

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

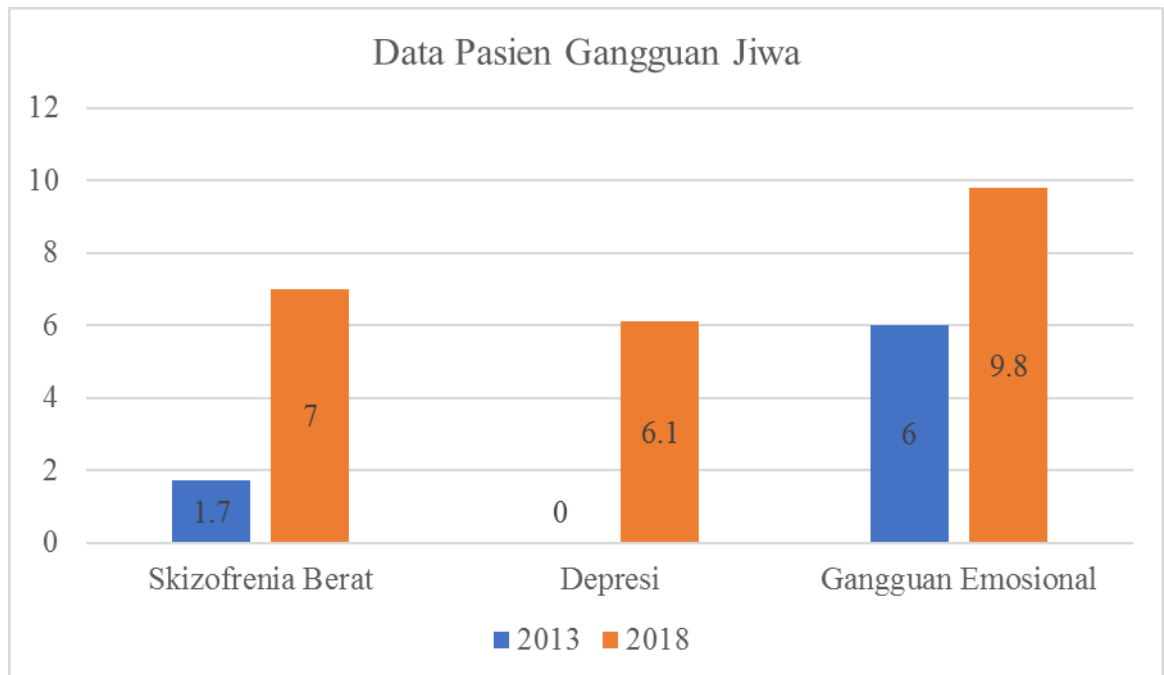
Kesehatan jiwa atau *mental health* merupakan salah satu masalah penting dalam *Sustainable Development Goal's* (SDG's). Kesehatan jiwa kurang mendapat perhatian dalam *Milenial Development Goal's* (MDG's), kesehatan jiwa dan penyalahgunaan zat terlarang masuk dalam salah satu poin dari SDG's. Tujuan 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 aktifitas 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 aktifitas 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 / <i>Readmisi</i>	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 dilakukikan 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 kebutuhannya.

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.

1.2 Kajian Masalah

Masalah peningkatan kasus harus ada tindakan pencegahan, pengobatan dan sarana rehabilitasi yang memadai. Pasien ODGJ berat mempunyai berbagai macam kebutuhan agar dapat pulih dan berfungsi kembali di masyarakat seperti orang lain pada umumnya. Kebutuhan vital yang harus dipenuhi adalah rehabilitasi yang baik. Upaya rehabilitasi di Indonesia untuk pasien ODGJ di atur dalam Undang – Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yaitu pada pasal 144 ayat 2 “ *upaya kesehatan jiwa yang dimaksud pada ayat 1 terdiri dari atas preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif pasien gangguan jiwa dan masalah psikososial*” (Kementrian Kesehatan, 2009). Menurut Nasir dan Munith (2011) model rehabilitasi yang dapat digunakan untuk ODGJ adalah model terapi moral, model terapi sosial, model terapi psikologis dan model terapi budaya (Munith and Nasir, 2011).

Menurut pendapat Carmona, *et al* (2017) bahwa penderita ODGJ beratsangat membutuhkan rehabilitasi sosial vokasional untuk membantu pasien menjadi mandiri bahkan sampai kembali produktif dan kembali ke dunia kerja. Sampai saat ini *employment rate* penderita ODGJ berat masih sangat rendah, di Amerika Serikat berkisar 14,5-17,2% dari total keseluruhan penderita *skizofrenia*.

Di negara lain seperti Perancis dan United Kingdom penderita ODGJ berat memiliki angka *employment rate* lebih rendah yaitu berkisar antara 11,5% dan 12,9% (Carmona *et al.*, 2017).

Penelitian oleh Akkerman *et al* (2016) menyatakan bahwa para peserta program rehabilitasi merasa puas atas pelaksanaan program. Dukungan serta motivasi dari instruktur menjadi salah satu faktor penentu. Rehabilitasi juga dapat menghilangkan rasa rendah diri pada peserta sehingga mengurangi tingkat stres yang dapat berakibat kekambuhan pada peserta (Akkerman *et al.*, 2016). Keyakinan bisa bekerja kembali dan motivasi dari peserta sendiri menjadi salah satu faktor yang penting dalam mengikuti proses rehabilitasi, dengan semangat yang tinggi akan memacu peserta untuk menyelesaikan proses rehabilitasi dengan baik serta dapat kembali bekerja pasca proses rehabilitasi (Westcott *et al.*, 2015).

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi sosial vokasional yang dijalani, salah satunya adalah faktor demografi dari peserta rehabilitasi. Penelitian yang dilakukan oleh Twamley, dkk menyatakan bahwa variabel demografi (umur, jenis kelamin, durasi menderita *sakit*) secara statistik berpengaruh terhadap status pekerjaan responden pasca mengikuti rehabilitasi (Modini *et al.*, 2016a). Pendidikan yang rendah akan berdampak pada perbaikan fungsi kognitif penderita, semakin baik pendidikan yang dimiliki maka akan berpengaruh terhadap perbaikan *kognitif* pasca rehabilitasi (Dalagdi *et al.*, 2014).

Kemandirian penderita gangguan jiwa pasca rehabilitasi sosial vokasional dapat dipengaruhi oleh dukungan sosial (keluarga, teman dan tetangga) yang ada serta dukungan teman kerja di tempat kerja membuat merasa nyaman untuk

bekerja dan merasa diterima di lingkungan sosial yang ada sehingga menghindari terjadinya *relaps* (Matthewson, Langworthy dan Higgins, 2015).

Mengatasi masalah rehabilitasi vokasional, maka perlu dilakukan upaya lebih baik oleh berbagai pihak untuk meningkatkan keluaran rehabilitasi seoptimal mungkin agar ODGJ yang ada memiliki kemampuan adaptasi sosial yang baik dan bisa mandiri serta kembali produktif melalui program rehabilitasi sosial vokasional. Kondisi yang demikian diharapkan menurunkan risiko terjadinya kekambuhan akibat kurangnya adaptasi sosial dari ODGJ berat.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh rehabilitasi sosial vokasional terhadap kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) instrumental* ODGJ berat ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh rehabilitasi sosial vokasional terhadap kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental* ODGJ berat.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan) terhadap *attitude toward behaviour*
2. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat),

dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan) terhadap *subjective norm*

3. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan) terhadap *perceived behavioral control*
4. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour, subjective norm, perceived behavioral control* terhadap fase perhatian
5. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour, subjective norm, perceived behavioral control*, fase perhatian terhadap fase pengingatan
6. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour, subjective norm, perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan terhadap fase peniruan
7. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat),

- dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan terhadap fase motivasi
8. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi terhadap *skill*
 9. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi, *skill* terhadap *intention*
 10. Menganalisis pengaruh faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman sebaya, petugas kesehatan), *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi, *skill*, *intention* terhadap kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental* ODGJ berat.
 11. Menyusun model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental* ODGJ berat.

12. Menyusun modul rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ berat

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Memberi kontribusi pada pengembangan ilmu kesehatan jiwa khusus pada bidang rehabilitasi sosial vokasional pada ODGJ berat dengan menghasilkan suatu pemodelan yang di kembangkan menggunakan dasar tahapan rehabilitasi dan teori lain (*sosial learning theory* dan *theory planned behaviour*). Pengembangan model dilakukan untuk dapat digunakan pada pelaksanaan rehabilitasi ODGJ berat dalam rangka melakukan rehabilitasi khususnya rehabilitasi sosial vokasional. Meningkatkan keterampilan ODGJ berat sehingga mampu produktif kembali serta dapat kembali ke lingkungan sosial dengan baik dan mencegah terjadinya kekambuhan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi ODGJ Berat

Pemodelan diharapkan dapat membantu meningkatkan kondisi ODGJ berat kembali ke kondisi semula dan bisa kembali produktif serta dapat mengurangi timbulnya kekambuhan akibat kegagalan adaptasi sosial pasca melakukan rehabilitasi.

2. Bagi Tenaga Kesehatan atau Tenaga Rehabilitasi

Pemodelan terkait rehabilitasi sosial vokasional terintegrasi bagi ODGJ berat dapat dimanfaatkan sebagai acuan dalam melakukan rehabilitasi psikososial yang baik sehingga dapat mengembalikan kesehatan mental ODGJ berat kembali

optimal dan bisa produktif kembali sehingga mengurangi resiko terjadinya kekambuhan.