

**REHABILITASI VOKASIONAL  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA**

Adianti Handajani\*

Yunias Setiawati\*\*

**ABSTRAK**

Sebagian besar pasien skizofrenia ingin bekerja, namun mereka berada pada tingkat terendah dalam kemampuan bekerja pada kelompok disabilitas. Berbagai intervensi rehabilitasi vokasional telah dikembangkan untuk meningkatkan kapasitas vokasional mereka. Program rehabilitasi vokasional yang paling memiliki pengaruh positif pada kegiatan yang berhubungan dengan pekerjaan. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa pendekatan dukungan pekerjaan pada rehabilitasi vokasional membuktikan lebih efektif dibandingkan pendekatan melalui kerja transisi dan terlindung. Intervensi rehabilitasi vokasional juga dapat memberi pengaruh positif pada hasil klinis seperti kepatuhan pengobatan, pengurangan gejala dan kekambuhan, serta mengurangi penggunaan layanan rawat inap. Kerja tim yang melibatkan profesional kesehatan mental beserta profesional vokasional di dalamnya, memiliki peran penting dalam mempromosikan kesempatan kerja bagi pasien skizofrenia dalam hal membantu mereka untuk mendapatkan pekerjaan dan tetap bertahan dalam pekerjaan mereka.

Kata kunci : disabilitas, rehabilitasi vokasional, dukungan pekerjaan

**ABSTRACT**

*The majority of patients with schizophrenia want to work, but they are at the lowest level in the ability to work in groups of disability. Vocational rehabilitation interventions have been developed to improve their vocational capacities. Most vocational rehabilitation programs have a positive impact on work-related activities. Recent research suggests that support for the work on the approach to vocational rehabilitation approaches prove more effective than the transition and protected working. Vocational rehabilitation interventions can also have a positive impact on clinical outcomes such as medication adherence, symptom reduction and relapse, as well as reducing the use of inpatient services. Teamwork involves mental health professionals and their professional vocational, has an important role in promoting employment opportunities for schizophrenia patients in terms of helping them to find work and survive in their work.*

*Keywords: disability, vocational rehabilitation, employment support*

---

\* Dokter peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis – 1, SMF Ilmu Kedokteran Jiwa, FK UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya

\*\*Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa/Psikiater, Staf Pengajar pada SMF Ilmu Kedokteran Jiwa, FK UNAIR/RSU Dr. Soetomo Surabaya

## **Pendahuluan**

Gangguan mental merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju, modern, dan industri. Keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Meskipun gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam menimbulkan invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan karena tidak produktif dan tidak efisien (Hawari 2001). Studi Bank Dunia (2001) menunjukkan, *global burden of disease* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1%, jauh lebih tinggi dari tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), dan malaria (2,6%). Gangguan jiwa juga merupakan penyebab utama disabilitas pada kelompok usia produktif, yakni usia 15 - 44 tahun. Dampak sosial sangat serius dapat berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi pasien maupun keluarga yang harus merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat (Chandra, V 2001).

Sebagian pasien dengan masalah kesehatan mental ingin bekerja (Hatfield et al. 1992; Shepherd et al. 1994), namun tingkat pengangguran di kalangan mereka sangat tinggi di Inggris (61-73%, ; McCreddie 1992; Meltzer et al. 1995) dan di US (75-85%, Lehman et al. 1995; Ridgeway and Rapp, 1998). Rata-rata pengangguran yang tinggi adalah salah satu bagian refleksi disabilitas pada pasien skizofrenia dengan tingkat disabilitas lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat disabilitas kelompok yang lain (Badan Statistik Nasional 1998). Faktor lain yang berkontribusi terhadap tingginya angka tidak bekerja sering disebabkan diskriminasi terhadap pekerja dan rendahnya prioritas status pekerjaan yang diberikan oleh layanan kesehatan mental itu sendiri (Lehman et al. 1998). Namun demikian, kerja dan rencana kerja melalui rehabilitasi vokasional memiliki tempat yang ditetapkan dalam sejarah psikiatri kontemporer. Perkembangan pola ini sebagian telah dimotivasi oleh suatu keyakinan bahwa bekerja bisa menjadi terapi, dan membantu pasien bisa mengembangkan keterampilan serta mendapatkan kepercayaan diri untuk kembali masuk pada kompetitif pekerjaan (review singkat, Marshall et al. 2001).

Rehabilitasi vokasional adalah bagian dari suatu proses rehabilitasi yang secara berkesinambungan dan terkoordinasi melaksanakan suatu rangkaian kegiatan berupa bimbingan vokasional (*vocational guidance*), latihan kerja (*vocational training*), dan penempatan selektif (*selective placement*), yang diadakan agar pasien disabilitas memperoleh kepastian dan

mendapatkan pekerjaan yang layak. Dalam prakteknya rehabilitasi vokasional menggunakan 2 metode, dimana keduanya bertujuan untuk memperbaiki prestasi kerja pasien. Semakin banyaknya studi berdasar bukti menunjukkan adanya keefektifan ditinjau dari hasil yang segera didapat dari metode dukungan kerja, membuat rehabilitasi vokasional dengan pola pendekatan tradisional secara lambat laun ditinggalkan. Belum semua Negara dapat dengan mudah melakukan metode ini mengingat sulitnya rekomendasi kerjasama dengan perusahaan swasta maupun penjaminan biaya layanan dukungan kerja melalui asuransi pasien.

### **Batasan Rehabilitasi Vokasional**

Rehabilitasi vokasional adalah sekelompok pelayanan yang ditujukan kepada individu dengan kecacatan mental atau fisik, yang bertujuan agar individu tersebut dapat memperoleh keterampilan, meningkatkan sumber daya, mengoptimalkan sikap, serta harapan yang diperlukan (Fischler 1999).

Kemampuan dalam proses wawancara diperlukan dalam upaya mendapatkan pekerjaan, ataupun untuk mempertahankan pekerjaannya. Layanan yang ditawarkan juga dapat membantu seorang individu untuk berlatih bekerja kembali setelah cedera atau mengalami gangguan mental yang dapat mengganggu pekerjaan sebelumnya (Fischler 1999).

### **Sejarah Perkembangan Rehabilitasi Vokasional**

Sejarah perkembangan rehabilitasi vokasional diawali dengan keputusan para praktisi kesehatan mental terhadap pasien skizofrenia yang masih terpapar oleh stresor dan ketakutan dalam melakukan aktifitasnya, untuk mengatasi ketidakmampuan pasien skizofrenia yang diakibatkan oleh gejala sisa yang masih ada (Becker, DR 2008). Pendekatan klinis prospektif telah diupayakan dengan berfokus pada tujuan memperbaiki isolasi pasien. Dengan cara ini, pasien yang mengalami keputusan terhadap perannya sebagai seorang dewasa normal dapat memenuhi segala harapan dan mengatasi stresor sehari-hari yang menyertainya, sehingga mereka dapat kembali tertarik untuk memulai bekerja secara bertahap, melalui arahan atau bantuan berupa *sheltered workshop*, *prevocational work crews* (karyawan yang bekerja pada program pelatihan persiapan kerja), *agency-run businesses* (agen/perwakilan yang menjalankan bisnis), *transitional jobs managed by the mental health agency* (pekerjaan transisi yang dikelola agen/perwakilan kesehatan mental), dan *volunteer jobs* (pekerja relawan). (Becker 2008).

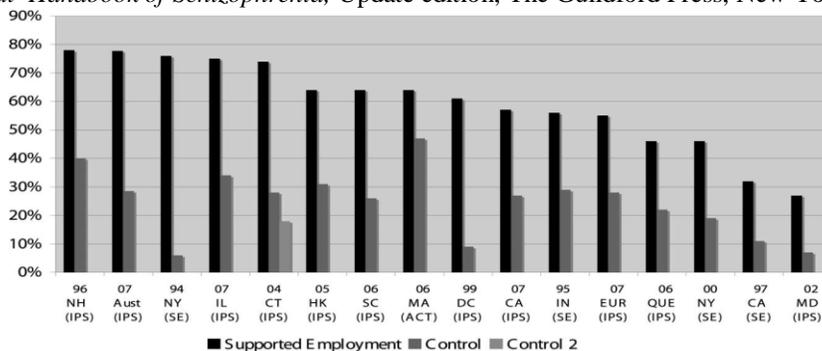
Pada awal tahun 1980 an, Paul Wehman et al. (1980) di *Virginia Commonwealth University* mendeskripsikan tentang pendekatan dukungan kerja. Pendekatan dukungan kerja

merupakan upaya pengadaan pelatihan yang memungkinkan bagi penderita disabilitas dalam perkembangan yang dapat membantu mereka menemukan persaingan kerja secara langsung, memberikan pelatihan dan dukungan yang diperlukan setelah orang tersebut bekerja, serta menghindari pelatihan pre-vokasional tradisional yang lama dengan titik berat pada penilaian prestasi kerja. Kerja yang kompetitif setidaknya dibayar dengan upah minimum, dengan *setting* terintegrasi dengan orang lain yang tidak memiliki disabilitas dan hal ini konsisten dengan kekuatan, kemampuan, dan minat seseorang (Becker 2008). Perbedaan dari pelayanan vokasional tradisional dalam beberapa karakteristik penting diringkas dalam tabel 1

**Tabel 1. Perbandingan antara dukungan kerja berbasis bukti dan pelayanan vokasional tradisional**

	<i>Evidence-based Support Employment</i>	<i>Traditional Vocational Services</i>
<i>Eligibility</i>	<i>Client choice</i>	<i>Screened for job readiness</i>
<i>Vocational focus</i>	<i>Competitive employment (competitive employment is work performed by a person with a disability in an integrated setting at minimum wage or higher and at a rate comparable to non-disabled workers performing the same tasks) (Logsdon, A 2013)</i>	<i>Range including sheltered work, work crews, volunteer, time-limited jobs, competitive employment</i>
<i>Determinants of Competitive job type</i>	<i>Client preferences</i>	<i>Pool of entry-level jobs</i>
<i>Follow-up support</i>	<i>Ongoing</i>	<i>Time-limited</i>
<i>Service location</i>	<i>Community</i>	<i>Segregated settings</i>
<i>Staffing pattern</i>	<i>Integrated mental health and vocational services</i>	<i>Parallel mental health and vocational services</i>

Source : Becker, DR 2008, *Vocational Rehabilitation (Chapter 26)*, in Kim T. Mueser, Dilip V. Jeste, *Clinical Handbook of Schizophrenia*, Update edition, The Guildford Press, New York, pp. 261-262.



**FIGURE 1.** Employment rates in 16 randomized controlled trials of supported employment

Pada gambar 1 tampak bahwa ketika layanan ketenagakerjaan ditransformasikan dari *sheltered workshop* ke metode dukungan kerja kompetitif (IPS/ *Individual Placement and Support*), dapat meningkatkan hasil kerja sebesar 5%-50%. Bukti ilmiah terkuat yang efektif adalah secara *randomized controlled trial*. (Gambar 1) (Bond, 2007). Dalam 15 dari 16 studi,

dukungan kerja dapat menimbulkan peningkatan hasil pekerjaan. Dukungan kerja dibandingkan dengan *sheltered workshop*, melalui pendekatan bertahap, rehabilitasi psikososial, pemberian layanan tim ketenagakerjaan, dan pelatihan keterampilan, secara keseluruhan didapatkan tiga kali lipat perbedaan hasil kerja (masing-masing 24% hingga 60%). Penelitian menunjukkan bahwa hasil kerja yang kompetitif lebih tinggi pada dukungan kerja daripada *sheltered workshop*, terlepas dari jenis kelamin, usia, diagnosis, status minoritas, riwayat pekerjaan, serta lokasi perkotaan dan pedesaan.

### **Manfaat Rehabilitasi Vokasional**

Karakteristik pasien skizofrenia secara umum ditandai adanya permasalahan fungsi kerja yang buruk, dengan rata-rata persaingan kerja antara 10-20% (Marwaha and Johnson 2004; Mueser et al. 2001b) dan variasi jenis pekerjaan kurang dari 50%. Hasil studi menunjukkan menurunnya fungsi kerja dalam waktu lama pada saat sebelum sakit mempunyai proporsi signifikan pada pasien skizofrenia. Penurunan ini mulai tampak sejak 6-18 bulan sebelum episode pertama skizofrenia. Rata-rata pasien yang tidak bekerja cukup tinggi dan mempunyai implikasi penting yang berpengaruh kepada pasien, keluarga, dan sosialnya. Dari perspektif pasien skizofrenia, tingginya biaya tersebut berhubungan dengan kondisi tidak bekerja, kemiskinan, dan kerentanan untuk menjadi korban penipuan (Goodman et al. 2001; Walsh et al. 2003). 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 (*US Institute of Medicine* 2001). Crisp et al. (2000) menyatakan bahwa pasien gangguan mental, terutama skizofrenia mengalami hendaya dalam melakukan pekerjaan sebagai akibat stigma dari masyarakat sehingga produktivitas bekerja menurun dan adanya isolasi sosial (Mueser 2006). Manfaat klinis bekerja mempunyai kepastian yang nyata seperti pepatah lama mengatakan bahwa "*work is good therapy*"

### **Tahap-tahap Rehabilitasi Vokasional**

Pedoman praktek dukungan kerja dalam rehabilitasi vokasional meliputi tahap-tahap sebagai berikut (Becker 2008) ;

- 1) Menetapkan kelayakan pasien; Pasien diminta menceritakan pengalaman bekerja dan hambatan dalam melaksanakan pekerjaannya. Bagi pasien yang belum bekerja, disarankan untuk mengakses sumber informasi melalui berbagai media dan bertukar pendapat dengan pasien lain yang sudah bekerja.

- 2) Konseling adalah bagian dari proses pengambilan keputusan untuk bekerja; Pemberian informasi secara jelas kepada pasien dan keluarganya mengenai perencanaan bagi pasien, akan memberikan manfaat yang diperlukan dalam pengambilan keputusan untuk bekerja. Dalam studi yang dilakukan oleh Tremblay, Xie, Smith & Drake 2004, dikatakan bahwa masyarakat yang menerima konseling bekerja, lebih mendapat banyak manfaat dan penghasilan dibandingkan dengan kelompok yang belum pernah melakukan konseling.
- 3) Integrasi Dukungan Kerja dengan tata laksana klinis; Rehabilitasi merupakan bagian gabungan suatu layanan terpisah dari penatalaksanaan klinis kesehatan mental. 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.
- 4) Kompetitif kerja adalah sebuah tujuan; Praktisi ketenagakerjaan membantu pasien dalam menemukan kompetitif kerja yang terintegrasi dalam *setting* kerja regular. Posisi yang 'dimiliki' oleh pasien bukan posisi yang diberikan untuk orang dengan disabilitas, pasien diawasi saat bekerja, dan pemberian upah pembayaran langsung dari *provider* bukan dari lembaga kesehatan mental atau lembaga rehabilitasi.
- 5) Memulai pekerjaan segera setelah seorang pasien menyatakan minatnya dalam bekerja  
Pasien yang dibantu dalam mencari pekerjaan secara langsung, tidak diberikan penilaian dan pelatihan prevokasional yang lama. Praktisi ketenagakerjaan menyiapkan waktu beberapa minggu untuk bertemu dengan pasien dan mengumpulkan informasi untuk mengembangkan suatu profil vokasional untuk mengenali jenis dan *setting* pekerjaan. Praktisi ketenagakerjaan memulai diskusi dengan pasien, dimana informasi yang didapatkan akan disampaikan ke provider tentang penyakit mereka dalam kaitannya dengan bekerja. Pasien dan praktisi ketenagakerjaan menyusun rencana untuk pekerjaan yang diinginkan dan menentukan tanggung jawab masing-masing dalam mencari pekerjaan.
- 6) Dukungan yang diikuti secara bersama dan berkesinambungan  
Banyak orang dapat mencarikan pekerjaan, tetapi kesulitan melakukan pengawasan terhadap mereka. Dukungan individual yang diberikan jaringan terhadap pasien berjalan secara

berkelanjutan untuk satu periode waktu sesuai kebutuhan individual. *The treatment team* membantu mengenalkan dukungan untuk memulai suatu pekerjaan, melakukan pekerjaan secara bertahap, mengenalkan masalah pekerjaan dan cara mengakhiri suatu pekerjaan.

7) Pilihan pasien adalah 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. Praktisi ketenagakerjaan membantu pasien untuk mengenali pekerjaan yang konsisten dengan ketrampilan, pengalaman, dan minatnya.

### **Model Rehabilitasi Vokasional**

Pendekatan tradisional untuk rehabilitasi vokasional adalah menggunakan suatu pendekatan “*train-place*” (dimana pasien terlibat dalam persiapan *ekstensif* sebelum mendapatkan pekerjaan yang kompetitif, seperti konseling pendidikan kerja, pelatihan ketrampilan, partisipasi dalam kelompok pekerjaan, atau *sheltered work*). Bond (2001) menemukan beberapa efek menguntungkan pada hasil pekerjaan yang kompetitif. Selanjutnya, model rehabilitasi vokasional menekankan pada pencarian dan pencapaian kerja yang cepat, serta ketersediaan dukungan secara terus menerus (terutama dukungan kerja) telah dikembangkan dan divalidasi secara empiris (Bond, GR et al. 2001a).

Dua model rehabilitasi vokasional muncul dalam beberapa tahun terakhir (Bhugra, MA 2010) adalah 1). Program pelatihan prevokasional; Pasien menjalani suatu fase persiapan, dan kadang-kadang fase transisi kerja, Tujuan program, menolong pasien skizofrenia dalam membiasakan bekerja dan mengembangkan keterampilan untuk kompetitif pekerjaan di kemudian hari. Kedua pendekatan disini melalui cara tradisional *sheltered workshop* (lokakarya terlindung) dan versi ‘*clubhouse*’. 2) Program dukungan kerja; Program dukungan kerja membantu menempatkan secara cepat pasien pada kerja kompetitif yang memungkinkan, melalui latihan dan dukungan yang diberikan oleh ‘*job coaches*’ (pelatih kerja) dalam *setting* kerja yang nyata tanpa fase persiapan prevokasional yang lama. Penyediaan layanan biasanya disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan dan situasi kerja pasien.

### **Dukungan kerja**

Dukungan kerja adalah suatu pendekatan rehabilitasi vokasional untuk pasien skizofrenia dan gangguan mental lainnya yang berfokus membantu pasien dalam mencari pekerjaan yang kompetitif dalam kondisi yang terintegrasi dengan masyarakat, dan mendukung ketersediaan

fasilitas penyelenggaraan pekerjaan yang baik atau untuk membantu dalam transisi ke pekerjaan lain. Pendekatan studi secara luas untuk dukungan kerja pada keadaan gangguan mental berat adalah melalui model *the Individual Placement and Support* (IPS) yang telah dibakukan secara manual (Becker and Drake 2003) melalui *Fidelity Scale* (skala kepatuhan).

### **Syarat Peserta Rehabilitasi Vokasional**

1) Orang dewasa berusia 18-64 yang mendapatkan asuransi tambahan penghasilan (SSI) atau asuransi disabilitas (SSDI), 2) Memiliki cacat fisik atau mental, 3) Disabilitas pasien sulit untuk mempersiapkan, mendapatkan, atau mempertahankan pekerjaan, 4) Pasien dapat memanfaatkan layanan berdasarkan hasil kerja, 5) Membutuhkan layanan rehabilitasi vokasional untuk mempersiapkan, mengamankan, mempertahankan, atau mendapatkan kembali pekerjaan sesuai dengan faktor kerja pasien, 6) Layanan rehabilitasi diutamakan bagi pasien-pasien dengan disabilitas fisik atau mental paling parah (*Minnesota Vocational Rehabilitation Services* 2013, *ACCES-VR Partners* 2012).

### **Penilaian Kerja**

Dalam memahami penilaian kerja, profesional yang berkepentingan terhadap disabilitas mental dan pekerjaan dapat memperhatikan dua hal yang perlu dikenali, yakni : 1) Terdapat prediksi pentingnya faktor-faktor riwayat. Riwayat kerja secara dan diagnosis atau tes psikometri tradisional seperti IQ atau pengukuran kecerdasan yang sangat dibatasi nilai prediksi, 2) Faktor personal seperti motivasi, kepercayaan diri, dan tujuan pribadi.

Jadi, jika seseorang benar-benar ingin melakukan pekerjaan itu, maka pasien akan lebih memungkinkan untuk berhasil. Dalam proses penilaian dan perencanaan, komponen utama adalah : 1) Apakah orang benar-benar ingin bekerja, 2) Apa keahlian mereka, dan 3) Apa yang tertarik untuk mereka kerjakan

Setelah ini ditetapkan, program dukungan dan pelatihan dirancang untuk setiap pasien, ditujukan untuk mencapai tujuan dan hasrat pribadi individu tersebut. *Setting* kerja, karakteristik individu dan hasil yang diinginkan harus dipertimbangkan ketika berpikir tentang peluang kerja secara *comprehensive*. Seperti bidang psikiatri lainnya, hasil akan ditentukan oleh kombinasi :

a) Faktor-faktor historis (riwayat kerja, keterampilan, prestasi kinerja sebelumnya); b) Faktor faktor individu (kepercayaan diri, motivasi, tujuan pribadi secara obyektif), dan c) *Setting* faktor-faktor (harapan staf, peluang untuk pelatihan dan pengembangan, *link* ke program lain dan sebagainya) (Boardman, J 2003).

## **Hambatan Rehabilitasi Vokasional**

Pasien skizofrenia banyak menghadapi hambatan dan disinsentif ketika kembali bekerja. Tuntutan pasar tenaga kerja, pembatasan kerja yang disebabkan oleh penyakit, komplikasi yang terkait dengan tunjangan cacat, terbatasnya ketersediaan program berbasis bukti (Loveland et al. 2007). 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 dan Lloyd 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 (MacDonald et al. 2003).

## **Efektifitas Rehabilitasi Vokasional**

1) Rehabilitasi vokasional lebih efisien dengan menggunakan pendekatan yang berorientasi tim yang melibatkan profesional kesehatan mental dan profesional vokasional yang bekerja bersama (Drake, B 2008), 2) Kesesuaian pekerjaan adalah pilihan pasien dan merupakan kepentingan dan ketrampilan mereka, sehingga pasien merasa jauh lebih puas dan berada pada pekerjaannya lebih lama (Drake, B 2008), 3) Pasien yang bekerja dalam waktu menahun akan terlihat menyatu dalam pekerjaannya dan merasa pekerjaan tersebut sudah dekat dengan hatinya, 4) Perbaikan pasien tidak didukung oleh kemampuannya sendiri, tetapi muncul saat ia bekerja membantu orang, karena secara tidak langsung harga dirinya akan meningkat, serta banyak hal dalam kehidupan menjadikan suatu proses pembelajaran bagi mereka untuk mengelola gangguan mental dalam usaha untuk meningkatkan kualitas dan kepuasan hidup mereka (Bond GR, Resnica SG, Drake RE et al. 2001b), 5) Pasien yang mempertahankan pekerjaan kompetitifnya dalam 10 tahun, akan menarik minat orang-orang dengan gangguan mental serius yang melihat mereka untuk mulai bekerja dengan adanya rangsangan upah dan jaminan kesehatan (Becker, DR, Drake, RE 2001), 6) Susan McGurk (2003, 2004) memastikan tugas-tugas komputerisasi bagi orang-orang yang berlatih sesuai dengan pekerjaan yang mereka miliki, berarti ia mengembangkan koneksi persyarafan baru terkait dengan pekerjaan yang mereka lakukan, dengan harapan terdapat keberhasilan pekerjaan yang lebih baik, terutama dalam perbaikan kognitif pasien, 7) Pusat pemulihan merupakan sarana dan prasarana bagi pasien untuk mendapatkan banyak pendidikan tentang dukungan kerja, mereka juga dapat melihat dan mendengar langsung beberapa kesaksian pribadi (*testimony*) dari orang-orang yang telah sukses

di tempat ini, dan kemudian mereka juga belajar tentang semua ketrampilan yang memungkinkan dimana mereka bisa terlibat, sehingga ketrampilan ini benar-benar menjadi jenis model pilihan pasien.

### **Keterbatasan Rehabilitasi Vokasional**

Saat ini ada beberapa masalah ditemukan pada program dukungan kerja, meliputi : 1) Beberapa pasien memperlihatkan minat dalam dukungan kerja dan belum diketahui berapa jumlah mereka secara tepat, 2) Beberapa tidak konsisten menjadi pekerja, yakni : mereka sedikit bekerja, dan mereka tidak konsisten sebagai pekerja, 3) Beberapa konsisten menjadi pekerja, tetapi sering tidak bekerja dalam waktu penuh (*full time*), 4) Kesulitan interpersonal menjadi masalah paling sering dilaporkan (58%) yang menyebabkan penghentian kerja pada orang-orang dengan penyakit mental berat (Waghorn, G, Lloyd, C 2010), 5) Keluarga merupakan pendukung utama, tetapi kenyataannya sampai saat ini masih dijumpai keengganan para profesional bekerjasama karena praduga bahwa keluarga menyebabkan atau memperburuk penyakit mental menjadi salah satu alasan untuk kegagalan program rehabilitasi vokasional (Shankar, J & Collyer, F 2002), 6) Belum ada kebijakan pemerintah yang kuat terhadap penanganan pasien gangguan mental serius melalui rekomendasi kerjasama antara pemerintah dan swasta dalam hal mengikutsertakan mereka dalam kinerja lapangan maupun pembiayaan asuransi kesehatan yang berkesinambungan (Jackson, Y 2009).

### **RINGKASAN**

Rehabilitasi vokasional dengan tehnik penempatan cepat individu sebagai alternatif kerja kompetitif dengan model dukungan kerja merupakan pembelajaran dalam diri pasien skizofrenia untuk bersosialisasi dan memahami arti kepuasan kerja, sehingga dapat memperbaiki *self esteem* seseorang, mengenalkan kembali kerja, memperbaiki fungsi sosial dan kognitif pasien. Dengan demikian diharapkan kualitas hidup menjadi lebih baik dan mereka kembali menjadi manusia produktif sepanjang waktu.

Motivasi wawancara yang menekankan pada pentingnya preferensi pasien dalam pilihan pekerjaan, menjadi alat berharga untuk mengembalikan fokus persepsi pasien, mendorong asumsi individu dalam tanggung jawab dan mengembangkan partisipasi pasien skizofrenia dalam penilaian konsekuen mereka untuk bekerja.

Ada banyak model berbeda untuk dipertimbangkan ketika pasien skizofrenia membutuhkan layanan rehabilitasi vokasional, tetapi tidak ada satu model pelayanan yang tepat

untuk setiap pasien dan setiap pendekatan dapat membantu individu yang berbeda pada waktu yang berbeda dalam pemulihan dan reintegrasi mereka. Idealnya, pasien harus memiliki akses ke berbagai pekerjaan, pelatihan dan dukungan yang relevan dengan kebutuhan mereka untuk berubah. Dengan demikian, secara umum disepakati bahwa layanan kerja kesehatan mental yang komprehensif dalam setiap bidang tertentu harus menawarkan 'spektrum peluang', disesuaikan dengan kebutuhan individu.

Keterbatasan pada rehabilitasi vokasional meliputi 2 hal, yakni hambatan pada pasien gangguan mental berat sendiri dan hambatan pada pekerjaan dan layanan ketenagakerjaan. Kedua hal tersebut tidak terpisahkan dan memerlukan penanganan secara komprehensif melalui kerjasama dan dukungan berbagai pihak, diantaranya peserta rehabilitasi, pelatih kerja, staf ketenagakerjaan, tim *treatment*, majikan maupun pengusaha, pejabat instansi terkait, serta dukungan pendanaan melalui asuransi ataupun pembiayaan mandiri.

Dukungan dan penempatan kerja merupakan praktek berbasis bukti telah terbukti lebih efektif daripada pendekatan lain dalam membantu orang dengan masalah kesehatan mental serius dalam mendapatkan dan mempertahankan pekerjaan. Penelitian membuktikan bahwa dukungan yang diberikan kepada pasien sangat mempengaruhi hasil kinerja mereka. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa penempatan individu dan model dukungan kerja dapat digeneralisasikan ke berbagai negara, dan di luar percobaan klinis model ini dapat dilaksanakan dalam praktek klinis rutin.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Becker, DR 2008, 'Vocational rehabilitation', in Kim T. Mueser, Dilip V. Jeste, *Clinical handbook of schizophrenia*, update edition, the guildford press, New York, pp. 261-262.
- Bond, GR, Drake, RE, Becker, DR 2012, 'Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US', *World psychiatry-official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11: pp. 32-39.
- Bhugra, MA 2010, *Schizophreni. The nice guideline on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*, updated edition, national collaborating centre for mental health, published by the British psychological society and the royal college of psychiatrists, pp. 345-351.
- Chandra, V 2001, *Health and behaviour advisor*, WHO-South East Asia Region (SEAR). regional health forum, volume 5, number 1, New Delhi.

- Crisp, AH, Gelder, MG, Rix, S et al. 2000, 'Stigmatization of people with mental illness', *Br j psychiatry*, 177, pp. 4-7.
- Drake, B 2008, The future of supported employment, Sainsbury Centre for Mental Health, Dartmouth Medical School, New Hampshire, USA, London, viewed 17 March 2013, <[www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk)>
- Fischler, Gary & Booth, N 1999, *Vocational impact of psychiatric disorders: a guide for rehabilitation professionals*, Austin: PRO-ED, Incorporated.
- Goodman, LA, Salyers, MP, Mueser, KT et al. 2001, 'Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates', *J Trauma Stress*, 14, pp. 615-32.
- Hafner H, Maurer K, Löffler, W et al. 2003, 'Modeling the early course of schizophrenia', *Schizophr Bull*, 29, pp. 325-40.
- Hafner, H, an der Heiden, W 2003, 'Course and outcome of schizophrenia', in Hirsch, SR, Weinberger, DR (ed.), *Schizophrenia*, 2<sup>nd</sup> edition, Oxford, England, Blackwell Scientific, pp. 101-141.
- Hawari, D 2001, *Pendekatan Holistic pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, FKUI, Jakarta
- Kim, TM, Shirley, M, Glynn, Susan, R, McGurk 2006, 'The American psychiatric publishing, in Jeffrey, A, Lieberman, M.D, Scott T, Stroup, M.D, Diana, O, Perkins, MD, *Text book of schizophrenia*, American psychiatric publishing inc, Washington, DC, London, England, pp. 275-288.
- Marshall, M, Bond, G & Huxley, P 2001, *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness*, Cochrane data base of systematic reviews 2001, issue 2.
- Marwaha, S, Johnson, S 2004, *Schizophrenia and employment : a review. soc psychiatr epidemio*, 1 39, pp. 337-349.
- McGurk, SR, Meltzer, HY 2000, 'The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia', *Schizophr res*, 45, pp. 175-184.
- McGurk, SR, Mueser, KT, Harvey, PD et al. 2003, 'Cognitive and clinical predictors of work outcomes in clients with schizophrenia', *Sychiatr serv*, 54, pp. 1129-1135.
- McGurk SR, Mueser KT 2004, 'Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment; a review and heuristic model', *Schizophrenia res*, 70, pp. 147-74.
- Mueser, KT, Selyers, MP, Mueser, PR 2001b, 'A prospective analysis of work in schizophrenia', *Schizophrenia bull*, 27, pp. 281-96.
- Mueser, KT, Becker, DR, Wolfe, R 2001a, 'Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction', *J ment health*, 10, pp. 411-17.

- Mueser, KT, Clatk, RE, Haines, M et al. 2004, 'The Harford study of supported employment for severe mental illness', *J consult clin psychol*, 72, pp. 479-490, 2004.
- Mueser, KT, Glynn, SM, McGurk, SR 2006, 'Social and vocational impairments', in Jeffrey, A, Lieberman, M.D, Scott T, Stroup, M.D, Diana, O, Perkins, MD, *Text book of schizophrenia*, American psychiatric press, Washington, DC, pp. 275-288.
- Sainsbury Centre for Mental Health 2008, -. *Vocational rehabilitation : what is it, who can deliver it, and who pays?*, College of occupational therapists, the future of supported employment, London, Dartmouth medical school, New Hampshire, USA, viewed 23 December 2012, <[www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk)>
- Shankar, J & Collyer, F 2002, 'Support needs of people with mental illness in vocational rehabilitation programs-the role of the social network', *International journal of psychosocial rehabilitation*, 7, pp. 15-28.
- Tremblay, T, Xie, H, Smith, J & Drake, R 2004, 'The impact of specialized benefits counseling services on social security administration disability beneficiaries in Vermont', *Journal of rehabilitation*, 70, pp. 5-11.
- Tsang, HWH 2001, 'Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia', *Journal of nervous and mental disease*, 189, pp. 90-98.
- Waghorn, G, Tsang, HWH, Llyod, C 2005, *Vocational rehabilitation for people with psychiatric and psychological disorders*, International encyclopedia of rehabilitation, department of rehabilitation sciences, Hongkong.
- Waghorn, G, Lloyd, C 2005, 'The employment of people with mental illness'. *Australian e-journal for the advancement of mental health*, 4, pp. 2 (supplement).
- Yanina Jackson, Jill Kelland, Theodore, D, Cosco, Diane, C, McNeiland, and John, R, Reddon 2009, 'Press nonvocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization', in Edmonton, AB, *Addiction and mental health, Alberta health services*, Canada, pp. 381-87, viewed 10 October 2008, <<http://www.academia.edu>>