tangga yang memiliki anggota keluarga dengan *skizofrenia* di Indonesia mencapai 1,3 kasus per mil, sedangkan pada tahun 2018 prevalensinya mencapai 7 kasus per mil. (Kementerian Kesehatan, 2018). Selain Skizofrenia berat, gangguan jiwa lain juga mengalami kenaikan meskipun tidak sebesar pertumbuhan angka ODGJ berat yaitu depresi yang memiliki prevalensi 6.0 pada tahun 2018. Selain itu gangguan emosi juga mengalami kenaikan dimana hanya sebesar 6.8 pada tahun 2013 meningkat menjadi 9.0 pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan, 2018).

ODGJ berat sering terlihat adanya kemunduran yang ditandai dengan hilangnya motivasi dalam diri dan tanggung jawab, tidak mengikuti kegiatan, dan hubungan sosialnya, kemampuan mendasar yang terganggu yaitu salah satunya *Activity of Daily Living (ADL)* (Maryatun, 2015). ADL adalah aktivitas yang dilakukan sehari-hari secara normal yang mencakup *ambulasi*, makan, mandi, menyikat gigi, berpakaian, dan berhias (Munith and Nasir, 2011). Selama ini ADL yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa adalah berfokus pada ADL dasar saja namun belum mengarah ke ADL *Instrumental* yang bermanfaat untuk bekal persiapan pasien pulang ke rumah dan dapat kembali ke masyarakat dengan bekal keterampilan yang didapatkan dari Rumah Sakit Jiwa.

ADL *instrumental* adalah aktivitas dasar yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan peralatan keterampilan (penggunaan alat-alatnya), menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang supaya mampu hidup secara mandiri dan produktif. ADL *instrumental* memungkinkan ODGJ untuk dapat hidup produktif di masyarakat dengan cara menyiapkan alat – alat kerja secara mandiri dan mampu memanfaatkan skill yang dimiliki untuk hidup produktif dan tidak

bergantung pada orang lain (Dian *et al.*, 2017). Selama ini rumah sakit hanya berfokus untuk mengembalikan fungsi aktivitas dasar harian ODGJ seperti penggunaan toilet dan makan secara mandiri dan tidak berusaha mengembalikan ODGJ menjadi produktif secara mandiri. Berbagai upaya yang dilakukan oleh rumah sakit belum mampu untuk mengembalikan kemandirian instrumental pasien ODGJ (Khamida, 2017).

Data pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dalam kurun waktu 2016 sampai 2018 sebagai berikut:

**Tabel 1.1** Data pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

No	Data Pasien Rawat Inap	Th 2016	Th 2017	Th 2018	Th 2019
1	Pasien MRS	2606	2785	2867	2457
2	Baru	808	780	831	895
3	Lama / Readmisi	1798	2005	2036	2525

*Sumber: Database SIMRS*

Faktor yang dapat memperparah kondisi kesehatan mental salah satunya yaitu stigma yang menganggap pasien jiwa itu tidak berguna dan didiskriminasi baik dikeluarga maupun di masyarakat. Tingginya stigma yang negatif di masyarakat menyebabkan meningkatnya keparahan penderita kesehatan mental dan mempengaruhi proses penyembuhannya. Stigma yang ada juga dapat menyebabkan *relaps* pada penderita yang sudah selesai menjalani pengobatan (Ayuningtyas and Rayhani, 2018).

Kendala yang terjadi pada pelayanan kesehatan jiwa adalah belum terintegrasinya rehabilitasi serta masih terfokus pada pasien saja sehingga seringkali mengakibatkan terjadinya kekambuhan pada penderita. Penderita kesehatan jiwa diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama jika tidak mendapat perawatan dan rehabilitasi serta dukungan yang baik (Puspitasari, 2017). Dengan fokus yang dilakukan hanya pada pengobatan medis, pusat pelayanan kesehatan di Indonesia kurang memperhatikan aspek rehabilitasi seperti rehabilitasi sosial vokasional dan Okupasional. Hal ini berakibat

pada kurang berhasilnya proses rehabilitasi sosial vokasional dan Okupasional yang berjalan dan berdampak pada keluaran yang ada.

Terapi okupasi dan vokasional apabila dilakukan dengan baik dapat meningkatkan kemandirian pasien ODGJ berat ketika sudah kembali ke masyarakat, namun dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa kendala sehingga tidak optimal yang akhirnya berdampak pada keluaran yang dihasilkan. Penelitian yang dilakukan oleh Irawan, (2016) salah satu kendala yang sering dialami adalah tidak adanya indikator yang jelas mengenai faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari rehabilitasi okupasi yang di jalankan, baik faktor jenis terapi, durasi maupun faktor lain yang kemungkinan mempengaruhi keberhasilan terapi.

Pelaksanaan terapi okupasi dan vokasional di Indonesia juga belum optimal dimana masih banyak terdapat kendala yang melatar belakangi belum tercapainya keluaran yang diinginkan. Ada banyak hal yang menjadi penyebab terapi okupasi dan vokasional di Indonesia tidak berjalan dengan baik salah satunya adalah minimnya data yang dapat digunakan untuk mengukur efektifitas dan keberhasilan dari terapi okupasi dan vokasional yang dijalankan, selain itu rendahnya sumber daya yang ada juga melatarbelakangi kurang optimalnya terapi okupasi yang dijalankan (Tirta and Putra, 2008; Irawan, 2016). Belum standarnya pelatihan okupasi dan vokasional yang dijalankan masing-masing rumah sakit sehingga keluaran yang dihasilkan juga berbeda-beda (Tirta and Putra, 2008).

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengukur efektifitas dan mengukur pelaksanaan terapi okupasi dan vokasional adalah dengan mengukur pelaksanaan terapi dan keluaran dari terapi. Proses evaluasi pelaksanaan rehabilitasi dapat dilakukan dengan mengukur tiap – tiap fase pelaksanaan rehabilitasi / terapi. Hal ini dapat dilihat dengan menggunakan Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory / SLT) yang dikemukakan oleh Albeert Bandura 1971. Menurut Bandura, (1971) pelaksanaan belajar sosial didasarkan pada proses pengamatan yang dilakukan oleh seseorang dan kemudian

dilakukan peniruan secara berulang sehingga terbentuk sebuah perilaku. Perilaku yang dihasilkan dari pelaksanaan terapi okupasi dan vokasional yang dilakukan adalah sebuah skill yang dimiliki pasca terapi. *Skill* dievaluasi sesuai dengan indikator yang dimiliki. Keberhasilan terapi dapat dievaluasi dengan cara mengukur proses pelaksanaan pembelajaran pada proses terapi yang dapat diukur dengan melihat setiap fase pembelajaran dalam teori SLT yang dikeluarkan oleh Bandura dan *skill* dievaluasi untuk menentukan tingkat kecakapan pasien pasca terapi.

Keluaran terapi okupasi dan vokasional kurang maksimal karena tidak adanya penguatan faktor lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi seperti penguatan pada anggota keluarga. Kurangnya penguatan pada anggota keluarga membuat pasien ODGJ kurang mendapat dukungan sehingga rasa percaya diri pasien kurang. Hal ini disebabkan karena kurangnya support yang diberikan dari orang – orang disekitar sehingga pasien ODGJ gagal mandiri dan gagal kembali produktif kembali (Tirta and Putra, 2008; Irawan, 2016).

Masalah yang sama juga di dapatkan pada pelaksanaan terapi vokasional dimana terapi vokasional masih belum mendapatkan keluaran yang optimal sehingga masih banyak *ODGJ* yang belum bisa mandiri. Menurut hasil kajian yang dilakukan oleh Handajani dan Setiawati (2019) menyatakan bahwa salah satu kondisi yang paling sering terjadi menyebabkan kurang optimalnya keluaran adalah kesulitan intrapersonal yang terjadi pada pasien pasca keluar dari rehabilitasi sehingga pasien tidak bisa berbaur dilingkungan sosial, tidak bisa mandiri. Masalah lain yang sering terjadi adalah peraturan rumah sakit yang belum mendukung proses rehabilitasi seperti waktu rehabilitasi yang terlalu singkat.

Penelitian yang dilakukan Korobu, Kandou dan Tilaar (2015) menyatakan bahwa pasien yang telah mengikuti proses rehabilitasi dan tidak dikunjungi keluarga selama 42 hari maka akan dipulangkan meski belum memiliki keterampilan kerja yang cukup sehingga pasien

sulit untuk beradaptasi dengan sosial dan cenderung ditolak sama keluarga. Sampai saat ini belum ada instansi, panti atau tempat lain seperti rehabilitasi untuk memberikan pendidikan vokasional yang dapat membantu adaptasi pasien di lingkungan sosial serta membuat pasien mampu hidup mandiri dan mengatasi masalah ekonomi yang ada sehingga pasien dapat di terima oleh keluarga (Korobu, Kandou and Tilaar, Ch, 2015).

Jenis rehabilitasi psikososial dapat dilakukan dalam bentuk pendidikan keterampilan sangat penting dilakukan agar ODGJ berat bisa kembali ke masyarakat dengan membawa bekal keterampilan yang baik. Ketika penderita ODGJ berat mendapat keterampilan yang cukup dia akan percaya diri untuk kembali ke masyarakat dan memulai hidup mandiri bahkan dapat kembali produktif dalam memenuhi kebutuhan ekonominya.

Penelitian yang dilakukan Rahayu (2016) menunjukkan bahwa semua responden yang ada menunjukkan sikap antusiasme yang tinggi dan merasa rehabilitasi psikososial yang dijalani sangat bermanfaat dan membantu pasien ODGJ berat mendapat ilmu baru, semangat, memperbaiki diri dan mengisi waktu kosong mereka sehingga bisa mengurangi stres dan meminimalisir terjadinya kekambuhan. Rehabilitasi juga dapat memberikan mereka rencana masa depan terkait pekerjaan apa yang akan mereka lakukan setelah selesai mengikuti rehabilitasi (Rahayu, Daulima and Wardhani, 2016).

Pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional selain dipengaruhi oleh kondisi rehabilitasi, juga dipengaruhi oleh ODGJ sendiri. Hal ini menjadikan sikap dan keinginan ODGJ sangat penting terhadap proses rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan pada pasien. Salah satu kondisi yang dialami oleh ODGJ adalah gangguan mood yang sering berubah. Hal ini berakibat pada pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan sehingga keluaran yang didapatkan ODGJ saat rehabilitasi sosial vokasional tidak maksimal (Anggraini, 2017).

Cara yang dapat digunakan untuk mengukur niat dan sikap dari ODGJ adalah dengan menggunakan *Theory Planned Behavior*

(TPB). Dalam TPB niat dipengaruhi oleh 3 komponen utama yaitu *perceived behavior* (persepsi ODGJ terhadap mudah atau tidaknya rehabilitasi yang akan diikuti), *subjective norm* (ada atau tidaknya dukungan orang disekitar responden untuk mengikuti rehabilitasi) dan *attitude towards behavior* (sikap responden terhadap rehabilitasi) (Ajzen, 1991). Dengan ketiga komponen yang positif maka akan menyebabkan responden memiliki niat baik dan berakibat pada tercapainya luaran rehabilitasi sosial vokasional yang diikuti oleh responden.

Proses rehabilitasi yang ada di Indonesia masih berfokus pada rehabilitasi medis dan kurang memperhatikan aspek rehabilitasi psikososial yang salah satunya adalah rehabilitasi sosial vokasional. Kondisi yang ada mengakibatkan kegagalan adaptasi pasien ketika selesai menjalani fase pengobatan dan kembali ke masyarakat sehingga pasien tidak bisa beradaptasi dan seringkali mengakibatkan kekambuhan. Apabila rumah sakit menyediakan rehabilitasi okupasional dan terapi sosial vokasional, seringkali tidak ada *follow up* dan hanya memberikan pelatihan kerja saja sehingga pasien ketika keluar dari pusat rehabilitasi tidak dapat beradaptasi dengan baik di masyarakat.

Selain itu proses pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional belum dilakukan penilaian proses terhadap ODGJ yang menjadi peserta. Proses penyerapan keterampilan yang dilakukan oleh ODGJ masih belum maksimal. Salah satu proses belajar yang dapat diaplikasikan adalah proses belajar sosial. Proses belajar sosial adalah proses pembelajaran yang tercipta ketika seseorang mengamati dan meniru perilaku orang lain dengan cara memperhatikan kejadian-kejadian di lingkungan sekitar (Tarsono, 2018). Proses belajar sosial meliputi proses perhatian, pengingatan, peniruan dan motivasi oleh ODGJ selama proses rehabilitasi sosial vokasional berlangsung yang didukung oleh motivasi. Apabila proses belajar sosial dilakukan dengan baik maka proses penyerapan keterampilan akan berjalan



maksimal dan menyebabkan ODGJ memiliki bekal yang cukup untuk bersaing sebagai tenaga kerja umum.

Mengingat berbagai data dan kondisi yang ada maka peneliti ingin menyusun model terkait rehabilitasi sosial vokasional dalam rangka menyiapkan penderita gangguan kejiwaan yang telah melewati rehabilitasi medis agar memiliki kemampuan dan bekal yang cukup untuk kembali ke kehidupan sosial atau bermasyarakat serta kembali produktif untuk memenuhi kebutuhan ekonomi secara mandiri dengan meminimalisir kekambuhan yang terjadi di masa mendatang.





# BAB

## KONSEP DASAR GANGGUAN JIWA

### Pengertian

Menurut World Health Organization (2014) Kesehatan Jiwa adalah keadaan sejahtera yang dimiliki seseorang sehingga mampu untuk mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki, mengatasi masalah masalah yang dihadapi secara mandiri, mampu bekerja secara produktif serta mampu untuk berkontribusi pada masyarakat (World Health Organization, 2014). Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan dalam Permenkes No 57 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasangan pada yaitu “kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya” (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Orang yang tidak mampu mengendalikan diri dan lingkungan akan menyebabkan timbulnya masalah pada kejiwaannya sehingga dapat menderita gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah individu yang memiliki perilaku dengan gejala penderitaan dan pelemahan satu atau lebih dari fungsi penting pada manusia seperti psikologis, biologis dimana dari gangguan perilaku yang timbul mempengaruhi

hubungan antara individu tersebut dengan lingkungan sekitar (Maramis, 2010). Gangguan jiwa juga dapat diartikan terganggunya proses kognitif dan konseptual sehingga tidak memungkinkan untuk seseorang mempersepsikan suatu hal sama dengan orang lain serta terganggunya penyelesaian masalah yang rasional (Oltmanns and Emery, 2013).

menurut Kementerian Kesehatan dalam Permenkes No 57 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan pada yaitu “orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia” (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

## Jenis Gangguan Jiwa

Menurut Kamal (2010), gangguan jiwa dapat dikelompokkan kedalam jenis, yaitu:

1. Stress

Stress adalah suatu kondisi dimana tubuh mengalami gangguan secara psikologis yang disebabkan oleh berbagai hal seperti stres, frustrasi, pekerjaan yang berlebihan, rasa duka cita, dll.

2. Psikosis

Psikosis adalah gangguan pada individu yang terjadi akibat kegagalan seseorang dalam menilai sebuah realita dengan fantasi yang dibayangkan. Namun ada juga yang menyebutkan psikosis sebagai waham atau halusinasi. Ada beberapa gejala yang timbul pada penderita psikosis yaitu seperti cara bicara dan tingkah laku yang kacau, gangguan daya nilai yang berat. Secara umum psikosis dapat diartikan sebagai kumpulan gejala yang mengganggu fungsi dari mental seseorang, respon, perasaan, komunikasi serta hubungan intra personal antara seseorang dengan lingkungan di sekitarnya.

### 3. Psikopat

Psikopat dapat juga diartikan sebagai sosiaopat, hal ini karena orang yang psikopat juga cenderung anti sosial dan dapat merugikan orang lain di sekitarnya. Perbedaan orang gila dengan psikopat yaitu pada tingkat kesadaran ketika melakukan suatu hal, orang psikopat secara penuh sadar terhadap apa yang diperbuat.

### 4. Skizofrenia

*Skizofrenia* adalah penyakit yang menyerang otak sehingga menyebabkan ketidak seimbangan antara hormone dopamin. *Skizofrenia* adalah salah satu jenis gangguan jiwa yang paling umum di jumpai. *Skizofrenia* memiliki ciri – ciri yaitu hilangnya respon emosional dan cenderung menarik diri dari hubungan intra personal apabila dibandingkan dengan orang normal lainnya. Selain itu, *skizofrenia* juga seringkali diikuti dengan delusi dan halusinasi. Menurut PPDGJ III, skizofrenia diklasifikasikan kedalam beberapa jenis, yaitu:

- a. Skizofrenia Paranoid (F20.0):Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Mengalami halusinasi dan atau waham yang menonjol seperti halusinasi yang mengancam dan memberi perintah, halusinasi pengindraan atau bersifat seksual atau lainnya, waham dapat berupa hampir setiap jenis tetapi dapat dikendalikan. Mengalami gangguan afektif.
- b. Skizofrenia Hebefrenik (F20.1):Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Menunjukkan ciri khas (pemalu dan solitary). Diperlukan pengamatan selama 2-3 bulan terhadap gejala. Afek pasien dangkal dan tidak wajar di ikuti dengan giggling atau self satisfied, self-absorbed smiling, lofty manner, grimaces, mannerism, hipokondriakal, reiterated phrases, pembicaraan rambling dan inkoheren. Mengalami gangguan afektif dan dorongan kehendak.
- c. Skizofrenia Katakoni (F20.2):Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Perilaku di dominasi oleh stupor,

- gaduh gelisah, menampilkan posisi tertentu, negativism, rigiditas, waxy flexibility, command automatism.
- d. Skizofrenia Tak Terinci (undifferentiated) (F20.3):Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia. Tidak memenuhi kriteria skizofrenia paranoid, bebefrenik atau katakonik. Tidak memenuhi kriteria skizofrenia residual atau depresi pasca skizofrenia.
  - e. Skizofrenia Depresi Pasca-Skizofrenia (F20.4):pasien mengalami skizofrenia selama 12 bulan terakhir, gejala skizofrenia masih ada, gejala – gejala depresif menonjol dan mengganggu.
  - f. Skizofrenia Residual (F20.5):Mengalami gejala negatif dari skizofrenia yang menonjol. Memiliki rsatu riwayat episode psikotik di maa lampau, tidak terdapat dementia atau penyakit gangguan otak lain.
  - g. Skizofrenia Simpleks (F20.6):gejala negatif yang khas dari skizofrenia residual tanpa didahului halusinasi, waham atau episode psikotik dan disertai perubahan perilaku yang bermakna.
  - h. Skizofrenia Lainnya (F20.8)
  - i. Skizofrenia YTT (F20.9)

## Tingkat dan Penyebab Timbulnya Gangguan Jiwa

Davison dan Neale, (2006) membagi tingkatan gangguan jiwa kedalam dua tingkatan, yaitu:

1. Gangguan jiwa berat (psikosis) yaitu merupakan salah satu bentuk dari gangguan jiwa dimana pada tingkat ini orang mengalami ketidakmampuan dalam berkomunikasi atau tidak mampu mengenali realitas yang menyebabkan timbulnya kesulitan dalam kehidupan sehari – hari. Salah satu gejala dari gangguan jiwa ini adalah gangguan persepsi dimana orang tersebut mengalami

gangguan dalam mempersepsikan diri sendiri terhadap suatu hal yang terjadi. Secara umum psikosis di bagi kedalam dua jenis yaitu psikosis organik (kelainan pada otak) dan psikosis fungsion (tidak terdapat kelainan pada otak).

2. Gangguan jiwa ringan (Neurosa) yaitu salah satu gangguan kejiwaan yang terjadi pada individu sehingga menyebabkan seseorang secara tidak sadar memiliki perilaku yang tidak semestinya yang diakibatkan oleh banyaknya tekanan yang terjadi secara terus menerus seperti konflik yang terjadi. Neurosa memiliki beberapa gejala seperti kecemasan, phobia, histeris. Neurosa secara umum dapat di disebut sebagai perilaku maladaptive yang terjadi karena adanya beberapa faktor mendasar seperti tekanan sosial, frustasi yang berlangsung sejak lama, dll.

Menurut Santrock, (1999) penyebab gangguan jiwa secara umum dapat dibagi kedalam 2 penyebab, yaitu:

1. Penyebab Jasmaniah (biologis)

- a. Keturunan

Keturunan memiliki peran yang sampai saat ini dianggap sebagai penyebab yang belum jelas dalam menyebabkan timbulnya gangguan jiwa pada seseorang, namun ketika seseorang tumbuh dalam keadaan lingkungan kejiwaan yang tidak sehat dapat mendukung kejadian tersebut.

- b. Jasmaniah

Salah satu penyebab timbulnya gangguan jiwa pada seseorang adalah kondisi jasmaniah yang dapat mendorong timbulnya gangguan jiwa. Kondisi tubuh seseorang seperti kegemukan yang cenderung dapat menimbulkan psikosa maniac depresif sedangkan pada orang yang kurus cenderung untuk mengalami skizofrenia.



c. Temperamen

Individu yang memiliki rasa yang terlalu sensitive terhadap suatu keadaan akan cenderung memiliki masalah gangguan kejiwaan. Orang yang memiliki temperamen tinggi mempunyai rasa sensitive pada keadaan yang ada.

d. Penyakit dan cedera tubuh

Penyakit – penyakit berat serta cedera pada tubuh yang menimbulkan dampak yang berat seperti kematian dan kecatatan (penyakit kanker, cedera akibat kecelakaan,dll) akan menyebabkan tekanan yang akan menyebabkan rasa rendah diri dan akhirnya akan menimbulkan gangguan jiwa.

2. Penyebab Psikologis

Selama perkembangan dan pertumbuhan seseorang mulai dari fase bayi sampai dewasa dapat mengalami berbagai pengalaman yang dapat menyebabkan frustrasi, kegagalan dan keberhasilan yang dialami. Dari 7 tahap dalam perkembangan manusia terutama pada fase bayi sampai remaja, perkembangan yang ada sangat dipengaruhi oleh lingkungan keluarga dan lingkungan sosial. Ketika seseorang tumbuh di lingkungan yang tidak baik maka akan membuat individu tersebut mengalami kelainan secara psikologis dan hidup dengan rasa tertekan sehingga apabila dibiarkan dapat menjadi penyebab timbulnya gangguan jiwa.

3. Faktor sosial dan budaya

Faktor sosial dan budaya bukan menjadi faktor penyebab langsung dari timbulnya gangguan jiwa, namun faktor sosial dan budaya dapat mempengaruhi perkembangan individu melalui aturan atau kebiasaan yang ada di masyarakat. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah cara membesarkan anak,. Selain itu sistem nilai yang berkembang di masyarakat yang berkaitan dengan moral dan etika yang ada dapat menjadi salah satu faktor dari timbulnya gangguan jiwa. Ketidak mampuan seseorang

dalam beradaptasi dengan moral dan etika di masyarakat, tempat kerja atau di sekolah akan menyebabkan tekanan .

Kepincangan antara keinginan dan kenyataan yang ada yang terjadipada individu juga merupakan salah satu faktor penyebab timbulnya gangguan jiwa akibat rasa kecewa yang timbul akibat apa yang diharapkan tidak dapat dimiliki. Salah satu faktor lain yang menyebabkan timbulnya ini adalah akibat faktor ekonomi dan kemajuan teknologi yang ada.

## Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Menurut Yosep, (2007) Tanda dan gejala dari gangguan jiwa yaitu:

1. Ketegangan yaitu sebuah perasaan putus asa yang di tunjukkan dengan ekspresi murung, gelisah, cemas, melakukan suatu hal dalam keadaan terpaksa, histeris, selalu berpikiran buruk, takut dan tidak mampu mencapai tujuan yang ada.
2. Gangguan kognisi pada persepsi, gejala ini ditandai dengan seringnya timbul prasangka pada sesuatu akibat ada bisikan yang memerintahkan dia untuk melakukan sesuatu (halusinasi).
3. Gangguan kemauan yaitu keadaan dimana seseorang memiliki kemauan yang lemah dan sulit untuk dapat memutuskan suatu hal atau tingkah laku seperti hilangnya kemauan untuk merawat diri.
4. Gangguan emosi yaitu keadaan dimana seseorang merasa senang dan gembira yang berlebihan, tetapi dilain waktu juga merasakan rasa sedih yang teramat dalam, menangis, merasa tak berdaya.

Gangguan psikomotor (hiperaktivitas) yaitu perilaku yang ditandai dengan tingginya pergerakan atau perilaku dari individu, melakukan sesuatu tanpa diperintah dan menentang apa yang diperintah, diam lama tidak bergerak atau melakukan pergerakan yang aneh.

## Deteriorisasi Mental

Deteriorasi, menurut definisi dari Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), berarti kemunduran. Penjelasan sisinya menyebutkan juga makna deteriorasi mental yang berarti kemunduran mental. deteriorasi adalah kemunduran mental yang cukup serius, yang meliputi perilaku apatis, abai diri, tidak peduli akan kondisi badan dan fisik, bisa berupa stupor katatonik (perilaku diam yang ekstrim) dan ini yang paling parah, penderita menjadi sering menyendiri dan tidak mau lagi bergaul dan bersosialisasi dengan teman teman dan lingkungannya. Dalam kondisi parah, penderita menjadi tidak peduli lagi akan kondisi dirinya dan kondisi badannya dan menjadi “terganggu” dengan kondisi lingkungannya. Apabila ada kondisi deteriorasi mental, maka akan terjadi kelemahan mental yang sedikit demi sedikit terus bertambah dan sering disertai kemerosotan penilaian moral dan kontrol dirinya mulai berkurang (Semiu, 2006).

Dalam kondisi tertentu, penderita menjadi “asing” dengan dirinya sendiri, tidak bisa berbuat apa apa, tidak bisa melakukan pekerjaan yang dasar dan sederhana, sulit melakukan interaksi dan komunikasi dengan orang lain, menjadi sangat pendiam dan merasa tidak nyaman dengan kondisi sekitarnya. Para penderita gangguan skizofrenia yang mengalami deteriorasi mental ini biasanya memang sudah dalam taraf sulit untuk membedakan antara delusi dan kenyataan yang sebenarnya terjadi. Oleh karena itu tilik diri dan pemahaman diri akan gangguan yang sedang dialami oleh penderita skizofrenia biasanya sangat minim dan penderita biasanya tidak mengetahui yang sebenarnya bahwa dirinya sebenarnya sedang menderita sebuah gangguan mental yang kronis. Ciri ciri utama yang paling terlihat dari gejala deteriorasi adalah penderita menjadi apatis, abai terhadap kondisi dirinya dan lingkungannya, melakukan hal hal yang aneh dan diluar kewajaran dan hidupnya menjadi sangat tergantung terhadap orang lain atau caregiver (pelaku rawat). Penderita menjadi sangat

pemurung atau malah menjadi sangat sensitif dan pemarah (mudah tersinggung) (Semiun, 2006).





# BAB

## III

# KONSEP REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL

## Pengertian Rehabilitasi

Rehabilitasi bersala dari kata *re* yaitu kembali dan *habilitasi* adalah kemampuan jadi memiliki arti mengembalikan kemampuan, rehabilitasi juga sama artinya dengan pemulihan, penyembuhan, pembenahan, pembaharuan dan pemugaran kembali. Rehabilitasi adalah segala tindakan fisik, penyesuaian psikososial dan latihan vokasional sebagai usaha untuk memperoleh fungsi dan penyesuaian diri secara optimal serta mempersiapkan penderita gangguan jiwa secara fisik, mental, sosial dan vokasionalutnk suatu kehidupan penuh sesuai dengan kemampuannya.

Rehabilitasi menurut Kementerian Sosial, (2016) adalah suatu proses refungsional dan pengembangan untuk memungkinkan penderita cacat mampu melakukan fungsi-fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat (Kementerian Sosial, 2016).

Rehabilitasi adalah segala upaya baik dalam bidang kesehatan, kejiwaan, sosial, pendidikan, ekonomi maupun bidang lainnya yang dikoordinir menjadi keberlanjutan proses yang bertujuan untuk memulihkan tenaga penderita cacat baik jasmani maupun rohani untuk menduduki kembali tempat dimasyarakat sebagai anggota

penyakit yang swasembada, produktif dan berguna bagi masyarakat (Naibaho, Krisnani and H., 2017)

Rehabilitasi menurut Waddell & Burton (2006) merupakan identifikasi dan penyelesaian masalah terkait masalah kesehatan, pekerjaan, hambatan personal, psikologis maupun sosial (Waddell and Burton, 2006).

Menurut Leavell dan Clark (1958), dari sudut pandang kesehatan masyarakat pencegahan penyakit terbagi menjadi 5 tahapan yang sering disebut *5 Level Of Prevention*. Adapun *Five Level Of Prevention* tersebut adalah:

1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)
2. *Specific Protection* (Perlindungan Khusus)
3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis Dini dan Pengobatan yang Cepat dan Tepat)
4. *Disability Limitation* (Pembatasan Kecacatan)
5. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

*Five Level Of Prevention* merupakan tahapan pemulihan yang ditujukan untuk penyembuhan kelompok masyarakat sehingga diharapkan benar-benar pulih dari sakit dan dapat beraktivitas normal kembali. Jika suatu penyakit sampai menimbulkan kecacatan, maka tahapan rehabilitasi ini sangat penting karena menentukan hidupnya kedepannya nanti. Pentingnya pemahaman, pengertian, kesadaran seseorang yang cacat untuk melakukan latihan sesuai yang dianjurkan. Perlu adanya rehabilitasi pasien yang mengalami kecacatan agar pasien dapat mengatasi rasa malu, menumbuhkan rasa percaya diri, dapat hidup mandiri dengan keahlian yang dimiliki dan dapat kembali hidup normal dalam kehidupan bermasyarakat.

## Jenis Rehabilitasi

1. Rehabilitasi fisik

Agar memperoleh perbaikan fisik semaksimal mungkin.



## 2. Rehabiltasi mental

Agar dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan, karena sering kali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula gangguan mental.

## 3. Rehabilitasi sosial vokasional

Agar penderita menempati suatu pekerjaan atau jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.

## 4. Rehabilitasi *aesthetis*

Perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan walaupun kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikendalikan, misalnya penggunaan mata palsu.

Usaha mengembalikan ODGJ beratkedalam masyarakat, memerlukan bantuan dari segenap anggota masyarakat untuk mengerti dan memahami keadaan mereka (fisik, mental dan kemampuannya) sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian diri dalam masyarakat. Sikap yang diharapkan dari warga masyarakat adalah sesuai dengan falsafah pancasila yang berdasarkan unsur kemanusiaan. Rehabilitasi ODGJ berat memerlukan bantuan dari setiap warga masyarakat bukan hanya berdasarkan belas kasihan semata, melainkan juga berdasarkan hak asasi sebagai manusia. Bila seseorang jatuh sakit, dengan pengobatan akan terjadi tiga kemungkinan, yaitu:

1. Sembuh sempurna
2. Sembuh dengan cacat
3. Tidak sembuh lagi (meninggal)

Karakteristik ODGJ berat secara umum ditandai adanya permasalahan fungsi kerja yang buruk, dengan rata-rata persaingan kerja antara 10-20% (Marwaha and Johnson, 2004) dan variasi jenis pekerjaan kurang dari 50%. Hasil studi menunjukkan menurunnya fungsi kerja dalam waktu lama pada saat sebelum sakit mempunyai proporsi signifikan pada ODGJ berat. Penurunan ini mulai tampak

sejak 6-18 bulan sebelum episode pertama ODGJ berat. Rata-rata pasien tidak bekerja cukup tinggi dan mempunyai implikasi penting serta berpengaruh kepada pasien, keluarga, dan sosialnya. Dari perspektif ODGJ berat, tingginya biaya tersebut berhubungan dengan kondisi tidak bekerja, kemiskinan, dan kerentanan untuk menjadi korban penipuan (Goodman, Salyers and Mueser, 2001). Kondisi tidak bekerja adalah bukti hilangnya produktivitas dan hilangnya penghasilan tambahan. Hilangnya produktivitas akibat biaya ekonomi dan sosial menempatkan *skizofrenia* diantara 10 penyebab tertinggi *disabilitas*. Pasien gangguan mental, terutama *skizofrenia* mengalami hendaya dalam melakukan pekerjaan sebagai akibat stigma dari masyarakat sehingga produktivitas bekerja menurun dan adanya isolasi sosial (Mueser, Becker and R, 2001). Manfaat klinis bekerja mempunyai kepastian yang nyata seperti pepatah lama mengatakan bahwa “*work is good therapy*”

Dua model rahabilitasi sosial vokasional muncul dalam beberapa tahun terakhir (Bhugra, 2001) yaitu:

1. Program pelatihan prevokasional, pasien menjalani suatu fase persiapan, dan kadang-kadang fase transisi kerja. Tujuan program yaitu membiasakan ODGJ berat untuk bekerja dan mengembangkan keterampilan agar dapat berkompetisi nantinya. Pendekatan melalui cara tradisional yaitu *sheltered workshop* (lokakarya terlindung) dan versi „*clubhouse*”.
2. Program dukungan kerja yaitu membantu menempatkan pasien secara cepat, tepat pada kerja kompetitif yang memungkinkan, melalui latihan dan dukungan *job coaches* (pelatih kerja) dalam setting kerja nyata tanpa fase persiapan prevokasional yang lama. Penyediaan layanan biasanya disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan dan situasi kerja pasien.

## Rehabilitasi Sosial Vokasional

Rehabilitasi Sosial Vokasional merupakan salah satu dari rangkaian rehabilitasi yang secara berkesinambungan dan terkoordinir dengan baik melaksanakan suatu kegiatan berupa bimbingan vokasional, latihan kerja dan penempatan selektif yang diadakan terhadap pasien disabilitas agar mendapatkan pekerjaan yang layak. Dalam prakteknya rehabilitasi sosial vokasional menggunakan 2 metode, dimana keduanya bertujuan untuk memperbaiki prestasi kerja pasien. Banyak bukti menunjukkan adanya keefektifan hasil dari metode dukungan kerja, sedangkan rehabilitasi sosial vokasional dengan pola pendekatan tradisional lambat laun ditinggalkan. Sedikit negara yang melakukan metode ini karena sulitnya rekomendasi kerjasama dengan perusahaan swasta maupun penjaminan biaya layanan dukungan kerja melalui asuransi pasien (Handajani and Setiawati, 2019).

### 1. Manfaat Rehabilitasi Sosial Vokasional

Manfaat klinis bekerja mempunyai kepastian yang nyata seperti pepatah lama mengatakan bahwa “*work is good therapy*”. Dengan adanya rehabilitasi sosial vokasional akan memperbaiki Jenis ODGJ berat. Hasil studi menunjukkan menurunnya fungsi kerja dalam waktu lama pada saat sebelum sakit mempunyai proporsi signifikan pada ODGJ berat. Rata-rata pasien yang tidak bekerja cukup tinggi dan mempunyai implikasi penting yang berpengaruh kepada pasien, keluarga, dan sosialnya (Gary and Booth, 1999).

### 2. Tahapan Rehabilitasi Sosial Vokasional

Menurut Becker, (2008) tahapan rehabilitasi sosial vokasional meliputi beberapa tahap di bawah ini, yaitu:

- a. Menetapkan kelayakan pasien: pasien diminta untuk menceritakan latar belakang dan riwayat keterampilan maupun pekerjaan yang dimiliki sebelumnya. Selain itu pasien juga diminta untuk menceritakan hambatan yang

pernah dialami. Bagi pasien yang belum pernah bekerja bisa melakukan diskusi dengan teman maupun diskusi dengan petugas yang ada.

- b. Konseling untuk persiapan: Pemberian informasi secara jelas kepada pasien dan keluarga mengenai perencanaan bagi pasien, manfaat, resiko bekerja sehingga dapat menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan.
- c. Pelaksanaan rehabilitasi terintegrasi antara tata laksana klinis dengan rencana rehabilitasi sosial vokasional: komunikasi yang baik adalah kunci untuk menyiapkan layanan yang lancar. Disini praktisi ketenagakerjaan bergabung dengan tim perawatan dan berpartisipasi dalam pertemuan secara regular untuk mengkoordinasi layanan, memberikan informasi tentang bagaimana pasien mengelola sakitnya, membantu menentukan jenis dan setting pekerjaan yang mendukung kesembuhan, menginformasikan bagaimana fungsi seseorang di tempat kerja, sehingga pasien dapat menentukan keputusan penatalaksanaan.
- d. Evaluasi pelaksanaan rehabilitasi sesuai tujuan untuk mengembalikan produktifitas pasien: Praktisi ketenagakerjaan membantu pasien dalam menemukan kompetitif kerja yang terintegrasi dalam setting kerja regular.
- e. Dukungan secara berkesinambungan: Dukungan individual yang diberikan jaringan terhadap pasien berjalan secara berkelanjutan untuk satu periode waktu sesuai kebutuhan individual. Treatment team membantu mengenalkan dukungan untuk memulai suatu pekerjaan, melakukan pekerjaan secara bertahap, mengenalkan masalah pekerjaan dan cara mengakhiri suatu pekerjaan.
- f. Pilihan pasien merupakan salah satu aspek yang penting: semua aspek dukungan kerja adalah bersifat individual. Keputusan tentang jenis pekerjaan, setting pekerjaan, banyaknya pekerjaan, *disclosure*, mencari pekerjaan, dan

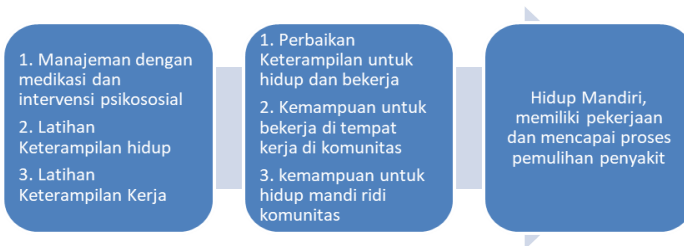
dukungan kerja dibuat oleh individu. Sehingga praktisi ketenagakerjaan sangat berperan penting untuk membantu pasien mengenali pekerjaan yang sesuai dengan ketrampilan, pengalaman, dan minatnya.

### 3. Hambatan Rehabilitasi Sosial Vokasional

ODGJ berat banyak menghadapi hambatan ketika kembali bekerja. Tuntutan pasar tenaga kerja, pembatasan kerja yang disebabkan oleh penyakit, komplikasi yang terkait dengan tunjangan cacat, terbatasnya ketersediaan program berbasis bukti (Marwaha and Johnson, 2004). Defisit kognitif termasuk gangguan perhatian, memori kerja, pembelajaran, pengetahuan umum, kelancaran ide, atau keterampilan pemecahan masalah. Gejala negatif berupa hilangnya minat dan motivasi, ketidakmampuan melakukan tindakan, apatis, dan penarikan sosial (Waghorn and Tsang, 2005). Keterbatasan fungsional lainnya termasuk sosial (kesulitan berinteraksi dengan orang lain), emosional (kesulitan mengelola emosi dan gejala), meta-kognitif (*self monitoring* kinerja), dan kekuatan fisik dan stamina kerja (Mc Gurk and Meltzer, 2000).

## Model Rehabilitasi Sosial Vokasional untuk Kementerian Kesehatan

Secara umum, alur proses dan tujuan dari rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan dapat di tampilkan dengan gambar di bawah ini:



**Gambar 3.1** Kontinum Rehabilitasi Sosial Vokasional  
*Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)*

Dari gambar di atas dapat kita ketahui bahwa tahapan awal dari kontinum rehabilitasi sosial vokasional yaitu manajemen psikososial dan latihan keterampilan hidup dan kerja. Tahap selanjutnya adalah perbaikan keterampilan yang sudah ada sehingga ODGJ berat memiliki kemampuan untuk bekerja di komunitas dan mencapai tujuan paling akhir dari rehabilitasi sosial vokasional adalah ODGJ berat mampu hidup mandiri serta memiliki pekerjaan kompetitif sehingga ODGJ berat mampu sembuh secara total dan kembali ke kondisi optimal baik kondisi kejiwaan dan kondisi sosialnya.



**Gambar 3.2** Tahapan Rehabilitasi Sosial Vokasional  
*Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017)*

Tahapan terapi vokasional yang terdapat Permenkes No 57 Tentang Penanggulangan Pemasangan Pada terbagi menjadi beberapa tahap, yaitu:

1. Tahap *admisi* yaitu pemilihan peserta rehabilitasi yaitu pada pasien dengan yang sudah pada fase stabilisasi dan pemeliharaan (yaitu fase saat ODGJ berat sudah tidak memiliki gejala jelas dan akut) dan membutuhkan keterampilan kerja untuk meningkatkan kualitas hidupnya.
2. Tahap penilaian, Pada tahap ini dilakukan penilaian untuk berbagai domain yang berhubungan dengan gejala, fungsi, dan sumber daya. Metode yang dipergunakan berupa wawancara untuk mengidentifikasi riwayat pekerjaan, status atau kondisi mental, fungsi, perilaku, relasi interpersonal, dan fungsi kognitif.

Proses selanjutnya adalah penyusunan program terapi yang dimulai dengan menentukan prioritas berdasarkan fungsi dan sumber daya pada ODGJ berat yang tertinggi. Program terapi perlu dilengkapi dengan jadwal kegiatan, tim pendamping, tujuan jangka pendek dan jangka panjang, serta pemantauan reguler.

3. Tahap intervensi dibagi menjadi 4 (empat) tahap kegiatan yaitu:
  - a. Latihan keterampilan dasar di bengkel kerja rumah sakit atau institusi rehabilitasi:
    - 1) Tujuan:  
Mendapatkan keterampilan kerja dan sosial di lingkungan yang didukung oleh tenaga profesional. Latihan keterampilan kerja yang diajarkan berupa keterampilan dasar yang melatih kognitif, motorik, dan sosial.
    - 2) Program:  
Meliputi pemberian medikasi, intervensi psikososial seperti psikoedukasi, psikoterapi, individual, latihan keterampilan sosial, rehabilitasi kognitif, dan pertemuan komunitas.
  - b. Latihan keterampilan kerja di tempat kerja transisi
    - 1) Definisi:  
Tempat kerja transisi merupakan tempat kerja di komunitas yang bersedia memberikan lapangan pekerjaan bagi ODGJ berat yang masih menjalani perawatan di rumah sakit atau institusi rehabilitasi.
    - 2) Tujuan:  
Untuk melatih keterampilan dan pengambilan keputusan di tempat kerja di komunitas dengan dukungan yang sesuai.
    - 3) Program  
Durasi latihan berkisar antara 3-9 bulan (fleksibel). Intervensi yang dilakukan meliputi *psikoedukasi*,



*advokasi*, latihan keterampilan sosial, latihan keterampilan kerja, pengaturan medikasi, dan manajemen penyesuaian lingkungan tempat kerja.

4) Perencanaan *discharge*

Indikatornya adalah kemampuan autonomi dan tanggungjawab ODGJ berat. Penilaian dilakukan melalui pemeriksaan gejala dan perilaku, keterampilan kerja, manajemen medikasi dan simptom, relasi interpersonal, kualitas hidup, status ekonomi, dan sistem jejaring sosial. Pemeriksaan dilakukan 1-2 bulan pasca latihan keterampilan kerja di tempat transisi selesai dan ODGJ berat akan kembali ke rumahnya.

c. Tahap penempatan kerja

1) Tujuan:

Untuk membantu ODGJ berat untuk hidup di masyarakat, memertahankan pekerjaan, dan mampu menghadapi kompetisi *abilitas* sosial yang pada akhirnya akan membantu ODGJ berat untuk hidup mandiri di komunitas.

2) Program:

Pada tahap ini ODGJ berat sudah tidak tinggal di rumah sakit. Intervensi yang diberikan meliputi layanan kesehatan di rawat jalan, manajemen medikasi oleh ODGJ berat sendiri, manajemen kasus, pertemuan reguler, dan manajemen keuangan. Tahap ini akan berlangsung selama 3 bulan.

d. Tahap pemeliharaan kerja dan hidup mandiri di komunitas.

1) Tujuan:

Untuk membantu ODGJ berat untuk memperoleh status kehidupan mandiri secara ekonomi maupun psikologis.

2) Program

Tahap ini tak terbatas waktu, intervensi psikososial yang diberikan semakin minimal dan diakses secara mandiri oleh ODGJ berat.





# BAB IV

## PEMBELAJARAN SOSIAL TERENCANA

### Konsep Pembelajaran Sosial

Teori pembelajaran sosial merupakan pembelajaran yang tercipta ketika seseorang mengamati dan meniru perilaku orang lain dengan cara memperhatikan kejadian-kejadian di lingkungan sekitar. Prinsip dasar pembelajaran menurut teori ini, bahwa yang dipelajari individu terutama dalam pembelajaran sosial dan moral terjadi melalui peniruan atau *imitation* dan penyajian contoh perilaku atau *modeling*. Dalam hal ini seseorang belajar mengubah perilakunya sendiri melalui menyaksikan cara orang atau sekelompok orang merespon stimulus tertentu. Seseorang juga dapat mempelajari respon-respon baru dengan cara mengamati perilaku orang lain. Bandura menganggap belajar dengan cara observasi sebagai proses kognitif yang melibatkan sejumlah atribut pemikiran manusia, seperti bahasa, moralitas, pemikiran dan regulasi diri perilaku (Hargenhahn and Olson, 2015).

Menurut Bandura dalam Bastabel and Susan (2002) mengutarakan empat langkah atau tahap dalam pembelajaran sosial yaitu:

## 1. Perhatian (*Attention*)

Merupakan suatu kegiatan yang dimulai dengan adanya stimulus yang diberikan kepada individu. Stimulus ini akan dirasakan oleh satu atau lebih panca indera.

### a. Stimulus

Adalah input yang berasal dari model yang disampaikan melalui berbagai media seperti melihat langsung, media massa, radio, tv, koran, handphone, internet.

### b. Sensasi

Adalah respon langsung, cepat dari panca indera terhadap stimulus yang datang

Tidak semua stimulus yang dipaparkan dan diterima oleh individu tersebut akan memperoleh perhatian dan berlanjut dengan pengolahan stimulus tersebut, hal ini terjadi karena individu memiliki keterbatasan sumber daya kognitif untuk mengolah semua informasi yang diterima.

### a. Tingkatan perhatian

#### 1) Perhatian pra sadar

- Ingatan jangka pendek yang diaktifkan
- Pengetahuannya tidak disadari
- Kapasitas kognitif yang kecil atau tidak sama sekali.
- Konsep yang telah akrab dan terus menerus dijumpai, serta perwakilan ingatan yang telah dipahami dengan baik
- Konsep keterlibatan atau tingkat kepentingan yang rendah hingga menengah

#### 2) Perhatian vokal

- Ingatan jangka panjang yang diaktifkan
- Pengetahuannya disadari
- Proses yang terkontrol
- Menggunakan sejumlah kapasitas kognitif

- Konsep yang baru, tidak umum, dan jarang dihadapi, tanpa ada perwakilan ingatan yang dipahami dengan baik.
- Konsep yang kepentingannya atau keterlibatannya tinggi.

b. Faktor yang mempengaruhi perhatian

1) Status *Afektif*

Peningkatan *afektif* individu mempengaruhi proses perhatian mereka. Ketertarikan rendah mengurangi jumlah dan intensitas perhatian. Sebaliknya, ketertarikan tinggi diperkirakan dapat mempersempit fokus perhatian individu dan menjadikannya semakin selektif.

2) Keterlibatan

Status motivasional yang mengarahkan pemilihan rangsangan akan mendapat perhatian vocal dan pemahaman. Keterlibatan individu ditentukan oleh kombinasi relevansi pribadi situasional dan *intrinsik*.

3) Kemenonjolan lingkungan

Rangsangan yang berkaitan dengan strategi *persuasif* dapat juga mempengaruhi perhatian individu, meskipun demikian, tidak setiap rangsangan persuasif memiliki kemampuan yang sama dalam mengaktifkan struktur pengetahuan yang relevan, menerima perhatian dan memahami (Bastabel and Susan, 2002).

2. Retensi (*Retention*)

Proses pemindahan informasi ke memori jangka panjang (*long term memory*). Hal ini berkaitan dengan penyimpanan dan pemanggilan kembali apa yang diamati. Retensi ini dapat dilakukan dengan cara menyimpan informasi secara imaginal atau mengkodekan peristiwa model ke dalam simbol-simbol verbal yang mudah di gunakan. Materi yang bermakna bagi

pengamat dan menambah pengalaman sebelumnya akan lebih mudah diingat. Memori terdiri dari tiga sistem penyimpanan, yaitu:

- a. Sensory memory  
Tempat penyimpanan informasi sementara yang diterima dari panca indera (kurang dari 1 detik)
- b. Memory jangka pendek  
Tempat penyimpanan informasi untuk waktu yang terbatas, dan memiliki kapasitas terbatas (kurang dari 30 detik)
- c. Memory jangka panjang  
Tempat menyimpan informasi dalam jangka waktu yang lama dan memiliki kapasitas yang tidak terbatas. (Bastabel and Susan, 2002).

### 3. *Reproduksi Gerak* (Peniruan)

Ketika fakta dari tindakan baru disandikan dalam memori, mereka harus dirubah kembali dalam tindakan yang tepat. Rangkaian tindakan baru merupakan simbol pertama pengaturan dan berlatih, semua waktu dibandingkan dengan ingatan/memori dari perilaku model. Penyesuaian dibuat dalam rangkaian tindakan baru dan rangkaian perilaku awal dimana individu mulai meniru perilaku yang diamati.

Perilaku sebenarnya dicatat oleh orang dan mungkin juga oleh pengamat yang memberikan timbal balik korektif untuk memperkuat peniruan tersebut. Pada tahap tertentu, gambaran simbolik tentang perilaku model mungkin perlu diterjemahkan ke dalam tindakan efektif. Teori belajar sosial memperkenalkan tiga prasyarat utama untuk berhasil dalam proses ini. Pertama, individu harus memiliki komponen keterampilan. Biasanya rangkaian perilaku model dalam penelitian Bandura buatan dari komponen perilaku yang sudah diketahui orang. Kedua, orang harus memiliki kapasitas fisik untuk membawa komponen keterampilan dalam mengkoordinasikan gerakan. Hasil yang

dicapai dalam koordinasi penampilan memerlukan pergerakan individu yang tampak dengan mudah (Bastabel and Susan, 2002).

#### 4. Penguatan dan Motivasi

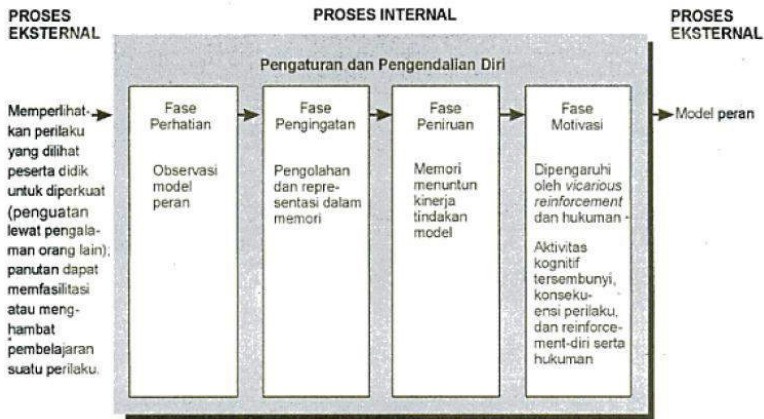
Pokok persoalan dari *atensi*, *retensi*, dan *reproduksi* gerak sebagian besar berhubungan dengan kemampuan individu untuk meniru perilaku penguatan menjadi relevan. Ketika kita mencoba menstimulus individu untuk menunjukkan pengetahuan pada perilaku yang benar. Teori belajar sosial mengandung penguatan untuk tidak menambah pengetahuan guna “mengecap dalam perilaku”, itu peran utama memberi penguatan (hadiah & hukuman) seperti seorang motivator. Individu termotivasi untuk mengadopsi atau melakukan jika jenis perilaku tersebut:

- a. Menghasilkan imbalan *eksternal*
- b. Secara internal memberikan penilaian yang positif
- c. Individu melihat bahwa perilaku tersebut bermanfaat bagi model itu sendiri.

Secara ringkas, teori belajar sosial Bandura memiliki 2 implikasi penting:

- a. respon baru mungkin dipelajari tanpa *having to perform them (learning by observation)*
- b. hadiah dan hukuman terutama mempengaruhi pertunjukan (*performance*) dari perilaku yang dipelajari: bagaimanapun ketika memberikan kemajuan, mereka memiliki pengaruh tambahan atau kedua dalam pengetahuan atau belajar dari perilaku baru yang terus pengaruhnya pada *atensi* dan latihan (Bastabel and Susan, 2002).

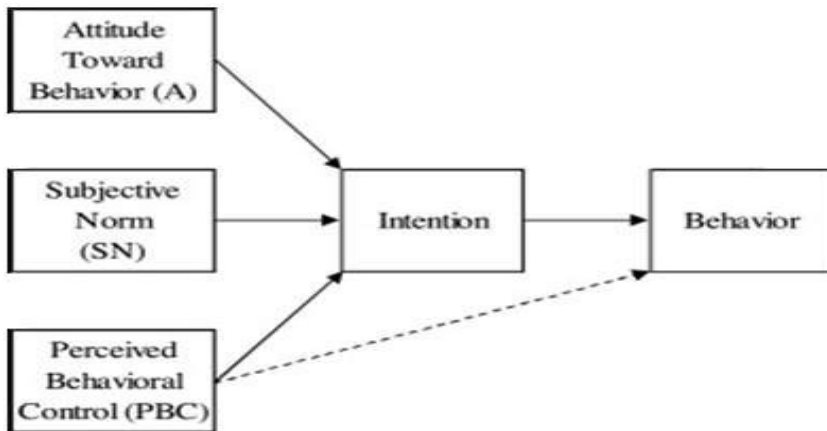




Gambar 4.1 Sosial Learning Theory  
(Sumber: Bastabel, 2002)

## Konsep Perilaku Terencana (Theory of Planned Behaviour)

*Theory of Planned Behaviour* atau yang biasa dikenal dengan TPB adalah suatu pengembangan teori dari *Theory of reasoned action (TRA)*. Menurut Ajzen (1991) Faktor inti dari teori ini adalah niat individu dalam melakukan suatu hal tertentu dimana semakin besar niat yang dimiliki maka akan semakin besar pula kemungkinan perilaku yang akan dilakukan. *Konstruk* yang membedakan TRA dan TPB adalah pada TPB terdapat *konstruk perceiver behavioral control (PBC)*, penambahan konstruk ini bertujuan untuk mengurangi keterbatasan individu dimana perilaku seseorang tidak hanya bergantung pada sikap dan *norma subyektif* saja tetapi juga bergantung pada keyakinan terhadap control diri. Munculnya perilaku di pengaruhi oleh *behaviora beliefs, normative beliefs, dan control beliefs* (Ajzen, 1991).



**Gambar 4.2** Teori Planned Behaviour  
(Sumber: Ajzen, 1991)

Bagan diatas dapat dijelaskan, *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif. *Normatif beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (*perceived sosial pressure*) atau *norma subyektif (subjective norm)* dan *control belief* menimbulkan *perceived behavioral control* atau kontrol perilaku yang dipersepsikan. Dari bagan yang ada dapat menjelaskan 4 hal perilaku manusia, yaitu:

- Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan *intensi*, hal ini menandakan bahwa *intensi* merupakan faktor terdekat yang dapat menimbulkan munculnya perilaku.
- *Intensi* dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *attitude toward behavioral*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* yang dimiliki.
- Masing-masing faktor di atas dipengaruhi oleh *anteseden* lainnya. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, *norma subyektif* dipengaruhi oleh *normatif beliefs* dan PBC dipengaruhi oleh *control belief*.

#### 1. *Intention*

*Intention* merupakan indikasi seberapa kuat dari keyakinan yang ada pada seseorang untuk mencoba melakukan suatu perilaku

dan seberapa besar usaha yang akan digunakan untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 1988). *Intention* atau niat yang ada belum berwujud perilaku tetapi masih berbentuk keinginan atau rencana. Intensi juga bisa disebut sebagai faktor motivasional yang berpengaruh terhadap perilaku sehingga orang berbuat suatu perilaku berdasarkan intensinya. Semakin tinggi intensi yang ada maka akan meningkatkan peluang orang tersebut untuk melakukan perilaku, intensi memiliki 3 determinan yaitu sikap, *norma subyektif* dan kendala perilaku yang dipersepsikan (Ajzen, 1991).

Menurut Ajzen (2005) *intention* merupakan disposisi dari perilaku sampai mendapatkan waktu dan kesempatan yang tepat serta diwujudkan dalam bentuk tindakan (Ajzen, 2005). Sependapat dengan Ajzen, Hogg dan Vanghan bahwa *intention* adalah suatu rencana personal untuk melaksanakan perilaku yang sesuai dengan sikap mereka atau sosial. *Intention* dapat dikatakan sebagai pernyataan *internal* untuk melakukan sesuatu (Hogg and Vaughan, 2005)

*Intensi* (niat) adalah satu fungsi dari *belief* dan atau informasi penting yang penting dan ada kecenderungan menunjukkan suatu perilaku tertentu dan akan mengarahkan pada suatu hasil yang spesifik. *Intensi* merupakan suatu fungsi determinan dasar yaitu sikap personal perilaku, persepsi personal terhadap tekanan sosial untuk melakukan perilaku dan aspek kontrol perilaku yang dihayati. Teori perilaku yang direncanakan (TPB), bahwa faktor utama dari perilaku yang ditunjukkan oleh personal adalah niat untuk melakukan sesuatu (Ajzen, 2005).

Teori perilaku terencana atau *Theory of Planned Behaviour* (TPB) bahwa niat perilaku intensi merupakan prediktor perilaku terbaik. Niat ditentukan oleh sikap terhadap perilaku, *norma subyektif* dan persepsi control perilaku (*perceived behavioural control*)

Berdasarkan teori tersebut adalah menyediakan suatu kerangka untuk mempelajari sikap terhadap perilaku.

Determinan dari teori tersebut adalah perilaku personal yang terletak pada niat untuk berperilaku. Intensi personal adalah menunjukkan suatu perilaku adalah penggabungan dari sikap untuk menunjukkan perilaku tersebut dan *norma subyektif* (Ajzen, 2005).

Berikut adalah rumus dari intensi:

$$B \sim I = (AB) W_1 + (SN) W_2 + (PBC) W_3$$

Keterangan:

B = *Behaviour*

I = *Intention*

AB = Sikap (*Attitude*) terhadap perilaku

SN = *Subjective Norm*

PBC = *Perceived Behavioral Control*

W1, W2 dan W3 = *Weight* / bobot / skor

## 2. *Behavior Beliefs* dan *Attitude Toward* (Sikap)

Sikap merupakan besarnya perasaan baik yang berbentuk positif maupun yang berbentuk negatif terhadap suatu objek, orang, institusi atau kegiatan tertentu (Ajzen, 2005). Konsep sentral yang menentukan sikap adalah *belief*. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), *belief* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang terhadap suatu objek. Sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan dan seberapa besar kekuatan yang dimiliki terhadap *belief* tersebut (Fishbein and Ajzen, 1975).

*Behavior beliefs* merupakan unsur kepercayaan personal tentang konsekuensi dari suatu perilaku tertentu. Konsep ini berawal dari subyektif bahwa perilaku akan memberikan suatu hasil. *Behavior beliefs* menghasilkan sikap suka atau tidak suka terhadap perilaku personal. *Behavior beliefs* menghasilkan *attitude toward behavior* atau sikap adalah merupakan petunjuk untuk memberikan respon secara *fovarable* dan *unfovarable*

terhadap orang, institusi dan kejadian. Konsepnya adalah bagaimana kinerja positif atau negatif bisa dihargai. Elemen tersebut dipengaruhi oleh suatu keyakinan perilaku yang menghubungkan perilaku dalam berbagai hasil dari unsur lainnya (Ajzen, 2005).

Dijelaskan oleh Hoggs dan vanham (2005) bahwa sikap adalah sebagai suatu produk dari *beliefs personal* tentang perilaku yang menjadi dan juga bagaimana *beliefs* ini dievaluasi. Sikap didefinisikan sebagai kondisi internal personal yang mempengaruhi terhadap pilihan *personal* untuk menunjukkan perilaku terhadap obyek atau terhadap suatu kejadian (Hogg and Vaughan, 2005).

Pengertian lain dari sikap adalah kepercayaan positif atau negatif untuk menunjukkan perilaku tertentu. Kepercayaan atau *beliefs* disebut dengan *behavioral beliefs*. *Personal* akan berniat untuk menunjukkan suatu perilaku tertentu ketika individu menilainya secara positif. Sikap ditentukan oleh kepercayaan *personal* tentang konsekuensi dari suatu perilaku (*behavioral beliefs*) berdasarkan hasil evaluasi terhadap konsekuensinya (*outcome evaluation*). Sikap tersebut mempunyai pengaruh secara langsung terhadap niat berperilaku yang dihubungkan dengan *norma subyektif* dan PBC (*perceived behavioral control*) (Ajzen, 1988).

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan produk dari sosialisasi dimana seseorang bereaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Jika sikap

mengarah pada obyek tertentu, berarti bahwa penyesuaian diri terhadap obyek tersebut dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan kesediaan untuk bereaksi dari orang tersebut dari obyek (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Saifuddin (2012) mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan (Saifuddin, 2012).

Sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai obyek atau situasi yang relatif tetap yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar kepada orang tersebut.

a. Aspek-aspek Sikap

Menurut Baron, Robert A dan Byrne Donn (2003), beberapa aspek aspek penting dari sikap adalah:

1) Sumber suatu sikap (*Attitude Origin*)

Faktor inilah yang mempengaruhi bagaimana pertama kali sikap terbentuk. Bukti yang ada mengindikasikan bahwa sikap yang terbentuk berdasarkan pada pengalaman lansung seringkali memberikan pengaruh yang lebih kuat pada tingkah laku dari pada sikap yang terbentuk berdasarkan pengalaman tidak langsung atau pengalaman orang lain. Tampaknya, sikap yang terbentuk berdasarkan pengalaman langsung yang lebih mudah diingat, dan hal ini meningkatkan dampak mereka terhadap tingkah laku.

2) Kekuatan sikap (*Attitude Strength*)

Faktor lain yang paling penting melibatkan apa yang disebut sebagai kekuatan sikap yang dipertanyakan. Semakin kuat sikap tersebut semakin kuat pula dampaknya pada tingkah laku (Ajzen, 2005) dan (Robert and Donn, 2003).

3) Kekhususan sikap (*Attitude Specificity*)

Aspek yang ketiga mempengaruhi sikap dengan tingkah laku adalah kekhususan sikap yaitu sejauh mana terfokus pada obyek tertentu atau situasi dibandingkan hal yang umum. Sikap dan tingkah laku lebih kuat ketika sikap dan tingkah laku diukur pada tingkat kekhususan yang sama. Disisi lain, kita mungkin dapat memprediksi secara lebih akurat tentang kehendak seseorang dalam mengambil tindakan untuk melindungi kebebasan beragama berdasarkan sikap umum seseorang terhadap agama dibanding sikap seseorang terhadap penggunaan *assessoris religious* (Robert and Donn, 2003)

b. Komponen Sikap

Fishbein and Ajzen, (1975), berpendapat bahwa ada dua komponen dalam pembentukan sikap yaitu:

- 1) *Behavioral Beliefs* adalah keyakinan-keyakinan yang dimiliki seseorang terhadap perilaku dan merupakan keyakinan yang akan mendorong terbentuknya sikap.
- 2) *Evaluation of behavioral beliefs* merupakan evaluasi positif dan negatif individu terhadap perilaku tertentu berdasarkan keyakinan-keyakinan yang dimiliki.

c. Peran *Beliefs* (Keyakinan)

Fishbein and Ajzen, (1975), mengemukakan pendapatnya tentang *beliefs*: "*Subjective probability of relation between the object of the beliefs and some other object of the beliefs and some other object, value, concept or attribute*". Jadi, keyakinan adalah kemungkinan subyektif dari antara obyek nilai, konsep atau atribut lain. Penjeasan dasar menyebutkan bahwa perilaku adalah fungsi dari informasi penting atau *beliefs* yang relevan terhadap perilaku. Umumnya *beliefs* mengacu pada kemungkinan penilaian subyek yang dimiliki seseorang tentang beberapa aspek yang berbeda

dalam dunianya termasuk juga pemahaman tentang diri sendiri dan lingkungannya. Sedangkan secara khusus, *beliefs* didefinisikan sebagai kemungkinan subyektif tentang hubungan antara obyek *beliefs* dengan beberapa obyek lain, nilai, konsep dan atribut lain.

Menurut (Fishbein and Ajzen, 1975) jenis *beliefs* dapat terbentuk dengan menerima informasi tentang obyek dari sumber luar. Sumber luar dalam arti termasuk koran, buku, majalah, radio dan televisi, dosen, teman, relasi, rekan kerja, dan lainnya. Jenis *beliefs* ini disebut *informational beliefs*.

Berikut ini adalah rumus untuk mengukur *Attitude toward behavior*:

$$AB \sim \sum bi ei$$

Keterangan:

AB = Sikap terhadap perilaku

bi = *behavioral belief* menampilkan perilaku akan mengarahkan pada *outcome* i

ei = Evaluasi dari *outcome* i

### 3. Subjective Norm

*Norm subjektif* merupakan kepercayaan seseorang terhadap persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen, 1988) atau bisa juga disebut sebagai persepsi individu apakah orang lain akan mendukung atau tidak untuk mewujudkan perilaku. Norma subyektif juga disebut sebagai pihak-pihak yang dianggap memiliki peranan (*referent*) dalam perilaku yang dilakukan seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi *norma subyektif* yaitu *normatif belief* (keyakinan individu bahwa referent berfikir ia harus atau tidak harus melakukan perilaku) dan *motivation to comply* (motivasi individu untuk memenuhi norma dari referent tersebut) (Fishbein and Ajzen, 1975). Seseorang yang meyakini bahwa *referent* akan mendukung untuk melakukan



perilaku maka akan menjadi tekanan sosial untuk orang tersebut melakukan perilaku tertentu, namun sebaliknya apabila *referent* tidak mendukung untuk melakukan perilaku tersebut maka menyebabkan orang tersebut memiliki *norma subyektif* untuk tidak melakukan perilaku tersebut.

a. Komponen *Norma Subyektif*

Menurut Fishbein and Ajzen, (1975), norma subyektif secara umum mempunyai dua komponen yaitu:

1) *Normatif Beliefs*

Persepsi atau keyakinan mengenai harapan orang lain terhadap dirinya yang menjadi acuan menampilkan perilaku atau tidak. Keyakinan yang berhubungan dengan pendapat tokoh atau orang lain yang penting dan berpengaruh bagi individu atau tokoh panutan tersebut apakah subyek harus melakukan atau tidak suatu perilaku tertentu. *Normatif Beliefs* seringkali disebut dengan *significant others* atau tokoh panutan yang menjadi acuan untuk melakukan perilaku tertentu atau tidak sehingga personal termotivasi untuk melakukannya.

2) *Motivation To Comply*

Motivasi individu untuk memenuhi harapan tersebut, yaitu seberapa jauh motivasi personal untuk mengikuti pendapat tokoh yang menjadi panutan tersebut. Seorang personal akan berniat menunjukkan suatu perilaku tertentu jika personal mempersepsikan bahwa orang lain yang penting berfikir seharusnya melakukan hal itu. Perlu dan penting dengan cara menanyakan kepada responden dalam menilai apakah orang lain, orang tersebut cenderung akan setuju atau tidak setuju jika personal menunjukkan perilaku tertentu.

Norma subyektif dapat dilihat sebagai dinamika antara dorongan yang dipersepsikan individu dari

orang-orang sekitarnya (*significant other*) dengan motivasi untuk mengikuti pandangan mereka (*motivation to comply*) dalam melakukan tingkah laku tersebut.

Berikut adalah rumus dari *Subjective Norm*:

$$SN \sim \sum ni mi$$

Keterangan:

SN = *Subjective Norm*

ni = *normative belief* yang mempertimbangkan pendapat tokoh penting

ei = motivasi untuk mematuhi tokoh penting

#### 4. *Perceived Behavioral Control* (PBC)

Kendali perilaku yang dipersepsikan atau *perceived behavioral control* (PBC) adalah persepsi individu melihat mudah atau tidaknya perilaku untuk dilakukan. Variabel ini seringkali diasumsikan sebagai pengalaman masa lalu atau antisipasi halangan yang kemungkinan akan terjadi dalam melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 1988). Terdapat dua asumsi tentang PBC yaitu yang pertama PBC dipersepsikan memiliki pengaruh motivasi terhadap intensi, individu yakin memiliki kesempatan atau tidak untuk melakukan perilaku meskipun memiliki sikap yang positif dan di dukung referent. Asumsi kedua adalah PBC yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk mempengaruhi perilaku secara langsung tanpa melalui intensi. (Ajzen, 1988).

PBC adalah faktor yang penting dalam memprediksi perilaku yang tidak ada dalam kontrol *personal* tersebut. PBC berperan dalam meningkatkan terwujudnya intensi ke dalam perilaku pada saat yang tepat. Personal mempunyai sikap positif dalam persepsi bahwa orang lain akan mendukung tindakannya, mungkin tidak mampu melakukan perilaku tertentu karena tidak ada dukungan atau terdapat faktor penghambat baik bersifat internal maupun eksternal. Berdasarkan kajian tersebut

personal akan tetap mempunyai sikap dan *norma subyektif* untuk melakukan perilaku tapi keputusan akhir berperilaku masih terkait dengan faktor PBC (Ajzen, 2005).

a. Komponen *Perceived Behaviour Control* (PBC)

- 1) *Control Beliefs* adalah *beliefs* mengenai sumber-sumber dan kesempatan yang dibutuhkan (*requisite resources and opportunities*) untuk memunculkan tingkah laku atau keyakinan seseorang tentang faktor yang dapat memfasilitasi atau tidak mendukung terhadap perilaku. Baik diperoleh dari pengetahuan, keterampilan, maupun pengalaman. Pengalaman yang dimaksud adalah pengalaman dalam melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau diperoleh karena melihat orang lain. *Control Beliefs* ditentukan juga oleh kesediaan waktu, tersedianya fasilitas, serta kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku (Ajzen, 2005).
- 2) *Perceived Power* adalah persepsi individu mengenai seberapa kuat control tersebut untuk mempengaruhi dirinya dalam memunculkan tingkah laku sehingga memudahkan atau menyulitkan pemunculan tingkah laku tersebut. *Perceived Behavioral Control* dapat dirumuskan sebagai berikut (Ajzen, 2005):

$$PBC \sim \sum c_i p_i$$

Keterangan:

PBC = *Perceived Behavioral Control*

$c_i$  = *Control belief* bahwa faktor  $i$  akan muncul

$p_i$  = Kekuatan faktor  $i$  untuk memudahkan atau menghambat munculnya suatu perilaku (*perceived power*)

5. Dukungan sosial

Menurut Friedman, Browden and Jones, (2010) dukungan sosial merupakan segala bentuk hal yang diterima baik berupa sikap

maupun tindakan oleh keluarga kepada orang yang mengalami kesakitan.

Bentuk dukungan sosial antara lain:

- a. Dukungan penilaian meliputi pertolongan pada seseorang untuk membantu memahami masalah terkait *skizofenia*, sumber stress dan strategi koping untuk menghadapi masalah yang akan muncul.
- b. Dukungan *instrumental* yaitu memberikan pelayanan atau bantuan berupa material dan finansial yang nyata yang dapat digunakan untuk memecahkan persoalan secara praktis termasuk dalam tindakan secara langsung seperti memberikan uang, merawat ketika sakit, dll.
- c. Dukungan *informasional* yaitu dukungan meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama (seperti dalam membantu menyelesaikan masalah, bimbingan, arahan dan nasehat) yang diberikan dari anggota keluarga pada ODGJ berat.
- d. Dukungan *emosional* yaitu dukungan yang diberikan anggota keluarga pada ODGJ berat yang berbentuk rasa empati, perasaan dihargai, dicintai, kebersamaan, dan dukungan emosional lain yang membantu ODGJ berat merasa punya tempat tinggal (Friedman, Browden and Jones, 2010).

Terdapat beberapa cara mengukur dukungan sosial yang telah teruji *reliabilitas* dan *validitasnya*, yaitu:

- a. *The RAND Sosial Battery*, mengukur dukungan sosial berdasarkan frekuensi seseorang berhubungan atau kontak dengan keluarga atau orang lain. Terdiri dari 11 pertanyaan yang diukur dengan 6 frekuensi (*everyday, several days a week, About once a week, 2 or 3 times in past month, About once a month, 5 or 10 times a year, less than 5 times a year*).
- b. *The MOS Sosial Support Survey*, mengukur dukungan sosial berdasarkan 5 dimensi. Dimensi yang diukur, yaitu

dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan nyata, dukungan interaksi sosial positif dan dukungan kasih sayang. Terdapat 20 pertanyaan yang diukur dengan skala likert (tidak pernah, sesekali, beberapa kali, sering dan sepanjang waktu). Makin tinggi skor berarti makin besar support yang diterima oleh seseorang. *The MOS Sosial Support Survey* dinyatakan lebih baik daripada *The RAND Sosial Battery*.

- c. *The Duke Sosial Support and Stress Scale*, mengukur dukungan sosial dengan menambahkan pengukuran stres. Alat ukur ini disusun berdasarkan konsep adanya keterkaitan antara kesehatan dengan dukungan sosial dan stres pada seseorang. Pertanyaan terdiri dari 2 kelompok pertanyaan, yaitu *people who give personal support dan people who cause personal stress* (Friedman, Browden and Jones, 2010)



# BAB

## KEBERHASILAN REHABILITASI

### Aktivitas Fisik dan Kemandirian

Banyak studi yang menilai kecacatan menimbulkan keterbatasan pada 3 aspek yaitu:

1. Fungsional (kemampuan tubuh)
2. Aktivitas
3. Partisipasi sosial.

Partisipasi adalah keterlibatan individu dalam situasi kehidupan, sedangkan aktivitas didefinisikan sebagai eksekusi atau penyelesaian suatu tugas atau aktivitas oleh individu. Kondisi ODGJ berat menyebabkan mereka sulit untuk beraktivitas. Kondisi tersebut berpengaruh terhadap psikis mereka sehingga mereka cenderung merasa rendah diri, kurang percaya diri, menganggap dirinya kurang beruntung, tidak memiliki potensi, tidak dapat hidup mandiri dan merasa bahwa mereka tidak mampu mencapai apa yang mereka cita-citakan dimasa depan (Hurlock, 2011)

Kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam menentukan keputusan dan mampu melaksanakan tugas hidup dengan penuh tanggung jawab tanpa tergantung oleh orang lain. Dalam kamus psikologi kemandirian berasal dari kata "*independent*" yang artinya

sebagai suatu kondisi dimana tidak seseorang tidak tergantung pada orang lain dalam menentukan keputusan dan adanya sikap percaya diri (Hurlock, 2011).

*Activity Of Daily Living (ADL)* merupakan keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki setiap orang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhannya dengan perannya sebagai probadi dalam keluarga dan masyarakat. Istilah ADL mencakup perawatan diri (berpakaian, makan, minum, toilet, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (berguling ditempat tidur, bangun, duduk, transfer dan bergeser dari tempat tidur ke kursi, dan sebagainya (Sugiarto, 2005).

Terdapat beberapa macam *Activity Of Daily Living*, antara lain:

1. ADL Dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan, minum, toilet, mandi dan berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil, serta kemampuan mobilitas dalam kategori ADL dasar ini.
2. ADL *instrumental*, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat-alatnya), menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang.
3. ADL *Vokasional*, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
4. ADL *Non Vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Sugiarto, 2005).

Kemampuan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat diukur dengan menggunakan beberapa alat ukur, antara lain:

1. *Indeks ADL Katz*

Didasarkan pada fungsi psikososial dan biologis dasar yang mencerminkan status kesehatan respon neurologis dan lokomotorik yang terorganisasi. Penilaian Indeks ADL Katz didasarkan pada tingkat kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Jadi suatu aktivitas akan diberi nilai jika aktivitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain (Sugiarto, 2005).

2. *Indeks Barthel*

Merupakan alat yang cukup sederhana untuk menilai perawatan diri dan mengukur aktivitas harian seseorang yang berfungsi secara khusus dalam penerapan aktivitas sehari-hari dan mobilitas. *Indeks Barthel* terdiri dari 10 item, seperti transfer, mobilisasi, penggunaan toilet, membersihkan diri, kemampuan buang air besar dan buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga (Sugiarto, 2005).

3. *Lawton IADL*

Menggunakan beberapa item penilaian yaitu menggunakan telepon, berbelanja, persiapan makan, memelihara rumah, mencuci pakaian, model transportasi, tanggung jawab untuk pengobatannya sendiri, kemampuan untuk menangani keuangan (Sugiarto, 2005).

## Teori Kebutuhan Pelayanan dan Kesempatan

ODGJ berat memiliki berbagai kebutuhan yang harus dipenuhi untuk menunjang kehidupannya. Secara umum kebutuhan ODGJ berat dibagi kedalam 2 kelompok yaitu kebutuhan dasar dan kebutuhan khusus. Kebutuhan dasar pada ODGJ berat di bagi 5 kebutuhan yaitu 1) hunian, ODGJ berat membutuhkan hunian khusus dan terlindungi serta memiliki fasilitas kesehatan mumpuni seperti di rumah sakit jiwa. 2) kebutuhan semi independen, kebutuhan ini terkait dengan



layanan. 3) manajemen makanan, pakaian dan rumah tangga. 4) dukungan pemasukan atau keuangan, 5) kegiatan yang bermanfaat seperti keagamaan, rekreasi, interaksi sosial (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

Kebutuhan khusus dari ODGJ berat memiliki jumlah yang sama dengan kebutuhan dasar yaitu berjumlah 5 kebutuhan yaitu: 1) layanan medis umum seperti penilaian dan perawatan dokter, terapi okupasi, konseling nutrisi. 2) layanan kesehatan mental berupa stabilisasi krisis, pemantauan obat, pelatihan pengobatan sendiri, psikoterapi. 3) habilitasi dan rehabilitasi yang berupa pelatihan keterampilan sosial dan keterampilan hidup serta aktivitas waktu luang. 4) *vokasional* berupa konseling *prevokasional*, jaminan kesempatan kerja, *transisi* kerja. 5) pelayanan sosial yang berupa dukungan keluarga, manajemen rumah dan lingkungan, pelayanan hukum (Yusuf, Fitryasari and Nihayati, 2015).

## Faktor Pengaruh Keberhasilan Rehabilitasi

### 1. Keparahan Sakit

Keparahan penyakit dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu durasi sakit yang didukung oleh jenis *diagnosa* yang diderita. Durasi sakit adalah durasi sakit yang diderita pasien sejak pertama didiagnosa sakit *gangguan kejiwaan* oleh petugas kesehatan sampai dengan saat ini. Penelitian Metcalfe, Drake dan Bond (2016) menyatakan bahwa durasi sakit yang diderita ODGJ berat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi yang terjadi dan berdampak pada kembalinya pasien pada pasar tenaga kerja, semakin lama penyakit yang diderita pasien maka akan semakin rendah kemampuan pasien ketika kembali ke pasar tenaga kerja (Metcalfe, Drake and Bond, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh evensen,dkk (2017) menyatakan bahwa semakin lama durasi sakit yang diderita oleh seseorang maka akan menurunkan kesempatan pasien untuk

kembali bekerja menjadi *open employment* (Evensen *et al.*, 2017). Penelitian Jagannathan,dkk (2014) menyatakan bahwa durasi serta keparahan penyakit yang diderita pasien menjadi salah satu prediktor dari keberhasilan rehabilitasi yang dijalani (Jagannathan *et al.*, 2014). Penelitian Twamley, dkk (2018) menyatakan bahwa durasi sakit yang dialami pasien menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keluaran dari rehabilitasi sosial vokasional yang sedang dijalani (Twamley *et al.*, 2018)

## 2. Usia

Usia menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi yang dilakukan (khususnya rehabilitasi sosial vokasional) pada pasien yang mengalami gangguan jiwa. Penelitian yang dilakukan oleh Siggeirsdottir, dkk (2016) menyatakan bahwa usia menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan (Siggeirsdottir *et al.*, 2016). Penelitian Twamley,dkk (2018) terkait pengaruh *supported employment* pada orang dewasa dan manula menyatakan bahwa peserta yang memiliki usia lebih muda memiliki keluaran yang lebih baik (mendapatkan pekerjaan) apabila dibandingkan dengan peserta rehabilitasi yang memiliki usia lebih tua (Twamley *et al.*, 2018).

## 3. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah status gender yang dimiliki oleh seseorang sejak lahir. Penelitian yang dilakukan Evensen, dkk (2017), Twamley,dkk (2018) menyatakan bahwa jenis kelamin yang dimiliki pasien dengan gangguan jiwa menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keluaran dari rehabilitasi sosial vokasional yang dijalani untuk mendapatkan pekerjaan. keluaran yang diharapkan dari rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan adalah pasien mampu hidup mandiri dan mampu bersaing di pasar dunia kerja (Evensen *et al.*, 2017)(Twamley *et al.*, 2018).

Jenis kelamin seringkali dikaitkan beberapa budaya yang masih ada dimasyarakat dimana yang menjadi tulang punggung utama atau pencari nafkah adalah laki-laki sehingga menyebabkan lapangan pekerjaan didominasi oleh laki-laki. (Modini *et al.*, 2016b).

#### 4. Pendidikan

Pendidikan berasal dari bahasa Yunani yaitu *pedagogik* yang memiliki arti ilmu untuk menuntun orang, sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) pendidikan berasal dari kata *didik* yang memiliki arti memelihara dan memberi latihan mengenai akhlak dan kecerdasan. Jadi dapat diartikan pendidikan adalah suatu proses yang dilakukan dengan maksud untuk mengubah sikap dan tata laku seseorang atau kelompok melalui upaya pengajaran dan latihan (Nurkholis, 2013).

Tingkat pendidikan yang dimiliki oleh seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan orang tersebut tentang bagaimana cara menjaga kesehatannya. Pendidikan yang baik dapat mempermudah penyerapan informasi terkait berbagai masalah kesehatan yang ada sehingga dapat melakukan pencegahan terhadap masalah kesehatan yang kemungkinan akan timbul. Selain itu tingkat pendidikan seseorang juga akan mempengaruhi jenis pekerjaan yang dimiliki (Wikurendra, 2018).

Pendidikan yang tinggi atau baik maka dapat membantu penyerapan informasi yang didapat pasien dengan gangguan jiwa ketika menjalani masa rehabilitasi sosial vokasional sehingga dapat menghasilkan keluaran yang optimal. Selain itu faktor pekerjaan menjadi faktor yang penting dalam pencarian kerja pasien dengan gangguan jiwa pasca melakukan rehabilitasi, setiap lowongan kerja memiliki kualifikasi pendidikan minimal yang spesifik jadi semakin tinggi pendidikan yang dimiliki maka akan semakin banyak juga lowongan pekerjaan yang dapat dituju serta meningkatkan kemungkinan untuk diterima.

Penelitian Dalagdi, dkk (2014) menyatakan bahwa pendidikan dan usia pasien menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan terapi kognitif yang dijalani pasien (Dalagdi *et al.*, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Rosenthal, Dalton dan Gervey (2007) menyatakan bahwa tingkat pendidikan peserta yang memiliki tingkat pendidikan tinggi seperti SMA dan pernah berkuliah memiliki kesempatan kerja lebih tinggi (Rosenthal, Dalton and Gervey, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nordt,dkk (2007) juga menyatakan hasil yang sama dimana dimana pendidikan peserta menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi keluaran hasil rehabilitasi vokasional (Nordt *et al.*, 2007).

## 5. Dukungan Sosial

### a. Keluarga

Masalah terbesar yang sering dihadapi oleh penderita gangguan kejiwaan adalah kurangnya dukungan dari orang terdekat seperti anggota keluarga. Penelitian Asher,dkk (2015) menyatakan bahwa kegagalan rehabilitasi yang dilakukan pada pasien dengan gangguan jiwa seringkali disebabkan oleh masalah/konflik yang terjadi didalam anggota keluarga/ rumah tangga pasien sehingga dukungan yang diberikan kepada pasien menjadi kurang sehingga menyebabkan proses rehabilitasi yang dijalani kurang maksimal (Asher *et al.*, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Bell,dkk (2014) menyatakan bahwa motivasi yang diberikan oleh orang terdekat (keluarga) pasien dengan ODGJ berat sangat berpengaruh terhadap keluaran rehabilitasi sosial vokasional yang dijalani. Pasien yang mendapatkan motivasi yang baik dari orang terdekat cenderung memiliki *employmrnt rate* yang lebih baik dibandingkan yang tidak (Bell *et al.*, 2014).

Penelitian Mank, Grossi dan Rogan (2007) menyatakan bahwa dukungan yang diberikan keluarga sangat

mempengaruhi terhadap proses rehabilitasi anggota keluarganya di *sheltered workshop*. Dukungan yang diberikan anggota keluarga agar peserta bisa mendapatkan pekerjaan setelah proses rehabilitasi selesai dipengaruhi oleh beberapa hal seperti riwayat pekerjaan yang dimiliki pasien, dan usia pasien. Keluarga menganggap usia pasien yang masih produktif perlu mendapat dukungan lebih agar bisa mendapatkan pekerjaan kembali setelah keluar dari *shelter* namun berbeda dengan pasien yang memiliki usia sudah senja keluarga memberikan dukungan untuk mencari keluarga tidak sebesar pada pasien dengan usia masih produktif (Mank, Grossi and Rogan, 2007).

Penelitian Woodside, Schell dan Allison-hedges (2015) menyatakan bahwa dukungan dari orang terdekat serta orang atau partner di tempat kerja sangat membantu peserta beradaptasi dengan tempat kerja sehingga bias mendapatkan pekerjaan pasca rehabilitasi dan dapat bekerja dengan baik di tempat kerja (Woodside, Schell and Allison-hedges, 2015)

b. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan yang terlibat baik secara langsung maupun tidak langsung dengan proses rehabilitasi sangat mempengaruhi keberhasilan proses rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan. Semakin banyak perhatian dan juga waktu kebersamaan antara petugas kesehatan dengan pasien gangguan jiwa maka dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan berdampak pada keberhasilan proses rehabilitasi yang dijalani pasien. Hal ini disebabkan oleh semakin tingginya hubungan emosional dan motivasi yang diberikan petugas kepada pasien agar bisa melewati proses rehabilitasi dengan sangat baik (Quah, 2014). Selain itu, dukungan moral yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional yang tergantung dalam tim rehabilitasi sosial vokasional dapat meningkatkan *self efficacy* dari ODGJ berat

yang mengikuti rehabilitasi sehingga pasien dapat keluar dari pusat rehabilitasi dengan *self efficacy* yang baik dan kembali ke masyarakat dan dunia kerja setelah absen beberapa waktu (Andersén *et al.*, 2017).

c. Sesama

Dukungan sesama peserta rehabilitasi sangat penting demi keberhasilan rehabilitasi sosial vokasional yang dijalani. Dukungan serta motivasi yang diberikan kepada pasien ketika proses rehabilitasi berlangsung akan sangat mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi. Rehabilitasi yang berjalan baik maka dapat memberikan tambahan pengetahuan dan kemampuan atau *skill* kerja yang baik juga sehingga dapat mempermudah proses pencarian kerja yang dilakukan pasien pasca proses rehabilitasi sosial vokasional (Matthewson, Langworthy and Higgins, 2015). Teman rehabilitasi menjadi salah satu komponen penting dalam keberhasilan proses rehabilitasi sosial vokasional karena proses penyerapan pembelajaran sebagian besar dipengaruhi oleh orang terdekat selama proses rehabilitasi sosial vokasional yaitu teman sesama peserta rehabilitasi.





# BAB VI

## **ANALISIS STRATEGI PENINGKATAN KEMANDIRIAN ODGJ**

### **Perlakuan Kajian**

Perlakuan kajian data dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan jumlah responden kajian sebanyak 100 orang. Kajian dilakukan dengan mengikuti protokol kesehatan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit sebagai tindakan pencegahan Covid-19. Rincian tahapan pengambilan data yaitu sebagai berikut:

1. Responden kajian berasal dari pasien yang berada di ruang perawatan dan kemudian dilakukan skoring gejala psikotik oleh petugas kesehatan (Dokter) ruangan untuk menentukan layak tidaknya pasien mengikuti rehabilitasi di ruang rehabilitasi. Pengukuran gejala psikotik menggunakan form yang dimiliki oleh rumah sakit.
2. Pasien yang memiliki skoring gejala psikotik  $\geq 30$  (hasil pemeriksaan dokter psikiater) yang meliputi pasien stabil, kooperatif (dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat mengikuti arahan dengan baik) dan sudah melewati intervensi keperawatan dimana pasien mulai membuat jadwal harian, selain itu dilakukan pengukuran ADL dasar pasien oleh perawat.



Apabila pasien sudah melewati tahapan pengukuran tersebut maka pasien dapat memasuki ruang rehab.

3. Sebelum menjadi responden, diberikan konseling terhadap pasien dan keluarga pasien terkait rehabilitasi social vokasional yang akan diikuti oleh pasien. Apabila pasien dan keluarga menyetujui maka dilakukan penandatanganan *informed consent* yang ditanda tangani oleh pasien, keluarga pasien, perawat penanggung jawab dan kepala ruangan sebagai persetujuan bahwa pasien bersedia menjadi responden dan mengikuti kajian yang dilakukan oleh peneliti.
4. Setelah dilakukan penanda tangan *inform consent* kemudian dilakukan pengukuran terhadap kondisi faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, Dukungan Sosial, *Attitude Towards Behaviour*, *Subjective Norm*, *Perceived Behavioural Control* pasien yang dilakukan oleh perawat penanggung jawab dan petugas rehabilitasi. Untuk mempermudah pasien dalam menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh petugas kesehatan, kuesioner yang ada disusun menggunakan skala guttman.
5. Setelah pengukuran dilakukan maka responden mulai mengikuti rehabilitasi social vokasional sesuai dengan keterampilan yang dipilih oleh responden ketika dilakukan konseling yang terdiri dari: keterampilan merajut, keterampilan membuat masker dan keterampilan hydroponic.
6. Evaluasi terhadap proses rehabilitasi dilakukan secara periodik oleh petugas rehabilitasi. Skill, Intention dan Kemandirian ADL Instrumental diukur oleh tenaga rehabilitasi setelah proses pelaksanaan rehabilitasi selesai dilaksanakan menggunakan lembar yang telah disediakan oleh peneliti.

Data yang dianalisis secara univariabel sebanyak 100 ODGJ berat yang sedang menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur di Kota Surabaya. Pemilihan ODGJ berat dilakukan dengan menggunakan *simple random sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

kajian. Adapun hasil kajian yang telah dilakukan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

## Karakteristik Sosio Demografi Pasien

Hasil kajian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik sosio demografi pasien di tampilkan pada table 5.1 berikut:

**Tabel 6.1** Tabel distribusi karakteristik sosio demografi ODGJ berat

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Umur</b>		
Remaja akhir	13	13,0
Dewasa Awal	35	35,0
Dewasa Akhir	46	46,0
Lansia Awal	5	5,0
Lansia Akhir	1	1,0
Total	100	100
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-Laki	52	66,7
Perempuan	26	33,3
Total	100	100
<b>Riwayat Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	3	3,0
SD	21	21,0
SMP	25	25,0
SMA	39	39,0
D3/S1/S2	12	12,0
Total	100	100
<b>Ras / Suku</b>		
Madura	20	20,0
Jawa	80	80,0
Total	100	100
<b>Agama</b>		
Islam	99	99,0
Kristen	1	1,0
Total	100	100
<b>Riwayat Pekerjaan</b>		
Pedagang	6	6,0

Salon	2	2,0
Marbot	1	1,0
Buruh	8	8,0
Sales	1	1,0
Tambal Ban	1	1,0
Belum Pernah Bekerja/ No Data	81	81,0
Total	100	100

Responden kajian yang mayoritas ODGJ berat berusia dewasa akhir (46%) dibandingkan dengan kelompok lansia akhir (1%). Mayoritas ODGJ berat jenis kelaminnya laki – laki (66,7%), memiliki riwayat pendidikan terakhir SMA (39%) dan hanya ada sebagian kecil ODGJ berat yang tidak sekolah atau belum pernah menyelesaikan pendidikan formal (3%). Mayoritas ODGJ berat memiliki suku Jawa (80%). ODGJ berat beragama Islam (99%). Riwayat pekerjaan yang pernah dimiliki ODGJ berat mayoritas sebagai buruh pabrik maupun buruh bangunan (8%), namun dalam kegiatan pengumpulan data didapatkan hasil bahwa 81% ODGJ berat tidak pernah memiliki riwayat pekerjaan atau no data.

Umur ODGJ berat, jenis kelamin ODGJ berat dan Pendidikan terakhir ODGJ berat dikatakan mampu menjelaskan faktor sosio demografi yang dimiliki ODGJ berat. Dari ketiga faktor yang menjadi indikator dari kondisi sosio demografi ODGJ berat, riwayat Pendidikan ODGJ berat menjadi indikator yang memiliki faktor loading tertinggi, kemudian di susul oleh indikator umur ODGJ berat dan yang terakhir indikator jenis kelamin .

Faktor sosio demografi dari ODGJ berat sangat berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat. Salah satu faktor sosio demografi yang berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental adalah umur yang dimiliki ODGJ berat. Umur ODGJ berat yang masih produktif dapat meningkatkan kemampuan ODGJ berat untuk mandiri baik dalam ADL dasar maupun instrumental, dibandingkan dengan ODGJ berat yang sudah tidak berada di umur produktif. Umur produktif yang dimiliki ODGJ berat identik

dengan kemampuan belajar yang lebih tinggi sehingga ODGJ berat dapat mengingat dan meniru dengan lebih baik ketika dilakukan pemberian pelatihan keterampilan yang berakibat pada kemampuan atau *skill* yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok pasien yang memiliki umur tidak produktif.

Umur yang lebih muda juga berpengaruh terhadap peluang untuk mendapatkan pekerjaan kompetitif yang lebih besar, hal ini diakibatkan karena syarat umur bagi pelamar kerja yang sering digunakan oleh perusahaan untuk mendapatkan pekerjaan yang produktif dan sesuai dengan target perusahaan. Namun bukan berarti ODGJ berat yang memiliki umur yang sudah berada di atas 35 tahun pasti tidak dapat mandiri secara instrumental dan mendapatkan pekerjaan secara produktif, ODGJ berat juga dapat mendapatkan pekerjaan kompetitif di lapangan pekerjaan yang ada, namun juga dapat memulai pekerjaan sendiri (wiraswasta) berbekal dari kemampuan atau *skill* yang didapatkan ODGJ berat dari pelatihan yang diberikan selama perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur seperti menjadi petani hidroponik, menjadi produsen masker (dimana pada kondisi yang ada saat ini ditengah pandemic Covid-19 kebutuhan masker melonjak cukup tinggi).

Hasil kajian yang dilakukan oleh (Mattila-Holappa *et al.*, 2017) orang yang memiliki gangguan kejiwaan dengan usia 21-34 tahun memiliki kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan kompetitif yang lebih tinggi dibandingkan peserta yang memiliki umur >35 tahun. Umur ODGJ berat mempengaruhi keberhasilan program pemberian keterampilan berkebun terhadap ODGJ berat. ODGJ berat yang memiliki umur lebih muda memiliki keluaran lebih baik dibandingkan dengan ODGJ berat yang lebih tua sehingga kemampuan yang dimiliki ODGJ berat akan lebih baik untuk dipraktekkan setelah melewati program pelatihan kerja. Keterampilan yang dimiliki ODGJ berat dapat menurunkan kekambuhan karena kehidupan produktif yang dimiliki ODGJ berat pasca mengikuti pelatihan. Namun dalam kajian ini tidak dilakukan pengukuran terhadap kualitas hidup.

Indikator sosio demografi yang berpengaruh terhadap kemandirian instrumental ODGJ berat adalah jenis kelamin. Jenis kelamin yang dimiliki ODGJ berat merupakan indikator kondisi sosio demografi yang memiliki nilai loading terendah apabila dibandingkan dengan indikator lain. Jenis kelamin yang dimiliki ODGJ berat sebenarnya secara tidak langsung berpengaruh terhadap kemampuan atau *skill* yang dimiliki oleh ODGJ berat dalam mengikuti pelatihan kerja yang ada, namun jenis kelamin yang dimiliki akan berpengaruh terhadap kemampuan ODGJ berat dalam memperoleh pekerjaan. Hal ini disebabkan masih terbatasnya pekerjaan kompetitif yang dapat menerima calon pekerja dengan jenis kelamin perempuan dan berbanding jauh dengan pekerjaan untuk calon pekerja berjenis kelamin laki-laki. Namun hal ini dapat diatasi apabila ODGJ berat mampu mengaplikasikan kemampuan atau *skill* yang didapatkan saat pelatihan secara mandiri (wiraswasta), dengan demikian maka ODGJ berat dapat tetap hidup produktif pasca menyelesaikan tahap rehabilitasi.

Kajian yang dilakukan oleh Patel, Rodrigues and DeSouza, (2002) pada negara India menyebutkan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan ODGJ untuk *Return To Work* (RTW), dimana dari kajian yang dilakukan menunjukkan bahwa ODGJ yang memiliki jenis kelamin perempuan memiliki tingkat kesuksesan yang lebih kecil dibandingkan dengan ODGJ yang memiliki jenis kelamin laki-laki. Hal ini disebabkan karena kesetaraan gender yang masih belum diaplikasikan dengan baik, pekerjaan yang tersedia untuk perempuan masih sangat sedikit sehingga ODGJ pasca mengikuti rehabilitasi dan program vokasional cenderung gagal untuk kembali pada dunia kerja yang produktif. Kesetaraan gender yang belum tercapai juga menyebabkan perempuan cenderung memiliki Pendidikan yang tidak tinggi sehingga menyulitkan untuk masuk dunia kerja yang kompetitif yang seringkali memerlukan kualifikasi Pendidikan tertentu.

Jané-llopis, (2005) menyatakan bahwa berbagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah ini sudah sering dilakukan namun masih sering terjadi kesenjangan luaran antara ODGJ berjenis kelamin laki-laki dan perempuan pasca mengikuti program rehabilitasi baik dalam bentuk *vocational rehabilitation* traditional maupun modern terutama di negara yang memiliki kondisi sosial dan ekonomi rendah.

Faktor riwayat pendidikan sangat mempengaruhi ODGJ berat untuk bisa kembali hidup produktif dalam melakukan kegiatan sehari-hari maupun untuk siap dalam kegiatan produktif ekonomi atau RTW. Riwayat Pendidikan yang dimiliki seseorang secara tidak langsung berhubungan dengan pengetahuan, *skill* atau kemampuan dasar yang dimiliki ODGJ berat yang berkaitan dengan kemampuan dan kerja serta logika atau kemampuan berpikir yang lebih baik. Kondisi ODGJ berat yang memiliki riwayat Pendidikan tinggi cenderung dapat menyerap semua *skill* dan kemampuan yang diberikan selama pelatihan lebih baik dibandingkan ODGJ berat yang memiliki riwayat Pendidikan rendah. Selain itu, Pendidikan tinggi yang dimiliki oleh ODGJ berat cenderung dapat memudahkan ODGJ berat untuk mendapatkan pekerjaan di dunia kompetitif dan mengaplikasikan kemampuan yang di dapat saat pelatihan kerja, hal ini disebabkan karena seringkali para institusi menetapkan pendidikan minimal dalam merekrut tenaga kerja mereka. Namun hal ini tidak berlaku bagi ODGJ yang lebih memilih hidup produktif dengan menjadi wiraswasta.

Kajian yang dilakukan di south Africa terhadap orang yang mengalami gangguan kesehatan mental menunjukkan bahwa ODGJ yang memiliki riwayat pendidikan yang tinggi cenderung dapat melakukan RTW lebih baik apabila dibandingkan dengan ODGJ yang memiliki riwayat pendidikan yang rendah (Setlaba, Mosotho and Joubert, 2020).

## Karakteristik Kondisi ODGJ

Hasil kajian yang telah dilakukan pada respon den terkait karakteristik kondisi ODGJ ditampilkan pada tabel 6.2 berikut:

**Tabel 6.2** Tabel distribusi karakteristik Kondisi ODGJ

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Jenis ODGJ Berat</b>		
<i>Skizofrenia</i>	76	76,0
<i>Non Skizofrenia</i>	24	24,0
Total	100	100
<b>Durasi Sakit</b>		
>5 Tahun	33	33,0
≤ 5 Tahun	67	67,0
Total	100	100

Jenis ODGJ berat mayoritas adalah *skizofrenia* sebesar 76%. Durasi sakit ODGJ berat mayoritas ≤ 5 tahun sebesar 67%.

Keparahan pasien dan jenis gangguan kejiwaan dikatakan mampu menjelaskan jenis ODGJ berat yang dimiliki ODGJ. Sebagian besar pasien memiliki *jenis* gangguan kejiwaan *schizofrenia*, sedangkan keparahan ODGJ berat sebagian besar menderita gangguan kejiwaan dalam kurun waktu ≤ 5 tahun.

Hasil kajian menunjukkan bahwa jenis gangguan kejiwaan menjadi faktor penyusun kondisi ODGJ berat dengan nilai *loading* tertinggi. Hasil analisis yang ditemukan dari proses pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 2 kategori yaitu *skizofrenia* dan *non skizofrenia*. *Skizofrenia* adalah gangguan jiwa berat ditandai dengan gangguan penilaian realita. Manifestasi klinis *skizofrenia* adalah gangguan proses pikir seperti *ekokalian*, *aloga*, *neologisme*, dll. Kemudian diiringi dengan manifestasi klinis lain seperti gangguan isi pikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi, ilusi, dll), gangguan emosi, gangguan perilaku, gangguan motivasi dan gangguan neurokognitif (Kementrian Kesehatan, 2015). Diagnosa lain yang muncul adalah *skizoafektive* yaitu gangguan jiwa yang ditandai

dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan *skizofrenia* (memenuhi kriteria A *skizofrenia*) dan episode mood baik depresi mayor maupun bipolar. *Skizoaffective* dapat dibedakan menjadi 3 tipe yaitu tipe manik, depresi dan campuran (Kementrian Kesehatan, 2015). Secara teori prognosis dari *skizoafektif* lebih baik apabila dibandingkan dengan *skizofrenia*. Perjalanan penyakit yang ada cenderung tidak mengalami deteriorasi dan respons terhadap litium yang lebih baik apabila dibandingkan dengan *skizofrenia*.

Kajian yang dilakukan oleh Setlaba, Mosotho and Joubert, (2020) menyatakan bahwa gejala klinis dan diagnosa klinis yang dimiliki seseorang berpengaruh terhadap kesuksesan dari program *supported employment* (SE) yang dilakukan serta berpengaruh terhadap tindakan melanggar hukum. Seseorang yang memiliki gejala neologisme memiliki tingkat keberhasilan program SE dan memiliki tingkat kriminal yang lebih rendah apabila dibandingkan dengan orang yang memiliki gejala seperti delusi dan *neologisme*.

Selain *skizofrenia*, salah satu indikator kondisi ODGJ berat adalah tingkat keparahan yang diukur dari durasi sakit yang telah dialami sampai dengan dilakukan perawatan di rumah sakit jiwa menor. Hasil kajian yang dilakukan menunjukkan bahwa banyak pasien yang telah mengalami sakit  $\leq 5$  tahun. Semakin lama ODGJ berat mengalami sakit maka akan berpengaruh terhadap proses penyembuhannya. Secara tidak langsung hal ini akan berpengaruh terhadap proses pemberian *skill*, keterampilan yang dilakukan selama masa rehabilitasi di rumah sakit yang akan berpengaruh terhadap keluaran dari proses rehabilitasi yaitu kemandirian instrumental ODGJ berat yang diharapkan nantinya pasien dapat memanfaatkan keterampilan yang ada untuk hidup produktif.

Kajian yang dilakukan oleh Memduha, (2020) menunjukkan bahwa durasi sakit yang telah dialami ODGJ berat berhubungan dengan kesembuhan dari ODGJ berat tersebut dan berpengaruh terhadap lama perawatan di rumah sakit. Semakin lama durasi sakit



yang dialami oleh ODGJ berat maka akan berdampak pada masa perawatan yang dialami ODGJ berat.

## Karakteristik Dukungan Keluarga

Hasil kajian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik Dukungan sosial pasien di tampilkan pada table 5.3 berikut:

**Tabel 6.3** Tabel distribusi karakteristik dukungan sosial pasien

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Dukungan Keluarga</b>		
Tidak Pernah	49	49,0
Selalu	51	51,0
Total	100	100
<b>Dukungan Teman</b>		
Tidak Pernah	37	37,0
Selalu	63	63,0
Total	100	100
<b>Dukungan Tenaga Kesehatan</b>		
Tidak Pernah	40	40,0
Selalu	60	60,0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 6.3, didapatkan hasil dukungan keluarga hamper sama dimana ODGJ berat yang selalu mendapatkan dukungan keluarga sebanyak 51% dan sisanya tidak pernah mendapatkan dukungan keluarga. ODGJ berat yang mendapatkan dukungan dari teman sebanyak 63%. Dukungan dari tenaga kesehatan yang diterima ODGJ berat sebanyak 60% dan sisanya merasa tidak pernah mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan.

Indikator dukungan keluarga, dukungan teman dan dukungan tenaga kesehatan dikatakan mampu menjelaskan faktor dukungan sosial yang dimiliki ODGJ. Dukungan sosial dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai,

dan mencintainya (Dague, 2016). Pada umumnya dukungan sosial menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, rekan kerja bahkan dari petugas kesehatan. Dukungan sosial yang diberikan tidak hanya berupa materi, namun dapat juga berupa bentuk lain seperti emosi dan informasi yang berpengaruh terhadap individu tersebut. Dukungan sosial biasanya berasal dari orang yang dapat dipercaya oleh suatu individu (Santrock, 1999).

Dukungan sosial umumnya menggambarkan mengenai peran atau pengaruh serta berbagai bantuan yang didapatkan oleh individu dari orang lain seperti anggota keluarga, teman sebaya dan tenaga kesehatan. Keuntungan yang diperoleh dari individu yang mendapatkan dukungan sosial yang tinggi adalah menjadi individu yang lebih optimis dalam menghadapi kehidupan dan masalah yang sedang dihadapi saat ini maupun dimasa yang akan datang, lebih terampil memenuhi kebutuhan psikologi, memiliki tingkat stress dan kecemasan yang lebih rendah, selain itu juga dapat meningkatkan interpersonal skill. Namun selain memiliki dampak yang positif, dukungan sosial juga mengakibatkan efek negatif terhadap kondisi individu. Hal ini diakibatkan kepercayaan tinggi yang dimiliki oleh seseorang yang mengakibatkan mudah mempercayai informasi yang didapatkan meskipun informasi yang diterima merugikan atau bersifat kabur, hal ini akan memicu timbulnya kecemasan tambahan atau stress.

Hasil kajian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar responden dengan kemandirian ADL instrumental. Namun dari hasil analisis yang dilakukan hubungan yang ada bersifat tidak langsung yang artinya pengaruh dukungan sosial terhadap kemandirian ADL instrumental pasien melewati beberapa faktor lain dan tidak secara langsung berpengaruh. Hal ini disebabkan oleh populasi kajian yang bersifat populasi khusus yaitu ODGJ berat sehingga hasil yang ada

sedikit berbeda dengan kajian lain. Selain itu, interaksi variabel yang ada menyebabkan pengaruh yang timbul bersifat tidak langsung.

Indikator dukungan sosial terhadap pasien ODGJ adalah dukungan dari orang terdekat pasien yaitu keluarga. Dukungan keluarga adalah pertolongan, semangat oleh keluarga terhadap anggotanya dimana dukungan tersebut sebagai variabel mediator yang menunjukkan fasilitas koping selama waktu krisis (Craig *et al.*, 2014). Dukungan keluarga dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap kesehatan anggota keluarganya. Bentuk dukungan ini dapat diberikan melalui dua cara yaitu secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dukungan ini akan memberikan dorongan kepada anggotanya untuk berperilaku sehat, sedangkan secara tidak langsung dukungan yang diterima dari orang lain akan mengurangi ketegangan atau depresi sehingga tidak menimbulkan gangguan. Kajian yang dilakukan oleh Radey, Mcwey and Cui, (2019) menyebutkan bahwa dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga khususnya dari seorang ibu memainkan peran penting dalam mengurangi gangguan kesehatan mental yang dirasakan anggota keluarganya, semakin tinggi dukungan yang diberikan maka dapat menurunkan beban kesehatan mental yang dirasakan.

Teman sebaya dapat diartikan sebagai sebuah kelompok orang yang seumur dan mempunyai kelompok sosial yang sama, seperti teman sekolah teman kerja. Teman memiliki kesamaan sehingga menjadi kelompok sosial tersendiri untuk berbagi emosi, perasaan yang sama sehingga dukungan yang diberikan akan sangat berarti. Ketika dukungan keluarga tidak lagi mumpuni maka dukungan dari teman sebaya sangat penting untuk ODGJ.

Kajian yang dilakukan oleh Sulistiowati and dkk, (2018) menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan teman sebaya secara statistik berpengaruh terhadap kesehatan mental ODGJ khususnya remaja yang diteliti.

Dukungan sosial lain yang didapatkan oleh ODGJ berat adalah dukungan dari tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan merupakan

salah satu kelompok sosial yang seringkali memiliki interaksi yang intens dengan ODGJ berat. Interaksi yang intens tersebut menyebabkan adanya *trust* antara ODGJ berat dengan tenaga kesehatan. Dukungan yang diberikan oleh tenaga kesehatan tidak hanya berbentuk layanan kesehatan, namun bisa juga dukungan emosional dan motivasi yang seringkali diberikan tenaga kesehatan ketika berjumpa dengan ODGJ berat.

Kajian yang dilakukan oleh Surahmiyati, Yoga and Hasanbasri, (2017) pada ODGJ yang melakukan perawatan kesehatan di Puskesmas Sungai Dareh menyatakan bahwa dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan berpengaruh terhadap tingkat kemandirian ODGJ serta dapat mengurangi risiko kekambuhan dari ODGJ. Kajian yang dilakukan oleh Surahmiyati, Yoga and Hasanbasri, (2017) juga menghasilkan hasil yang sama dimana petugas kesehatan memainkan peran yang penting dalam sosial support yang diberikan kepada ODGJ. Dukungan tenaga kesehatan sangat penting dan bisa membantu dukungan yang diberikan oleh keluarga sehingga kondisi dari ODGJ yang ada bisa kembali produktif.

## Karakteristik Berdasarkan Theory Planned Behaviour

Hasil kajian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik berdasarkan *theory planned behavior* pasien di tampilkan pada tabel 6.4 berikut:

**Tabel 6.4** Tabel distribusi karakteristik berdasarkan *theory planned behaviour*

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Attitude Toward Behaviour</b>		
<b>Behavioral Belief</b>		
Buruk	21	21,0
Baik	79	79,0
Total	100	100
<b>Evaluation of Behavioral Belief</b>		
Buruk	33	33,0

Baik	67	67,0
Total	100	100

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Subjective Norm</b>		
<b>Motivation To Comply</b>		
Buruk	57	57,0
Baik	43	43,0
Total	100	100
<b>Normative Beliefs</b>		
Buruk	57	57,0
Baik	43	43,0
Total	100	100
<b>Perceived Behavioral Control</b>		
Control Belief		
Buruk	20	20,0
Baik	80	80,0
Total	100	100
<b>Perceived Power</b>		
Buruk	11	11,0
Baik	89	89,0
Total	100	100
Intention		
Intention		
Buruk	5	5,0
Baik	95	95,0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 6.4, *attitude towards behaviour* yang dimiliki ODGJ berat di dasarkan pada 2 komponen yaitu *behavioural belief* dan *evaluation of behavioural belief*. Kondisi *behavioural belief* ODGJ berat sebagian besar bersifat baik sebanyak 79%. Sedangkan 67% memiliki *evaluation of behavioural belief* yang baik. Karakteristik *subjective norm* yang dimiliki ODGJ berat di dasarkan pada 2 komponen yaitu *motivation to comply* dan *normative belief*. *Motivation to comply* ODGJ berat mayoritas bersifat buruk sebanyak 57%. Sedangkan 57% memiliki *normative beliefs* yang buruk.

Karakteristik *perceived behavioral control* yang dimiliki ODGJ berat didasarkan pada 2 komponen yaitu *control belief* dan *perceived power*. Kondisi *control belief* ODGJ berat mayoritas baik sebanyak 80%. Sedangkan 89% ODGJ berat memiliki *perceived power* yang baik. *Intention* atau niat didapatkan mayoritas memiliki *intention* yang baik sebanyak 95% dan hanya ada 5% ODGJ berat yang memiliki *intention* yang buruk.

## Attitude Towards Behaviour

Indikator *behavioural belief* dan *evaluation of behavioural belief* dikatakan mampu menjelaskan faktor *Attitude towards behaviour* yang dimiliki ODGJ berat. *Attitude towards behaviour* atau yang lebih dikenal dengan sikap merupakan suatu perasaan baik yang berbentuk positif maupun negatif terhadap suatu objek, orang, institusi maupun kegiatan tertentu (Ajzen, 1988). Konsep sentral yang menentukan sikap adalah *belief*. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), *belief* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang terhadap suatu objek. Sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan dan seberapa besar kekuatan yang dimiliki terhadap *belief* tersebut (Fishbein and Ajzen, 1975).

*Behavior beliefs* merupakan unsur kepercayaan personal tentang konsekuensi dari suatu perilaku tertentu. Konsep ini berawal dari subyektif bahwa perilaku akan memberikan suatu hasil. *Behavior beliefs* menghasilkan sikap suka atau tidak suka terhadap perilaku personal. *Behavior beliefs* menghasilkan *attitude toward behavior* atau sikap adalah merupakan petunjuk untuk memberikan respon secara *fovarable* dan *unfovarable* terhadap orang, institusi dan kejadian. Konsepnya adalah bagaimana kinerja positif atau negatif bisa dihargai. Elemen tersebut dipengaruhi oleh suatu keyakinan perilaku yang menghubungkan perilaku dalam berbagai hasil dari unsur

lainnya (Ajzen, 2005). Dijelaskan oleh Hogg dan vanham (2005) bahwa sikap adalah sebagai suatu produk dari *beliefs personal* tentang perilaku yang menjadi dan juga bagaimana *beliefs* ini dievaluasi. Sikap didefinisikan sebagai kondisi internal personal yang mempengaruhi terhadap pilihan *personal* untuk menunjukkan perilaku terhadap obyek atau terhadap kejadian (Hogg and Vaughan, 2005).

Sikap yang baik, mengikuti kegiatan dengan sungguh-sungguh dari ODGJ berat selama proses rehabilitasi akan berdampak terhadap keberhasilan proses hingga terwujudnya ODGJ berat yang mandiri serta dapat kembali hidup produktif. Selain itu, salah satu komponen penyusun sikap adalah keyakinan, keyakinan adalah kemungkinan subyektif dari sebuah antara obyek nilai, konsep atau atribut lain. Penjelasan dasar menyebutkan bahwa perilaku adalah fungsi dari informasi penting atau *beliefs* yang relevan terhadap perilaku (Ajzen, 1991).

Dengan keyakinan yang baik dan positif maka individu dikatakan memiliki keyakinan yang tinggi untuk mencapai target yang telah ditetapkan yaitu mampu mencapai kemandirian instrumental secara paripurna sehingga tidak lagi tergantung dengan orang lain. Hasil kajian serupa juga ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Jalilian *et al.*, (2020) dimana ODGJ berat yang memiliki *attitude towards behavior* buruk cenderung memiliki skill yang buruk setelah diberikan pelatihan kerja.

### **Subjective Norm**

Indikator *normative beliefs* dan *motivation to comply* dikatakan mampu menjelaskan faktor *Subjective norm* yang dimiliki ODGJ berat. *Subjective norm* atau yang lebih dikenal dengan sebutan norma subjektif dapat diartikan sebagai persepsi individu apakah orang lain akan mendukung atau tidak untuk mewujudkan sebuah perilaku. Norma subyektif juga disebut sebagai peranan (*referent*) dalam sebuah perilaku yang dilakukan seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi *norma*

*subyektif* yaitu *normatif belief* dan *motivation to comply* (Fishbein and Ajzen, 1975).

*Normatif beliefs* atau dikenal dengan persepsi atau keyakinan adalah pendapat tokoh yang berpengaruh bagi individu atau panutan apakah subyek harus melakukan atau tidak suatu perilaku tertentu. *Motivation to comply* atau lebih dikenal dengan motivasi individu adalah seberapa jauh motivasi personal untuk mengikuti pendapat tokoh yang menjadi panutan tersebut. Sebuah persepsi dari ODGJ s berat angkatlah penting hal ini karena sebuah persepsi atau keyakinan akan menambah rasa percaya diri ODGJ berat dalam melakukan proses rehabilitasi dan ikut serta dalam rehabilitasi sosial vokasional, dengan keyakinan yang tinggi akan dukungan dari berbagai pihak serta keyakinan akan mampu melewati rehabilitasi dengan baik akan meningkatkan keluaran dari rehabilitasi sosial vokasional yaitu suatu kemandirian yang paripurna dari ODGJ sehingga dapat hidup produktif pasca kembali ke masyarakat dan menurunkan angka kekambuhan yang dialami (Fishbein and Ajzen, 1975).

Kajian serupa juga didapatkan dari kajian yang dilakukan oleh Chrismardani, (2016) pelatihan vokasional yang diberikan dipengaruhi berbagai faktor yaitu persepsi ODGJ akan keluaran dan keuntungan yang diperoleh dan motivasi yang dimiliki ODGJ untuk mengikuti pelatihan dengan baik.

### **Perceived Behaviour**

Indikator *control beliefs* dan *perceived power* dikatakan mampu menjelaskan faktor *Perceived behavioral* yang dimiliki ODGJ berat. *Perceived behavioral* adalah sebuah persepsi individu dalam melihat mudah atau tidaknya sebuah perilaku untuk dilakukan. Variabel ini seringkali diasumsikan sebagai pengalaman masa lalu atauantisipasi halangan yang kemungkinan akan terjadi dalam melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 1988). Terdapat dua asumsi yaitu dipersepsikan memiliki penerguh motivasional terhadap intensi, individu meyakini bahwa ita memiliki kesempatan atau tidak untuk melakukan sebuah



perilaku meskipun memiliki sikap yang positif dan di dukung referent. Asumsi kedua adalah PBC yang dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk mempengaruhi perilaku secara langsung tanpa melalui intensi. (Ajzen, 1988).

PBC terdiri dari 2 komponen yaitu 1) *Control Beliefs* adalah *beliefs* mengenai sumber-sumber dan kesempatan yang dibutuhkan (*requisite resources and opportunities*) untuk memunculkan tingkah laku atau keyakinan seseorang tentang faktor yang dapat memfasilitasi atau tidak mendukung terhadap perilaku. Baik diperoleh dari pengetahuan, keterampilan, maupun pengalaman. Pengalaman yang dimaksud adalah pengalaman dalam melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau diperoleh karena melihat orang lain. *Control Beliefs* ditentukan juga oleh kesediaan waktu, tersedianya fasilitas, serta kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku. 2) *Perceived Power* adalah persepsi individu mengenai seberapa kuat kontrol tersebut untuk mempengaruhi dirinya dalam memunculkan tingkah laku sehingga memudahkan atau menyulitkan pemunculan tingkah laku tersebut (Ajzen, 1988).

Kajian yang dilakukan oleh Kopelowicz *et al.*, (2018) menunjukkan bahwa PBC berhubungan dengan kemampuan atau *skill* yang didapatkan ODGJ berat pasca pelatihan kerja yang diberikan pada ODGJ berat. PBC yang baik mampu meningkatkan persentase kesuksesan rehabilitasi yang dijalani orang yang mengalami *gangguan kejiwaan* meskipun pengaruh yang diberikan tidak sebesar norma subjektif.

### **Karakteristik Rehabilitasi Sosial Vokasional Pasien**

Hasil kajian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional pasien di tampilkan pada table 5.5 berikut:

**Tabel 6.5** Tabel Distribusi Rehabilitasi Sosial Vokasional ODGJ ber

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Fase Perhatian</b>		
Buruk	42	42,0
Baik	58	58,0
Total	100	100
<b>Fase Pengingatan</b>		
Buruk	52	52,0
Baik	48	48,0
Total	100	100
<b>Fase Peniruan</b>		
Buruk	42	42,0
Baik	58	58,0
Total	100	100
<b>Fase Motivasi</b>		
Buruk	68	68,0
Baik	32	32,0
Total	100	100
<b>Skill</b>		
Buruk	33	33,0
Baik	67	67,0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 6.5, fase perhatian yang dimiliki ODGJ berat selama proses pelatihan dilakukan sebesar 58%. fase pengingatan ODGJ berat memiliki pengingatan baik sebesar 48%. pada fase peniruan kelompok ODGJ berat diketahui memiliki fase peniruan yang baik selama pelatihan terdapat 58%. fase motivasi ODGJ berat terdapat 68% memiliki fase motivasi buruk. *skill* yang dimiliki ODGJ berat setelah mengikuti pelatihan yang dilakukan sebanyak 67% memiliki *skill* yang baik.

### **Karakteristik Kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) Instrumental**

Hasil kajian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) instrumental ODGJ berat di tampilkan pada table 5.6 berikut:

**Tabel 6.6** Tabel distribusi karakteristik Kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) Instrumental

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<b>Kemandirian Instrumental</b>		
Tergantung	26	26,0
Mandiri	74	74,0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 6.6, kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* yang dimiliki ODGJ berat pasca melewati pelatihan yang diberikan didapatkan 74% mampu dikatakan mandiri. serta hanya terdapat 26% ODGJ berat yang masih tergantung

### **Fase Perhatian**

Hasil analisis univariable yang dilakukan terdapat 58% ODGJ berat yang memiliki *fase perhatian* baik. Sedangkan sisanya memiliki *fase perhatian* yang dapat dikatakan kurang baik. Pengukuran fase perhatian ODGJ berat dilakukan dengan mengukur aktifitas peserta dari setiap sesi pelatihan keterampilan yang dilakukan. Fase perhatian merupakan fase awal dari sebuah rangkaian proses belajar dimulai dengan adanya stimulus yang diberikan kepada individu dan terus menerus. Bentuk stimulus yang diberikan yang dapat dirasakan oleh panca indera. Tidak semua stimulus yang dipaparkan dan diterima oleh individu tersebut akan memperoleh perhatian dan berlanjut dengan pengolahan stimulus tersebut, hal ini terjadi karena individu memiliki keterbatasan sumberdaya kognitif untuk mengolah semua informasi yang diterima (Bandura, 1971).

Terdapat beberapa kondisi yang mempengaruhi tingkat perhatian dari ODGJ berat yang pertama yaitu status afektif ODGJ berat, Peningkatan *afektif* individu mempengaruhi proses perhatian mereka. Ketertarikan rendah mengurangi jumlah dan intensitas perhatian. Sebaliknya, ketertarikan tinggi diperkirakan dapat mempersempit fokus perhatian individu dan menjadikannya semakin selektif. Faktor kedua adalah keterlibatan aktif ODGJ berat yaitu motivasional yang mengarahkan pemilihan rangsangan vocal dan pemahaman. Faktor

terakhir yang mempengaruhi tingkat perhatian ODGJ berat adalah pemilihan strategi berbetuk persuasif meskipun tidak semua rangsangan *persuasive* memiliki kemampuan yang sama dalam mengaktifkan struktur pengetahuan yang relevan (Mulyaningsih, 2016).

Perhatian ODGJ berat sangat erat berkaitan dengan proses pelatihan pemberian *skill* pada ODGJ berat. Perhatian merupakan dasar dari semua proses pembelajaran yang dilewati oleh ODGJ berat karena merupakan sebuah pintu dan jalan permulaan menuju akhir dari sebuah proses pembelajaran yaitu sebuah *skill* atau keterampilan. Sebuah perhatian yang baik, tingkat fokus yang tinggi oleh ODGJ berat dapat mempengaruhi tahap selanjutnya yaitu tahapan pengingatan sehingga informasi yang diterima dapat di simpan menjadi informasi utuh dan jelas. Informasi yang utuh berguna untuk meningkatkan kemampuan *skill* dari ODGJ berat.

Fase pertama (fase perhatian) yaitu kondisi yang diperlukan peserta didik agar pembelajaran dapat terjadi dengan baik, karakteristik model pada fase ini yang merupakan variabel penentu tingkat perhatian itu mencakup frekuensi kehadirannya, kejelasannya, daya tarik personalnya, dan nilai fungsional perilaku model itu adapun dilihat dari karakteristik pengamat yang penting untuk proses perhatian antara lain kapasitas sensorisnya, tingkat ketertarikannya antara peserta didik dengan pembimbing klinik, kebiasaan persepsinya, dan *reinforcement* yang diberikan pembimbing klinik kepada peserta didik dimasa lalunya (Widodo, 2017).

Bandura yakin bahwa tindakan mengamati memberikan ruang bagi manusia untuk belajar tanpa berbuat apapun. Manumur belajar dengan mengamati perilaku orang lain. *Vicarious learning* adalah pembelajaran dengan mengobservasi orang lain. Fakta ini menantang ide *behavioris* bahwa faktor- faktor kognitif tidak dibutuhkan dalam penjelasan tentang pembelajaran. Bila orang dapat belajar dengan mengamati, maka mereka pasti memfokuskan perhatiannya, mengkonstruksikan gambaran, mengingat, menganalisis, dan membuat keputusan-keputusan yang mempengaruhi pelajaran.

Bandura percaya penguatan bukan esensi pembelajaran. Meski penguatan memfasilitasi pembelajaran, namun bukan syarat utama. Pembelajaran yang utama adalah mengamati model-model, dan pengamatan inilah yang terus menerus diperkuat (LESILOLO, 2019).

### **Fase Pengingatan**

Hasil analisis univariable yang dilakukan terdapat 48% ODGJ berat yang memiliki *fase pengingatan* baik. Sedangkan sisanya memiliki *fase pengingatan* yang dapat dikatakan kurang baik. Pengukuran fase perhatian ODGJ berat dilakukan dengan mengukur aktifitas peserta dari setiap sesi pelatihan keterampilan yang dilakukan. Retensi atau yang lebih dikenal dengan fase pengingatan adalah Proses pemindahan informasi ke memori jangka panjang (*long term memory*). Hal ini berkaitan dengan penyimpanan dan pemanggilan kembali apa yang diamati. Retensi ini dapat dilakukan dengan cara menyimpan informasi secara imaginal atau mengkodekan peristiwa model ke dalam simbol verbal yang mudah di gunakan. Materi yang bermakna bagi pengamat dan menambah pengalaman sebelumnya akan lebih mudah diingat (Bandura, 1971).

Bentuk penyimpanan yang dimiliki oleh seseorang dapat dikategorikan kedalam 3 jenis yaitu *Sensory memory* yaitu tempat penyimpanan informasi sementara yang diterima dari panca indera dan biasanya terjadi secara instan (dalam waktu yang sangat cepat <1 detik). Yang kedua adalah memori jangka pendek yaitu tempat penyimpanan informasi untuk waktu yang lumayan terbatas dan memiliki kapasitas terbatas (proses berlangsung lumayan cepat <30 detik). Jenis yang terakhir adalah memori jangka panjang yaitu tempat penyimpanan informasi jangka waktu lama dengan kapasitas cenderung tidak terbatas (Bandura, 1971).

### **Fase Peniruan**

Pengukuran fase perhatian ODGJ berat dilakukan dengan mengukur aktifitas peserta dari setiap sesi pelatihan keterampilan yang dilakukan. Setelah ODGJ berat sudah melakukan penyimpanan pada

memori, mereka harus dirubah kembali dalam tindakan yang tepat. Rangkaian tindakan baru merupakan simbol pertama pengaturan dan berlatih, semua waktu dibandingkan dengan ingatan atau memori dari perilaku model. Penyesuaian dibuat dalam rangkaian tindakan baru dan rangkaian perilaku awal dimana individu mulai meniru perilaku yang diamati.

Perilaku sebenarnya dicatat oleh orang dan mungkin juga oleh pengamat yang memberikan timbal balik korektif untuk memperkuat peniruan tersebut. Pada tahap tertentu, gambaran simbolik tentang perilaku model mungkin perlu diterjemahkan ke dalam tindakan efektif. Keberhasilan teori belajar sosial dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu Pertama, individu harus memiliki komponen keterampilan. Biasanya rangkaian perilaku model dalam kajian Bandura buatan dari komponen perilaku yang sudah diketahui orang. Kedua, orang harus memiliki kapasitas fisik untuk membawa komponen keterampilan dalam mengkoordinasikan gerakan. Terakhir, hasil yang dicapai dalam koordinasi penampilan atau peruntukan memerlukan pergerakan individu yang dengan mudah tampak (Bandura, 1971).

Peniruan yang dilakukan dapat dilakukan pengulangan secara berkala sampai proses peniruan yang dilakukan dapat memenuhi kriteria yang ditetapkan sebagai sebuah standar kompetensi yang telah ditetapkan dalam kegiatan pelatihan keterampilan yang diberikan. Pengukuran terhadap peniruan yang dilakukan oleh responden disebut sebagai evaluasi yang terdiri dari evaluasi dalam bentuk teori dan praktek. Hasil peniruan yang dilakukan oleh ODGJ diharapkan dapat sesuai dengan standar kompetensi yang telah di tetapkan.

### ***Skill***

Pengukuran *Skill* ODGJ berat dilakukan dengan mengukur aktifitas peserta dari setiap sesi pelatihan keterampilan yang dilakukan. Pendidikan Vokasional atau *Vocational Education* (VE) adalah pendidikan untuk dunia kerja (*Education for Vocation* atau *Education for Occupations*). Pendidikan vokasional adalah pendidikan untuk

mengembangkan kekokasian seseorang sehingga memiliki kapasitas atau kapabilitas ditugasi atau diberi perintah untuk melakukan pekerjaan atau melaksanakan jabatan tertentu (Sudira, 2012).

Pendidikan vokasional atau pelatihan keterampilan merupakan jenis pendidikan yang menekankan pendidikan dalam menyiapkan seseorang untuk hidup produktif bahkan sampai bekerja dengan cara mengasah keterampilan atau *skill* yang cenderung bersifat fisik atau motorik sebagai perwujudan kecerdasan kinestetik. Salah satu kemampuan yang perlu ditonjolkan selama pemberian keterampilan pendidikan vokasional adalah kemampuan reproduktif yang didukung oleh pengetahuan praktis dan spesifik serta fungsional yang kuat sebagai ciri utamanya (Sudira, 2012).

Kajian yang dilakukan oleh Anjaswarni *et al.*, (2016) menunjukkan bahwa kemandirian baik kemandirian dasar, dan kemandirian instrumental ODGJ dipengaruhi oleh pelatihan yang diberikan kepada ODGJ dimana *skill* dan kemampuan yang dimiliki ODGJ meningkat menyebabkan kemandirian instrumental ODGJ juga meningkat.



# BAB VII

## ANALISIS ATTITUDE TOWARDS BEHAVIOUR DALAM PERKEMBANGAN KEMANDIRIAN ODGJ

Indikator *behavioural belief* dan *evaluation of behavioural belief* dikatakan mampu menjelaskan faktor *Attitude towards behaviour* yang dimiliki ODGJ berat. *Attitude towards behaviour* atau yang lebih dikenal dengan sikap merupakan suatu perasaan baik yang berbentuk positif maupun negatif terhadap suatu objek, orang, institusi maupun kegiatan tertentu (Ajzen, 1988). Konsep sentral yang menentukan sikap adalah *belief*. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), *belief* mempresentasikan pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang terhadap suatu objek. Sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan dan seberapa besar kekuatan yang dimiliki terhadap *belief* tersebut (Fishbein and Ajzen, 1975).

*Behavior beliefs* merupakan unsur kepercayaan personal tentang konsekuensi dari suatu perilaku tertentu. Konsep ini berawal dari



subyektif bahwa perilaku akan memberikan suatu hasil. *Behavior beliefs* menghasilkan sikap suka atau tidak suka terhadap perilaku personal. *Behavior beliefs* menghasilkan *attitude toward behavior* atau sikap adalah merupakan petunjuk untuk memberikan respon secara *fovarable* dan *unfovarable* terhadap orang, institusi dan kejadian. Konsepnya adalah bagaimana kinerja positif atau negatif bisa dihargai. Elemen tersebut dipengaruhi oleh suatu keyakinan perilaku yang menghubungkan perilaku dalam berbagai hasil dari unsur lainnya (Ajzen, 2005). Dijelaskan oleh Hoggs dan vangham (2005) bahwa sikap adalah sebagai suatu produk dari *beliefs personal* tentang perilaku yang menjadi dan juga bagaimana *beliefs* ini dievaluasi. Sikap didefinisikan sebagai kondisi internal personal yang mempengaruhi terhadap pilihan *personal* untuk menunjukkan perilaku terhadap obyek atau terhadap kejadian (Hogg and Vaughan, 2005).

Sikap yang baik, mengikuti kegiatan dengan sungguh-sungguh dari ODGJ berat selama proses rehabilitasi akan berdampak terhadap keberhasilan proses hingga terwujudnya ODGJ berat yang mandiri serta dapat kembali hidup produktif. Selain itu, salah satu komponen penyusun sikap adalah keyakinan, keyakinan adalah kemungkinan subyektif dari sebuah antara obyek nilai, konsep atau atribut lain. Penjelasan dasar menyebutkan bahwa perilaku adalah fungsi dari informasi penting atau *beliefs* yang relevan terhadap perilaku (Ajzen, 1991).

Dengan keyakinan yang baik dan positif maka individu dikatakan memiliki keyakinan yang tinggi untuk mencapai target yang telah ditetapkan yaitu mampu mencapai kemandirian instrumental secara paripurna sehingga tidak lagi tergantung dengan orang lain. Hasil kajian serupa juga ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Jalilian *et al.*, (2020) dimana ODGJ berat yang memiliki *attitude towards behavior* buruk cenderung memiliki skill yang buruk setelah diberikan pelatihan kerja.

## Dukungan Sosial Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Attitude Towards Behavior

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,601. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor dukungan sosial ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan attitude towards behaviour sebesar 0,601 kali faktor Dukungan Sosial. Dukungan sosial dapat diartikan sebagai suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Dari keadaan tersebut individu akan mengetahui bahwa orang lain memperhatikan, menghargai, dan mencintainya (Saronson, 2009).

Umumnya dukungan sosial menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, rekan kerja bahkan dari petugas kesehatan. Dukungan sosial yang diberikan tidak hanya berupa materi, namun dapat juga berupa bentuk lain seperti emosi dan informasi yang berpengaruh terhadap individu tersebut. Dukungan sosial biasanya berasal dari orang yang dapat dipercaya oleh suatu individu (Karimy, Koohestani and Araban, 2018).

Keuntungan yang diperoleh dari individu yang mendapatkan dukungan sosial yang tinggi adalah menjadi individu yang lebih optimis dalam menghadapi kehidupan dan masalah yang sedang dihadapi saat ini maupun dimasa yang akan datang. Selain itu orang yang mendapatkan dukungan sosial lebih terampil memenuhi kebutuhan psikologi dan memiliki tingkat stress dan kecemasan yang lebih rendah, selain itu juga dapat meningkatkan interpersonal *skill*. Namun selain memiliki dampak yang positif, dukungan sosial juga mengakibatkan efek negatif yaitu mengakibatkan mudah mempercayai informasi yang didapatkan meskipun informasi yang diterima merugikan atau bersifat kabur, hal ini akan memicu timbulnya kecemasan tambahan atau stress.

Kajian Peristiano and Lestari, (2018) menyebutkan bahwa dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga terhadap ODGJ berpengaruh terhadap sikap ODGJ dalam menerima solution focused therapy sehingga berdampak terhadap keluaran terapi yang dilakukan. Kajian Surahmiyati, Yoga and Hasanbasri, (2017) juga menghasilkan hasil yang serupa dimana dukungan yang diberikan oleh keluarga menyebabkan sikap yang baik pada ODGJ dalam menerima perawatan kesehatan sehingga memberikan keluaran yang maksimal sesuai dengan yang diharapkan.

Dukungan sosial yang diberikan selain berdampak positif juga dapat berdampak negatif tergantung dengan bentuk dukungan yang diberikan dan sumber dukungan yang di dapat. Dukungan yang diberikan oleh orang terdekat yang dapat dipercaya cenderung memberikan dukungan yang berbentuk positif baik dukungan yang bersifat materi, emosional dan informasi sehingga ODGJ berat memiliki sikap yang baik terhadap rehabilitasi sosial vokasional yang akan dijalani oleh ODGJ berat, dengan kondisi yang demikian maka rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan akan menghasilkan keluaran yang baik.

## Attitude Towards Behaviour Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peningkatan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,491. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *attitude towards behaviour* odgj berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase peningkatan* sebesar 0,491 kali faktor *attitude towards behaviour*. *Attitude towards behaviour* dikenal dengan sikap seseorang terhadap sebuah perilaku atau kegiatan yang dihadapi ODGJ berat. Sikap merupakan ukuran dari perasaan baik yang berbentuk positif maupun negatif yang dimiliki oleh suatu individu terhadap suatu objek, orang, institusi atau kegiatan (Ajzen, 2005).

Salah satu indikator sentral yang melatar belakangi sikap adalah *belief*. *Belief* seringkali didasari terhadap konsekuensi yang mungkin akan dihasilkan dari sebuah perilaku atau sebuah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang serta kekuatan yang dimiliki individu untuk melakukan kegiatan. Selain itu, sikap juga dapat diartikan sebagai suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2010; Karimy, Koohestani and Araban, 2018).

*Attitude towards behavior* atau yang lebih dikenal dengan sikap merupakan salah satu komponen yang penting dalam proses belajar. Sebuah peniruan didasarkan pada kebiasaan dan wawasan yang dimiliki dan role model yang sedang diamati. Sikap positif yang dimiliki seseorang berdasarkan wawasan dan pengetahuan yang dimiliki membuat seseorang lebih meningkatkan tingkat perhatian yang dimiliki terhadap role model dalam proses peniruan perilaku sehingga keberhasilan proses peniruan yang dilakukan dapat menghasilkan keluaran yang maksimal (Cheung and To, 2019). Perhatian yang dimiliki seseorang seringkali bermula dari sikap yang dimiliki individu sebagai konsep awal dari suatu proses kognitif yang mencakup perhatian dan peniruan dari sebuah kegiatan yang sedang dilakukan oleh individu terhadap role model yang dimiliki.

Sikap berperan penting terhadap perhatian yang dimiliki seseorang dimana semakin besar sikap atau *attitude* yang dimiliki maka akan semakin besar pula perhatian yang dimiliki. Dari kajian yang telah dilakukan menyatakan bahwa hubungan yang dimiliki antara *attitude towards behavior* terhadap perhatian yang dimiliki ODGJ berat bersifat positif yang artinya semakin tinggi *attitude* yang dimiliki maka akan semakin tinggi pula fase perhatian yang dimiliki.

Hasil kajian serupa juga ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Hulan, (2017) menunjukkan bahwa sikap yang dimiliki oleh siswa dalam proses belajar mengajar berpengaruh terhadap tingkat perhatian yang dimiliki oleh siswa dalam memperhatikan materi yang diberikan oleh guru yang berdampak pada keluaran proses belajar. Selain itu kajian serupa juga ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Febriani, (2019) dimana sikap yang dimiliki oleh orang tua berpengaruh terhadap perhatian yang dimiliki oleh orang tua terhadap *cyberbullying* yang dihadapi oleh anak mereka.

## Attitude Towards Behaviour Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,520. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *attitude towards behaviour* odgj berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase peniruan* sebesar 0,520 kali *attitude towards behaviour*. *Attitude towards behaviour* atau sikap yang dimiliki seseorang merupakan besaran perasaan yang dimiliki oleh individu terhadap suatu objek, perilaku maupun kegiatan dan bisa berbentuk positif maupun negatif. Banyak konsep yang melatarbelakangi sikap atau *attitude* yang dimiliki oleh seseorang namun yang paling sentral perannya adalah *belief*. *Belief* seringkali menjadi landasan dari *attitude* yang dimiliki seseorang dan menjadi konsekuensi yang akan timbul apabila tingkah laku dilakukan (Fishbein and Ajzen, 1975).

*Belief* merupakan kepercayaan yang dimiliki oleh individu terkait dengan konsekuensi dari sebuah perilaku yang timbul dari pandangan subjektif individu.

*Belief* menjadi penentu suka atau tidaknya individu terhadap perilaku personal. Apabila individu merasakan „suka” atau dikatakan memiliki respon *favourable* terhadap suatu kegiatan maka dapat meningkatkan *attitude* yang ada menjadi bersifat positif dalam memandang sebuah kegiatan.

Fase peniruan merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu dari hasil pengkodean dalam memori yang diwujudkan kedalam perilaku yang tepat. Namun dalam aplikasi yang digunakan untuk melakukan tindakan atau perilaku dilakukan sedikit penyesuaian dalam kegiatan peniruan yang dilakukan sesuai dengan kondisi dan karakteristik individu (Mulyaningsih, 2016). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari fase peniruan yang dilakukan yang pertama memiliki komponen keterampilan, faktor yang kedua adalah kapasitas fisik yang mumpuni dan yang terakhir adalah keteraturan yang runtut dalam melakukan sebuah kegiatan (Bandura, 1971).

Hasil kajian Abraham, (2017) menunjukkan bahwa sikap dan persepsi yang dimiliki oleh responden berpengaruh terhadap peniruan yang dilakukan responden terhadap perilaku yang timbul di televisi. Namun dari hasil kajian yang dilakukan menunjukkan hubungan yang negatif antara *attitude* ODGJ berat dengan fase peniruan yang dilakukan ODGJ berat, hal ini disebabkan karena berbagai kondisi ODGJ berat yang menyebabkan hubungan yang ada negatif seperti kondisi fisik yang tidak maksimal untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional maupun *skill* keterampilan individu yang rendah sehingga menyebabkan rendahnya kemampuan peniruan ODGJ berat meskipun memiliki *attitude* yang baik.

*Subjective Norm* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,501. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *subjective norm* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase peniruan* sebesar 0,501 kali *subjective norm*. *Subjective Norm* atau yang lebih dikenal sebagai persepsi dari seseorang merupakan suatu kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang terkait dukungan yang diberikan oleh referant kepada orang tersebut terkait tindakan untuk mewujudkan sebuah perilaku atau kegiatan. Norma subyektif merupakan sebuah dukungan dari referant dan merupakan harapan agar seseorang yang diberikan dukungan mampu melakukan sebuah tindakan. Dalam

membentuk sebuah norma subjektif dipengaruhi oleh 2 komponen utama yaitu norma *belief* dan *motivation to comply* (Ajzen, 1988).

Norma *belief* merupakan keyakinan yang dimiliki oleh seseorang atau acuan untuk melakukan sebuah perilaku atau tindakan. Sedangkan *motivation to comply* merupakan motivasi individu untuk memenuhi harapan yang ada. Dengan dukungan yang diberikan referant menjadikan dukungan tersebut sebagai acuan oleh seseorang tersebut untuk melakukan sebuah perilaku atau tindakan (Fishbein and Ajzen, 1975).

Fase peniruan merupakan sebuah fase lanjutan dalam proses belajar sosial setelah melewati fase perhatian dan fase pengingatan. Ketika symbol dan sandi yang sudah di simpan dalam memori harus dilakukan perubahan kedalam tindakan yang tepat. Rangkaian tindakan harus dilakukan dengan tepat sesuai dengan role model yang di jadikan acuan dalam peniruan namun perlu disesuaikan dengan kondisi yang dimiliki ODGJ berat.

Hasil kajian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat dengan fase peniruan yang dilakukan ODGJ berat dalam rehabilitasi sosial vokasional yang telah dilakukan. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara norma subjektif dengan fase peniruan yang berarti bahwa semakin tinggi norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan semakin meningkat tingkat peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat.

Hasil kajian serupa juga ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Ham, Jeger and Ivković, (2015) menyatakan bahwa semakin besar norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ maka dapat menyebabkan peniruan ODGJ semakin besar, yaitu ODGJ yang diberikan penyuluhan terkait *green food* menyebabkan ODGJ mampu melakukan kegiatan yang sama yaitu membeli *green food* sebagai bahan makanan utama mereka setelah memiliki persepsi yang baik akibat dukungan dari referant. Hasil kajian yang sama ditemukan pada kajian yang dilakukan oleh Afni and Nugraheni, (2019) dimana

norma subjektif yang dimiliki oleh lansia berpengaruh terhadap keberhasilan lansia dalam menurunkan stress pacara mengikuti pelatihan stress *release*.







# BAB VIII

## **PENUTUP**

Buku “Strategi Peningkatan Kemandirian Orang dengan Gangguan Jiwa Melalui Attitude Towards Behaviour” telah membawa kita pada sebuah perjalanan mendalam dalam memahami pentingnya kemandirian bagi individu dengan gangguan jiwa. Melalui berbagai bab yang telah disajikan, kita telah mempelajari beragam strategi dan pendekatan yang dapat digunakan untuk mendorong kemandirian tersebut, dengan menekankan peran sikap terhadap perilaku (attitude towards behaviour).

Kemandirian adalah salah satu aspek terpenting dalam kehidupan setiap individu, termasuk mereka yang mengalami gangguan jiwa. Dengan mencapai tingkat kemandirian yang memadai, individu dengan gangguan jiwa dapat memperoleh kontrol lebih besar atas kehidupan mereka, mengurangi ketergantungan pada orang lain, dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Buku ini bertujuan untuk memberikan panduan praktis dan ilmiah bagi para profesional, keluarga, dan masyarakat dalam mendukung kemandirian tersebut.

Sikap terhadap perilaku memainkan peran sentral dalam mencapai tujuan ini. Sikap yang positif dan konstruktif dapat mendorong perilaku yang mendukung kemandirian, sementara sikap yang negatif dapat menjadi penghalang besar. Dalam buku ini, kita telah mengeksplorasi bagaimana membentuk dan memelihara sikap

yang mendukung, baik dari individu yang bersangkutan maupun dari lingkungan sosialnya.

Kita telah membahas berbagai pendekatan dan teknik yang dapat digunakan untuk memodifikasi sikap, termasuk melalui pendidikan, terapi, dan intervensi berbasis komunitas. Salah satu kunci penting adalah pendidikan yang terus-menerus, baik bagi individu dengan gangguan jiwa maupun bagi keluarga dan komunitas. Melalui pendidikan, kita dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran tentang pentingnya kemandirian dan cara mencapainya.

Selain itu, terapi kognitif dan perilaku telah terbukti efektif dalam mengubah sikap dan perilaku. Teknik-teknik ini membantu individu untuk mengenali dan mengganti pola pikir negatif dengan yang lebih positif dan adaptif. Dengan demikian, individu dengan gangguan jiwa dapat mengembangkan kemampuan untuk mengatasi tantangan dan mencapai tujuan kemandirian mereka.

Pendekatan berbasis komunitas juga sangat penting dalam mendukung kemandirian. Komunitas yang inklusif dan suportif dapat menyediakan lingkungan yang aman dan mendukung bagi individu dengan gangguan jiwa untuk belajar dan tumbuh. Program-program seperti kelompok dukungan, pelatihan keterampilan, dan inisiatif kesadaran masyarakat dapat berperan besar dalam membangun sikap positif terhadap kemandirian.

Kami juga menyoroti pentingnya dukungan keluarga dalam proses ini. Keluarga adalah bagian integral dari jaringan dukungan bagi individu dengan gangguan jiwa. Dengan sikap yang positif dan dukungan yang konsisten, keluarga dapat memberikan dorongan moral dan praktis yang sangat dibutuhkan untuk mencapai kemandirian.

Akhir kata, peningkatan kemandirian bagi individu dengan gangguan jiwa adalah perjalanan yang kompleks namun sangat mungkin untuk dicapai. Dengan memahami peran sikap terhadap perilaku dan menerapkan strategi-strategi yang telah dibahas dalam buku ini, kita dapat membuat perbedaan nyata dalam kehidupan

mereka. Kesuksesan dalam meningkatkan kemandirian tidak hanya membawa manfaat bagi individu yang bersangkutan tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat luas.





## DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, F. (2017) „Efek Tayangan Sinetron Televisi Swasta Terhadap Sikap Dan Perilaku Anak”, Masyarakat Telematika dan Informasi Volume, 3(2).
- Adi, F, Sumarwan, U, Fahmi, I, Adi, Fajar, Sumarwan, Ujang, and Fahmi, Idqan (2017) „Literasi Keuangan Syariah Dan Konvensional Terhadap Minat Berwirausaha Pada Mahasiswa The Influence Of Attitude , Subjective Norm Demography, Sosioeconomic And Shariah And Conventional Financial Literacy Toward Entrepreneurship Intention Among College ”, 5(1), pp. 1- 20.
- Afni, E. N. and Nugraheni, S. A. (2019) „Review Article Health Intervention On Depression : Review Article Decreasing”, 1(1), pp. 69-78.
- Aguiniga, D. M., Madden, E. E., and Zellmann, K. T. (2016) „An Exploratory Analysis Of Students” Perceptions Of Mental Health In The Media”, Social Work in Mental Health, 14(4), pp. 428-444. doi: 10.1080/15332985.2015.1118002.
- Ajzen (1988) From Itentions to Actions, Attitudes, Personality and Behaviour. England: Open University Press.
- Ajzen (1991) The Theory of Planned Behaviour, Organizational Behaviour and Human Decision Processes. England: University of Massachusetts.
- Ajzen (2005) Attitudes, Personality and Behaviour. England: Open University Press.
- Akers, R. (2015) The Handbook of Criminological Theory, The Handbook of Criminological Theory. doi: 10.1002/9781118512449.

- Akkerman, A., Janssen, C. G. C., Kef, S., and Meininger, H. P. (2016) „Job Satisfaction Of People With Intellectual Disabilities In Integrated And Sheltered Employment : An Exploration Of The Literature”, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 13(3), pp. 205–216. doi: 10.1111/jppi.12168.
- Al-Jubari, I. (2019) „College Students” Entrepreneurial Intention: Testing An Integrated Model Of SDT And TPB”, *SAGE Open*, 9(2), pp. 1–15. doi: 10.1177/2158244019853467.
- Alfyanita, A., Dinda Martini, R., and Kadri, H. (2016) „Hubungan Tingkat Kemandirian Dalam Melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Dan Status Gizi Pada Usia Lanjut Di Panti Sosial Tresna Werdhya Sabai Nan Aluih Sicincin”, *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(1), pp. 201–208. doi: 10.25077/jka.v5i1.469.
- Almutahar, F. F., Wardhani, N., and Rafie (2015) „Pengaruh Usia, Pengalaman Kerja, Disiplin Kerja, Dan Motivasi Kerja Terhadap Produktivitas Pekerja Pada Pekerjaan Pemasangan Dinding Batako”, *Jurnal Mahasiswa Teknik Sipil Universitas Tanjungpura*, 1(1), pp. 1–11.
- Andersén, Å., Ståhl, C., Anderzén, I., Kristiansson, P., and Larsson, K. (2017) „Positive Experiences Of A Vocational Rehabilitation Intervention For Individuals On Long-Term Sick Leave, The Dirigo Project: A Qualitative Study”, *BMC Public Health*, 17(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12889-017-4804-8.
- Anggraini, D. (2015) „Hubungan Antara Kemandirian Dengan Kualitas Hidup Klien Skizofrenia Di Klinik Keperawatan Rsj Grhasia Diy”, *Ners Jurnal Keperawatan*.
- Anggraini, D. (2017) „Aplikasi Theory Of Planned Behavior Dalam Membangkitkan Niat Pasien Untuk Melakukan Rehabilitasi Vokasional”, *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(1), pp. 32–45.
- Anjaswarni, T., Bahari, K., Meryda, D. P., Kesehatan, P., and Malang, K. (2016) „Peningkatan Kemandirian Pasien Menarik Diri Dalam Aktivitas Sehari-”, *Jurnal Keperawatan*, IX(2), pp. 76–83.

- Asher, L., Fekadu, A., Hanlon, C., Mideksa, G., Eaton, J., Patel, V., and De Silva, M. J. (2015) „Development Of A Community-Based Rehabilitation Intervention For People With Schizophrenia In Ethiopia”, *PLoS ONE*, 10(11), pp. 1–19. doi: 10.1371/journal.pone.0143572.
- Ayuningtyas, D. and Rayhani, M. (2018) „Analisis Situasi Kesehatan Mental Pada Masyarakat Di Indonesia Dan Penangkulangannya”, 9(1), pp. 1–10.
- Bandura, A. (1971) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bastable and Susan, B. (2002) *Perawat Sebagai Pendidik Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Beatson, A., Riedel, A., Chamorro-Koc, M., Marston, G., and Stafford, L. (2020) „Increasing The Independence Of Vulnerable Consumers Through Social Support”, *Journal of Services Marketing*, 34(2), pp. 223–237. doi: 10.1108/JSM-09-2019-0327.
- Becker, D. (2008) *Vocational Rehabilitation*. Update Edi. New York: Guildford Press.
- Bell, M. D., Choi, K.-H., Dyer, C., and Wexler, B. E. (2014) „Benefits Of Cognitive Remediation And Supported Employment For Schizophrenia Patients With Poor Community Functioning”, *Psychiatric Services*, 65(4), pp. 469–475. doi: 10.1176/appi.ps.201200505.
- Bhugra, V. (2001) „Schizophrenia. The NICE Guideline On Core Interventions In The Treatment And Management Of Schizophrenia In Adults In Primary And Secondary Care”, *British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists*, pp. 345–351.
- Cahyono, A. D. (2016) „Pengaruh Persepsi Siswa Tentang Bimbingan Belajar Dan Motivasi Terhadap Hasil Belajar Siswa Kelas V Di SDN Wiroborang 4 Kota Probolinggo Tahun Pelajaran 2014–2015”, *Jurnal Kajian dan Pendidikan IPS (JPPI)*, 10(2), pp. 148–167. Available at: <http://ejournal.unikama.ac.id/index.php/JPPI/article/viewFile/1713/1385>.



- Cahyono, D. (2016) Pengaruh Religiusitas, Norma Subyektif Dan Perceived Behavioral Control Terhadap Niat Membeli Produk Makanan Ringan Berlabel Halal (Studi Pada Mahasiswa Muslim Fakultas Ekonomi Universitas Negeri Yogyakarta), Eprints Uny. Universitas Muhammadiyah Purworejo. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Carmona, V. R., Gómez-benito, J., Huedo-medina, T. B., and Rojo, J. E. (2017), „Employment Outcomes For People With Schizophrenia Spectrum Disorder : A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials”, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 30(2014), pp. 345–366.
- Cheung, M. F. Y. and To, W. M. (2019) „An Extended Model Of Value-Attitude- Behavior To Explain Chinese Consumers” Green Purchase Behavior”, *Journal of Retailing and Consumer Services*, 50(May), pp. 145–153. doi: 10.1016/j.jretconser.2019.04.006.
- Chrismardani, Y. (2016) „Theory Of Planned Behavior Sebagai Prediktor Intensi Berwirausaha”, *대한간호과학회지*, 28(3), pp. 550–562. Available at: <http://www.dbpia.co.kr/Article/3031618>.
- Conner, M. and Norman, P. (2005) *The Health Belief Model*. Buckingham: University Press.
- Cousson-Gélie, F., Lareyre, O., Margueritte, M., Paillart, J., Huteau, M. E., Djoufelkit, K., Pereira, B., and Stoebner, A. (2018) „Preventing Tobacco In Vocational High Schools: Study Protocol For A Randomized Controlled Trial Of P2P, A Peer To Peer And Theory Planned Behavior-Based Program”, *BMC Public Health*, 18(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/s12889-018- 5226-y.
- Craig, T. K. J., Shepherd, G., Rinaldi, M., Smith, J., Carr, S., Preston, F., and Singh, S. (2014) „Vocational Rehabilitation In Early Psychosis: Cluster Randomised Trial”, *British Journal of Psychiatry*, 205(2), pp. 145–150. doi: 10.1192/bjp.bp.113.136283.

- Crevenna, R. and Dorner, T. E. (2019) „Association Between Fulfilling The Recommendations For Health-Enhancing Physical Activity With (Instrumental) Activities Of Daily Living In Older Austrians”, *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131(11–12), pp. 265–272. doi: 10.1007/s00508-019-1511-8.
- Crowther, R., Marshall, M., Gr, B., Huxley, P., Crowther, R., Marshall, M., Gr, B., and Huxley, P. (2001) „Vocational Rehabilitation For People With Severe Mental Illness (Review)”. doi: 10.1002/14651858.CD003080. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com).
- Dague, B. (2016) „Sheltered Employment , Sheltered Lives : Family Perspectives Of Conversion To Community-Based Employment”, (January 2012). doi: 10.3233/JVR-2012-0595.
- Dalagdi, A., Arvaniti, A., Papatriantafyllou, J., Xenitidis, K., Samakouri, M., and Livaditis, M. (2014) „Psychosocial Support And Cognitive Deficits In Adults With Schizophrenia”, *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), pp. 417–425. doi: 10.1177/0020764013491899.
- Davison, M. and Neale, J. . (2006) *Psikologi Abnormal*. Edisi 9. Jakarta: Grafindo Persada.
- Deni, Suriah, and Sudirman (2017) „Analisis Perilaku Merokok Sedang Dan Merokok Berat Mahasiswa D-Iii Keperawatan Ppni Kendari Di Sulawesi Tenggara”, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 11(2), pp. 2302–2531. Available at: <http://eprints.unsri.ac.id>.
- Dewi, G. B. P. I. A. and Indrawati, K. R. (2014) „Perilaku Mencatat Dan Kemampuan Memori Pada Proses Belajar”, *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(2), pp. 241–250.
- Dian, C., Sari, S., Hasbalah, K., and Abdullah, A. (2017) „Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Klien Skizofrenia”, *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(2), pp. 51– 66.
- Diastuti, D., Rangka, I. B., Prasetyaningtyas, W. E., and Renata, D. (2017) „Hubungan Persepsi Dengan Motivasi Siswa Sekolah Menengah Kejuruan Dalam Konseling Perorangan”,

- JURKAM: Jurnal Konseling Andi Matappa, 1(2), p. 116. doi: 10.31100/jurkam.v1i2.66.
- Ellington, A., Adams, R., White, M., and Diamond, P. (2014) „Behavioral Intention To Use A Virtual Instrumental Activities Of Daily Living System Among People With Stroke”, pp. 1–8.
- Etten, H. M. Van and Carver, L. J. (2016) „Does Impaired Social Motivation Drive Imitation Deficits In Children With Autism Spectrum Disorder ? Does Impaired Social Motivation Drive Imitation Deficits In Children With Autism Spectrum Disorder ?”, (July). doi: 10.1007/s40489-015-0054-9.
- Evensen, S., Ueland, T., Lystad, J. U., Bull, H., Klungsoyr, O., Martinsen, E. W., and Falkum, E. (2017) „Employment Outcome And Predictors Of Competitive Employment At 2-Year Follow-Up Of A Vocational Rehabilitation Programme For Individuals With Schizophrenia In A High- Income Welfare Society”, *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), pp. 180–187. doi: 10.1080/08039488.2016.1247195.
- Fadillah, S. N. (2020) *Rehabilitasi Sosial Orang Dengan Gangguan Jiwa (Odgi) Di Griya Palang Merah Indonesia (Pmi) Kota Surakarta*. IAIN Surakarta. Available at: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>.
- Febriani, M. A. (2019) *The relationship between self-identity and the potential for radicalism in high school teenagers in Surabaya*. Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya.
- Fishbein and Ajzen (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory & Research*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Fishbein and Ajzen (2010) *Predicting and Changing Behaviour*. New York. Fitriana, L. A., Ufamy, N., Anggadiredja, K., Setiawan, S., and Adnyana, I. K. (2019) „Hubungan Tingkat Kemandirian (Basic Dan Instrumental Activities Of Daily Living) Dengan Pendidikan, Status Marital, Dan Demensia Pada Lansia Di Panti Wredha”, *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 5(2), pp. 177–183. doi: 10.17509/jpki.v5i2.21528.

- Friedman, M., Browden, V., and Jones, E. (2010) *Family Nursing : Research, Theory, and Practices*. Jakarta: EGC.
- Gary, F. and Booth, N. (1999) *Vocational impact of psychiatric disorders: a guide for rehabilitation professionals*. PRO-ED. Austin.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2017) *Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results*. Seattle, United States.
- Goodman, L., Salyers, M., and Mueser, K. (2001) „Recent Victimization In Woman And Man With Severe Mental Illnes :Prevalence Dan Correlates“, *j Trauma Stress*, 14(615).
- Ham, M., Jeger, M., and Ivković, A. F. (2015) „The Role Of Subjective Norms In Forming The Intention To Purchase Green Food“, *Economic Research- Ekonomska Istrazivanja* , 28(1), pp. 738–748. doi: 10.1080/1331677X.2015.1083875.
- Handajani, A. and Setiawati, Y. (2019) „Rehabilitasi Vokasional Pada Pasien Skizofrenia“, *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Hargenhahn, B. and Olson, M. H. (2015) *Theories of Learning*. Jakarta: Kencana.
- Harley, D. A. and Ysasi, N. A. (2018) *Disability and Vocational Rehabilitation in Rural Settings, Disability and Vocational Rehabilitation in Rural Settings*. doi: 10.1007/978-3-319-64786-9.
- Hogg, M. . and Vaughan, G. . (2005) *Introduction to Social Psychology*. London: Pearson Prentice Hall.
- Hulan (2017) *Pengaruh Sikap Belajar Terhadap Hasil Belajar Ekonomi Di Sma Kemala Bhayangkari*, Artikel Kajian. Universitas Tanjungpura.
- Hurlock, E. . (2011) *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Irawan, R. D. (2016) „Terapi Okupasi (Occupational Theraphy) Untuk Anak Berkebutuhan Khusus (Down Syndrome) (Studi

- Kasus Pada Anak Usia 5 Â 6 Tahun Di Balai Pengembangan Pendidikan Khusus Semarang)", BELIA: Early Childhood Education Papers, 5(1), pp. 33–69.
- Iskandar, R., Sudira, P., Info, A., Pendidikan, J., Otomotif, T., Teknik, F., and Yogyakarta, U. N. (2019) „Model-Model Pembelajaran Vokasional 4Cs Pada Sekolah Menengah Kejuruan", Lembaran Ilmu Pengetahuan, 48(2), pp. 16–57.
- Jagannathan, A., Thirthalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. R., and Gangadhar, B. N. (2014) „Predictors Of Family Caregiver Burden In Schizophrenia : Study From An In-Patient Tertiary Care Hospital In India", Asian Journal of Psychiatry, 8, pp. 94–98. doi: 10.1016/j.ajp.2013.12.018.
- Jalilian, F., Mirzaei-Alavijeh, M., Ahmadpanah, M., Mostafaei, S., Kargar, M., Pirouzeh, R., Bahmani, D. S., and Brand, S. (2020) „Extension Of The Theory Of Planned Behavior (TPB) To Predict Patterns Of Marijuana Use Among Young Iranian Adults", International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(6). doi: 10.3390/ijerph17061981.
- Jané-Ilopis, E. (2005) „Mental Health Promotion Works : A Review", (Cdc), pp. 9–25.
- Kadmaerubun, M. C., Nurul Syafitri, E., and Nurul, E. S. (2016) „Hubungan Kemandirian Activity Daily Living (Adl) Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Schizophrenia Di Poliklinik Jiwa Rsj Grhasia DIY Matheus", Jurnal keperawatan Respati, 3(1), pp. 72–83.
- Kamal, S. (2010) „Jenis Penyakit Jiwa".
- Kapoh, W., Liando, D. M., and Waleleng, G. J. (2016) „Kualitas Sumberdaya Aparatur Sipil Negara Dalam Pelayanan Administrasi Di Kantor Kelurahan Pandu", Society, 3(1), pp. 20–45. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Karimy, M., Koohestani, H. R., and Araban, M. (2018) „The Association Between Attitude , Self - Efficacy , And Social Support And Adherence To Diabetes Self - Care Behavior",

- Diabetology & Metabolic Syndrome, 10(86), pp. 1–6. doi: 10.1186/s13098-018-0386-6.
- Karunia., E. (2016) „Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Of Daily Living Pascastroke”, (July), pp. 213–224. doi: 10.20473/jbe.v4i2.2016.213.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 57 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasangan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa. Indonesia.
- Kemntrian Kesehatan (2009) Undang–Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Indonesia.
- Kemntrian Kesehatan (2015) Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Indonesia. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0625.
- Kemntrian Kesehatan (2018) Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta.
- Kemntrian Sosial (2016) Rehabilitasi Sosial. Available at: <https://www.kemsos.go.id/glosarium/rehabilitasi-sosial> (Accessed: 28 March 2019).
- Khamida (2017) „Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)”, Wiraraja Medika, 13(3), pp. 1576–1580.
- Ki, E. J. and Jang, J. Y. (2018) „Social Support And Mental Health: An Analysis Of Online Support Forums For Asian Immigrant Women”, Journal of Asian Pacific Communication, 28(2), pp. 226–250. doi: 10.1075/japc.00011.ki.
- Knaeps, J., Neyens, I., Weeghel, J. Van, and Audenhove, C. Van (2016) „Counsellors ” Focus On Competitive Employment For People With Severe Mental Illness : An Application Of The Theory Of Planned Behaviour In Vocational Rehabilitation Programmes”, 9885(March). doi: 10.1080/03069885.2015.1007443.
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Wallace, J. C., Liberman, R. P., and Lopez, R. R. (2018) „Using The Theory Of Planned Behavior To Improve Treatment Adherence In Mexican Americans With

- Schizophrenia Alex", *Physiology & behavior*, 176(1), pp. 139–148. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040.
- Korobu, L. M. G., Kandou, G. ., and Tilaar, Ch, R. (2015) „Analisis Pelaksanaan Layanan Instalasi Rehabilitasi Psikososial Di Rumah Sakit Jiwa Prof . Dr . V . L . Ratumbuang Provinsi Sulawesi Utara Analysis Of The Implementation Services Of Psychosocial Rehabilitation", pp. 179–191.
- Kuncorowati, N. B. (2018) Hubungan Terapi Rehabilitasi Dengan Tingkat Kemandirian Activity Of Daily Living Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Disu, Naskah Publikasi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kurniantari, R. A. (2019) Hubungan Persepsi Pasien Terhadap Perilaku Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kecemasan Pra General Anestesi Di Rsud Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Poltekkes Kemenkes Yigyakarta.
- LESILOLO, H. J. (2019) „Penerapan Teori Belajar Sosial Albert Bandura Dalam Proses Belajar Mengajar Di Sekolah", *KENOSIS: Jurnal Kajian Teologi*, 4(2), pp. 186–202. doi: 10.37196/kenosis.v4i2.67.
- Liamputtong, P. (2019) Qualitative research methodology and evidence-based practice in public health," in *Public Health: Local and Global Perspectives*. 2nd Editio. Cambridge: Cambridge University Press. doi: doi: 10.1017/9781108598217.015.
- Lin, C., Cheung, M. K. T., Hung, A. T. F., Poon, P. K. K., Chan, S. C. C., and Chan, C. C. H. (2020) „Can A Modified Theory Of Planned Behavior Explain The Effects Of Empowerment Education For People With Type 2 Diabetes ?", pp. 1–12. doi: 10.1177/2042018819897522.
- Lippke, S., Schüz, N., and Zschucke, E. (2020) „Temporary Disability Pension, RTW-Intentions, And RTW-Behavior: Expectations And Experiences Of Disability Pensioners Over 17 Months", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). doi: 10.3390/ijerph17010238.

- Mank, D., Grossi, T., and Rogan, P. (2007) „Integrated Employment Or Sheltered Workshops : Preferences Of Adults With Intellectual Disabilities , Their Families , And Staff”, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26(January), pp. 5–19.
- Maramis, R. (2010) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Edisi III. Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Marlita, L., Saputra, R., and Yamin, M. (2018) „Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) Di UPT PSTW Khusnul Khotimah”, *Jurnal Keperawatan Abdurrah*, 1(2), pp. 64–68. Available at: <http://jurnal.univrab.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/378>.
- Marrone, J., Burns, R., and Taylor, S. (2014) „Vocational Rehabilitation And Mental Health Employment Services : True Love Or Marriage Of Convenience ? 1”, 40, pp. 149–154. doi: 10.3233/JVR-140672.
- Marwaha, S. and Johnson, S. (2004) „Schizophrenia And Employment : A Review”, *soc psychiatr epidemio*, pp. 337–349.
- Matthewson, M., Langworthy, J., and Higgins, D. (2015) „Psychological Predictors Of Vocational Success For People With Psychotic Illness”, *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 21(1), pp. 29–64. doi: 10.1017/jrc.2015.2.
- Mattila-Holappa, P., Ervasti, J., Joensuu, M., Ahola, K., Pentti, J., Oksanen, T., Vahtera, J., Kivimäki, M., and Virtanen, M. (2017) „Do Predictors Of Return To Work And Recurrence Of Work Disability Due To Mental Disorders Vary By Age? A Cohort Study”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), pp. 178–184. doi: 10.1177/1403494816686467.
- Mausbach, B. T., Moore, R. C., Davine, T., Cardenas, V., Bowie, C. R., Ho, J., Jeste, D. V., and Patterson, T. L. (2013) „The Use Of The Theory Of Planned Behavior To Predict Engagement In Functional Behaviors In Schizophrenia”, *Psychiatry Research*, 205(1–2), pp. 36–42. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.016.



- Mc Gurk, S. and Meltzer, H. (2000) „The Role Of Cognition In Vocational Functioning In Schizophrenia“, *Schizopr res*, 45(10), pp. 175–184.
- Meitya, B. R., Adelia, D., Stephanie, N. L. P., Ajrina Tirzi, R. P., and Lita, R. R. (2017) „Pengaruh Pelatihan Social Skills Terhadap Peningkatan Komunikasi Dan Kerjasama Pada Anak-Anak Di RPTRA Anggrek Bintaro“, *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni*, 1(1), p. 76. doi: 10.24912/jmishumsen.v1i1.337.
- Memduha, A. (2020) „The Comparison Of Patients With Schizophrenia In Community Mental Health Centers According To Living Conditions In Nursing Home Or Home/Toplum Ruh Sagligi Merkezlerine Devam Eden Sizofreni Hastalarinin Bakimevinde Veya Evlerinde Yasama Durumlarına Gore Ka“, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(1).
- Metcalfe, J. D., Drake, R. E., and Bond, G. R. (2016) „Predicting Employment In The Mental Health Treatment Study : Do Client Factors Matter ?“, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 0(0), p. 0. doi: 10.1007/s10488-016-0774-x.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., and Harvey, S. B. (2016a) „Supported Employment For People With Severe Mental Illness : Systematic Review And Meta-Analysis Of The International Evidence“, *British Journal of Psychiatry*, pp. 14–22. doi: 10.1192/bjp.bp.115.165092.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., and Harvey, S. B. (2016b) „Supported Employment For People With Severe Mental Illness : Systematic Review And Meta-Analysis Of The International Evidence“, pp. 14–22. doi: 10.1192/bjp.bp.115.165092.
- Mueser, K., Becker, D., and R, W. (2001) „Supported Employment, Job Preferences, And Job Tenure And Satisfaction“, *J Ment Health*, 10, p. 411.

- Muhaimin, A. (2018) Implementasi Social Learning Theory Albert Bandura Dalam Pembelajaran Fikih Di Mts . Ddi Paria Kabupaten Wajo. UIN Alauddin Makassar.
- Mulyaningsih, I. (2016) „Alternatif Model Pembelajaran Dengan Social Learning Bandura“.
- Munith and Nasir (2011) Dasar–Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Murtiyani, N. and Haryani, R. (2015) „Studi Korelasi Demensia Dengan Tingkat Ketergantungan Lansia Dalam Pemenuhan Activities Of Daily Living Ninik“, Jurnal Keperawatan, 2(4), pp. 41–48.
- Mustian, R. (2015) Komponen Pembelajaran Yang Mempengaruhi Daya Ingat Anak Di Kelas Iiib Sd Negeri Tukangan Yogyakarta. Universitas Negeri Yogyakarta.
- Naibaho, M., Krisnani, H., and H., E. N. (2017) „Program Rehabilitasi Sosial Bagi Penyandang Disabilitas Di Panti Sosial Bina Daksa Budi Perkasa Palembang“, Prosiding Kajian dan Pengabdian kepada Masyarakat, 2(3), pp. 331–340. doi: 10.24198/jppm.v2i3.13580.
- Nizami, N. H., Harahap, I. M., Atika, S., and Ardhia, D. (2020) „Pengaruh Vicarious Experiance Terhadap Motivasi Kader Dalam Kegiatan Posyandu Vicarious Experiance “ S Effects Towards Volunteers ” Motivation At Integrated Health Service Center“, Jurnal Wacana Kesehatan, 5(1), pp. 497–504.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., and Lauber, C. (2007) „Predictors And Course Of Vocational Status, Income, And Quality Of Life In People With Severe Mental Illness: A Naturalistic Study“, Social Science and Medicine, 65(7), pp. 1420–1429. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.024.
- Notoatmodjo, S. (2010) Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2014) Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

- Novianti, B., Kurniawan, B., and Widjasena, B. (2017) „Hubungan Antara Usia, Status Gizi, Motivasi Kerja, Dan Pengalaman Kerja Dengan Produktivitas Kerja Operator Bagian Perakitan Di Pt. X”, *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(5), pp. 79–88.
- Nurkholis (2013) „Pendidikan Dalam Upaya Memajukan Teknologi”, *Jurnal Kependidikan*, 1(1), pp. 24–44.
- Nurofik, N. (2013) „Pengaruh Sikap, Norma Subyektif, Dan Kontrol Perilaku Pada Pengungkapan Tanggung Jawab Sosial”, *Jurnal Akuntansi & Auditing Indonesia*, 17(1), pp. 43–56. doi: 10.20885/jaai.vol17.iss1.art4.
- Oltmanns, T. F. and Emery, T. E. (2013) *Psikologi Abnormal (Buku Kedua)*. Edisi Tuju. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Patel, V., Rodrigues, M., and DeSouza, N. (2002) „Gender, Poverty And Postnatal Depression: A Study Of Mothers In GOA, India.”, *American Journal of Psychiatric*, 159(1), pp. 43–47.
- Patiro, S. P. and Budiyanti, H. (2016) „The Theory Of Planned Behavior , Past Behavior , Situational Factors , And Self-Identity Factors Drive Indonesian Entrepreneurs To Be Indebtedness Sharif Hasan , Minister Of Cooperatives”, *DeReMa*, 1(4), p. 46.
- Prasetyo, H., Nugroho, P., and Sukrillah, U. A. (2015) „The Effect Of Memory Training : Anagram Towards Improving Cognitive Memory Training Anagram For Improving Kognitif Function Of Elderly”, *Jurnal Riset Kesehatan*, 4(3), pp. 798–806.
- Pratiwi, E. F. D., Subekti, I., and Fuad, A. F. (2017) „Determinan Perilaku Nasabah Pengguna Mobile Banking: Model Decomposed Theory Of Planned Behavior”, *EKUITAS (Jurnal Ekonomi dan Keuangan)*, 19(3), p. 378. doi: 10.24034/j25485024.y2015.v19.i3.1775.
- Pratiwi, I. C., Woro, O., Handayani, K., and Raharjo, B. B. (2017) „Kemampuan Kognitif Anak Retardasi Mental Berdasarkan Status Gizi”, *Public Health Perspective Journal*, 2(1), pp. 19–25.

- Primadayanti, S. (2011) Perbedaan Tingkat Kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Pada Lansia Yang Mengikuti Dan Tidak Mengikuti Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Sari Kabupaten Jember, Perbedaan Tingkat Kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Pada Lansia Yang Mengikuti Dan Tidak Mengikuti Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas Sumber Sari Kabupaten Jember. Universitas Jember.
- Puspitasari, D. (2015) „Pelatihan Keterampilan Sosial Untuk Menurunkan Perilaku Agresif Anak”, *Jurnal Psikologi Tabularasa*, 9(1), pp. 77–85.
- Puspitasari, E. (2017) „Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Orang Dengan Gangguan Jiwa”, *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1(November), pp. 58–62.
- Quah, S. (2014) „Caring For Persons With Schizophrenia At Home : Examining The Link Between Family Caregivers " Role Distress And Quality Of Life”, 36(4), pp. 596–612. doi: 10.1111/1467-9566.12091.
- Radey, M., Mcwey, L., and Cui, M. (2019) „Psychological Distress Among Low- Income Mothers : The Role Of Public And Private Safety Nets”, *Women & Health*, 00(00), pp. 1–15. doi: 10.1080/03630242.2019.1700586.
- Raharjanti, F. N. (2016) Pengaruh Persepsi Atas Kualitas Pelatihan Dan Motivasi Mengikuti Pelatihan Pada Niat Berwirausaha, *Revista Brasileira de Ergonomia*. Universitas Sanata Dharma. doi: 10.5151/cidi2017-060.
- Rahayu, A. N., Daulima, N. H. C., and Wardhani, I. Y. (2016) „( ODGJ ) Paska Pasung Dalam Melakukan Rehabilitasi Psikososial Hidup , Kehidupan Yang Berkecukupan Dan”, pp. 24–32.
- Ramayah, T., Nasurdin, A. M., and Noor, M. N. (2004) „The Relationships Between Belief , Attitude , Subjective Norm , And Behavior Towards Infant Food Formula Selection The Views Of The Malaysian Mothers Mohd . Nasser Noor”, *Gajah Mada International Journal of Business*, 6(3), pp. 405–418.

- Ramlah (2015) Pengaruh Kemampuan Mengingat Terhadap Hasil Belajar Ipa Peserta Didik Kelas Vi Mi An-Nashar Makassar. UIN Alauddin Makassar.
- Rantina, M. (2015) „Melalui Kegiatan Pembelajaran Practical Life ( Kajian Tindakan Di TK B Negeri Pembina Kabupaten Lima Puluh Kota , Tahun 2015 ) PAUD PPs Universitas Negeri Jakarta Diarahkan Untuk Mengembangkan Peneliti Melakukan Observasi Ke TK Negeri Pembina Kabupate”, Jurnal pendidikan Usia Dini, 9(2), pp. 181–200.
- Rehman, S. U., Bhatti, A., Mohamed, R., and Ayoup, H. (2019) „The Moderating Role Of Trust And Commitment Between Consumer Purchase Intention And Online Shopping Behavior In The Context Of Pakistan”, 2.
- Reni, F. and Anggraini, R. (2016) „The Role Of Perceived Behavioral Control And Subjective Norms To Internal Auditors ” Intention In Conveying Unethical Behavior : A Case Study In Indonesia”, Rev. Integr. Bus. Econ. Res., 5(2), pp. 141–150.
- Rini, A. S. (2016) „Activity Of Daily Living (Adl) Untuk Meningkatkan Kemampuan Rawat Diri Pada Pasien Skizofrenia Tipe Paranoid”, Jurnal Dinamika Kajian, 16(2). doi: 10.21274/dinamika.2016.16.2.202-220.
- Rini, W. S. and Rochman Hadjam, M. N. (2016) „Efektivitas Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan Fungsi Kognitif Pada Penderita Skizofrenia Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa A Di Yogyakarta”, Gajah Mada Journal of Professional Psychology (GamaJPP), 2(2), p. 112. doi: 10.22146/gamajpp.33363.
- Rivas, J. (2013) „Florida State University Libraries The Theory Of Planned Behavior And Acceptance Of Disability : Understanding Intentions To Request Instructional Accommodations In Post-Secondary Institutions”.
- Robert, A. . and Donn, B. (2003) Psikologi Sosial Jilid I. Jakarta: Erlangga.

- Rohmah, N. F. (2018) „Pelatihan Dan Pengembangan Sumber Daya Manusia”, *Intizam: Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 2(1), pp. 1–11.
- Rosenthal, D. A., Dalton, J. A., and Gerve, R. (2007) „Analyzing Vocational Outcomes Of Individuals With Psychiatric Disabilities Who Received State Vocational Rehabilitation Services: A Data Mining Approach”, *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), pp. 357–368. doi: 10.1177/0020764006074555.
- Saifuddin, A. (2012) *Sikap Manusia : Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Santrock, J. w (1999) *Life-Span Development*. United State of America: McGraw Hill Companies.
- Saraswati, K. D. H. (2017) „Perilaku Kerja, Perceived Stress, Dan Social Support Pada Mahasiswa Internship”, *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, dan Seni*, 1(1), p. 216. doi: 10.24912/jmishumsen.v1i1.352.
- Sari, H. I. and Hartiningsih, S. N. (2019) „Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Tingkat Kemandirian Adl (Activity Of Daily Living) Pada Lansia”, *Jurnal Keperawatan Akademi Keperawatan YKY*, 53(9), pp. 1689–1699. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Sasmita, I. A. G. D. and Piartrini, P. S. (2019) „Effect Of Job Attitude, Subjective Norm And Perceived Behavior Control On Employee Intention To Quit”, *International research journal of management, IT and social sciences*, 6(5), pp. 89–94. doi: 10.21744/irjmis.v6n5.702.
- Seni, N. N. A. and Ratuadi, N. M. D. (2017) „Theory Of Planned Behavior Untuk Memprediksi Niat Berinvestasi”, *E-Jurnal Ekonomi dan Bisnis Universitas Udayana*, 12(6), pp. 4043–4068.
- Setiani, F. and Rasto (2016) „Mengembangkan Soft Skill Siswa Melalui Proses Pembelajaran ( Developing Students " Soft Skill Through Teaching And Learning Process )”, *Jurnal Pendidikan*

- Manajemen Perkantoran, 1(1), pp. 160–166. Available at: <http://ejournal.upi.edu/index.php/jpmanper/article/view/00000>.
- Setlaba, N. N. C., Mosotho, N. L., and Joubert, G. (2020) „Demographic, Clinical And Social Characteristics Of Forensic Patients Diagnosad With Schizophrenia At The Free State Psychiatric Complex, Bloemfontein, South Africa“, *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(2), pp. 192–201. doi: 10.1080/13218719.2019.1618751.
- Siaputra, H. and Isaac, E. (2020) „Pengaruh Attitude, Subjective Norm, Dan Perceived Behavior Control Terhadap Purchase Intention Makanan Sehat Di Crunchaus Surabaya“, *Jurnal Manajemen Perhotelan*, 6(1), pp. 9–18. doi: 10.9744/jmp.6.1.9-18.
- Siggeirsdottir, K., Brynjolfsdottir, R. D., Haraldsson, S. O., Vidar, S., Gudmundsson, E. G., Brynjolfsson, J. H., Jonsson, H., Hjaltason, O., and Gudnason, V. (2016) „Determinants Of Outcome Of Vocational Rehabilitation“, *Work*, 55(3), pp. 577–583. doi: 10.3233/WOR-162436.
- Sudira, P. D. D. M. . (2012) „TVET ABAD XXI Filosofi, Teori, Konsep Dan Startegi Pembelajaran Vokasional“, *Foreign Affairs*, 91(5), pp. 1689–1699. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Sugiarto, A. (2005) *Penilaian Keseimbangan dengan Aktifitas Kehidupan Sehari- hari Pada Lansia di Panti Werdha Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale dan Indeks Barthel*. Universitas Dipenogoro.
- Sulaeman, E. S., Murti, B., Setyawan, H., and Rinawati, S. (2017) „Aplikasi Theory Of Planned Behavior Pada Perilaku Pemberian ASI Eksklusif : Studi Kasus Theory Of Planned Behavior Application On Exclusive Breastfeeding Behavior: A Case Study“, *Jurnal Kedokteran Yarsi*, 25(2), pp. 84–100.
- Sulistiowati, N. M. D. and dkk (2018) „Description Of Social Support Toward Emotional , Psychology And Social Wellbeing Among Adolescent " S Mental Health“, *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 8(2), pp. 116–122. doi: <https://doi.org/10.32583/pskm.8.2.2018.116-122>.

- Surahmiyati, S., Yoga, B. H., and Hasanbasri, M. (2017) „Dukungan Sosial Untuk Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Daerah Miskin: Studi Di Sebuah Wilayah Puskesmas Di Gunung Kidul, Berita Kedokteran Masyarakat“, *BKM Journal Of Community Medicine and Public Health*, 33(8), p. 403. doi: 10.22146/bkm.25649.
- Syarifah, A. (2016) „Pengaruh Ingatan Dan Kemampuan Berpikir Kritis Terhadap Hasil Belajar Siswa“, *Jurnal Psikologi*, 5(2), pp. 289–310.
- Tarjo, T., Suwito, A., Aprillia, I. D., and Ramadan, G. R. (2019) „Theory Of Planned Behavior And Whistleblowing Intention“, *Jurnal Keuangan dan Perbankan*, 23(1), pp. 45–60. doi: 10.26905/jkdp.v23i1.2714.
- Tarsono, T. (2018) „Implikasi Teori Belajar Sosial (Social Learning Theory) Dari Albert Bandura Dalam Bimbingan Dan Konseling“, *Psymphatic : Jurnal Ilmiah Psikologi*, 3(1), pp. 29–36. doi: 10.15575/psy.v3i1.2174.
- Tirta, I. R. T. and Putra, I. P. R. Ek. (2008) „Terapi Okupasi Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali“, Tirta, I Gusti Rai Putra, I Putu Risdianto Eka, pp. 69–73.
- Twamley, E. W., Narvaez, J. M., Becker, D. R., Bartels, S. J., and Jeste, D. V. (2018) „Supported Employment For Middle-Aged And Older People With Schizophrenia“, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), pp. 76–89. doi: 10.1080/15487760701853326.
- Utami, C. W. (2017) „Attitude , Subjective Norms , Perceived Behavior , Entrepreneurship Education And Self-Efficacy Toward Entrepreneurial Intention University Student In Indonesia“, *XX(2)*, pp. 475–495.
- Virgiana, Y. (2017) „Dari Aktivitas Menonton Film Kartun Kesukaan ( Studi Kasus Terhadap Anak Usia 4-6 Tahun Di Perum Griya Sekargading Kelurahan Kalisegoro )“.
- Waddell, G. and Burton, A. K. (2006) *Is Work Good For Your Health and Well Being ?* London: TSO (Stationery Officer).



- Waghorn, G. and Tsang, H. (2005) „Vocational Rehabilitation For People With Psychiatric And Psychological Disorders“. Hongkong: International encyclopedia of rehabilitation.
- Wahyu, A. (2017) „Pengaruh Usia Produktif, Tingkat Pendidikan Dan Motivasi Terhadap Keluarga.“, Skripsi. Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Van Der Wal, M., De Kraker, J., Offermans, A., Kroeze, C., Kirschner, P. A., and van Ittersum, M. (2014) „Measuring Social Learning In Participatory Approaches To Natural Resource Management“, *Environmental Policy and Governance*, 24(1), pp. 1–15. doi: 10.1002/eet.1627.
- Westcott, C., Waghorn, G., McLean, D., Statham, D., and Mowry, B. (2015) „Interest In Employment Among People With Schizophrenia“, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 18(2), pp. 187–207. doi: 10.1080/15487768.2014.954162.
- Widodo, Y. P. (2017) „Model Kognitif Sosial Bandura Dalam Metode Preceptorship“, *E-Jurnal Undip*, (1), pp. 160–171.
- Wikurendra, E. A. (2018) *Pemetaan Dan Analisis Spasial Faktor Risiko Kasus Tuberkulosis Paru BTA Positif Di Kota Surabaya*. Universitas Airlangga.
- Woodside, H., Schell, L., and Allison-hedges, J. (2015) „Listening For Recovery: The Vocational Success Of People Living With Mental Illness“, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73. doi: 10.2182/cjot.05.0012.
- World Health Organization (2013a) „Mental Health Action Plan 2013-2020“. World Health Organization.
- World Health Organization (2013b) *Mental health included in the UN Sustainable Development Goals*. Available at: [https://www.who.int/mental\\_health/SDGs/en/](https://www.who.int/mental_health/SDGs/en/) (Accessed: 30 January 2019).
- World Health Organization (2014) *Mental health: a state of well-being*. Available at: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/) (Accessed: 15 March 2019).

- Yanto, M. and Syaripah (2017) „Penerapan Teori Sosial Dalam Menumbuhkan Akhlak Anak Kelas I Madrasah Ibtidaiyah Negeri 1 Rejang Lebong”, *TERAMPIL Jurnal Pendidikan dan Pembelajaran Dasar*, 4(2), pp. 65–85.
- Yosep, L. (2007) *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Yusuf, A., Fitriyasaki, R., and Nihayati, H. E. (2015) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Zulkarnaen, M. (2015) „Pengaruh Usia Dan Jenis Kelamin Terhadap Motivasi Kerja Karyawan Tenaga Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso Pontianak”, *Jurnal Produktivitas (JPRO) Prodi Manajemen*, (Nim 121310095), p. 2355.





## TENTANG PENULIS



**WIWIK WIDIYAWATI**, lahir di Mojokerto pada tanggal 24 Mei 1978, Penulis menempuh pendidikan D3 Ilmu Keperawatan di Akademi Keperawatan Kosgoro Mojokerto lulus tahun 1999. Penulis melanjutkan S1 Ilmu Keperawatan dan Ners Universitas Brawijaya Malang lulus tahun 2005. Kemudian Penulis melanjutkan S2 Magister Manajemen di Universitas Teknologi Surabaya lulus tahun 2011 dan S2 Magister Kesehatan Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga lulus tahun 2015. Melanjutkan pendidikan program Doktoral Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga lulus tahun 2020 dan aktif sebagai dosen di Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gresik pada program pendidikan Ners





*Strategi Peningkatan*

# Kemandirian Orang dengan Gangguan Jiwa

*Melalui Attitude Towards Behaviour*

**K**emandirian adalah salah satu aspek terpenting dalam kehidupan seseorang, termasuk bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa. Namun, mencapai kemandirian bagi individu dengan gangguan jiwa seringkali menghadapi berbagai tantangan. Gangguan jiwa dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seseorang, mulai dari kemampuan untuk menjalani aktivitas sehari-hari hingga partisipasi dalam kehidupan sosial dan pekerjaan. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang efektif untuk membantu mereka mengatasi hambatan ini dan mencapai kemandirian yang lebih baik. Salah satu pendekatan yang terbukti efektif adalah dengan fokus pada perubahan sikap atau attitude towards behaviour.

Sikap seseorang terhadap perilaku tertentu memainkan peran penting dalam menentukan keberhasilannya dalam menjalani berbagai program rehabilitasi dan pemulihan. Sikap ini mencerminkan keyakinan, perasaan, dan kecenderungan seseorang dalam merespon situasi tertentu. Dalam konteks rehabilitasi gangguan jiwa, sikap yang positif dapat menjadi pendorong kuat untuk berpartisipasi aktif dalam program rehabilitasi, sementara sikap yang negatif dapat menjadi penghalang yang signifikan.

Teori Perilaku Terencana yang dikembangkan oleh Icek Ajzen menjelaskan bahwa sikap terhadap perilaku adalah salah satu prediktor utama dari niat untuk melakukan perilaku tersebut. Jika seseorang percaya bahwa suatu tindakan akan membawa hasil positif dan ia menilai hasil tersebut sebagai sesuatu yang berharga, maka kemungkinan besar ia akan berniat untuk melakukan tindakan tersebut. Dalam hal ini, mengubah sikap negatif menjadi positif adalah kunci untuk meningkatkan partisipasi dan keberhasilan dalam program rehabilitasi.

**litrus.** Penerbit



literasinusantaraofficial@gmail.com  
www.penerbitlitrus.co.id  
@litruspenerbit  
literasinusantara\_  
085755971589

Pendidikan

+17

ISBN 978-623-519-028-0



9 786235 190280