



DISERTASI

**MODEL REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
*INSTRUMENTAL ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) BERAT***

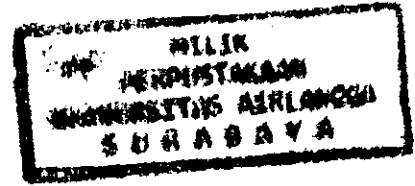
KTC tk
Dis IK 13/21
Wid
m



**WIWIK WIDIYAWATI
NIM. 101817087313**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM DOKTOR
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2020**

**MODEL REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
INSTRUMENTAL ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) BERAT**



DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Studi Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
Telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Selasa
Tanggal : 15 Desember 2020
Pukul : 10.00-12.00 WIB**

Oleh :

**WIWIK WIDIYAWATI
NIM. 101817087313**

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Disertasi
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
dan Diterima untuk Memenuhi Persyaratan guna Memperoleh Gelar Doktor (Dr.)
Tanggal 15 Desember 2020

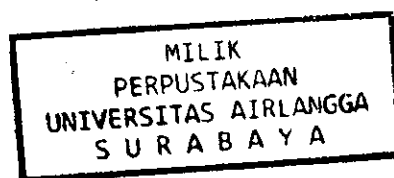
Mengesahkan

Universitas Airlangga
Fakultas Kesehatan Masyarakat

Dekan,



[Handwritten Signature]
Dr. Santi Martini, dr.,M.Kes
NIP. 196609271997022001



PERSETUJUAN

DISERTASI INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 15 DESEMBER 2020

Oleh:

Promotor

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Ah. Yusuf".

Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Ko-Promotor

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Shrimarti Rukmini Devy".

Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes
NIP. 196602152002122002

Mengetahui

KPS S3 Kesehatan Masyarakat

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Hari Basuki Notobroto".

Dr. Hari Basuki Notobroto, dr., M.Kes.
NIP. 196506251992031002

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Telah diuji pada Ujian Doktor Tahap I (Tertutup)
Tanggal 11 November 2020

Ketua : Prof. H Kuntoro, dr, MPH, DrPH
Anggota : Prof. Dr. Ah.Yusuf., S.Kp., M.Kes
Dr. Dra.Shrimarti Rukmini Devy.,M.Kes
Prof. Hendy Margono, dr.,Sp.KJ (K)
Dr. Rachmat Hargono dr., M.S., M.P.H.
Dr. Esti Yunitasai, S.Kp.,M.Kes

Ditetapkan Dengan Surat Keputusan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Nomor : 138/UN3.1.10/2020
Tanggal : 11 November 2020

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga penulisan dapat menyelesaikan disertasi Program Doktor Ilmu Kesehatan. Penulis disertasi ini dapat tercapai karena penulis mendapatkan petunjuk, arahan serta fasilitas dari berbagai pihak.

Terima kasih yang tak terhingga saya haturkan kepada Bapak Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku promotor yang telah memberikan bimbingan, petunjuk, motivasi serta dukungan selama penyusunan naskah disertasi.

Terima kasih yang tak terhingga saya haturkan kepada Ibu Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes selaku Ko-Promotor yang dengan sabar memberikan petunjuk, arahan dan saran yang luar biasa selama proses bimbingan dalam penyusunan naskah disertasi.

Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Mohammad Nasih, SE., M.T., Ak., CMA.,CA selaku Rektor Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan Doktorat di Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Santi Martini, dr.,M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS. selaku Wakil Dekan I, Dr. Muhammad Atoillah Isfandiari, dr.,M.Kes. selaku Wakil Dekan II, dan Trias Mahmudiono, SKM.,MPH.,GCAS.,Ph.D selaku Wakil Dekan III yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan di Program Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr.,M.Kes selaku Koordinator Program Studi Doktorat Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti proses belajar.
4. Prof. H Kuntoro, dr, MPH, DrPH, Prof. Hendy Margono, dr.,Sp.KJ (K), Dr. Rachmat Hargono dr., M.S., M.P.H., Dr. Esti Yunitasai, S.Kp.,M.Kes. sebagai tim pakar dalam ujian pra kualifikasi sampai dengan ujian terbuka,

yang telah memberikan saran dan masukan dalam memperkaya naskah Disertasi.

5. Bapak Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya beserta jajarannya yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
6. Ka.Diklat-Lit Rumah Sakit Jiwa Menur beserta jajarannya sekaligus sebagai pembimbing lapangan selama proses penelitian yang sangat mendukung dan memberikan bantuan baik sarana maupun prasarana sehingga penelitian dapat berjalan dengan lancar.
7. Bapak dan Ibu kepala ruang, para perawat dan tenaga rehabilitasi Rumah Sakit Jiwa Menur yang sangat fasilitatif selama proses penelitian.
8. Seluruh responden yang telah berkenan meluangkan waktu, berbagi pengalaman, dan berperan serta sehingga penelitian ini dapat terwujud.
9. Para Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Airlangga yang telah memberikan bimbingan dan ilmunya.
10. Para Staf Pengelola Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Airlangga yang telah memberikan banyak bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan.
11. Orang tua, suami dan saudara yang banyak memberikan dukungan, doa dan semangat kepada penulis.
12. Semua teman-teman S3 IKM Angkatan 2018 serta pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu, memotivasi, mendukung saya untuk menyelesaikan disertasi ini.

Saya sebagai penulis menaruh harapan Model Rehabilitasi Sosial Vokasional ini memperoleh banyak saran dan masukan yang positif dan membangun demi kesempurnaan. Akhirnya, mudah-mudahan Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat-Nya bagi kita semua.

Surabaya, Desember 2020

Penulis

RINGKASAN

**MODEL REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL DALAM
MENINGKATKAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
INSTRUMENTAL ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) BERAT**

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 dengan lingkungan sekitar (Maramis, 2010). Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat sering terlihat adanya kemunduran yang ditandai dengan hilangnya motivasi dalam diri dan tanggung jawab, tidak mengikuti kegiatan, dan hubungan sosial, kemampuan mendasar yang terganggu yaitu salah satunya *Activity of Daily Living* (ADL). Selama ini ADL yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa 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. Kendala yang terjadi pada pelayanan kesehatan jiwa adalah belum terintegrasinya rehabilitasi serta masih terfokus pada pasien saja sehingga seringkali mengakibatkan terjadinya kekambuhan pada penderita. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengembalikan ODGJ kepada masyarakat dengan baik adalah menyiapkan keterampilan yang cukup sehingga dapat kembali hidup produktif di masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan yaitu menggunakan rehabilitasi sosial vokasional, dimana pelaksanaannya masih belum mendapatkan keluaran yang optimal sehingga masih banyak ODGJ yang belum bisa mandiri. Tujuan penelitian adalah Menganalisis pengaruh rehabilitasi sosial vokasional terhadap kemandirian ADL Instrumental ODGJ.

Penelitian dilakukan dalam 2 tahap. Tahap pertama dilakukan untuk menganalisis pengaruh antar variabel dan membentuk model rehabilitasi sosial vokasional untuk pasien ODGJ berat, tahap 2 bertujuan untuk menyusun modul. Penelitian tahap 1 menggunakan desain observasional dengan pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Maret – Juli 2020. Populasi penelitian ini adalah semua ODGJ yang menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya yang memiliki skoring derajat psikotik ≥ 30 sesuai dengan standar penilaian rumah sakit. Jumlah populasi sebanyak 117 dan diambil sampel penelitian sebanyak 100 pasien menggunakan *simple random sampling* dan sesuai kriteria inklusi sudah mempunyai ADL dasar secara mandiri, kooperatif, dapat berkomunikasi dan merespon interaksi dengan baik, berusia 18 - 60 tahun. Variabel independent dalam penelitian ini adalah faktor sosio demografi, Jenis ODGJ berat, dukungan sosial, *attitude towards behavior*, *subjective norm* dan *perceived behavior*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi dan *skill*. Variabel dependen penelitian ini adalah *intention* dan kemandirian ADL

instrumental. Pengumpulan data diukur menggunakan kuesioner dan lembar observasi. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan uji *Struktural Equation Modeling – Partial Least Square* (SEM-PLS). Penelitian tahap 2 dilakukan dengan cara merumuskan issue strategis yang kemudian dilakukan konsultasi pakar untuk menyusun modul. Konsultasi pakar dilakukan secara daring akibat pandemic Covid-19 yang terjadi.

Hasil penelitian tahap 1 yang telah dilakukan menunjukkan kemandirian ADL instrumental dipengaruhi secara langsung oleh *perceived behavior*, fase pengingatan, *skill* dan *intention*. Faktor lainnya berpengaruh secara tidak langsung terhadap kemandirian ADL instrumental. Hasil penelitian tahap 2 berupa modul yang di susun berdasarkan issue strategis dan konsultasi pakar. Issue strategis terdiri dari usia responden yang tida produktif, Pendidikan pasien yang rendah, diagnosa penyakit kejiwaan pasien, durasi sakit pasien, dukungan social yang rendah, rendahnya sikap, norma subjektif dan pelaksanaan rehabilitasi yang belum berjalan optimal. Modul berisi tahapan – tahapan rehabilitasi menurut Becker yang terdiri dari tahap menetapkan kelayakan pasien, konseling, pelaksanaan rehabilitasi, evaluasi dan dukungan yang berkelanjutan. Modul ditujukan pada tenaga rehabilitasi yang ada di rumah sakit. Aplikasi modul dapat dilakukan untuk menyusun rangkaian pelaksanaan rehabilitasi social vokasional bagi ODGJ berat sehingga dapat kembali produktif.

Temuan ilmiah baru dalam penelitian ini adalah model rehabilitasi sosial vokasional yang mengintegrasikan beberapa teori mulai dari tahapan rehabilitasi sosial vokasional Bekcer (2008), *Theory Planned Behavior* (TPB) oleh Ajzen (1971) dan *Sosial Learning Theory* oleh Bandura (1971). Model rehabilitasi sosial vokasional diaplikasikan dengan tahapan rehabilitasi sosial vokasional yang diperkenalkan oleh Becker (2008) yang terdiri dari menetapkan kelayakan pasien yang ditekankan pada menetapkan apakah pasien layak atau tidak mengikuti rehabilitasi sosial vokasional dengan berdasarkan faktor sosio demografi dan Jenis ODGJ berat, konseling persiapan yang ditekankan pada evaluasi kondisi internal pasein meliputi faktor *attitude towards behavior*, *subjective norms* dan *perceived behavior* yang berasal dari TPB, pelaksanaan rehabilitasi yang ditekankan dari proses belajar pasien menggunakan teori SLT mulai dari fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan fase motivasi, evaluasi pelaksanaan yang ditekankan pada evaluasi terhadap pencapaian yang telah di capai oleh paien seta melakukan evaluasi terhadap *skill*, *intention* dan kemandirian ADL *instrumental* dan dukungan sosial yang berkelanjutan yang ditekankan pada evaluasi terhadap dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga, teman sebaya dan tenaga kesehatan.

SUMMARY**VOCATIONAL SOCIAL REHABILITATION MODEL IN INCREASING
THE INDEPENDENT ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)
INSTRUMENTAL FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS ODGJ**

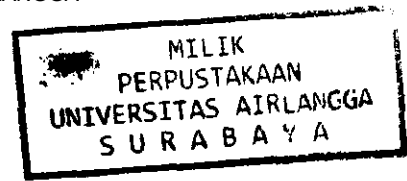
Mental disorders are individuals who have certain behavior with symptoms of suffering and weakening of one or more important functions in humans, such as psychological and biological disorders. The behavior disorders that arise affect the relationship between the individual and their surroundings (Maramis, 2010). People with Mental Disorders ODGJ often show some regressions which are marked by the loss of motivation and responsibility, not participating in activities and social relationships, and disturbed fundamental abilities. One of the disturbed basic abilities is the Activity of Daily Living (ADL). So far, ADL conducted at Mental Hospital has focused on basic ADL only but has not led to Instrumental ADL which is useful for preparing patients to return home and return to society with the skills they have acquired. The obstacle that occurs in mental health services is that rehabilitation has not been integrated and is still focused on the patient so that it often results in recurrence in the patient. One of the efforts made to return ODGJ to the community properly is to prepare sufficient skills so that they can return to a productive life in the community. One of the efforts made is to use vocational social rehabilitation, where the implementation has not yet obtained an optimal output so that there are still many ODGJ who cannot be independent. The research objective was to analyze the effect of vocational social rehabilitation on ODGJ Instrumental ADL independence.

The research was conducted in 2 stages. The first stage is carried out to analyze the influence between variables and form a model of vocational social rehabilitation for severe ODGJ patients, stage 2 aims to develop a module. The first stage research used an observational design with a cross sectional approach. The study was conducted at the Menur Mental Hospital in Surabaya in March - July 2020. The population of this study were all ODGJ who underwent treatment at the Menur Mental Hospital, Surabaya City who had a psychotic grade score of ≥ 30 according to the hospital assessment standards. The total population was 117 and the research sample was taken as many as 100 patients using simple random sampling and according to the inclusion criteria, they already have basic ADL independently, are cooperative, can communicate and respond to interactions well, aged 18-60 years. The independent variables in this study were socio-demographic factors, severe type of ODGJ, social support, attitude towards behavior, subjective norms and perceived behavior, attention phase, memory

phase, imitation phase, motivation phase and skills. The dependent variable of this study is the intention and independence of instrumental ADL. Data collection was measured using a questionnaire and observation sheet. The data collected was then analyzed using the Structural Equation Modeling - Partial Least Square (SEM-PLS) test. The second stage research was carried out by formulating strategic issues which were then carried out by expert consultations to compile modules. Expert consultation was carried out online due to the Covid-19 pandemic that occurred.

The results of the phase 1 research that have been conducted show that the independence of instrumental ADL is directly influenced by perceived behavior, the memory phase, skills and intention. Other factors indirectly influence the independence of instrumental ADL. The results of the second stage research are modules arranged based on strategic issues and expert consultations. Strategic issues consist of the age of the respondent who is not productive, low patient education, diagnosis of the patient's mental illness, the duration of the patient's illness, low social support, low attitudes, subjective norms and implementation of rehabilitation that has not been optimal. The module contains stages of rehabilitation according to Becker which consists of the stages of determining patient eligibility, counseling, implementing rehabilitation, evaluation and ongoing support. The module is aimed at rehabilitation personnel in the hospital. Module application can be done to compile a series of implementation of social vocational rehabilitation for severe ODGJ so that they can return to productivity.

The new scientific findings in this study are a vocational social rehabilitation model that integrates several theories ranging from Bekcer's (2008) vocational social rehabilitation stages, Ajzen's Theory Planned Behavior (1971), and Bandura's Social Learning Theory (1971). The vocational social rehabilitation model is applied to the stages of vocational social rehabilitation introduced by Becker (2008). It consists of determining the eligibility of the patient which emphasizes whether the patient is fit for or not following vocational social rehabilitation based on socio-demographic factors and the patient's condition, preparatory counseling which emphasizes on Evaluation of the patient's internal condition includes the factors attitude towards behavior, subjective norms and perceived behavior originating from TPB, the implementation of rehabilitation that is emphasized from the patient learning process using SLT theory starting from the attention phase, the memory phase, the imitation phase and the motivation phase, the implementation evaluation which emphasizes on the evaluation of the achievements that have been achieved by the patient and evaluating the skills, intention, and independence of instrumental ADL and ongoing social support which emphasizes the evaluation of social support provided by the outside ga, peers and health workers.



ABSTRAK

Latar Belakang : Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengembalikan pasien *skizofenia* kepada masyarakat dengan baik adalah dengan menyiapkan ODGJ berat dengan keterampilan yang cukup sehingga dapat kembali hidup produktif di masyarakat. Tujuan penelitian ini adalah menyusun model rehabilitasi sosial vokasional untuk meningkatkan kemandirian *Activity of Daily Living (ADL) instrumental* ODGJ Berat. **Metode :** Penelitian dilakukan 2 tahap. Tahap 1 menggunakan desain observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Maret – Juli 2020. Populasi penelitian ini adalah semua ODGJ dengan skor derajat psikotik ≥ 30 . Jumlah sampel berjumlah 100 pasien. Data yang dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan uji *Struktural Equation Modeling – Partial Least Square (SEM-PLS)*. Penelitian Tahap 2 dilakukan penyusunan modul dari issue strategis dan konsultasi pakar yang dilakukan. **Hasil dan kebaharuan :** Hasil penelitian tahap 1 yang telah dilakukan menunjukkan bahwa Kemandirian ADL Instrumental secara langsung dipengaruhi oleh Kemandirin ADL instrumental dipengaruhi secara langsung oleh Perceived Behavior, Fase Peningkatan, Fase Motivasi, Skill dan Intention dan secara tidak langsung dipengaruhi oleh Sosio Demografi, Jenis ODGJ berat, Attitude Towards Behavior, Subjective Norm, Fase perhatian, Fase Peniruan. Hasil penelitian tahap 2 yang telah dilakukan menyusun modul berdasarkan tahapan rehabilitasi vokasional yang terdiri dari menetapkan kelayakan, konseling persiapan, pelaksanaan rehabilitasi, evaluasi dan dukungan berkelanjutan. **Kesimpulan :** Model rehabilitasi sosial vokasional mampu meningkatkan Kemandirian *Activity of Daily Living (ADL) instrumental* ODGJ berat.

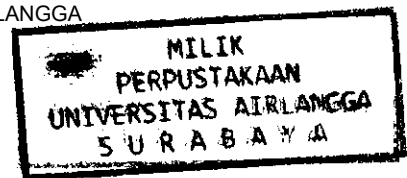
Kata Kunci : Rehabilitasi sosial vokasional, *ODGJ berat*, Kemandirian (ADL) *Instrumental*



ABSTRACT

Background: One of the efforts made to return schizophrenia patients to the community properly is to prepare severe ODGJ with sufficient skills so that they can return to a productive life in the community. The purpose of this study was to develop a vocational social rehabilitation model to increase the independence of the ODGJ instrumental activity of daily living (ADL). **Methods:** The study was conducted in 2 stages. Phase 1 used an observational design with a cross sectional approach. Held at the Menur Mental Hospital, Surabaya in March - July 2020. The population of this study were all ODGJ with a psychotic degree scoring ≥ 30 . The total sample was 100 patients. The data collected was then analyzed using the Structural Equation Modeling - Partial Least Square (SEM-PLS) test. The second phase of research was carried out by compiling modules from strategic issues and conducting expert consultations. **Results and novelty:** The results of phase 1 research that have been carried out show that Instrumental ADL Independence is directly influenced by Instrumental ADL Independence is directly influenced by Perceived Behavior, Memory Phase, Motivation Phase, Skills and Intention and is indirectly influenced by Socio-Demography, Type of ODGJ weight, Attitude Towards Behavior, Subjective Norm, Phase of attention, Phase of Imitation. The results of the phase 2 research that had been carried out compiled modules based on the stages of vocational rehabilitation which consisted of determining eligibility, preparatory counseling, implementing rehabilitation, evaluation and ongoing support. **Conclusion:** The vocational social rehabilitation model is able to increase the Independent Activity of Daily Living (ADL) on heavy ODGJ instrumentals

Keywords: Vocational social rehabilitation, severe ODGJ, Instrumental Independent (ADL)



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR DOKTOR	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
SURAT PERNYATAAN TENTANG ORISINALITAS	v
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xi
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xiv
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	11
1.3 Rumusan Masalah	13
1.4 Tujuan	13
1.4.1 Tujuan Umum	13
1.4.2 Tujuan Khusus	13
1.5 Manfaat Penelitian	16
1.5.1 Manfaat Teoritis	16
1.5.2 Manfaat Praktis	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	188
2.1 Gangguan Jiwa	18
2.2 Rehabilitasi Sosial Vokasional	30
2.3 <i>Rehabilitasi Sosial Vokasional Untuk Kementerian Kesehatan</i>	34
2.4 <i>Sosial Learning Theory (SLT)</i>	39
2.5 Teori Perilaku Terencana (<i>Theory of Planned Behaviour</i>)	44
2.6 Aktifitas Fisik dan Kemadirian	58
2.7 Teori Kebutuhan Pelayanan dan Kesempatan Untuk Kronis	62
2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Rehabilitasi	62
2.9 Penelitian Sebelumnya	68

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	75
3.1 Kerangka Konsep	75
3.2 Hipotesis Penelitian	77
BAB 4 METODE PENELITIAN	80
A. Penelitian Tahap 1	80
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	80
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	81
4.3 Populasi, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	81
4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel	82
4.5 Definisi Operasional	83
4.6 Prosedur Pengambilan Data dan Instrumen yang Digunakan	86
4.7 Pengolahan dan Analisis Data	104
B. Penelitian Tahap 2	106
4.8 Kerangka Operasional Penelitian	108
4.9 Etika Penelitian	109
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	111
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	111
5.2 Karakteristik Pasien	114
5.3 Hasil Analisis Model	121
5.4 Temuan Baru Hasil Penelitian	146
5.5 Perumusan Isu Strategis	148
5.6 Hasil Pelaksanaan Konsultasi Pakar	151
BAB 6 PEMBAHASAN	174
6.1 Deskriptif Dan Analisis Variabel Penelitian	174
6.2 Hubungan Antar variabel (Inner Model)	194
6.3 Temuan Baru Hasil Penelitian	267
6.4 Keterbatasan Penelitian	273
BAB 7 PENUTUP	274
7.1 Kesimpulan Deskriptif Dan Analisis Variabel Penelitian	274
7.2 Saran	275
DAFTAR PUSTAKA	278

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Data Pasien Rawat Inap di RSJ Menur Surabaya	5
Tabel 2.1	Daftar Penelitian Sebelumnya	68
Tabel 4.1	Variabel Penelitian	83
Tabel 4.2	Definisi Operasional	83
Tabel 4.3	Nilai <i>Loading</i> Faktor (<i>Cross Loadings</i>) Masing indikator Valid Dengan Hasil Validitas Konvergen	87
Tabel 4.4	Uji Validitas Konvergen Dengan Kriteria <i>AVE</i> (<i>Average Variance Extracted</i>) Pada Masing Konstruksi Laten	89
Tabel 4.5	Pengujian Reliabilitas Komposit	90
Tabel 4.6	Blue Print Dukungan Keluarga	92
Tabel 4.7	Blue Print Dukungan Teman	93
Tabel 4.8	Blue Print dukungan tenaga kesehatan	94
Tabel 4.9	Blue Print Motivasi	96
Tabel 4.10	Blue Print <i>Behavioral Belief</i>	97
Tabel 4.11	Blue Print <i>Evaluation of Behavioral Belief</i>	98
Tabel 4.12	Blue Print <i>Norma Belief</i>	99
Tabel 4.13	Blue Print <i>Motivation To Comply</i>	99
Tabel 4.14	Blue Print <i>Control Belief</i>	99
Tabel 4.15	Blue Print <i>Perceived Power</i>	100
Tabel 4.16	<i>Blue Print Attitude Toward Behaviour</i>	100
Tabel 4.17	<i>Blue Print Subjective Norm</i>	101
Tabel 4.18	<i>Blue Print Perceived Behavioral Control</i>	102
Tabel 4.19	<i>Blue Print Intention</i>	102
Tabel 4.20	<i>Blue Print ADL Instrumental</i>	102
Tabel 5.1	Tabel distribusi karakteristik sosio demografi pasien <i>Skizofrenia</i>	115
Tabel 5.2	Tabel distribusi karakteristik Jenis ODGJ berat	116
Tabel 5.3	Tabel distribusi karakteristik dukungan keluarga pasien	116
Tabel 5.4	Tabel distribusi karakteristik berdasarkan <i>theory planned behaviour</i> pasien	117
Tabel 5.5	Tabel distribusi Rehabilitasi Sosial Vokasional Pasien	119

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 5.6	Tabel distribusi karakteristik Kemandirian <i>Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental</i>	120
Tabel 5.7	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Attitude Toward Behaviour</i>	122
Tabel 5.8	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Subjective Norm</i>	128
Tabel 5.9	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Perceived Behavioral Control</i>	125
Tabel 5.10	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Fase Perhatian</i>	126
Tabel 5.11	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Fase Peningkatan</i>	127
Tabel 5.12	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Fase Peniruan</i>	129
Tabel 5.13	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Fase Motivasi</i>	132
Tabel 5.14	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Skill</i>	135
Tabel 5.15	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Intention</i>	136
Tabel 5.16	Hasil uji signifikansi model struktural (<i>inner model</i>) awal Faktor Yang Mempengaruhi <i>Kemandirian ADL Instrumental</i>	139
Tabel 5.17	Nilai R-square	142
Tabel 5.18	Jalur pengaruh pada konstruk berisikan pengaruh langsung dan tidak langsung pada jalur (<i>Path</i>)	143
Tabel 5.19	Perhitungan nilai pengaruh tidak langsung	143
Tabel 5.20	Tabel Perumusan Isu Strategis	148
Tabel 5.21	Hasil Konsultasi pakar, Rekomendasi pakar dan Pengembangan model	155

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.1	Data pasien gangguan jiwa	3
Gambar 2.1	Kontinum Rehabilitasi sosial vokasional	35
Gambar 2.2	Tahapan Rehabilitasi sosial vokasional	35
Gambar 2.3	<i>Sosial Learning Theory</i>	44
Gambar 2.4	<i>Theory Planned Behaviour</i>	45
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	75
Gambar 4.1	Kerangka Analisis Model Hubungan Antar Variabel	105
Gambar 4.2	Kerangka Operasional	108
Gambar 5.1	Nilai T-statistik pada model struktural (<i>inner model</i>)	121
Gambar 5.2	Temuan baru model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian <i>activity of daily living</i> (ADL) instrumental ODGJ Berat	147
Gambar 5.3	Alur Modifikasi Rehabilitasi Sosial Vokasional	173
Gambar 6.1	Temuan baru model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian <i>activity of daily living</i> (ADL) instrumental ODGJ Berat	266
Gambar 6.2	Alur Modifikasi Rehabilitasi Sosial Vokasional	272

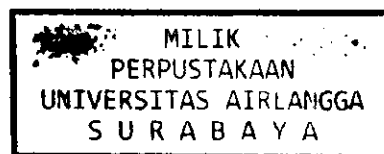
DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Informed Consent	295
Lampiran 2	Kuesioner	296
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian FKM – Unair	316
Lampiran 4	Surat Ijin Penelitian RSJ Menur	317
Lampiran 5	Surat Kelayakan Etik	318
Lampiran 6	Hasil Analisis	319

DAFTAR ARTI, SINGKATAN

ADL	<i>Activity Of Daily Living</i>
CT	<i>Computerized Tomography</i>
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
MDG's	<i>Milenial Development Goal's</i>
MRI	<i>Magnetic resonance imaging</i>
PBC	<i>Perceived Behavioral Control</i>
PET	<i>Polyethylene Therephalate</i>
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RSJD	Rumah Sakit Jiwa Daerah
SIMRS	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit
SDG's	<i>Sustainable Development Goal's</i>
TPB	<i>Theory of Planned Behaviour</i>
TRA	<i>Theory of reasoned action</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
RTW	<i>Return To Work</i>

BAB I
PENDAHULUAN



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

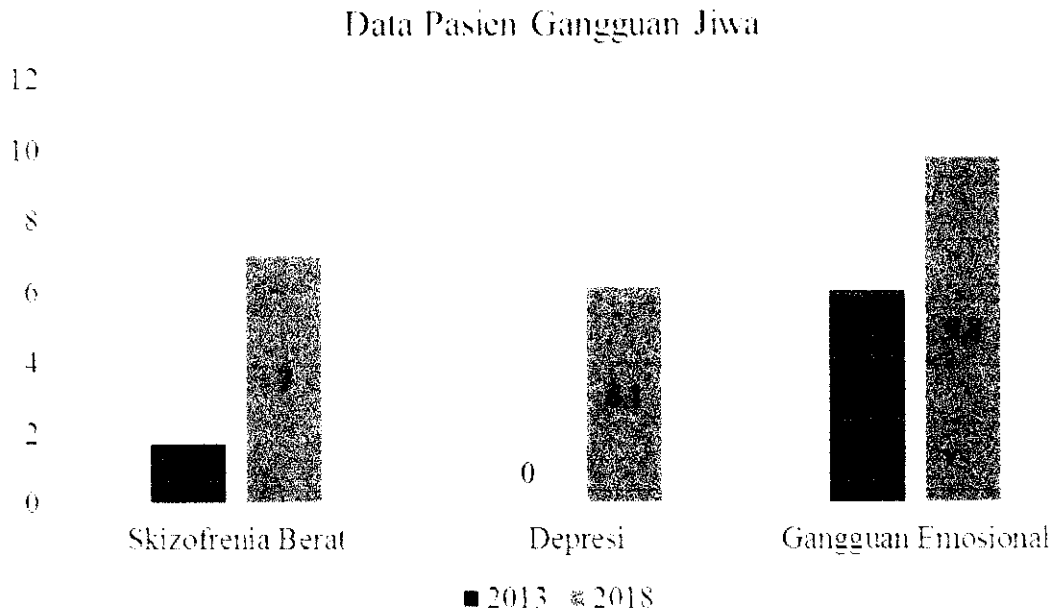
Kesehatan jiwa atau *mental health* merupakan salah satu masalah penting dalam *Sustainable Development Goal's* (SDG's). Kesehatan jiwa kurang mendapat perhatian dalam *Milenial Development Goal's* (MDG's), kesehatan jiwa dan penyalahgunaan zat terlarang masuk dalam salah satu poin dari SDG's. Tujuan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

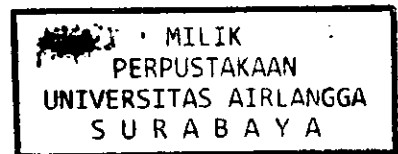
Pemodelan diharapkan dapat membantu meningkatkan kondisi ODGJ berat kembali ke kondisi semula dan bisa kembali produktif serta dapat mengurangi timbulnya kekambuhan akibat kegagalan adaptasi sosial pasca melakukan rehabilitasi.

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.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gangguan Jiwa

2.1.1 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 Pemasungan 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

mempersiapkan 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 Pemasangan 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).

2.1.2 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 penginderaan 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)

2.1.3 Tingkat 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, frustrasi yang berlangsung sejak lama, dll.

2.1.4 Penyebab Timbulnya Gangguan Jiwa

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.

2.1.5 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.

2.1.6 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 (Semiun, 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).

2.2 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 Kementrian Sosial, (2016) adalah suatu proses refungsional dan pengembangan untuk memungkinkan penderita cacat mampu melakukan fungsi-fungsi sosialnya secara wajar dalam kehidupan masyarakat (Kementrian 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 penuh 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 beraktifitas 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.

2.2.1 Jenis Rehabilitasi

1. Rehabilitasi fisik

Agar memperoleh perbaikan fisik semaksimal mungkin.

2. Rehabilitasi 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 berat kedalam 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 :

- a. Sembuh sempurna
- b. Sembuh dengan cacat
- c. 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 rehabilitasi 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.

2.2.2 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

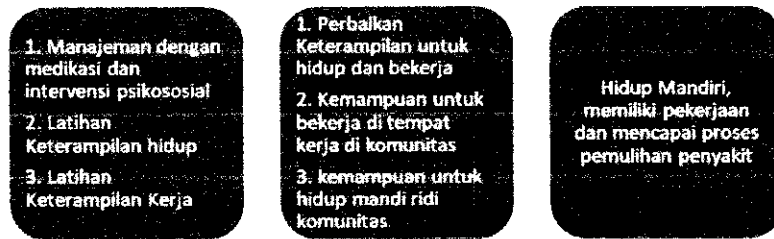
pekerjaan, setting pekerjaan, banyaknya pekerjaan, *disclosure*, mencari pekerjaan, dan dukungan kerja dibuat oleh individu. Sehingga praktisi ketenagakerjaan sangat berperan penting untuk membantu pasien mengenali pekerjaan yang sesuai dengan ketrampilan, pengalaman, dan minatnya.

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).

2.3 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 2.1. 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 2.2 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 tanggung jawab ODGJ berat. Penilaian dilakukan melalui pemeriksaan gejala dan perilaku, keterampilan kerja, manajemen medikasi dan simtom, 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.

2.4 *Sosial Learning Theory (SLT)*

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

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

2) Perhatian vokal

- a) Ingatan jangka panjang yang diaktifkan
- b) Pengetahuannya disadari
- c) Proses yang terkontrol
- d) Menggunakan sejumlah kapasitas kognitif
- e) Konsep yang baru, tidak umum, dan jarang dihadapi, tanpa ada perwakilan ingatan yang dipahami dengan baik.

f) 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 imajinal 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

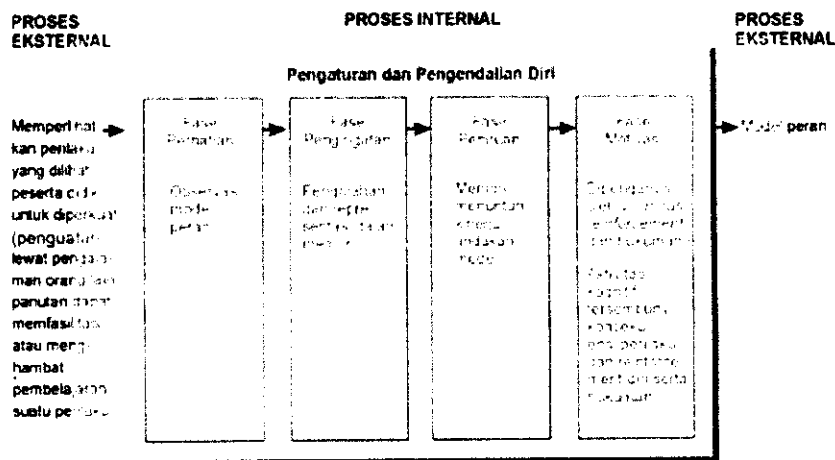
model mungkin perlu diterjemahkan ke dalam tindakan efektif. Teori belajar sosial memperkenalkan tiga prasyarat utama untuk berhasil dalam proses ini. Pertama, individu harus memiliki komponen keterampilan. Biasanya rangkaian perilaku model dalam penelitian Bandura buatan dari komponen perilaku yang 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: (1) respon baru mungkin dipelajari tanpa *having to perform them (learning by observation)* (2) 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).

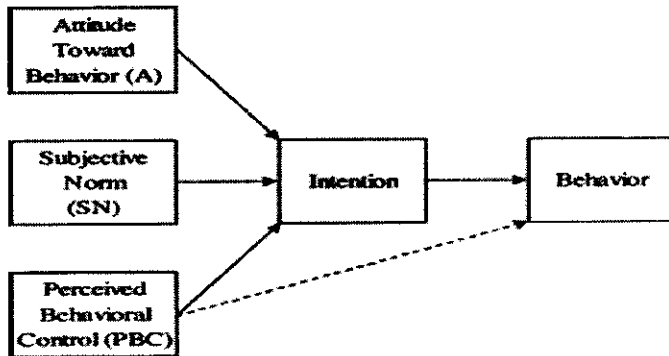


Gambar 2.3 Sosial Learning Theory
(Sumber: Bastabel, 2002)

2.5 Teori 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 *konstruksi 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 2.4 *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 :

- a. Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan *intensi*, hal ini menandakan bahwa *intensi* merupakan faktor terdekat yang dapat menimbulkan munculnya perilaku.
- b. *Intensi* dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *attitude toward behavioral*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* yang dimiliki.

- c. 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. *Intentioni* 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 :

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

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 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 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 :

a) 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 langsung 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.

b) 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).

c) 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 *assesoris 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 subjectif 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 Subjektif***

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 anatara 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

3. *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 atauantisipasi 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 didukung 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*)

4. 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)

2.6 Aktifitas 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 aktifitas didefinisikan sebagai eksekusi atau penyelesaian suatu tugas atau aktifitas oleh individu. Kondisi ODGJ berat menyebabkan mereka sulit untuk beraktifitas. 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 :

- a. 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.
- b. 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.

- c. *ADL Vokasional*, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- d. *ADL Non Vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Sugiarto, 2005).

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

a. 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 aktifitas secara mandiri. Jadi suatu aktivitas akan diberi nilai jika aktifitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain (Sugiarto, 2005).

b. Indeks Barthel

Merupakan alat yang cukup sederhana untuk menilai perawatan diri dan mengukur aktifitas 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).

c. 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).

2.7 Teori Kebutuhan Pelayanan dan Kesempatan Untuk

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 aktifitas 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).

2.8 Faktor Yang Mempengaruhi 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). Peneltian 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 rehbilitasi 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 *employrnt 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 tergabung 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.

2.9 Penelitian Sebelumnya

Tabel 2. 1 Daftar Penelitian Sebelumnya

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
1	Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation L. Felice Reddy, Katiah Llerena, Robert S. Kern <i>Skizofrenia Research</i> , xx, 1-5	Tujuan Penelitian : : Untuk mengidentifikasi apakah motivasi intrinsik dan ekstrinsik pada penderita <i>skizofrenia</i> mempengaruhi keluaran dari Rehabilitasi Sosial Vokasional dengan konsep <i>Individual Placement and Support (IPS)</i> Subjek : Sampel penelitian berjumlah 65 orang penderita <i>skizofrenia</i> dan skizoafektif yang didiagnosa menggunakan DSM-IV dimana peserta berasal dari pusat kesehatan mental Los Angeles dan San Fransisco Alat Ukur : <i>The Motivators and Barriers to Employment</i>	Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa motivasi intrinsik dari penderita <i>skizofrenia</i> berpengaruh terhadap pekerjaan yaitu merasa dihargai serta dibutuhkan dalam tempat kerja, motivasi intrinsik juga berpengaruh terhadap keyakinan pasien <i>skizofrenia</i> untuk mendapatkan pekerjaan. Sedangkan untuk motivasi ekstrinsik berpengaruh terhadap penghasilan dari pasien <i>skizofrenia</i> serta berpengaruh terhadap kemampuan untuk menghindari masalah yang kemungkinan	Dari jurnal diatas dapat diketahui bahwa motivasi baik intrinsik maupun ekstrinsik dari peserta <i>skizofrenia</i> sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dari sebah Rehabilitasi Sosial Vokasional yaitu pasien dapat mampu kembali ke masyarakat dan hidup mandiri bahkan sampai mendapat pekerjaan kompetitif. Dalam mengembangkan model terkait sheltered worksop perlu menambahkan aspek motivasi dari penderita <i>skizofrenia</i> , dengan motivasi peserta yang baik dapat mengurangi kekambuhan yang mungkin terjadi sehingga pasien <i>skizofrenia</i> dapat mandiri

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
		<p><i>Questionnaire (MBE) dan The Intrinsic Motivation Inventory yang digunakan untuk mengukur motivasi, The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) digunakan untuk mengukur fungsi neurocognition / fungsi kognitif, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) untuk mengukur keadaan klinis pasien dan lembar pengumpul data digunakan untuk mengukur status pekerjaan pasien pasca rehabilitasi.</i></p> <p>Analisis : analisis dilakukan menggunakan uji T dan regresi logistic untuk menganalisis prediktor. Uji rho spearman digunakan untuk mengukur keadaan baseline variabel</p>	muncul dalam melakukan kegiatan sehari – hari atau pekerjaan di tempat kerja	
2	<p>comprehensive family therapy: an effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia Jun Cai, Yi Zhu, Weibo Zhang, Yanfeng Wang, Chen Zhang Dove Press Journal Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11, 1247-1253</p>	<p>Tujuan Penelitian : mengidentifikasi apakah pasien yang mendapat ‘intervensi keluarga’ akan berpengaruh terhadap rehabilitasi kognitif yang di jalani pasien untuk kembali kepada masyarakat</p> <p>Subjek : Sampel penelitian berjumlah 256 orang menderita</p>	<p>Dari hasil penelitian yang telah dilakukan mendapatkan hasil analisis yang dilakukan diketahui tidak ada hubungan antara faktor sosio demografi peserta ketika dilakukan pengukuran awal. Setelah dilakukakn intervensi dan dilakukan follow up selama 18 bulan diketahui</p>	<p>Dari jurnal diatas dapat diketahui bahwa dukungan perbaikan kognitif dapat dilakukan melalui terapi oleh keluarga yang dapat dilakukan untuk meningkatkan hasil keluaran rehabilitasi yang dijalani pasien skizofrenia.</p> <p>Dalam mengembangkan model terkait sheltered worksop perlu</p>

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
		<p><i>skizofrenia</i> yang didiagnosa menggunakan DSM-IV dimana peserta berasal dari 6 district di China. Dari keseluruhan sampel yang ada kemudian dibagi kedalam 2 kelompok yaitu kelompok kontrol (rehabilitasi biasa) dan kelompok perlakuan (rehabilitasi bisasa dengan tambahan terapi keluarga). Alat Ukur : Alat ukur yang digunakan yaitu menggunakan adalah the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) yang digunakan untuk mengukur fungsi kognitif dan the Positive and Negatif Syndrome Scale (PANSS) .digunakan tingkat keparahan dari penyakit <i>skizofrenia</i> peserta Analisis : analisis dilakukan menggunakan uji T independent untuk mengukur hasil dari intervensi kedua kelompok dan fisher exact untuk mengukur kuitatif variable</p>	<p>bahwa fungsi kognitif pada kelompok intervensi secara signifikan memiliki peningkatan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol, seain itu dari hasil analisis yang dilakukan juga diketahui dari total skor RBANS yang ada juga terjadi peningkatan yang signifikan pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol</p>	<p>diperhatikan aspek terkait keluarga, dengan dukungan yang baik maka dapat meningkatkan motivasi peserta dan dapat mengurangi kekambuhan yang mungkin terjadi sehingga pasien <i>skizofrenia</i> dapat mandiri.</p>
3	Psychosocial support and cognitive deficits in adults with schizophrenia Aikaterini Dalagdi,	Tujuan Penelitian : Untuk melakukan konfirmasi antara menurunnya fungsi kognitif pada pasien <i>skizofrenia</i> , melakukan	Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan intervensi berupa	Dari jurnal diatas dapat diketahui bahwa dukungan psikososial merupakan salah satu cara yang dapat membantu meningkatkan fungsi

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
	Aikaterini Arvaniti, John Papatriantafyllou, Kiriakos Xenitidis, Maria Samakouril and Miltos Livaditis International journal of Sosial Psychiatry, 60:5, 417-425	eksplorasi hubungan antara menurunnya fungsi kognitif dengan faktor klinis dan karakteristik demografi pasien, untuk menginvestigasi hubungan antara menurunnya fungsi kognitif dan dukungan psikososial. Subjek : Sampel penelitian terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok kasus (terdiri dari 118 pasien yang menderita <i>skizofrenia</i>) dan kelompok kontrol (terdiri dari 102 relawan yang sehat dan tidak menderita penyakit <i>skizofrenia</i>). Alat Ukur : Alat ukur yang digunakan ada 2 yaitu pertama untuk mengukur fungsi kognitif (<i>Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised (WAIS-R)</i>), <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i> , <i>The Nine-Word California Verbal Learning Test (CVLT-9)</i> , <i>Verbal Fluency (Letter & Animal)</i> , <i>Faces, Clock Drawing Test</i> , <i>Benson Figure Test</i> , <i>Five Point Drawing Test</i> , <i>Modified Trails B</i> , <i>Stroop Test</i> . Selain	dukungan psikososial, hasil test fungsi kognitif menunjukkan bahwa hasil test kelompok kontrol memiliki nilai test lebih baik, namun setelah dilakukan intervensi didapatkan hasil bahwa hasil kelompok intervensi memiliki hasil test kognitif lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial beerpengaruh terhadap fungsi kognitif penderita <i>skizofrenia</i> . Ada beberapa faktor yang mempengaruhi hasil test kognitif yaitu umur, pendidikan yang rendah serta durasi sakit pasien.	kognitif penderita <i>skizofrenia</i> . dengan fungsi kognitif yang baik diharapkan dapat membantu proses adaptasi pasien pasca Rehabilitasi Sosial Vokasional. Dalam mengembangkan model terkait sheltered worksop perlu diperhatikan aspek dukungan sosial dari lingkungan yang ada dan tidak hanya berfokus pada pelatihan kerja dan keterampilan saja, namun aspek seperti dukungan sosial dan keluarga juga harus masuk didalam model yang disusun hingga pasien dapat mandiri serta dapat mencegah timbulnya kekambuhan.

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
		<p>itu peneliti juga mengukur fungsi klinis dari pasien menggunakan <i>The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)</i>, <i>Global Assessment of Functioning (GAF)</i>. Analisis : analisis dilakukan menggunakan uji chi square dan mann whitney U test, ANOVA dan MANCOVA</p>		
4	<p>Determinants of outcome of vocational rehabilitation Kristin Siggeirsdottir, Ragnheidur Dora Brynjolfsson, Helgi Jonsson, Omar Hjaltason, Vilmundur Gudnason <i>Work</i> 55 IOS Press, 55, 577-583</p>	<p>Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui apakah jenis kelamin, durasi sakit, kualitas hidup dan masalah finansial berkaitan dengan keberhasilan rehabilitasi vokasional Subjek : Sampel penelitian berjumlah sebanyak orang yang sudah menyelesaikan proses Rehabilitasi Sosial Vokasional antara tahun 2000-2015 di Reykjavik Islandia yang dibagi kedalam kelompok dropout, tidak sukses dan sukses. Alat Ukur : Alat ukur yang digunakan yaitu kuesioner untuk mengumpulkan data terkait sosio demografi, diagnosa kategori penyakit menggunakan ICD-</p>	<p>Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa terdapat beberapa faktor yang menjadi determinan keberhasilan dari Rehabilitasi Sosial Vokasional yang dilakukan yaitu lama rehabilitasi (OR 1,02), kualitas hidup peserta sebelum memulai rehabilitasi (OR 1,3=03) dan pemasukan yang ada selama proses rehabilitasi berlangsung 9OR 5,6). Sedangkan untuk determinan seperti umur pserta tidak signifikan</p>	<p>Dari jurnal diatas dapat diketahui bahwa ada beberapa determinan yang mempengaruhi proses sampai dengan keluaran dari Rehabilitasi Sosial Vokasional sehingga perlu diperhatikan dalam penyusunan model Dalam mengembangkan model terkait sheltered worksop perlu diperhatikan beberapa faktor determinan yang dapat mempengaruhi keberhasilan proses rehabilitasi si, salah satunya yaitu proses lama rehabilitasi sehingga meningkatkan keberhasilan keluaran dari proses rehabilitasi yang dilaksanakan.</p>

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
		<p>10 untuk penyakit musculoskeletal dan penyakit psikologi / kejiwaan, kuesioner The Icelandic Quality of Life Questionnaire (IQL) digunakan untuk mengukur kualitas hidup</p> <p>Analisis : analisis menggunakan uji regresi logistic dan uji T</p>		
5	<p>Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial Tom Craig, Geoff Shepherd, Miles Rinaldi, Jo Smith, Sarah Carr, Fay Preston dan Swaran Singh The British Journal of Psychiatry, 205, 145-150</p>	<p>Tujuan Penelitian : Untuk mengukur intervensi berupa pemberian motivasi terhadap peningkatan keluaran rehabilitasi</p> <p>Subjek : Sampel penelitian berjumlah 300 orang dari London dan Midland yang memenuhi kriteria inklusi kemudian dibagi kedalam 2 kelompok yaitu kelompok <i>supported employment</i> dengan tambahan pemberian motivasi (kelompok intervensi) serta kelompok <i>supported employment</i> tanpa ada tambahan intervensi lain (kelompok kontrol).</p> <p>Alat Ukur : Alat ukur yang digunakan yaitu Positive and Negatif Syndrome</p>	<p>Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa angka keluaran dari rehabilitasi yang dilakukan (jumlah pasien yang bekerja pasca rehabilitasi) antar kelompok setelah dilakukan follow up dalam waktu 6 dan 12 bulan secara statistik signifikan artinya terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada pengamatan 6 bulan pasca rehabilitasi pada kelompok intervensi persentase peserta yang sudah bekerja sebagai <i>open employment</i> mencapai 30% lebih untuk kedua tempat, sedangkan di kelompok kontrol <15% di</p>	<p>Dari jurnal diatas dapat diketahui bahwa proses rehabilitasi sosial vokasional sangat penting untuk dilakukan baik itu rehabilitasi sosial vokasional tradisional maupun rehabilitasi sosial vokasional yang sudah mendapat perlakuan tambahan seperti pemberian motivasi pada pekerja</p> <p>Dalam mengembangkan model terkait sheltered worksop perlu ditambahkan pemberian motivasi pada pasien sehingga pasien dapat mengikuti rehabilitasi dengan baik dan dapat memiliki motivasi diri yang cukup setelah proses rehabilitasi.</p>

No	Judul, Peneliti, Jurnal	Metode penelitian	Hasil Penelitian	Kaitan penelitian dan analisis kebaruan
		<p>Scale (PANSS) dan the Global Assessment of Functioning (GAF) untuk mengukur gejala, sedangkan kuesioner biasa digunakan untuk mengumpulkan data terkait sosio demografi pasien yang dikumpulkan dari rekam medis.</p> <p>Analisis : analisis menggunakan chi square dengan odds ratio dan uji T untuk membandingkan antar kedua kelompok</p>	<p>kedua tempat. Sedangkan di pengamatan yang dilakukan di setelah 12 bulan pasca rehabilitasi. didapatkan hasil bahwa peserta yang sudah bekerja di kelompok intervensi mencapai >50% di kedua tempat sedangkan di kelompok kontrol <20% di kedua tempat. Sedangkan untuk variabel sosio demografi tidak berpengaruh terhadap keluaran yang di ukur.</p>	

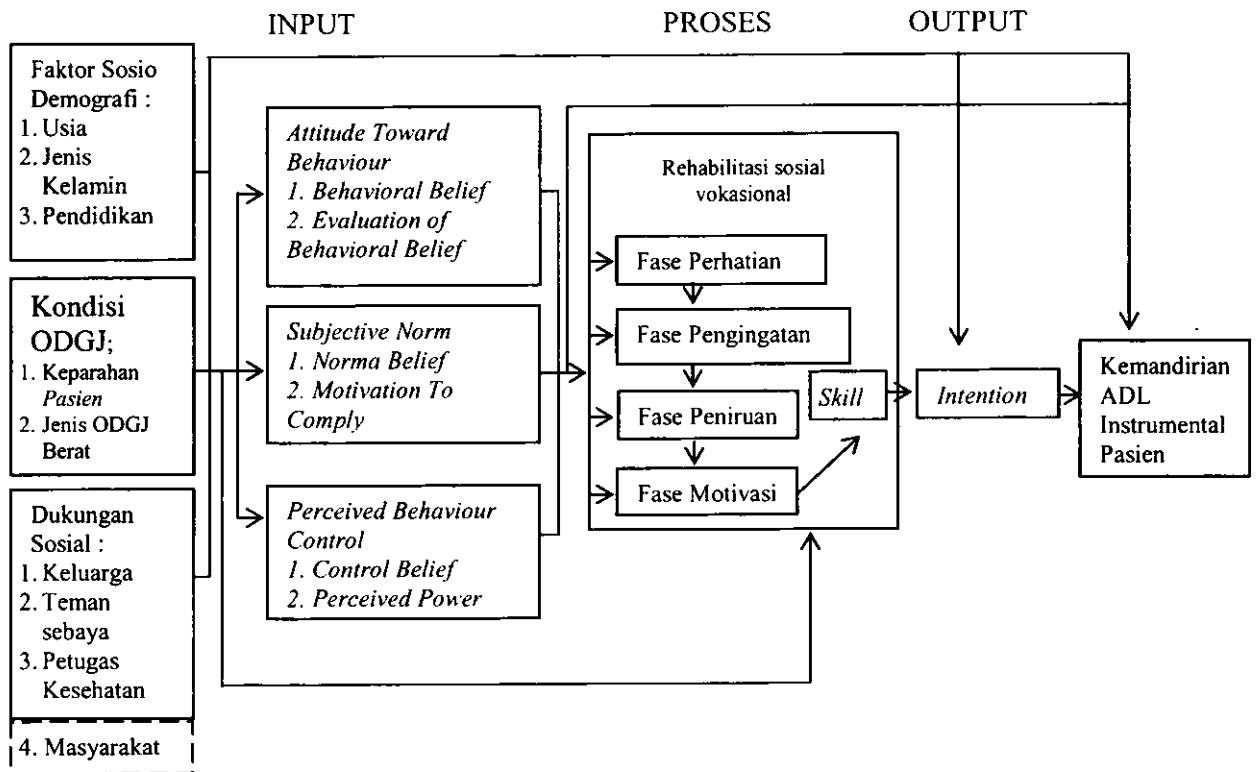
BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN



BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan
 Diteliti : _____
 Tidak diteliti : - - - - -

Sumber : Bandura, (1971), Ajzen, (1991), Sugiarto (2005)

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Model Pengembangan Rehabilitasi Sosial Vokasional Dalam Meningkatkan Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ berat.

Penjelasan Kerangka Konsep

Kerangka konsep di atas di susun menggunakan teori *theory planned behavior* dan *sosial learning theory*. Dari kerangka konsep diatas dapat diketahui bahwa proses rehabilitasi sosial vokasional ruang rehabilitasi Rumah Sakit Jiwa dapat dijadikan sebagai tempat persiapan ODGJ berat untuk mendapatkan kemampuan latihan kerja melalui pelatihan kerja sehingga ketika pasien selesai mengikuti rehabilitasi dan kembali ke lingkungan sosialnya, diharapkan pasien dapat hidup dengan mandiri dalam melakukan segala aktifitas harian dan pekerjaan yang dimiliki. Rehabilitasi sosial vokasional yang dijalankan di Rumah Sakit Jiwa berbentuk rehabilitasi sosial vokasional dimana proses rehabilitasi yang dilakukan bertujuan untuk memandirikan dan menyiapkan pasien supaya siap kembali ke lingkungan sosial dan menjadi *open employment*. Proses yang terjadi dalam *rehabilitasi sosial vokasional* berbentuk latihan kerja yang diberikan kepada pasien sesuai dengan keinginan atau pilihan pasien. Teori yang digunakan untuk melihat kegiatan yang berjalan di *rehabilitasi sosial vokasional* adalah *sosial learning theory*. Proses perubahan perilaku atau *skill* dan penyerapan informasi dari lingkungan menggunakan *Sosial Learning Theory* (SLT) yang mempunyai 4 fase yaitu fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan motivasi (Bandura, 1971). Kegiatan rehabilitasi sosial vokasional dinilai berdasarkan 4 fase dari SLT dimana masing – masing fase memiliki peranan yang sangat penting dalam menunjang keberhasilan pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional yang dilaksanakan sehingga dapat dijadikan acuan untuk mengukur tingkat keberhasilan pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional.

Sebelum mengikuti rehabilitasi sosial vokasional di harapkan pasien dapat menerapkan keterampilan yang dimiliki dan merubah perilaku dasar yang kurang memiliki informasi dan keterampilan ketika belum mengikuti rehabilitasi menjadi memiliki perilaku yang lebih baik, untuk melihat proses perubahan perilaku ODGJ berat mulai dari niat dan keinginan berubah sampai terjadi perubahan perilaku dengan menggunakan *theory of planned behavior* (TPB) (Ajzen, 2005)). Ketika kembali ke lingkungan sosial peserta perlu niat untuk menerapkan hasil yang didapat di rehabilitasi sosial vokasional. Niat (*Intention*) untuk merubah perilaku yang dilakukan oleh pasien dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu *attitude toward the behavioral*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*, dimana faktor *attitude towards behavior* dipengaruhi oleh *behavioral beliefs* dan *evaluation of behavioral belief*, *subjective norm* dipengaruhi oleh *norma belief* dan *motivation to comply* dan *perceived behavioral belief* dipengaruhi oleh *control belief* dan *perceived power*. Semua faktor di atas dipengaruhi oleh 3 faktor dasar yaitu yang faktor sosio demografi, faktor pasien dan dukungan sosial. Diharapkan apabila ODGJ berat yang mengikuti proses di rehabilitasi sosial vokasional dengan baik dan memiliki niat baik dapat merubah perilakunya menjadi lebih baik yaitu dapat hidup mandiri sehingga dapat mengurangi risiko kambuhnya pasien.

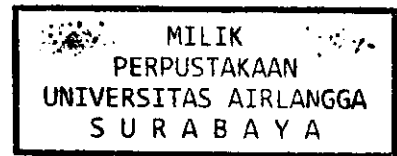
3.2 Hipotesis Penelitian

1. Faktor sosio demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan), kondisi ODGJ (keparahan sakit dan jenis ODGJ berat), dukungan sosial (keluarga, teman

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

7. 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 berpengaruh terhadap fase motivasi
8. 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 berpengaruh terhadap *skill*
9. 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* berpengaruh terhadap *intention*
10. 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* berpengaruh terhadap kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental* ODGJ berat.

BAB 4
METODE PENELITIAN



BAB 4

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan dalam dua tahap, yang pertama yaitu mengidentifikasi masalah sampai ditemukan *issue* strategis kemudian tahap kedua adalah mengembangkan model, konsultasi pakar untuk dasar penyusunan modul rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ* berat

A. Penelitian Tahap I

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan observasional analitik dengan tujuan menyusun model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) ODGJ* berat dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini menjelaskan pengaruh antar variabel faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan dukungan sosial terhadap *attitude toward behaviour, subjective norm, perceived behavioral control behaviour*, fase perhatian, fase mengingat, fase peniruan, fase motivasi, skill, *Intention*, dan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ* berat. Selanjutnya menganalisis pengaruh *attitude toward behaviour, subjective norm, perceived behavioral control behaviour*, fase perhatian, fase mengingat, fase peniruan, fase motivasi, skill, *Intention*, dan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ* berat.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya pada bulan Maret–Juli 2020.

4.3 Populasi, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

1. Populasi dan sampel

Populasi penelitian adalah semua ODGJ berat yang menjalani perawatan dan sudah mendapatkan *scoring* derajat gejala *psikotik* ≥ 30 yang sesuai dengan standar penilaian rumah sakit di Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya yang dilakukan oleh dokter sebanyak 117 pasien. Sampel penelitian ditentukan dengan memperhatikan kriteria sebagai berikut:

1) Kriteria *inklusi*

- 1) Sudah mempunyai kemampuan ADL dasar secara mandiri
- 2) ODGJ berat yang sudah kooperatif yaitu dapat berkomunikasi dengan baik dan merespon dengan baik setiap interaksi yang dilakukan terhadap responden
- 3) Berusia minimal 18 tahun sampai berusia 60 tahun.

2) Kriteria *Ekslusi*

- 1) Mengalami cacat fisik maupun penyakit organik yang berat atau menyulitkan.
- 2) Pasien dirumah tinggal sendiri

3) Kriteria *Drop Out*

- 1) Mengundurkan diri sebagai responden penelitian sebelum penelitian selesai dilaksanakan.

2. Besar sampel dan teknik pengambilan sampel

Besar sampel penelitian menurut rumus *Rule of Thumb* tidak cukup dan rumus yang lain belum ada sehingga saya ambil secara *judgment* sebanyak 100 dari 117 sampel dengan menggunakan cara *Simple Random Sampling*.

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Variabel penelitian terdiri dari variabel *independent* dan variabel *dependent* dan variabel antara, yaitu :

1. Variabel *independent*

Variabel *independent* dari penelitian ini adalah faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan dukungan sosial, *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control behaviour*, fase perhatian, fase mengingat, fase peniruan, fase motivasi, skill.

2. Variabel *dependent*

Variabel *dependent* penelitian ini adalah *Intention*, dan kemandirian *Activity of Daily Living (ADL) Instrumental*.

Tabel 4.1 Variabel Penelitian

Variabel	Nama Variabel	Indikator
X1	Faktor Sosio Demografi	X1.1 Usia
		X1.2 Jenis Kelamin
		X1.3 Pendidikan
X2	Faktor kondisi ODGJ	X2.1 Keparahan Pasien
		X2.2 Jenis ODGJ berat
X3	Dukungan Sosial	X3.1 Keluarga
		X3.2 Sesama
		X3.3 Tenaga Kesehatan
X4	<i>Attitude Toward Behaviour</i>	X4.1 <i>Behavioral Belief</i>
		X4.2 <i>Evaluation of Behavioral Belief</i>
X5	<i>Subjective Norm</i>	X5.1 <i>Norma Belief</i>
		X5.2 <i>Motivation To Comply</i>
X6	<i>Perceived Behavioral Control Behaviour</i>	X6.1 <i>Control Belief</i>
		X6.2 <i>Perceived Power</i>
X7	Fase Perhatian	X7.1 Fase Perhatian
X8	Fase Pengingatan	X8.1 Fase Pengingatan
X9	Fase Peniruan	X9.1 Fase Peniruan
X10	Fase Motivation	X10.1 Fase Motivation
X11	<i>Skill</i>	X11.1 <i>Skill</i>
Y1	<i>Intention</i>	Y1.1 <i>Intention</i>
Y2	Kemandirian ADL	Y2.1 Instrumental

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Variabel

Variabel Laten	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
(X1) Faktor Sosio Demografi	Faktor sosio demografi berat	ODGJ	
X1.1 Usia	Jumlah bilangan tahun yang dimiliki ODGJ berat sejak lahir hingga dilakukannya penelitian	Kuesioner : Dinyatakan dalam bentuk tahun	Rasio
X1.2 Jenis Kelamin	Pembagian dua jenis kelamin dari ODGJ berat yang ditentukan dari karakteristik biologis yang melekat pada ODGJ berat sejak lahir	Kuesioner : 1. Laki – Laki 2. Perempuan	Nominal
X1.3 Pendidikan	Pendidikan formal yang telah berhasil diselesaikan ODGJ berat sampai dilakukan penelitian.	Kuesioner : 1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan Tinggi	Ordinal
X2 kondisi ODGJ	Kondisi penyakit yang diderita oleh responden		

Variabel Laten	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
X2.1 Keparahan Pasien	Keparahan ODGJ berat yang diukur dalam bentuk lama durasi sakit mulai terdiagnosa sakit sampai memulai rehabilitasi saat ini.	Kuesioner : Dinyatakan dalam bentuk tahun	Rasio
X2.2 Jenis ODGJ berat	Dibedakan antara penyakit skizofrenia dan non skizofrenia	Kuesioner : Dinyatakan dalam bentuk kode menurut jenis ODGJ berat	Nominal
X3 Dukungan Sosial	Aktifitas yang dilakukan oleh lingkungan untuk memberikan dukungan terhadap ODGJ berat selama proses rehabilitasi.		
X3.1 Keluarga	Aktifitas yang dilakukan oleh keluarga responden (orang tua, saudara, istri dan anak) baik dalam bentuk dukungan penilaian emosional, instrumental, informasional dan penghargaan.	Kuesioner 1 Ya 0 Tidak	Nominal
X3.2 Sesama / Teman Sebaya	Aktifitas yang dilakukan oleh sesama peserta rehabilitasi baik dalam bentuk dukungan penilaian emosional, instrumental, informasional dan penghargaan	Kuesioner 1. Selalu 0. Tidak Pernah	Nominal
X3.3 Tenaga kesehatan	Aktifitas yang dilakukan oleh masyarakat dan organisasi masyarakat baik dalam bentuk dukungan penilaian emosional, instrumental, informasional dan penghargaan.	Kuesioner 1 Ya 0 Tidak	Nominal
X4 <i>Attitude Toward Behaviour</i>	Perasaan atau persepsi yang mendukung dan memihak atau tidak memihak ODGJ berat terhadap suatu tindakan yang akan disikapi yang diukur dengan <i>Behavioral Belief</i> dan <i>Evaluation of Behavioral Belief</i> .		
X4.1 <i>Behavioral Belief</i>	Keyakinan ODGJ berat terhadap manfaat yang didapat dari menjalani rehabilitasi sosial vokasional.	Kuesioner : 1. Baik 2. Kurang	Nominal
X4.2 <i>Evaluation of Behavioral Belief</i>	Respon dan penilaian ODGJ berat terhadap manfaat yang akan diperoleh setelah mengikuti proses rehabilitasi.	Kuesioner : 1. Baik 2. Kurang	Nominal
X5 <i>Subjective Norm</i>	Persepsi ODGJ berat terhadap tuntutan yang diterima dari orang sekitar seperti anggota keluarga dan petugas kesehatan atau masyarakat terkait proses rehabilitasi yang dijalani oleh pasien.		
X5.1 <i>Norma Belief</i>	Keyakinan ODGJ berat terhadap pendapat yang dikeluarkan oleh	Kuesioner : 1. Baik	Nominal

Variabel Laten	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
	orang disekitar pasien untuk menjalani proses rehabilitasi.	2. Kurang	
X5.2 <i>Motivation to Comply</i>	Motivasi yang diberikan oleh orang disekitar ODGJ berat untuk menyelesaikan proses rehabilitasi yang sedang dijalani.	Kuesioner : 1. Baik 2. Kurang	Nominal
X6 <i>Perceived Behavioral Control</i>	Persepsi responden terhadap situasi yang mendorong / memotivasi atau menghambat responden dalam mengikuti kegiatan rehabilitasi yang berlangsung.		
X6.1 <i>Control Belief</i>	Persepsi atau keyakinan ODGJ berat tentang hal-hal yang dapat mendukung / mempermudah pasien menjalani proses rehabilitasi.	Kuesioner : 1. Baik 2. Kurang	Nominal
X6.2 <i>Perceived Power</i>	Persepsi atau keyakinan ODGJ berat terkait dengan kemampuan diri dalam menyelesaikan proses rehabilitasi yang sedang dijalani	Kuesioner : 1. Baik 2. Kurang	Nominal
X7.1 <i>Fase Perhatian</i>	Fokus yang dimiliki ODGJ berat selama proses rehabilitasi yang ditunjukkan dengan kepatuhan pasien dalam mengikuti segala bentuk arahan dan kegiatan selama proses rehabilitasi.	Lembar Observasi : 1. Baik 2. Buruk	Nominal
X8.1 <i>Fase Peningkatan</i>	Kemampuan ODGJ berat mengingat materi keterampilan dan tahapan keterampilan yang diberikan selama proses rehabilitasi.	Lembar Observasi : 1. Baik 2. Buruk	Nominal
X9.1 <i>Fase Peniruan</i>	Kemampuan peserta dalam menirukan tahapan keterampilan, berpartisipasi dalam kegiatan, berkomunikasi dengan baik dalam proses rehabilitasi yang dijalani.	Lembar Observasi 1. Baik 2. Buruk	Nominal
X10.1 <i>Motivasi</i>	Motivasi yang dimiliki peserta untuk mengikuti rangkaian rehabilitasi sampai selesai	Kuesioner 1. Baik 2. Buruk	Nominal
X11.1 <i>Skill</i>	Kemampuan dalam melaksanakan tahapan pelatihan kerja yang diberikan pada ODGJ berat	Kuesiner 1. Mandiri 2. Tergantung	Nominal
Y1 <i>Intention</i>	Kecenderungan yang dimiliki oleh ODGJ berat untuk memilih melakukan atau tidak melakukan kegiatan rehabilitasi social vokasional	Kuesioner : 1. Tinggi 2. Rendah	Nominal
Y2 <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	Kemandirian ODGJ berat dalam menggunakan alat keterampilan kerja seperti mampu menyiapkan serta menggunakan alat dan bahan keterampilan kerja yang akan digunakan pasien untuk mengaplikasikan keterampilan kerja	Kuesioner : 1. Mandiri 2. Tergantung	Nominal

Variabel Laten	Definisi Operasional dan Indikator	Pengukuran	Skala
sesuai dengan pilihan responden.			

4.6 Prosedur Pengambilan Data dan Instrumen yang Digunakan

1. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan sekali untuk setiap responden penelitian, proses pengumpulan data adalah:

- a. Mengurus kelaikan etik penelitian di Rumah Sakit Jiwa Menur
- b. Mengurus ijin penelitian dari fakultas kesehatan masyarakat Universitas Airlangga yang ditujukan pada bagian penelitian dan Pengembangan Rumah Sakit Jiwa Menur
- c. Memilih responden penelitian yang sesuai dengan kriteria *inklusi*.
- d. Penjelasan terkait informasi penelitian dan penandatanganan *inform consent*.
- e. Pengisian data sosio demografi dan kondisi klien dari data sekunder yaitu catatan rekam medik pasien.
- f. Wawancara untuk mengumpulkan semua data variabel melalui kuesioner dan lembar observasi yang sudah disiapkan.
- g. Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan analisis menggunakan uji model SEM-PLS untuk mengetahui pengaruh antar variabel penelitian dan mengidentifikasi *issue* strategis serta penetapan model.

2. Instrumen Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan adalah *kuesioner* yang dikembangkan oleh peneliti maupun *kuesioner* lain yang dimodifikasi sesuai

dengan kebutuhan penelitian. Uji validitas dan reabilitas kuesioner dilakukan menggunakan aplikasi SEM-PLS yang hasilnya ditampilkan dibawah ini.

a. Uji Validitas Konvergen

Validitas konvergen dihitung berdasarkan korelasi antara indikator skor (*item score*) dengan konstruk skor (*construct score*) yang dihitung dengan bantuan software Smart-PLS v 3.0. Ukuran refleksif individual dikatakan valid jika memiliki korelasi loading (*cross loading*) dengan konstruk variabel laten yang diukur $\geq 0,5$ atau nilai T-statistiknya harus lebih dari 1,96 (Uji dua pihak) pada level signifikansi $\alpha = 5 \%$. Jika salah satu indikator memiliki nilai *loading* $< 0,5$ atau nilai T-statistiknya $< 1,96$ maka indikator tersebut harus dibuang karena mengindikasikan bahwa indikator tidak cukup baik untuk mengukur konstruk secara valid dan reliable. Hasil pengujian validitas konvergen dengan software Smart-PLS v 3.0 berbasis *open source* dapat diketahui nilai *loading* faktor pada setiap variabel pembentuk konstruk dijelaskan pada tabel 5.7

Tabel 4.3 Nilai *Loading* Faktor (*Cross Loadings*) Masing Indikator Valid Dengan Hasil Validitas Konvergen

Konstruk dan Indikator	<i>Loading</i> (λ)	
<i>Faktor Sosio Demografi</i>	X1.1	0,938
	X1.2	0,873
	X1.3	0,945
kondisi ODGI	X2.1	0,747
	X2.2	0,938
<i>Dukungan Sosial</i>	X3.1	0,855
	X3.2	0,754
	X3.3	0,894
<i>Attitude Towards Behaviour</i>	X4.1	0,903
	X4.2	0,918
<i>Subjective Norm</i>	X5.1	0,913
	X5.2	0,902

Konstruk dan Indikator		Loading (λ)
<i>Perceived</i>	X6.1	0,886
<i>Behaviour</i>	X6.2	0,936

Dari hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan hasil bahwa semua faktor yang ada memiliki loading faktor $>0,5$ dan nilai T-Statistik yang $>1,96$ sehingga dapat dikatakan semua faktor yang ada signifikan dan dinyatakan masuk dalam kategori valid. Pendidikan (X1.3) memiliki *loading* tertinggi (0,945) dalam memprediksi konstruk *Kondisi Sosio Demografi* dibandingkan dengan indikator lain. Jenis *penyakit kejiwaan* (X2.2) memiliki *loading* tertinggi (0,938) dalam memprediksi konstruk kondisi ODGJ dibandingkan dengan indikator lain. Dukungan Tenaga Kesehatan (X3.3) memiliki *loading* tertinggi (0,894) dalam memprediksi konstruk *Dukungan Sosial* dibandingkan dengan indikator lain. *Evaluation of Behavioral belief* (X4.2) memiliki *loading* tertinggi (0,918) dalam memprediksi konstruk *Attitude Towards Behaviour* dibandingkan dengan indikator lain. *Norma Belief* (X5.1) memiliki *loading* tertinggi (0,913) dalam memprediksi konstruk *Subjective Norm* dibandingkan dengan indikator lain. *Perceived Power* memiliki *loading* tertinggi (0,936) dalam memprediksi konstruk *Perceived Behavior* dibandingkan dengan konstruk lain. Fase Perhatian memiliki *loading* tertinggi (1,000) dalam memprediksi konstruk *Fase Perhatian* dibandingkan indikator lain. Fase Pengingatan memiliki *loading* (1,000) dalam memprediksi konstruk *Fase Pengingatan*. Fase Peniruan memiliki *loading* (1,000) dalam memprediksi konstruk *Fase Peniruan*. Fase Motivasi memiliki *loading* (1,000) dalam memprediksi konstruk *Fase Motivasi*. *Skill* memiliki *loading*

(1,000) dalam memprediksi konstruk *Skill*. *Intention* memiliki loading (1,000) dalam memprediksi konstruk *Intention*. Kemandirian ADL instrumental memiliki loading (1,000) dalam memprediksi konstruk Kemandirian ADL instrumental.

b. Nilai *AVE* (*Average Variance Extracted*)

Faktor uji validitas konvergen juga dapat dilakukan dengan melihat hasil analisis tepatnya pada nilai *AVE* (*Average Variance Extracted*), dimana pada konstruk yang memiliki nilai yang lebih besar daripada 0,5 dikatakan valid. Hasil uji ini dapat dilihat dalam tabel 5.8 berikut:

Tabel 4.4 Uji Validitas Konvergen dengan Kriteria *AVE* (*Average Variance Extracted*) pada masing Konstruk laten

Konstruk	Nilai <i>AVE</i> (<i>Average Variance Extracted</i>)
<i>Faktor Sosio Demografi</i>	0,845
<i>Kondisi ODGJ</i>	0,869
<i>Dukungan Sosial</i>	0,699
<i>Attitude Towards Behaviour</i>	0,829
<i>Subjective Norm</i>	0,824
<i>Perceived Behaviour</i>	0,830
<i>Fase Perhatian</i>	1,000
<i>Fase Pengingatan</i>	1,000
<i>Fase Peniruan</i>	1,000
<i>Fase Motivasi</i>	1,000
<i>Skill</i>	1,000
<i>Intention</i>	1,000
<i>Kemandirian ADL instrumental</i>	1,000

Dari hasil analisis yang dilakukan menyatakan bahwa dari semua konstruk yang terbentuk dalam model mempunyai nilai skor *AVE* (*Average Variance Extracted*) > 0,5, hal ini dapat dikatakan bahwa semua konstruk yang ada mempunyai validitas konvergen yang valid dalam penyusunan model persamaan struktural.

c. Uji Reliabilitas (*Composite Reliability*)

Pengukuran suatu indikator benar dapat dipercaya untuk mengukur suatu konstruk, pada persamaan struktural berbasis varians dapat dilakukan dengan ukuran reliabilitas komposit (ρ_c) atau reliabilitas konstruk. Sebuah indikator merupakan pembentuk konstruk yang baik (*reliable*) jika mempunyai nilai korelasi $\geq 0,7$ (Chin, 1998). Adapun reliabilitas konstruk komposit digunakan sebagai ukuran konsistensi internal yang hanya dapat digunakan pada konstruk dengan indikator refleksif, sedangkan indikator dengan tipe formatif diukur menggunakan bobot (*weight*) dari *outer* model. Hasil pengujian reliabilitas komposit dijelaskan pada

Tabel 4.5 Pengujian Reliabilitas Komposit

Konstruk	Kode Konstruk	<i>Composite Reliability</i>
<i>Faktor Sosio Demografi</i>	($\eta 1$)	0,942
<i>Kondisi ODGJ</i>	($\eta 2$)	0,930
<i>Dukungan Sosial</i>	($\eta 3$)	0,874
<i>Attitude Towards Behaviour</i>	($\eta 4$)	0,907
<i>Subjective Norm</i>	($\eta 5$)	0.903
<i>Perceived Behaviour</i>	($\eta 6$)	0,907
<i>Fase Perhatian</i>	($\eta 7$)	1,000
<i>Fase Peningkatan</i>	($\eta 8$)	1,000
<i>Fase Peniruan</i>	($\eta 9$)	1,000
<i>Fase Motivasi</i>	($\eta 10$)	1,000
<i>Skill</i>	($\eta 11$)	1,000
<i>Intention</i>	($\xi 1$)	1,000
<i>Kemandirian ADL instrumental</i>	($\xi 2$)	1,000

Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan bahwa uji reliabilitas komposit yang dilakukan terhadap variabel laten eksogen mendapatkan hasil reliabilitas yang komposit (ρ_c) yang ditunjukkan dari hasil analisis yang dilakukan memiliki nilai

>0,7. Hal ini menandakan bahwa indikator yang digunakan dalam pengukuran konstruk secara keseluruhan dapat dipercaya dan secara adekuat mampu mengukur konstruk.

a. *Kuesioner* Faktor Sosio Demografi

1) Usia

Usia responden yang diukur menggunakan data rekam medis pasien dengan pertanyaan spesifik mengacu pada usia responden yang dinyatakan dalam bentuk tahun.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin responden diukur menggunakan data rekam medis pasien dengan pilihan laki – laki dan perempuan sesuai dengan jenis kelamin yang mereka miliki.

3) Pendidikan Terakhir

Pendidikan responden diukur menggunakan data rekam medis pasien dengan pertanyaan sesuai dengan jenjang Pendidikan terakhir yang berhasil di selesaikan responden.

4) Riwayat Pekerjaan

Pekerjaan responden diukur menggunakan data rekam medis pasien dan dicatat sesuai dengan jenis pekerjaan masing – masing responden.

b. Kondisi ODGJ

1) Jenis ODGJ berat

Jenis ODGJ berat diukur menggunakan data rekam medis pasien dan dicatat sesuai dengan diagnosa yang telah ditetapkan oleh dokter dan digolongkan menjadi 2 yaitu *skizofrenia dan non skizofrenia*.

2) Durasi sakit diukur menggunakan data rekam medis pasien dan dicatat sesuai dengan durasi sakit pasien sejak pertama kali di diagnosa oleh dokter sampai penelitian dilakukan.

c. Dukungan sosial

1) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga diukur menggunakan kuesioner dukungan keluarga yang disusun oleh Nursalam (2017). Kuesioner dukungan keluarga memiliki 14 pertanyaan. Penilaian kuesioner ini menggunakan skala Guttman dengan range 0-1, yaitu : 0 Tidak dan 1 Ya. Skor maksimal yang dapat di peroleh responden yaitu 14. Skor Apabila skor responden ≤ 7 berarti responden tidak pernah mendapatkan dukungan keluarga dan >7 selalu mendapatkan dukungan keluarga. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.6 *Blue Print* Dukungan Keluarga

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
Dukungan Keluarga	Dukungan Emosional dan Penghargaan	1 - 4
	Dukungan Fasilitas	5 - 8
	Dukungan Informasi / Pengatahuan	9 - 12
	Dukungan Penghargaan	13 - 14

2) Dukungan Teman

Dukungan Teman diukur menggunakan kuesioner yang disusun oleh RAND, Kuesioner dukungan teman memiliki 10 pertanyaan. Penilaian kuesioner ini menggunakan skala Gutmann dengan range 0-1, yaitu : 0 tidak pernah dan 1 Selalu. Skor maksimal yang dapat di peroleh responden yaitu 10. Skor 0-5 tidak pernah mendapat dukungan teman, 6 - 10 selalu mendapatkan dukungan teman. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.7 *Blue Print* Dukungan Teman

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
Dukungan Teman	<i>Emotional / Informational Support</i>	1,2,3
	<i>Tangible Support</i>	4,5
	<i>Affectionate Support</i>	6,7
	<i>Positive Sosial Interaction</i>	8,9
	<i>Additional Item</i>	10

3) Dukungan Petugas Kesehatan

Dukungan tenaga kesehatan diukur menggunakan kuesioner *Service User Questilnnaire* Yang disusun oleh NHS Mental Health Service (2012). Kuesioner dukungan tenaga kesehatan memiliki 8 pertanyaan. Penilaian kuesioner ini menggunakan skala Gutmann dengan range 0 – 1 yaitu 0 tidak pernah, 1 Mendapatkan dukungan tenaga kesehatan. Skor maksimal yang bias di dapatkan responden sebesar 8. 0 – 4 Tidak pernah mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatam dan 5 - 8 selalu

mendapatkan dukungan tenaga kesehatan. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.8 *Blue Print* Dukungan Tenaga Kesehatan

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
Dukungan Keluarga	Dukungan Emosional dan Penghargaan	1
	Dukungan Fasilitas	4-5
	Dukungan Informasi / Pengatahuan	2,3,7
	Dukungan Penghargaan	8

d. Faktor rehabilitasi sosial vokasional

Faktor rehabilitasi sosial vokasional diukur sebagai proses pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional yang terjadi dalam rangkaian *rehabilitasi*, pengukuran dilakukan menurut tahap – tahap perubahan perilaku dalam *sosial learning theory*.

1) Fase Perhatian

Fase perhatian adalah fokus yang dimiliki ODGJ berat selama proses rehabilitasi yang ditunjukkan dengan kepatuhan pasien dalam mengikuti segala bentuk arahan dan kegiatan selama proses rehabilitasi. Penilaian dilakukan menggunakan lembar observasi dengan mencatat keaktifan peserta dalam kegiatan pelatihan. Pencatatan dilakukan untuk setiap aktifitas yang harus dilakukan peserta dalam setiap sesi pelaksanaan pelatihan. Fase perhatian di ukur dengan rumus :

$$\text{Keaktifan} = \frac{\text{Skor Sesi}_1 + \text{Skor Sesi}_2 + \dots + \text{Skor Sesi}_8}{\text{Total Skor Maksimal}} \times 100$$

Skor maksimal yang bisa di dapatkan adalah 100. Apabila skor yang didapatkan peserta ≥ 75 maka dapat dikatakan responden memiliki skor baik, apabila skor responden < 75 maka dikatakan buruk.

2) Fase Pengingatan

Fase Pengingatan adalah Kemampuan ODGJ berat dalam mengingat materi keterampilan dan tahapan keterampilan yang diberikan selama proses rehabilitasi. Fase pengingatan diukur berdasarkan hasil test tulis atau test lisan mengenai materi yang pernah disampaikan ketika pelaksanaan rehabilitasi dilakukan. Rumus menghitung nilai Fase pengingatan yaitu :

$$\text{Fase Pengingatan} = \frac{\text{Skor Evaluasi Materi}}{\text{Jumlah Skor Maksimal}} \times 100$$

Skor maksimal yang bisa di dapatkan adalah 100. Apabila skor yang didapatkan peserta ≥ 75 maka dapat dikatakan responden memiliki skor baik, apabila skor responden < 75 maka dikatakan buruk.

3) Fase Peniruan

Kemampuan peserta dalam menirukan tahapan keterampilan yang telah diajarkan dalam pelatihan. Fase peniruan diukur berdasarkan hasil ujian praktek yang dilakukan peserta. Rumus menghitung nilai fase peniruan yaitu :

$$\begin{aligned} \text{Fase Peniruan} \\ = \frac{\text{Skor Evaluasi Praktek}_1 + \text{Skor Evaluasi Praktek}_2}{\text{Skor Maksimal}} \end{aligned}$$

Skor maksimal yang bias di dapatkan sebanyak 3 point. Apabila responden mendapatkan skor 1 - 3 maka dapat dikatakan responden baik

jika sesuai tahapan, apabila mendapatkan skor <1 maka dapat dikatakan responden kurang

4) Fase Motivasi

Motivasi yang dimiliki pasien untuk mengikuti terapi sampai selesai. Motivasi diukur menggunakan *kuesioner* baku oleh Pelletier, Tuson and Haddad tahun 1997 yang disesuaikan dengan kebutuhan peneliti. *Kuesioner* ini memiliki pertanyaan sebanyak 12 item. Penilaian *kuesioner* ini menggunakan skala Guttman dengan skala 0-1 yaitu 0 tidak setuju dan 1 setuju. Skor maksimal yang bias di dapatkan sebanyak sebanyak 12. Apabila skor yang didapatkan responden ≤ 6 maka dapat dikatakan responden memiliki motivasi yang Cukup. Apabila mendapatkan skor >6 maka dapat dikatakan responden memiliki motivasi baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.9 *Blue Print* Motivasi

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
Motivasi	<i>Intrinsic Motivation</i>	1 – 2
	<i>Integrated Regulation</i>	3 – 4
	<i>Identified Regulation</i>	5 – 6
	<i>Introjected regulation</i>	7 – 8
	<i>External regulation</i>	9 – 10
	<i>Amotivation</i>	11 – 12

5) *Skill*

Kemampuan dalam melaksanakan tahapan pelatihan kerja yang diberikan pada pasien dengan skizfrenia. *Skill* diukur berdasarkan akumulasi dari

hasil setiap fase yang dilakukan pasien. Rumus menghitung nilai *skill* yaitu :

$$\begin{aligned} & Skill \\ & = \sum \text{Fase Perhatian} + \text{Fase Peningkatan} + \text{Fase Peniruan} \\ & \quad + \text{Motivasi.} \end{aligned}$$

Skor di dapatkan dari jumlah semua fase. Apabila responden mendapatkan skor $>$ mean maka dapat dikatakan responden mandiri dan apabila mendapatkan skor \leq mean maka dapat dikatakan responden tergantung.

e. *Behavioral Belief*

Behavioral belief diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran *behavioral belief* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 6 – 16 *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 11. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 5 maka *Behavioral Belief* pasien kurang, apabila skor yang didapat 6-11 maka *Behavioral Belief* pasien baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.10 *Blue Print Behavioral Belief*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Behavioral Belief</i>	Kepercayaan Terhadap Manfaat Terapi	6 – 16

f. *Evaluation of Behavioral Belief*

Evaluation of Behavioral Belief diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran behavioral belief menggunakan *item* *kuesioner* nomer 1 – 5 *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 5. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 2 maka *Evaluation of Behavioral Belief* pasien kurang, dan apabila skor yang didapat pasien 3 – 5 maka *Evaluation of Behavioral Belief* pasien baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.11 *Blue Print Evaluation of Behavioral Belief*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Evaluation of Behavioral Belief</i>	Sikap Terhadap Tujuan	1-5

g. *Norma Belief*

Norma belief diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran behavioral belief menggunakan *item* *kuesioner* nomer 20 – 22 dimana *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bias didapatkan 3. *Control Belief*. Apabila skor yang didapat pasien 0 -1 maka *Norma belief* pasien kurang, dan apabila >1 maka *Norma belief* pasien baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.12 *Blue Print Norma Belief*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Norma Belief</i>	Keyakinan terhadap pendapat orang lain	20 – 22

h. *Motivation To Comply*

Motivation To Comply diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran behavioral belief menggunakan *item* *kuesioner* nomer 17 – 19 dimana *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bias didapatkan 3. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 2 maka *Motivation To Comply* pasien kurang dan apabila skor yang didapat pasien >2 maka *Motivation To Comply* pasien baik.

Tabel 4.13 *Blue Print Motivation To Comply*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Motivation To Comply</i>	Motivasi Untuk Patuh	17 – 19

i. *Control Belief*

Control Belief diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran *Control Belief* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 27 – 29 *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 4. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 3 maka *Control Belief* pasien kurang dan apabila skor yang didapat pasien >3 maka *Control Belief* pasien baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.14 *Blue Print Norma Belief*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Control Belief</i>	Kemampuan Keputusan	Mengambil 23 – 26

j. *Perceived Power*

Perceived Power diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran *Perceived Power* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 27 – 29 dimana *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 3. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 1 maka *Control Belief* pasien kurang, dan apabila skor yang didapat pasien 2 - 3 maka *Control Belief* pasien baik. Skala Gutman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.15 *Blue Print Perceived Power*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Perceived Power</i>	Persepsi Kekuatan Pengambilan Keputusan	27 – 29

k. *Attitude Toward Behaviour*

Attitude Toward Behaviour diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran *behavioral belief* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 1 – 16 dimana *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala Guttman 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 16. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 8 maka *Attitude Toward Behaviour* pasien kurang, dan apabila skor yang didapat pasien 9-16 maka *Attitude Toward Behaviour* pasien baik.

Tabel 4.16 *Blue Print Attitude Toward Behaviour*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Attitude Toward Behaviour</i>	<i>Evaluasi Outcome</i>	1 – 5
	<i>Behavioral Beliefs</i>	6 – 16

l. *Subjective Norm*

Subjective Norm diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner TPB* oleh Ajzen. Pengukuran *Subjective Norm* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 17 - 22 dimana *kuesioner TPB* dinilai menggunakan skala likert 0-1 dengan skor maksimal yang bias didapatkan 6. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 3 maka *Subjective Norm* pasien kurang dan apabila skor yang didapat pasien 4 - 6 maka *Subjective Norm* pasien baik. Skala Guttman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.17 *Blue Print Subjective Norm*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Subjective Norm</i>	<i>Motivation To Comply</i>	17 – 19
	<i>Normative Beliefs</i>	20 – 22

m. *Perceived Behavioral Control*

Perceived Behavioral Control diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner TPB* oleh Ajzen. Pengukuran *Perceived Behavioral Control* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 23 - 29 dimana *kuesioner TPB* dinilai menggunakan skala *Guttman* 0-1 dengan skor maksimal yang bisa didapatkan 7. Apabila skor yang didapat pasien 0 - 4 maka *Perceived Behavioral Control* pasien kurang, dan apabila skor yang didapat pasien 5 - 7 maka *Perceived Behavioral Control* pasien baik. Skala Guttman dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.18 *Blue Print Perceived Behavioral Control*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Perceived Behavioral Control</i>	<i>Requisite resources and opportunities (Control Beliefs)</i>	23 – 26
<i>Control</i>	<i>Perceived Power</i>	27 – 29

n. *Intention*

Intention diukur menggunakan salah satu komponen dari *kuesioner* TPB oleh Ajzen. Pengukuran *Intention* menggunakan *item* *kuesioner* nomer 30 - 31 dimana *kuesioner* TPB dinilai menggunakan skala *Guttman* 0-1 dengan skor maksimal yang bias didapatkan 2. Apabila skor yang didapat pasien 0 maka *Intention* pasien kurang / tidak ada dan apabila skor yang didapat pasien ≥ 1 maka *Intention* pasien baik. Skala *Gutman* dipilih untuk memudahkan responden memilih jawaban sesuai dengan keadaan yang dialami pasien, hal ini berkaitan dengan kemampuan kognitif responden.

Tabel 4.19 *Blue Print Intention*

Nama Variabel	Indikator	Pertanyaan
<i>Intention</i>	Niat untuk berperilaku	30 – 31

o. *Kemandirian ADL Instumental*

Kemandirian ADL Instrumental diukur menggunakan *kuesioner* *Lawton Instrumental activities of daily living* yang disusun oleh Lawton and Brody (2007) dan kemudian disesuaikan dengan kebutuhan peneliti. *Kuesioner* ini memiliki 8 item pertanyaan dengan skor maksimal 8. apabila skor pasien ≤ 4 maka pasien dapat dikatakan tidak mandiri dan apabila pasien memiliki skor >4 maka pasien dapat dikatakan mandiri.

Tabel 4.20 *Blue Print ADL Instrumental*

	Kategori mandiri (1)	Kategori Tergantung (0)
Menggunakan Alat	a. Mengoperasikan alat sesuai dengan kehendak	Tidak dapat menggunakan alat keterampilan kerja

	Kategori mandiri (1)	Kategori Tergantung (0)
keterampilan kerja	dan keinginan sendiri b. Menggunakan beberapa alat keterampilan kerja (tidak semua)	sama sekali
Belanja Alat keterampilan kerja	a. Dapat membuat rencana belanja semua kebutuhan secara mandiri b. membuat rencana belanja dalam jumlah kecil secara mandiri c. Perlu didampingi ketika membuat rencana belanja	Tidak bisa membuat rencana belanja sama sekali
Menyiapkan Alat keterampilan kerja	Menyiapkan alat dan bahan keterampilan kerja secara mandiri	a. Menyiapkan alat dan bahan apabila telah disediakan oleh orang lain b. Butuh bantuan untuk menyiapkan alat dan bahan keterampilan kerja
Menjaga dan Merawat Alat keterampilan kerja	a. Merawat dan menjaga alat dan bahan keterampilan kerja yang digunakan secara mandiri b. Merawat dan menjaga alat dengan bantuan orang lain untuk bahan khusus (benda tajam, dll) c. Membutuhkan bantuan orang lain untuk menjaga bahan baku khusus (zat kimia, dll)	Tidak bisa menjaga dan merawat semua alat dan bahan keterampilan kerja secara mandiri
Membereskan Alat dan Bahan keterampilan kerja	a. Membereskan alat dan bahan keterampilan kerja setelah digunakan secara mandiri b. Membereskan sebagian alat dan bahan keterampilan kerja setelah digunakan	Tidak bias membereskan alat dan bahan keterampilan kerja secara mandiri
	Kategori mandiri (1)	Kategori Tergantung (0)

	Kategori mandiri (1)	Kategori Tergantung (0)
Membagi Waktu Bekerja	a. Dapat embagi waktu antara bekerja dan kegiatan lain b. Kadang tidak bisa membagi waktu antara bekerja dan kegiatan lain	Tidak dapat membagi waktu sama sekali
Tanggung Jawab dan Disiplin	a. Dapat bertanggung jawab dan disiplin terhadap semua pekerjaan yang dilakukan b. Terkadang rasa tanggung jawab dan disiplin yang ada menurun	Tidak memiliki rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan yang dilakukan
Mengatur Keuangan Hasil Dari Pekerjaan	a. Dapat mengatur keuangan secara mandiri (pengeluaran, menulis checks, membayar tagihan, pergi ke bank), mencatat pengeluaran dan menghitung pemasukan b. Dapat mengatur pengeluaran sehari – hari tetapi membutuhkan bantuan yang terkait dengan urusan bank dan masalah keuangan lain	Tidak dapat mengatur keuangan sama sekali

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap meliputi analisis *univariabel* dilanjutkan analisis *bivariabel* secara *deskriptif* dan *analitik*.

1. Analisis *deskriptif*

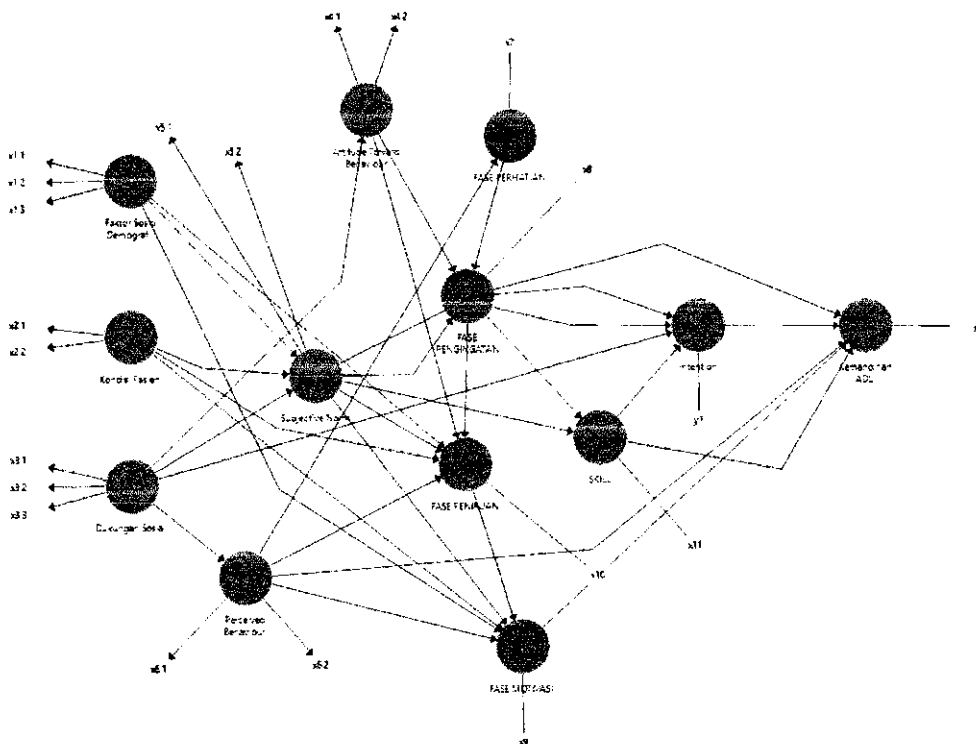
Analisis *deskriptif* dilakukan pada variabel penelitian dengan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori setiap variabel dan setiap parameter. Deskripsi dinyatakan dalam distribusi frekuensi dan *persentase*, sehingga diperoleh:

- a. Distribusi faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dan dukungan sosial

- b. Distribusi *attitude toward behaviour*, *subjective norm*, *perceived behavioral control behaviour*, perhatian, pengingatan, peniruan, motivasi, *skill*, *Intention*, dan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) instrumental ODGJ berat*.

2. Analisis Inferensial

Analisis *inferensial* digunakan untuk menguji hipotesis dengan menggunakan teknik analisis model persamaan struktural (*Struktural Equation Modeling- SEM*) dengan *Partial Least Square (PLS)*. PLS merupakan metode analisis yang dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran sampelnya tidak harus besar.



Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model Hubungan Antar Variabel Penelitian Ghozali (2008) merekomendasikan 30 – 100 kasus. 4.1 adalah rencana analisis antar variabel penelitian sebelum dilakukan pengujian secara statistik.

B. TAHAP 2

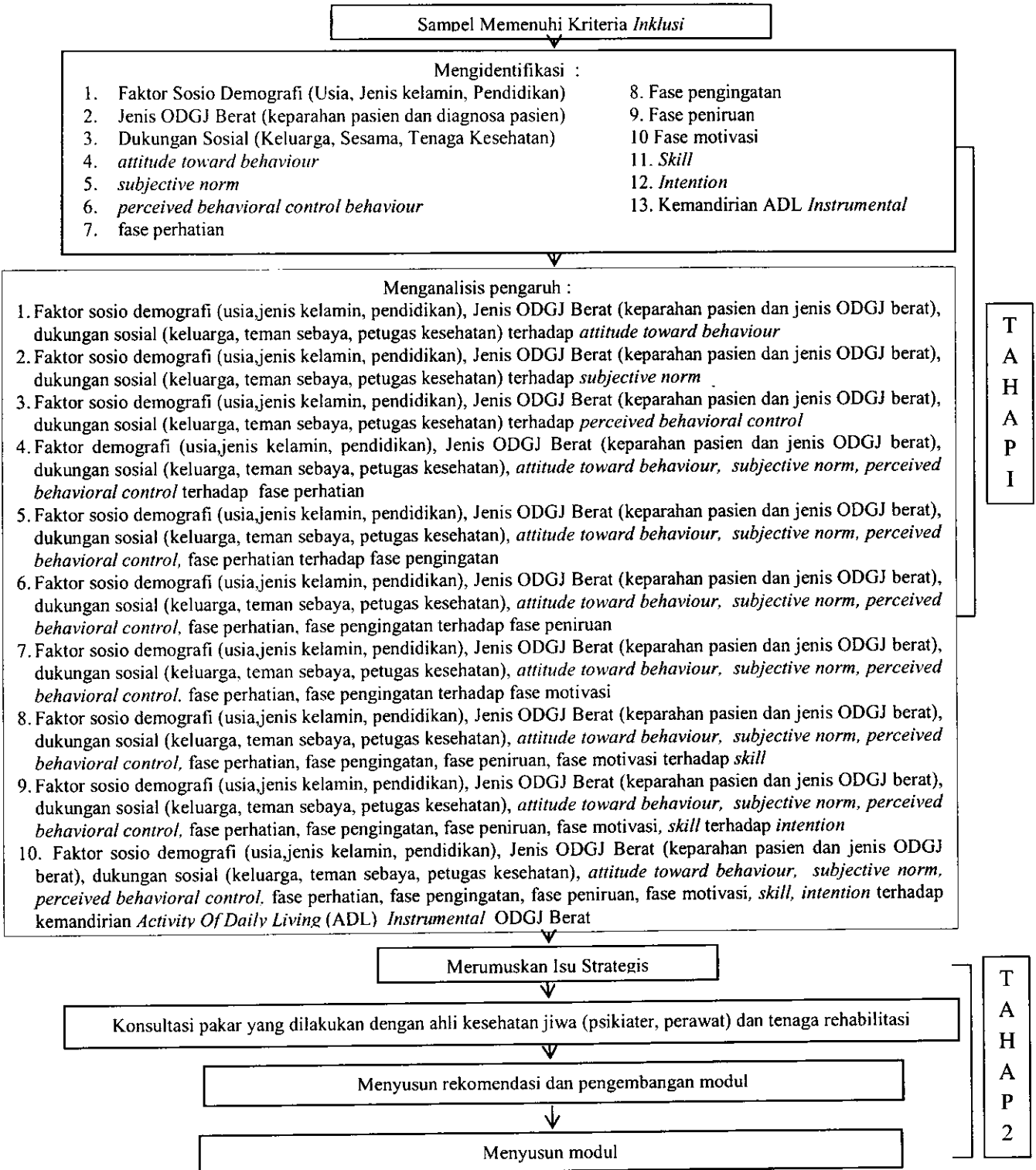
Tahap 2 penelitian direncanakan untuk melakukan penyusunan modul rehabilitasi sosial vokasional untuk pasien ODGJ berat yang disusun berdasarkan hasil pada penelitian tahap I. Namun dengan adanya kendala di lapangan yaitu pandemic COVID-19 yang berlangsung selama proses penelitian berlangsung menyebabkan terjadi perubahan pada penelitian tahap II. Penelitian tahap 2 yang semula direncanakan untuk melakukan intervensi dilakukan perubahan menjadi penyusunan modul, hal ini dilakukan karena intervensi tidak mungkin untuk dilakukan berkaitan dengan terancamnya kondisi responden akibat pandemic Covid-19. Dengan kondisi demikian maka Tahap 2 penelitian dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

1. Tahap 2 pada penelitian adalah melakukan konsultasi pakar setelah hasil uji model yang telah terbentuk dan *issue* strategis yang telah diidentifikasi digunakan sebagai bahan diskusi dalam konsultasi pakar. Konsultasi pakar yang terdiri dari :
 - a. Psikiater, beliau adalah seorang praktisi, dokter spesialis kesehatan jiwa dan sudah bekerja lebih dari 10 tahun.
 - b. Perawat, beliau pakar kesehatan jiwa masyarakat, beliau adalah seorang ilmuwan kesehatan jiwa masyarakat yang memiliki latar belakang pendidikan keperawatan dan sudah memiliki gelar professor.
 - c. Tenaga rehabilitasi, memiliki latar belakang pendidikan D4 terapi okupasi dan sudah bekerja lebih dari 10 tahun.

Konsultasi pakar dilakukan hari efektif dengan cara daring.

2. Hasil kegiatan konsultasi pakar dijadikan sebagai bahan dasar untuk menyusun rekomendasi dan pengembangan modul *rehabilitasi sosial vokasional* dalam meningkatkan kemandirian *Activity of Daily Living (ADL)* ODGJ berat dalam bentuk modul. Hasil konsultasi pakar yang telah dilakukan kemudian di analisis untuk mendapatkan kesimpulan dalam rangka menyempurnakan model *rehabilitasi sosial vokasional* yang telah di susun oleh peneliti pada tahap 1 kemudian disempurnakan dengan hasil konsultasi pakar yang di ikuti oleh berbagai elemen. Dari proses tersebut maka di lakukan pengembangan terhadap model *rehabilitasi sosial vokasional* sehingga menjadi model yang baik. Model yang sudah berhasil di kembangkan kemudian di jadikan dalam bentuk modul. Modul yang dikembangkan berisi tentang pengaplikasian model *rehabilitasi sosial vokasional*.

4.8 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka Operasional

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan sertifikat kelayakan etik yang dikeluarkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur dengan nomer 070/1699/305/2020. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi permasalahan yang ditimbulkan terkait etika penelitian meliputi :

1. Menghargai (*Respect to person*)

Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat suka rela dan tanpa paksaan

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Responden tidak perlu mencantumkan nama pada pengisian kuesioner untuk menjaga privasi, peneliti menulis kode skor.

3. Keadilan (*Justice*)

Peneliti berusaha memperlakukan semua responden secara adil tanpa membeda-bedakan setiap responden.

4. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Keberhasilan informasi yang telah dikumpulkan akan dijaga oleh peneliti, hanya kelompok tertentu saja yang akan dilaporkan atau disajikan hasil penelitian. Kerahasiaan ini dijamin oleh peneliti.

5. Persetujuan responden (*Informed consent*)

Saat pengambilan sampel terlebih dahulu peneliti meminta izin dalam bentuk tanda tangan atau cap jempol pada setiap responden yang akan diteliti atas ketersediaan dijadikan subyek penelitian dan supaya responden dapat memberikan jawaban yang benar.

6. Responden yang telah meluangkan waktunya untuk diajak komunikasi dan mengisi *kuesioner* serta pakar yang memberikan masukan mendapatkan kenang-kenangan dari peneliti.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN



BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bagian ini disajikan hasil penelitian secara deskriptif pada masing variabel penelitian dan hasil penelitian inferensial dengan pendekatan model persamaan struktural dengan *Partial Least Square Path Modeling*. Analisis deskriptif meliputi karakteristik data penelitian yang digunakan, sedangkan pada pemodelan persamaan struktural menggunakan pendekatan *Partial Least Square* diketahui besarnya pengaruh antar variabel konstruk penelitian.

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian dan Pengambilan Data

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur terletak di Jalan Raya Menur 120 Surabaya, Kelurahan Kertajaya, Kecamatan Gubeng, Kota Surabaya, dengan luas tanah 38.000,00 m² dan luas bangunan 25.307 m², Rumah Sakit Jiwa Menur tidak hanya melayani gangguan jiwa saja tapi juga penyakit non jiwa, namun tidak meninggalkan *core* bisnis Rumah Sakit Jiwa Menur sebagai Rumah Sakit Jiwa.

Sejarah awal RS Jiwa Menur, yaitu pada tahun 1923 Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya diperkirakan sebagai "*Doorgangshuis*" atau tempat penampungan sementara penderita gangguan jiwa dengan kapasitas 100 tempat tidur. Sampai dengan tahun 1977 beralamatkan Jl. Karang Tembok dan disebut: "Rumah Sakit Jiwa Pegirian". Tahun 1954 Departemen Kesehatan membeli tanah seluas 96.840 m² di Menur (dahulu Gubeng). Tanah 96.840 m² selanjutnya 40.436 m² diperuntukkan untuk

RSJ Menur sedangkan sisanya 56.406 untuk Akademi Penilik Kesehatan (sekarang Poltekkes).

Pelayanan kesehatan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya yaitu instalasi rawat jalan (Poli Jiwa Dewasa, Poli Psikogeriatri, Poli Gangguan Mental Organik, Poli Umum Spesialis, Poli Tumbuh Kembang Anak & Remaja, Poli Psikogeriatri, Poli Psikologi), Instalansi rawat inap (Rawat Inap Intensif Psychiatric Care, Rawat Inap Paviliun (Puri Anggrek), Rawat Inap Klas II Pria dan Wanita (Puri Mitra), Rawat Inap Klas III Pria dan Wanita (Gelatik, Kenari, Flamboyant), Instalasi gawat darurat Jiwa dan Umum 24 Jam, Pelayanan Penunjang (Laboratorium Patologi Klinik, ECT, EEG & Brainmapping, Rehabilitasi Mental Psikososial, Fisioterapi, X Ray / Foto Rongent, USG, Treadmill, EKG, Echocardiografi, Farmasi, Konsultasi Gizi, Pemulasaraan Jenazah, IPS RS, Instalasi Kesling Dalin), Instalasi Keswamas dan PKMRS, Rehabilitasi medik dan mental psikososial, Instalasi diklat-lit dan asrama serta Perpustakaan.

Tempat penelitian Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya memiliki tenaga kesehatan yaitu berjumlah 410 orang dengan rincian yaitu dokter umum 20 orang, dokter spesialis 17 orang, dokter gigi 3 orang, perawat 107 orang, pembantu perawat 51 orang, instruktur rehabilitasi 7 orang, paramedik non perawat 31 orang, administrasi farmasi 4 orang, administrasi lab 2 orang, tenaga rekam medis 19 orang, tenaga administrasi 5 orang, serta non medis/administrasi 144 orang.

5.1.2 Gambaran Pengambilan Data Penelitian

Proses pengambilan data dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Pada bulan maret – juli 2020 dengan jumlah responden penelitian sebanyak 100 orang. Penelitian 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 penelitian 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 ≥ 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 penelitian 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.

5.2 Karakteristik Pasien

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

5.2.1 Karakteristik Sosio Demografi Pasien

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

Tabel 5.1 Tabel distribusi karakteristik sosio demografi ODGJ berat

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur		
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
Jenis kelamin		
Laki-Laki	52	66,7
Perempuan	26	33,3
Total	100	100
Riwayat Pendidikan		
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
Ras / Suku		
Madura	20	20,0
Jawa	80	80,0
Total	100	100
Agama		
Islam	99	99,0
Kristen	1	1,0
Total	100	100
Riwayat Pekerjaan		
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 penelitian 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.

5.2.2 Karakteristik Kondisi ODGJ

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik kondisi ODGJ di tampilkan pada table 5.2 berikut :

Tabel 5.2 Tabel distribusi karakteristik Kondisi ODGJ ODGJ berat

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Jenis ODGJ Berat		
<i>Skizofrenia</i>	76	76,0
<i>Non Skizofrenia</i>	24	24,0
Total	100	100
Durasi Sakit		
>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%.

5.2.3 Karakteristik Dukungan Keluarga

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

Tabel 5.3 Tabel distribusi karakteristik dukungan sosial pasien

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

Berdasarkan tabel 5.3, 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.

5.2.4 Karakteristik Berdasarkan *Theory Planned Behaviour*

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada responden terkait karakteristik berdasarkan *theory planned behavior* pasien di tampilkan pada table 5.4 berikut :

Tabel 5.4 Tabel distribusi karakteristik berdasarkan *theory planned behaviour* pasien

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
<i>Attitude Toward Behaviour</i>		
<i>Behavioral Belief</i>		
Buruk	21	21,0
Baik	79	79,0
Total	100	100
<i>Evaluation of Behavioral Belief</i>		
Buruk	33	33,0
Baik	67	67,0
Total	100	100

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

Berdasarkan tabel 5.4, *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 di dasarkan 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.

5.2.5 Karakteristik *Rehabilitasi Sosial Vokasional* Pasien

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

Tabel 5.5 Tabel Distribusi Rehabilitasi Sosial Vokasional ODGJ ber

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Fase Perhatian		
Buruk	42	42,0
Baik	58	58,0
Total	100	100
Fase Peningkatan		
Buruk	52	52,0
Baik	48	48,0
Total	100	100
Fase Peniruan		
Buruk	42	42,0
Baik	58	58,0
Total	100	100
Fase Motivasi		
Buruk	68	68,0
Baik	32	32,0
Total	100	100
Skill		
Buruk	33	33,0
Baik	67	67,0
Total	100	100

Berdasarkan tabel 5.5, 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.

5.2.6 Karakteristik Kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL)

Instrumental

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

Tabel 5.6 Tabel distribusi karakteristik Kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) Instrumental

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Kemandirian Instrumental		
Tergantung	26	26,0
Mandiri	74	74,0
Total	100	100

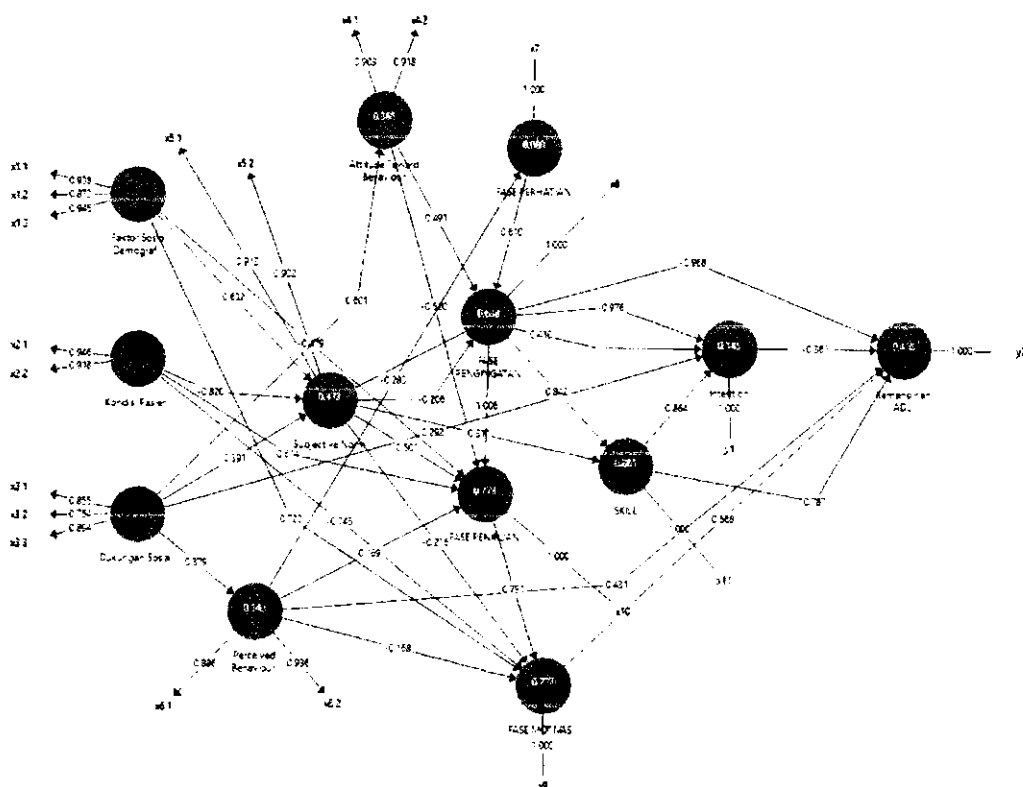
Berdasarkan tabel 5.6, kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* yang dimiliki ODGJ berat pasca melewati pelatihan yang diberikan didapatkan 74% mampu dikatakan mandiri. serta hanya terdapat 24% ODGJ berat yang masih tergantung.

5.3 Hasil Analisis Model

5.3.1 Evaluasi Model Struktural (*Inner Model*)

Tahapan pertama dalam melakukan analisis model struktural adalah dengan melakukan pengujian terhadap pengaruh antara faktor eksogen terhadap faktor endogen. Untuk melakukan evaluasi terhadap model struktural yang telah di susun dapat dilakukan dengan melihat nilai *R square* (R^2), koefisien parameter jalur (*path coefficient parameter*). Pada *Struktural Equation Modelling* dengan *Partial Least Square* memiliki tujuan yang sama ketika menganalisa R^2 seperti halnya regresi berganda dimana tujuannya yaitu melakukan identifikasi terhadap besaran keragaman variabel *endogen* dapat dijelaskan oleh variabel *eksogen*.

Analisis diagram jalur persamaan struktural SEM *Partial Least Square* terhadap indikator semua variabel laten pada pemodelan rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat dapat divisualisasikan pada gambar 5.1 berikut :



Gambar 5.1. Nilai Koefisien pada model struktural (*inner model*)

Berdasarkan gambar 5.1 diketahui nilai koefisien pada diagram jalur (Pengaruh faktor *eksogen* terhadap faktor *endogen*) sebagai berikut:

1. Koefisien Parameter Jalur

Analisis penilaian dan interpretasi koefisien parameter jalur pada analisis *Struktural Equation Modelling* dengan *Partial Least Square* diperoleh melalui bobot *inner model*. Hasil pengujian koefisien parameter jalur dari model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) Instrumental ODGJ* berat sebagai berikut.

a. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Attitude Toward Behaviour*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan dukungan

sosial terhadap *attitude toward behaviour* menunjukkan hasil bahwa hanya faktor dukungan sosial yang memiliki pengaruh langsung terhadap *attitude towards behaviour*, sedangkan faktor sosio demografi dan kondisi ODGJ tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.7 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *attitude toward behaviour*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > (X4) <i>Attitude Toward Behaviour</i>	0,601	0,000

Pengaruh secara langsung antara *dukungan sosial* (X3) terhadap *attitude towards behavior* (X4) dengan nilai koefisien sebesar (0,601) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *dukungan sosial* terhadap *attitude towards behavior* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) instrumental ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *dukungan social* dan *attitude towards behaviour*, dimana semakin meningkat *dukungan social* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *attitude towards behaviour* yang dimiliki.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Subjective Norm*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan dukungan sosial terhadap *attitude toward behaviour* menunjukkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara faktor sosial demorafi, kondisi

ODGJ dan dukungan sosial memiliki pengaruh secara langsung terhadap *subjective norm*.

Tabel 5.8 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *subjective norm*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (X5) <i>Subjective Norm</i>	0,632	0,001
2	(X2) kondisi ODGJ > (X5) <i>Subjective Norm</i>	-0,820	0,000
3	(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > (X5) <i>Subjective Norm</i>	-0,391	0,000

Pengaruh secara langsung antara *faktor sosio demografi* (X1) terhadap *subjective norm* (X5) dengan nilai koefisien sebesar (0,632) dan nilai *p value* sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *faktor sosio demografi* terhadap *subjective norm* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *factor sosio demografi* dan *subjective norm*, dimana semakin meningkat *factor sosio demografi* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *subjective norm* responden.

Pengaruh secara langsung antara kondisi ODGJ (X2) terhadap *subjective norm* (X5) dengan nilai koefisien sebesar (-0,820) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara kondisi ODGJ terhadap *subjective norm* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living*

(ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara kondisi ODGJ dan *subjective norm*, dimana semakin meningkat kondisi ODGJ yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *subjective norm* responden.

Pengaruh secara langsung antara *dukungan sosial* (X3) terhadap *subjective norm* (X5) dengan nilai koefisien sebesar (-0,391) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *dukungan sosial* terhadap *subjective norm* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *dukungan sosial* dan *subjective norm*, dimana semakin meningkat *dukungan sosial* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *subjective norm* responden.

c. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Perceived Behavioral Control*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan *dukungan sosial* terhadap *perceived behavioral control* menunjukkan hasil bahwa hanya faktor *dukungan sosial* yang memiliki pengaruh langsung *perceived behavioral control*, sedangkan faktor sosio demografi dan kondisi ODGJ tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.9 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *perceived behavioral control*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > (X6) <i>Perceived Behavioral Control</i>	0,379	0,000

Pengaruh secara langsung antara *dukungan sosial* (X3) terhadap *perceived behavior* (X6) dengan nilai koefisien sebesar (0,379) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *dukungan sosial* terhadap *perceived behavior* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *dukungan sosial* dan *perceived behavioural control*, dimana semakin meningkat *dukungan sosial* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *perceived behavioural control* responden.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung Terhadap *Fase Perhatian*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi kondisi ODGJ, *dukungan sosial*, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, *perceived behaviour control* terhadap *fase perhatian* menunjukkan hasil bahwa hanya faktor *perceived behavioral control* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, *dukungan sosial*, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.10 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *fase perhatian*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X6) <i>Perceived Behavioral Control</i> > (X7) <i>Fase Perhatian</i>	-0,283	0,001

Pengaruh secara langsung antara *perceived behavior* (X6) terhadap *fase perhatian* (X7) dengan nilai koefisien sebesar (-0,283) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *perceived behavior* terhadap *fase perhatian* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *perceived behavioural control* dan *fase perhatian*, dimana semakin meningkat *perceived behavioural control* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *fase perhatian* responden.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Fase Pengingatan*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, *perceived behaviour control*, *fase perhatian* terhadap *fase pengingatan* menunjukkan hasil bahwa faktor *subjective norm*, *perceived behavioral control* dan *fase perhatian* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour* tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.11 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *fase pengingatan*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X4) <i>Attitude Towards Behaviour</i> > (X8) <i>Fase Pengingatan</i>	0,491	0,000
2	(X5) <i>Subjective Norm</i> > (X8) <i>Fase Pengingatan</i>	-0,206	0,000
3	(X7) <i>Fase Perhatian</i> > (X8) <i>Fase Pengingatan</i>	0,610	0,000

Pengaruh secara langsung antara *attitude towards behavior* (X4) terhadap *fase pengingatan* (X8) dengan nilai koefisien sebesar (0,491) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *attitude towards behavior* terhadap *fase pengingatan* dalam model rehabilitasi sosial Vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *attitude towards behaviour* dan *fase pengingatan*, dimana semakin meningkat *attitude towards behaviour* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *fase pengingatan* responden.

Pengaruh secara langsung antara *subjective norm* (X5) terhadap *fase pengingatan* (X8) dengan nilai koefisien sebesar (-0,206) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *subjective norm* terhadap *fase pengingatan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara

subjective norm dan fase pengingatan, dimana semakin meningkat *subjective norm* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan fase pengingatan responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase perhatian (X7)* terhadap *fase pengingatan (X8)* dengan nilai koefisien sebesar (0,610) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase perhatian* terhadap *fase pengingatan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara fase perhatian dan fase pengingatan, dimana semakin meningkat fase perhatian yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase pengingatan responden.

f. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Fase Peniruan*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, *perceived behaviour control* terhadap *fase peniruan* menunjukkan hasil bahwa faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor dukungan sosial tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.12 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *fase peniruan*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	-0,479	0,007
2	(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	0,614	0,001
3	(X4) <i>Attitude Towards Behaviour</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	-0,520	0,000
4	(X5) <i>Subjective Norm</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	0,501	0,000
5	(X6) <i>Perceived Behavioral Control</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	0,169	0,011
6	(X8) <i>Fase Pengingatan</i> > (X9) <i>Fase Peniruan</i>	1,006	0,000

Pengaruh secara langsung antara *faktor sosio demografi* (X1) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (-0,479) dan nilai *p value* sebesar 0,007 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *faktor sosio demografi* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *factor sosio demografi* dan *fase peniruan*, dimana semakin meningkat *factor sosio demografi* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *fase peniruan* responden.

Pengaruh secara langsung antara *kondisi ODGJ* (X2) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (0,614) dan nilai *p value* sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *kondisi ODGJ* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional

dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara factor kondisi ODGJ dan fase peniruan, dimana semakin meningkat kondisi ODGJ yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase peniruan responden.

Pengaruh secara langsung antara *attitutde towards behavior* (X4) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (-0,520) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *attitutde towards behavior* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *attitude towards behaviour* dan fase peniruan, dimana semakin meningkat *attitude towards behaviour* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan fase peniruan responden.

Pengaruh secara langsung antara *subjective norm* (X5) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (0,501) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *subjective norm* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara factor

subjective norm dan fase peniruan, dimana semakin meningkat *subjective norm* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase peniruan responden.

Pengaruh secara langsung antara *perceived behavior* (X6) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (0,169) dan nilai *p* value sebesar 0,011 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *perceived behavior* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *perceived behavioural control* ODGJ dan fase peniruan, dimana semakin meningkat *perceived behavioural control* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase peniruan responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase pengingatan* (X8) terhadap *fase peniruan* (X9) dengan nilai koefisien sebesar (1,006) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase pengingatan* terhadap *fase peniruan* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara fase pengingatan ODGJ dan fase peniruan, dimana semakin meningkat fase pengingatan yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase peniruan responden.

g. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Fase Motivasi*.

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* terhadap *fase motivasi* menunjukkan hasil bahwa faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, *subjective norm* dan *perceived behavioral control* dan *fase peniruan* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor lainnya tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.13 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *fase motivasi*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X1) Faktor Sosio Demografi > (X10) Fase Motivasi	0,722	0,001
2	(X2) Kondisi ODGJ > (X10) Fase Motivasi	-0,745	0,000
3	(X5) Subjective Norm > (X10) Fase Motivasi	-0,216	0,001
4	(X6) Perceived Behavioral Control > (X10) Fase Motivasi	-0,168	0,005
5	(X9) Fase Peniruan > (X10) Fase Motivasi	0,791	0,000

Pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi (X1) terhadap fase motivasi (X10) dengan nilai koefisien sebesar (0,722) dan nilai *p* value sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara faktor sosio demografi terhadap fase motivasi dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif

antara factor sosio demografi ODGJ dan fase motivasi, dimana semakin meningkat factor sosio demografi yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan fase motivasi responden.

Pengaruh secara langsung antara faktor kondisi ODGJ (X2) terhadap *fase motivasi* (X10) dengan nilai koefisien sebesar (-0,745) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara faktor kondisi ODGJ terhadap *fase motivasi* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara kondisi ODGJ dan fase motivasi, dimana semakin meningkat kondisi ODGJ yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan fase motivasi responden.

Pengaruh secara langsung antara *subjective norm* (X5) terhadap *fase motivasi* (X10) dengan nilai koefisien sebesar (-0,216) dan nilai *p* value sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *subjective norm* terhadap *fase motivasi* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *subjective norm* dan fase motivasi, dimana semakin meningkat *subjective norm* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan fase motivasi responden.

Pengaruh secara langsung antara *perceived behavioral control* (X6) terhadap *fase motivasi* (X10) dengan nilai koefisien sebesar (-0,168) dan nilai *p* value sebesar 0,005 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *perceived behavioral control* terhadap *fase motivasi* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara *perceived behavioural control* dan *fase motivasi*, dimana semakin meningkat *perceived behavioural control* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *fase motivasi* responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase peniruan* (X9) terhadap *fase motivasi* (X10) dengan nilai koefisien sebesar (0,791) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase peniruan* terhadap *fase motivasi* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *fase peniruan* dan *fase motivasi*, dimana semakin meningkat *fase peniruan* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *fase motivasi* responden.

h. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Skill*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behavioral*

control, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan fase motivasi terhadap *skill* menunjukkan hasil bahwa hanya faktor *subjective norm* dan *fase pengingatan* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor lainnya tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.14 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *fase motivasi*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X5) <i>Subjective Norm</i> > (X11) <i>Skill</i>	-0,311	0,001
2	(X8) <i>Fase Pengingatan</i> > (X11) <i>Skill</i>	1,842	0,000

Pengaruh secara langsung antara *subjective norm* (X5) terhadap *skill* (X11) dengan nilai koefisien sebesar (-0,311) dan nilai *p* value sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *subjective norm* terhadap *skill* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *subjective norm* dan *skill*, dimana semakin meningkat *subjective norm* yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *skill* responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase pengingatan* (X8) terhadap *skill* (X11) dengan nilai koefisien sebesar (0,842) dan nilai *p* value sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase pengingatan* terhadap *skill* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa

terdapat pengaruh yang bersifat positif antara fase pengingatan dan skill, dimana semakin meningkat fase pengingatan yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan skill responden.

i. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Intention*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi dan *skill* menunjukkan hasil bahwa hanya faktor dukungan sosial, *subjective norm*, fase pengingatan dan *skill* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor lainnya tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.15 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *intention*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > (X11) <i>Intention</i>	0,292	0,002
2	(X5) <i>Subjective Norm</i> > (X11) <i>Intention</i>	0,410	0,001
3	(X8) <i>Fase Pengingatan</i> > (X11) <i>Intention</i>	-0,976	0,000
4	(X11) <i>Skill</i> > (X11) <i>Intention</i>	0,864	0,000

Pengaruh secara langsung antara *dukungan sosial* (X3) terhadap *intention* (Y1) dengan nilai koefisien sebesar (0,292) dan nilai *p value* sebesar 0,002 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *dukungan sosial* terhadap *intention* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental*

ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara dukungan sosial dan *intention*, dimana semakin meningkat dukungan sosial yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *intention* responden.

Pengaruh secara langsung antara *subjective norm* (X5) terhadap *intention* (Y1) dengan nilai koefisien sebesar (0,410) dan nilai *p* value sebesar 0,001 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *subjective norm* terhadap *intention* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *subjective norm* dan *intention*, dimana semakin meningkat *subjective norm* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *intention* responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase pengingatan* (X8) terhadap *intention* (Y1) dengan nilai koefisien sebesar (-0,976) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase pengingatan* terhadap *intention* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara fase pengingatan dan *intention*, dimana semakin meningkat fase pengingatan yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan *intention* responden.

Pengaruh secara langsung antara *skill* (X11) terhadap *intention* (Y1) dengan nilai koefisien sebesar (0,864) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *skill* terhadap *intention* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *skill* dan *intention*, dimana semakin meningkat *skill* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *intention* responden.

j. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Kemandirian ADL Instrumental*

Hasil analisis yang telah dilakukan untuk melihat pengaruh secara langsung antara faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behavioral control*, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan fase motivasi terhadap *kemandirian ADL Instrumental* menunjukkan hasil bahwa faktor *perceived behavioral control*, fase pengingatan, fase motivasi, *skill* dan *intention* yang memiliki pengaruh secara langsung, sedangkan faktor lainnya tidak memiliki pengaruh secara langsung.

Tabel 5.16 Hasil uji signifikansi model struktural (*inner model*) awal faktor yang mempengaruhi *kemandirian ADL instrumental*

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
1	(X6) <i>Perceived Behavior</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	0,431	0,000
2	(X8) <i>Fase Pengingatan</i> > (Y2)	-0,968	0,000

No	Hubungan kausalitas	Koefisien	P Value
	<i>Kemandirian ADL instrumental</i>		
3	(X10) <i>Fase Motivasi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	0,568	0,000
	<i>Kemandirian ADL instrumental</i>		
4	(X11) <i>Skill</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	0,787	0,000
	<i>Kemandirian ADL instrumental</i>		
5	(Y1) <i>Intention</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	-0,361	0,000

Pengaruh secara langsung antara *perceived behavior* (X6) terhadap *kemandirian ADL instrumental* (Y2) dengan nilai koefisien sebesar (0,431) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *perceived behavior* terhadap *kemandirian ADL instrumental* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan *kemandirian activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *perceived behavioural control* dan *kemandirian ADL Instrumental*, dimana semakin meningkat *perceived behavioural control* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan *kemandirian ADL Instrumental* responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase pengingatan* (X8) terhadap *kemandirian ADL instrumental* (Y2) dengan nilai koefisien sebesar (-0,968) dan nilai *p value* sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase pengingatan* terhadap *kemandirian ADL instrumental* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan *kemandirian activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa

terdapat pengaruh yang bersifat negatif antara fase pengingatan dan kemandirian ADL Instrumenal, dimana semakin meningkat fase pengingatan yang dimiliki oleh responden dapat menurunkan kemandirian ADL Instrumenal responden.

Pengaruh secara langsung antara *fase motivasi* (X10) terhadap *kemandirian ADL instrumental* (Y2) dengan nilai koefisien sebesar (0,568) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *fase motivasi* terhadap *kemandirian ADL instrumental* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara fase motivasi dan kemandirian ADL Instrumenal, dimana semakin meningkat fase motivasi yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan kemandirian ADL Instrumenal responden.

Pengaruh secara langsung antara *skill* (X2) terhadap *kemandirian ADL instrumental* (Y2) dengan nilai koefisien sebesar (0,787) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *skill* terhadap *kemandirian ADL instrumental* dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara skill dan kemandirian ADL Instrumenal, dimana semakin meningkat skill yang

dimiliki oleh responden dapat meningkatkan kemandirian ADL Instrumenal responden.

Pengaruh secara langsung antara *intention* (Y1) terhadap *kemandirian ADL* instrumental (Y2) dengan nilai koefisien sebesar (-0,361) dan nilai *p* value sebesar 0,000 yang berarti ada hubungan yang signifikan antara *intention* terhadap *kemandirian ADL* instrumental dalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bersifat positif antara *intention* dan kemandirian ADL Instrumenal, dimana semakin meningkat *intention* yang dimiliki oleh responden dapat meningkatkan kemandirian ADL Instrumenal responden.

2. Analisis R-square (R^2)

Pengukuran dengan analisis R-square (R^2) besar keragaman variabel *endogen* dapat dijelaskan oleh variabel *eksogen* sebagai berikut:

Tabel 5.17 Nilai R-square

No	Konstruk		R square
	Intention (Y1)	$R^2_{(n1)}$	0,145
	Kemandirian ADL instrumental (Y2)	$R^2_{(n2)}$	0,418

Nilai $R^2_{(n1)}$ untuk faktor *Intention* sebesar 0,145, hal ini berarti variasi faktor *intention* terkait dengan kemandirian ADL instrumental ODGJ berat yang dijelaskan oleh faktor dukungan social, *subjective norm*, fase pengingatan dan skill sebesar 14,5%, selebihnya 85,5% dijeaskan oleh faktor lain.

Nilai $R^2_{(n2)}$ untuk faktor *kemandirian ADL* instrumental ODGJ berat sebesar 0,418, hal ini berarti variasi faktor *kemandirian AD* instrumental yang dijelaskan oleh faktor *Perceived behaviour, fase pengingatan, fase motivasi, skill* dan *Intention* sebesar 41,8% , selebihnya 58,2% dijelaskan oleh faktor lain.

3. Analisis diagram jalur

Interpretasi diagram jalur membahas besar pengaruh antara kontruks independen terhadap dependen. Analisis besar pengaruh meliputi pengaruh langsung (*direct effect*) dan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) kepada kontruk terakhir dalam hal ini *kemandirian ADL instrumental ODGJ berat*.

Tabel 5.18 Jalur pengaruh pada konstruk berisikan pengaruh langsung dan tidak langsung pada jalur (*Path*)

	Jalur (<i>Path</i>)	Pengaruh	
		Langsung	Tidak Langsung
1	(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	Tidak Ada	Ada
2	(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	Tidak Ada	Ada
3	(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	Tidak Ada	Ada

Tidak terdapat pengaruh langsung dalam model ini. Sedangkan perhitungan nilai pengaruh tidak langsung dijelaskan pada tabel 5.19 berikut:

Tabel 5.19 Perhitungan nilai pengaruh tidak langsung

Jalur (<i>Path</i>)	Nilai Pengaruh tidak langsung	
(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL instrumental</i>	$X1 > X5 > X8 > X9 > X10 > Y2$ $0,632 \times 0,206 \times 1,006 \times 0,791 \times 0,568$	0,059
(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL</i>	$X1 > X5 > X8 > Y1 > Y2$ $0,632 \times 0,206 \times 0,976 \times 0,361$	0,045

Jalur (<i>Path</i>)	Nilai Pengaruh tidak langsung	
instrumental		
(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL</i> instrumental	X1 > X5 > X8 > Y2 0,632 X 0,206 X 0,968	0,126
(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL</i> instrumental	X1 > X9 > X10 > Y2 0,479 X 0,791 X 0,568	0,215
(X1) <i>Faktor Sosio Demografi</i> > (Y2) <i>Kemandirian ADL</i> instrumental	X1 > X10 > Y2 0,722 X 0,568	0,447*
(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X2 > X5 > X8 > Y2 1,820 X 0,206 X 0,968	0,363
(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X2 > X5 > X8 > Y1 > Y2 1,820 X 0,206 X 0,976 X 0,361	0,132
(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X2 > X5 > X8 > X9 > X10 > Y2 1,820 X 0,206 X 1,006 X 0,791 X 0,568	0,169
(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > <i>Kemandirian ADL</i> (instrumental Y2)	X2 > X9 > X10 > Y2 0,614 > 0,791 > 0,568	0,277
(X2) <i>Kondisi ODGJ</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X2 > X10 > Y2 0,745 > 0,568	0,423*
(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X3 > X4 > X8 > Y2 0,601 X 0,206 X 0,968	0,120*
(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X3 > X4 > X8 > Y1 > Y2 0,601 X 0,206 X 0,976 X 0,361	0,043
(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X3 > X4 > X8 > X11 > Y2 0,601 X 0,206 X 0,842 X 0,787	0,082
(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X3 > X4 > X8 > X11 > Y1 > Y2 0,601 X 0,206 X 0,842 X 0,864 X 0,361	0,032
(X3) <i>Dukungan Sosial</i> > <i>Kemandirian ADL</i> instrumental (Y2)	X3 > X4 > X8 > X9 > X10 > Y2 0,601 X 0,206 X 1,006 > 0,791 X 0,568	0,003

Jalur (<i>Path</i>)	Nilai Pengaruh tidak langsung	
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X5 > X8 > Y2 0,391 X 0,206 X 0,968	0,078
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X5 > X8 > Y1 > Y2 0,391 X 0,206 X 0,976 X 0,361	0,004
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X5 > X8 > X11 > Y2 0,391 X 0,206 X 0,787	0,063
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X5 > X8 > X11 > Y1 > Y2 0,391 X 0,206 X 0,842 X 0,864 X 0,361	0,021
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X5 > X8 > X9 > X10 > Y2 0,391 X 0,206 X 1,006 X 0,791 X 0,568	0,036
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > Y1 > Y2 0,292 > 0,361	0,105
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > X7 > X8 > Y2 0,379 X 0,283 X 0,610 X 0,968	0,063
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > X7 > X8 > Y1 > Y2 0,379 X 0,283 X 0,610 X 0,976 X 0,361	0,023
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > X7 > X8 > X11 > Y1 > Y2 0,379 X 0,283 X 0,610 X 0,842 X 0,864 X 0,361	0,017
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > X7 > X8 > X9 > X10 > Y2 0,379 X 0,283 X 0,610 X 1,006 X 0,791 X 0,568	0,029
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > X10 > Y2 0,379 X 0,283 X 0,568	0,061
(X3) Dukungan Sosial > Kemandirian ADL instrumental (Y2)	X3 > X6 > Y2 0,379 X 0,283	0,107

Hasil analisis menunjukkan bahwa kemandirian ADL instrumental pada ODGJ berat dipengaruhi oleh *faktor sosio demografi* pasien dengan melalui faktor *fase motivasi kemandirian instrumental* (0,447). Sedangkan faktor kondisi ODGJ

berat memiliki pengaruh terbesar terhadap kemandirian instrumental ODGJ berat memiliki jalur yang sama yaitu melalui *fase motivasi* kemudian *kemandirian instrumental* (0,423). Faktor dukungan sosial memiliki pengaruh terbesar terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat memiliki jalur yang sedikit berbeda yaitu melalui jalur *attitude towards behaviour* kemudian melalui *fase pengingatan* dan *kemandirian instrumental* (0,120).

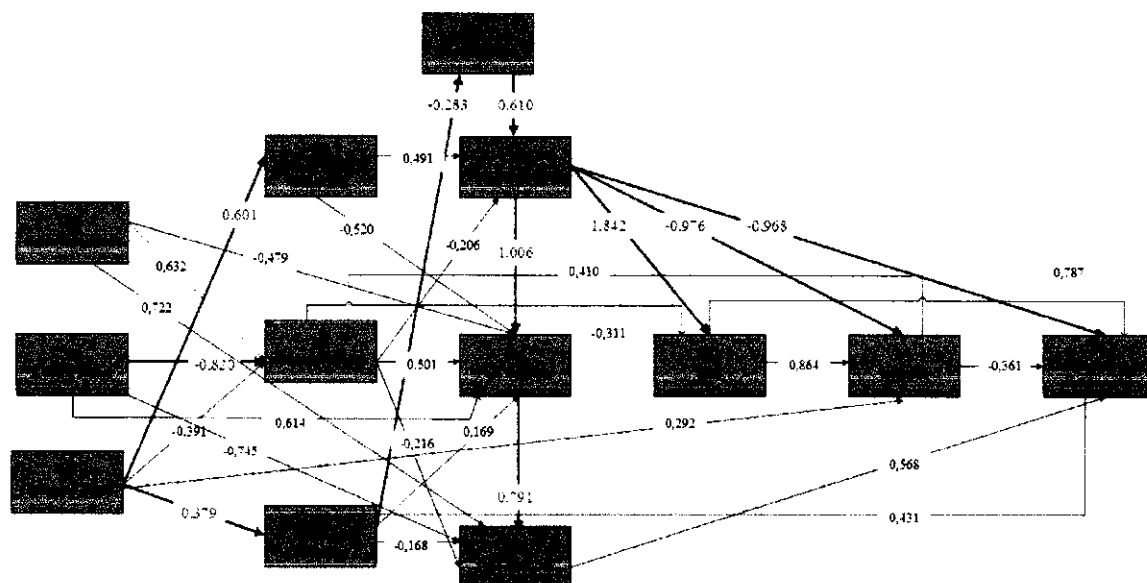
Hasil analisis yang telah dilakukan didapatkan beberapa hal penting yang mempengaruhi kondisi kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat yaitu *fase motivasi* yang dimiliki ODGJ berat, hal ini ditunjukkan dari hasil analisis tidak langsung, kedua faktor tersebut menjadi faktor yang selalu dilewati pada analisis pengaruh tidak langsung dengan nilai yang tinggi. Selain itu *attitude towards behaviour* dan fase pengingatan dalam mengikuti kegiatan pelatihan keterampilan yang diikuti ODGJ berat juga menjadi salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap kemandirian ADL *instrumental* pasien dari pengaruh tidak langsung faktor yang ada.

Nilai $R^2_{(n2)}$ dari pemodelan yang telah disusun sebesar 0,418 yang berarti variasi faktor yang berhubungan dengan kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat sebesar 41,8% % sedangkan sisanya 58,2% dipengaruhi oleh variabel yang tidak terdapat di dalam model penelitian ini.

5.4 Temuan Baru Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil analisis SEM dapat dikatakan hampir keseluruhan interaksi variable bersifat signifikan, namun untuk menyederhanakan tampilan gambar maka dipilih interaksi masing – masing variable yang memiliki pengaruh

terbesar. Pengembangan model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) instrumental* ODGJ berat sebagai berikut :



Gambar 5.2 Temuan baru model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living (ADL) instrumental* ODGJ berat

Berdasarkan gambar 5.2 dapat disimpulkan bahwa :

1. Berdasarkan Model, maka dapat diinterpretasikan masing – masing koefisien jalur yang dapat disajikan dalam persamaan struktural dibawah ini :

a. $X_4 = 0,601 X_3$

b. $X_5 = 0,632 X_1 - 0,820 X_2 - 0,391 X_3$

c. $X_6 = 0,379 X_3$

d. $X_7 = - 0,283 X_6$

e. $X_8 = 0,491 X_4 - 0,206 X_5 + 0,610 X_7$

f. $X_9 = -0,479X_1 + 0,614X_2 - 0,520X_4 + 0,501X_5 + 0,169X_6 + 1,006X_8$

$$g. X_{10} = 0,722X_1 - 0,745X_2 - 0,216X_5 - 0,168X_6 + 0,791X_9$$

$$h. X_{11} = -0,311X_5 + 1,842X_8$$

$$i. Y_1 = 0,292X_3 + 0,410 X_5 - 0,976 X_8 + 0,864 X_{11}$$

$$j. Y_2 = 0,431X_6 - 0,968 X_8 + 0,568X_{10} + 0,787 X_{11} - 0,361Y_1$$

Keterangan :

X_1 : Sosio Demografi

X_2 : Kondisi ODGJ

X_3 : Dukungan Sosial

X_4 : *Attitude Towards Behaviour*

X_5 : *Subjective Norm*

X_6 : *Perceived Behavior*

X_7 : Fase Perhatian

X_8 : Fase Peningkatan

X_9 : Fase Peniruan

X_{10} : Fase Motivasi

X_{11} : *Skill*

Y_1 : *Intention*

Y_2 : Kemandirian ADL Instrumental

Kemandirian ADL *instrumental* dipengaruhi secara langsung oleh: 1). *perceived behaviour*(0,431), 2). fase peningkatan (-0,968), 3). fase motivasi (0,568) , 4). *skill* (0,787) dan 5). *intention* (-0,361). Sedangkan kemandirian ADL *instrumental* secara tidak langsung dipengaruhi oleh faktor lainnya yaitu sosio demografi kondisi ODGJ, dukungan sosial, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, fase perhatian dan fase peniruan.

5.5 Perumusan Isu Strategis

Model hasil uji statistik dan data hasil penelitian digunakan untuk analisis dalam merumuskan isu strategis yang akan dijadikan bahan dalam konsultasi

pakar yang akan dilakukan. Perumusan isu strategis di sampaikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.20 Tabel Perumusan Isu Strategis

No	Variabel	Data	Issue Strategis
1	Sosio Demografi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendidikan Terakhir Menjadi indikator Yang Dominan Dalam Memprediksi Faktor Sosio Demografi 2. Sebagian besar responden memiliki Pendidikan terakhir SMA (39%) 3. Nilai loading Pendidikan terakhir sebesar 0,945 tertinggi dibandingkan indikator lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor sosio demografi khususnya faktor usia dan Pendidikan terakhir pasien dapat dijadikan sebuah syarat untuk ODGJ berat untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional sehingga mendapatkan keluaran yang maksimal. 2. Usia responden yang sudah tidak produktif dapat mempengaruhi proses berlangsungnya rehabilitasi dan menyebabkan keluaran tidak maksimal dimana responden yang cenderung berusia tidak produktif sulit untuk menerima ilmu baru dan untuk melakukan aplikasi.
2	Kondisi ODGJ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi ODGJ menjadi indikator yang dominan dalam memprediksi Jenis ODGJ berat 2. Sebagian besar responden adalah skizofrenia (76%) 3. Nilai loading jenis <i>gangguan kejiwaan</i> memiliki nilai loading 0,945 menjadi nilai loading tertinggi dibandingkan indikator lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar responden adalah skizofrenia dan hanya sebagian kecil yang non skizofrenia. Hal ini berdampak pada proses pengobatan yang lebih lama dan lebih sulit 2. Durasi sakit yang dialami pasien sebagian besar ≤ 5 tahun sehingga dapat meningkatkan kemudahan proses pengobatan dan dapat mengikuti rehabilitasi sosial vokasional
3	Dukungan Sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan sosial oleh petugas kesehatan menjadi indikator yang dominan dalam memprediksi dukungan sosial 2. Sebagian besar responden selalu mendapatkan dukungan tenaga kesehatan yang baik (60%) 3. Nilai loading dukungan oleh tenaga kesehatan memiliki loading 0,894 menjadi nilai loading tertinggi dibandingkan indikator lain dalam memprediksi dukungan sosial. 4. Dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga hanya sebesar 47% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar pasien masih sangat rendah, hal ini menyebabkan pasien kekurangan motivasi dan keyakinan untuk hidup mandiri melalui rehabilitasi sosial vokasional. 2. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang memberikan dukungan sosial terkecil dibandingkan sumber lain, hal ini disebabkan masih adanya stigma negatif oleh keluarga terhadap ODGJ berat.
4	Attitude Towards Behaviour	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nilai loading evaluation of behavioural belief</i> memiliki loading 0,918 menjadi nilai loading tertinggi dibandingkan indikator lain dalam memprediksi <i>attitude</i> 	Masih terdapat sebagian pasien yang memiliki sikap yang kurang baik terhadap rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan, hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan pasien akan dampak positif dan manfaat dari rehabilitasi sosial vokasional yang akan diikuti oleh responden.

No	Variabel	Data	Issue Strategis
		<i>towards behaviour</i>	
		2. Jumlah responden yang memiliki <i>evaluaton of behavoral</i> baik sebesar 67%.	
5	<i>Subjective Norm</i>	1. Nilai loading <i>norma belief</i> memiliki loading 0,913 menjadi nilai loading tertinggi dibandingkan indikator lain dalam memprediksi <i>subjective norm</i> . 2. Jumlah pasien yang memiliki <i>norma belief</i> baik sebanyak 43%.	Rendahnya dukungan yang diberikan oleh lingkungan sosial pasien menyebabkan norma subjektif pasien kurang bagus, hal ini dikarenakan pasien menganggap bahwa orang disekitar dirinya tidak mendukung untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.
6	Perceived Behavior	1. Nilai loading <i>control belief</i> memiliki loading 0,918 menjadi nilai loading tertinggi dibandingkan indikator lain dalam memprediksi <i>subjective norm</i> 2. Jumlah responden yang memiliki <i>control belief</i> baik sebanyak 80%.	Perlu peningkatan pengetahuan yang dimiliki oleh pasien agar semua responden memiliki persepsi bahwa rehailitasi vokasional ini tidak sulit untuk dilakukan karena didapatkan masih terdapat beberapa pasien yang menganggap bahwa rehabilitasi sosial vokasional yang ada sulit untuk dilakukan.
7	Fase Perhatian	1. Jumlah responden yang memiliki fase perhatian baik sebanyak 58%. 2. Fase perhatian mampu memprediksi fase pengingatan pada responden (0,610) dan hanya mampu memprediksi 1 faktor saja.	Proses rehabilitasi yang dilaksanakan masih terdapat beberapa gangguan yang menyebabkan perhatian pasien tidak fokus secara penuh terhadap pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional yang sedang berlangsung.
8	Fase Pengingatan	1. Jumlah responden yang memiliki fase pengingatan baik sebanyak 48%. 2. Fase pengingatan mampu memprediksi fase peniruan pada responden (1,006) apabila dibandingkan dengan faktor lainnya.	Kondisi ODGJ yang beragam mulai dari jenis ODGJ berat dan durasi sakit, serta usia dan Pendidikan terakhir responden mempengaruhi kemampuan mengingat yang dimiliki oleh pasien selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional
9	Fase Peniruan	1. Jumlah responden yang memiliki fase peniruan baik sebanyak 58%. 2. Fase peniruan mampu memprediksi fase motivasi pada responden (0,791). Namun sayangnya fase motivasi tidak dapat memprediksi kejadian faktor lain	Usia responden dan kemampuan reproduksi gerak pasien mempengaruhi peniruan yang dilakukan pasien selama rehabilitasi sosial vokasional, hal ini di dukung oleh kemampuan mengingat yang tidak cukup baik menyebabkan pasien gagal melakukan peniruan dari model yang diamati selama proses rehabilitasi.
10	Fase Motivasi	1. Jumlah responden yang memiliki fase motivasi baik sebanyak 32%. 2. Fase motivasi mampu memprediksi kemandirian	Rendahnya dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar responden menyebabkan responden memiliki motivasi yang kurang baik selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.

No	Variabel	Data	Issue Strategis
		ADL instrumental pada responden (0,568) secara langsung.	
11	<i>Skill</i>	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah responden yang memiliki skill baik sebanyak 67%. <i>Skill</i> yang dimiliki oleh responden mampu memprediksi kemandirian ADL instrumental pada responden (0,787) secara langsung. 	Masih terdapat beberapa pasien yang tidak memiliki skill yang cukup baik setelah melewati rehabilitasi sosial vokasional.
12	<i>Intention</i>	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah responden yang memiliki <i>intention</i> baik sebanyak 95%. <i>Intention</i> yang dimiliki oleh responden mampu memprediksi kemandirian ADL instrumental pada responden (-0,361) secara langsung. Nilai <i>R square intention</i> ODGJ berat sebesar 0,145 	Secara keseluruhan niat pasien untuk dapat melakukan ADL Instrumental sudah sangat baik yang di topang oleh sikap, persepsi dan keyakinan responden serta dari hasil rehabilitasi sosial vokasional yang telah dilakukan.
13	Kemandirian ADL Instrumental	<ol style="list-style-type: none"> Jumlah responden yang memiliki kemandirian ADL Instrumental baik sebanyak 74%. faktor yang memiliki pengaruh secara langsung terbesar pada kemandirian ADL Instrumental ODGJ berat adalah fase pengingatan responden (-0,968). Faktor yang secara tidak langsung berpengaruh terbesar terhadap kemandirian ADL Instrumental responden adalah faktor sosio demografi. 	Kemandirian ADL Instrumental pasien secara umum berada di tingkat sedang dimana terdapat beberapa aspek yang secara langsung berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental pasien yaitu keyakinan pasien, kemampuan mengingat selama rehabilitasi sosial vokasional, skill yang dimiliki oleh pasien dan niat yang dimiliki oleh pasien untuk dapat mandiri.

5.6 Hasil Pelaksanaan Konsultasi Pakar

Metode ini dipilih mengingat keterbatasan waktu dari para pakar serta kondisi pandemic COVID-19 yang masih berlangsung sehingga dibutuhkan metode yang memiliki risiko rendah terhadap pandemic yang sedang berlangsung.

Isu strategis dikonsultasikan kepada pakar yang dijadikan rekomendasi dalam penyusunan modul pelatihan yang dapat digunakan sebagai pedoman rehabilitasi sosial vokasional pada ODGJ berat guna tercapainya kemandirian ADL *instrumental*.

Konsultasi pakar dengan tenaga kesehatan yang melibatkan 3 pakar yang terdiri dari ;

1. Pakar psikiater, beliau berinisial dr. E, SpKj adalah dokter spesialis kesehatan jiwa yang dinas di RS Jiwa Menur Surabaya dan sudah berkecimpung menangani ODGJ berat lebih dari 10 tahun.
2. Pakar perawat kesehatan jiwa, beliau berinisial Prof. Dr. A, SKp.,M.Kes adalah pakar kesehatan jiwa masyarakat dan salah satu ilmuwan kesehatan jiwa masyarakat Universitas Airlangga Surabaya yang memiliki latar belakang pendidikan keperawatan.
3. Tenaga rehabilitasi, beliau berinisial R, SST adalah tenaga ahli profesional tingkat madya di bidang OT lulusan D-IV Okupasi Terapi (OT) di politeknik kesehatan kemenkes Surakarta dan sudah bekerja di lebih dari 10 tahun di ruang rehabilitasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Diskusi pakar dilakukan lewat daring di waktu efektif untuk mengidentifikasi penyebab situasi dan kondisi ODGJ berat dan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan di ruang rehabilitasi RS Jiwa serta mendiskusikan hambatan dan harapan petugas kesehatan terhadap pelayanan yang ditujukan khusus pada ODGJ berat yang akan dilakukan rehabilitasi.

Pengembangan model rehabilitasi sosial vokasional bertujuan untuk meningkatkan kemandirian ADL *Instrumental* ODGJ berat sehingga bisa hidup produktif setelah keluar dari RS Jiwa. Pengembangan model dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian yang telah ditemukan dengan standard berdasarkan teori dan konsep yang ada untuk disesuaikan dengan situasi rehabilitasi dan ODGJ berat. Model awal dari pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional diperkenalkan oleh Becker yang membagi tahapan rehabilitasi sosial vokasional kedalam beberapa bagian yaitu : 1) Menetapkan kelayakan pasien ; 2) Konseling untuk persiapan ; 3) Pelaksanaan Rehabilitasi ; 4) Evaluasi pelaksanaan ; 5) Dukungan yang berkesinambungan.

Proses penyusunan pengembangan model dilakukan oleh peneliti melalui diskusi pakar, selanjutnyapengembangan model bisa diterapkan secara operasional, maka disusun dalam bentuk modul bagi peneliti dan tenaga kesehatan khususnya di ruang rehabilitasi RS Jiwa yang menjadi pedoman pemberian pendidikan guna peningkatan Kemandirian ADL *Instrumental* ODGJ berat.

Tabel 5.21 Hasil Konsultasi pakar, rekomendasi pakar dan pengembangan model

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
1	1. Usia responden yang sudah tidak produktif dapat mempengaruhi proses berlangsungnya rehabilitasi dan menyebabkan keluhan tidak maksimal dimana responden yang berusia tidak produktif sulit untuk menerima ilmu baru dan untuk melakukan aplikasi. 2. Pendidikan ODGJ berat yang terlalu rendah berpengaruh terhadap kemampuan berfikir dan pengetahuan paastien sehingga	1. Faktor sosio demografi khususnya faktor usia dan Pendidikan terakhir ODGJ berat dapat dijadikan sebuah syarat untuk ODGJ berat yang mengikuti rehabilitasi sosial vokasional sehingga mendapatkan keluaran yang maksimal. 2. Pendidikan ODGJ berat yang terlalu rendah berpengaruh terhadap kemampuan berfikir dan pengetahuan paastien sehingga	1. Pndapat psikiater: perlu pengelompokan usia, jenis kelamin dan pendidikan ODGJ dalam melakukan terapi agar dapat memberikan program terapi yang sesuai sasaran. 2. Pndapat perawat jiwa: Pendidikan dan pengetahuan merupakan modal besar bagi ODGJ berat dalam kemandirian ADL, sehingga pengelompokan ODGJ akan memudahkan dan memperbaiki	1. Faktor sosio demografi merupakan salah satu faktor yang penting terhadap keberhasilan rehabilitasi sosial vokasional 2. Usia responden cukup berpengaruh terhadap keberhasilan rehabilitasi, hal ini berkaitan dengan kemampuan reproduksi gerak saat mengikuti rehabilitasi sosial vokasional serta kemampuan kognitif ODGJ berat, dimana pada usia yang tinggi kemampuan kedua hal tersebut cenderung menurun. 3. Pendidikan responden berkaitan dengan kemampuan	1. Pendidikan dan pengetahuan merupakan modal besar bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dalam kemandirian ADL, karena diharapkan dengan mempunyai pengetahuan lebih mudah menyerap informasi dan program terapi sehingga keberlangsungan dan keberhasilan terapi lebih baik 2. Perlu nya pemberian pengetahuan tentang Kemandirian Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat. 3. Perlu nya pemberian pengetahuan tentang motivasi untuk meningkatkan	Standar : Menetapkan Kelayakan Pasien Struktur : 1. Faktor Sosio demografi ODGJ berat 2. Kondisi ODGJ	1. Meningkatkan kemampuan tenaga rehabilitasi dalam mengkaji latar belakang sosio demografi ODGJ berat (usia, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, riwayat pekerjaan terakhir) sehingga ODGJ berat yang mengikuti rehabilitasi sosial vokasional memenuhi syarat faktor sosio demografi sesuai standar yang telah di tetapkan. 2. Meningkatkan kemampuan tenaga rehabilitasi dalam mengkaji kondisi kesehatan ODGJ (jenis ODGJ berat, durasi sakit) sehingga ODGJ berat yang mengikuti rehabilitasi memenuhi standar yang telah di tetapkan. 3. Melakukan edukasi terhadap ODGJ berat khususnya skizofenia untuk meningkatkan pengetahuan dan motivasi ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional.

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	dikhawatirkan berpengaruh terhadap keluaran hasil rehabilitasi.		<p>proses penyerapan informasi dan terapi.</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: Pengelompokan ODGJ berat dan Pengulangan terapi sangat mempengaruhi keberhasilan terapi.</p> <p>4. Jenis kelamin responden meski berpengaruh terhadap pelaksanaan rehabilitasi sosial vokastonal namun pengaruh yang timbul tidak terlalu signifikan.</p>	<p>berpikir serta kemampuan dasar seperti baca dan tulis, responden yang tidak memiliki riwayat sekolah formal atau tidak lulus SD cenderung memiliki kemampuan berfikir yang tidak cukup baik.</p> <p>4. Jenis kelamin responden meski berpengaruh terhadap pelaksanaan rehabilitasi sosial vokastonal namun pengaruh yang timbul tidak terlalu signifikan.</p>	<p>kemandirian, melalui pengelompokan usia dan jenis kelamin serta pendidikan sehingga tepat sasaran</p> <p>4. Motivasi menjadi bagian penting dengan meningkatkan subjective norm, fase penurunan dan fase motivasi sehingga upaya kemandirian Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat diharapkan dapat terwujud</p>		
2	1. Sebagian besar responden memiliki jenis ODGJ berat adalah <i>skizofrenia</i> dan hanya sebagian besar yang didiagnosa non skizofrenia. Hal	Kondisi ODGJ berat dapat dijadikan sebagai indikator peserta sebelum mengikuti rehabilitasi sosial vokastonal. Perlu di susun indikator kelayakan peserta	<p>1. Pendapat psikiater: Perlu adanya anamnesa awal ODGJ berat, sehingga dikelompokkan ODGJ berat yang memungkinkan</p>	<p>1. Jenis gangguan kejiwaan responden dapat berpengaruh terhadap proses penyembuhan responden, dimana gangguan mood, skizoafektif dan <i>skizofrenia</i> memiliki tingkat</p>	<p>1. Jenis gangguan kejiwaan mempunyai ciri khas dalam manifestasi dan perubahan perilakunya, hal ini akan sangat berkontribusi dalam proses terapi</p>		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	ini berdampak pada proses pengobatan yang lebih lama dan lebih sulit	dari kondisi kesehatan jiwa responden untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.	mengikuti terapi atau tidak.	kesulitan penyembuhan yang berbeda-beda yang akhirnya dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan rehabilitasi vokasional, namun hal ini dapat diatasi dengan pemeriksaan yang baik sehingga dapat dinilai layak atau tidaknya ODGJ berat untuk mengikuti rehabilitasi.	khususnya motivasi ODGJ berat untuk mengikuti terapi rehabilitasi, yang membutuhkan subjective norm, fase penurunan		
2.	Durasi sakit yang dialami ODGJ berat sebagian besar <5 tahun sehingga dapat meningkatkan kemudahan proses pengobatan dan dapat mengikuti rehabilitasi sosial vokasional	2. Pendapat perawat jiwa: Jenis <i>skizofrenia</i> mempunyai ciri khas dalam manifestasi dan perubahan perilakunya, hal ini akan sangat berkontribusi dalam proses terapi khususnya motivasi ODGJ berat untuk mengikuti terapi rehabilitasi, yang membutuhkan subjective norm, fase penurunan	2. Durasi sakit responden merupakan salah satu faktor yang berpengaruh, semakin lama sakit yang diderita ODGJ berat akan berpengaruh terhadap tingkatan kognitif dan reproduksi gerak tubuh responden (untuk ODGJ berat)	2. Perlunya pengklasifikasian gangguan kejiwaan agar proses treatment lebih spesifik sesuai dengan manifestasi dan respon Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat sehingga kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dapat lebih efektif. Motivasi menjadi bagian penting dengan penguatan subjective norm Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat sehingga upaya kemandirian ADL			
			3. Pendapat tenaga rehabilitasi: pemberian terapi, motivasi secara berkala sangat diperlukan	3. Motivasi menjadi bagian penting dengan penguatan subjective norm Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat sehingga upaya kemandirian ADL			

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
3	<p>1. Dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar ODGJ berat masih sangat rendah, hal ini menyebabkan ODGJ berat kekurangan motivasi dan keyakinan untuk hidup mandiri melalui rehabilitasi sosial vokasional.</p> <p>2. Keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang memberikan dukungan sosial terkecil dibandingkan sumber lain, hal</p>	<p>1. Dukungan sosial yang diberikan oleh orang yang berada di sekitar ODGJ berat perlu ditingkatkan sehingga draft untuk meningkatkan dukungan sosial pada responden.</p>	<p>1. Pendapat psikiater: perlu adanya keterkaitan kerjasama antara tenaga kesehatan dan melibatkan keluarga dalam program terapi ODGJ berat</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: skill dan pengetahuan yang dimiliki oleh therapist atau tenaga kesehatan merupakan faktor penentu dalam terapi. Yang akan memunculkan sikap ODGJ berat untuk berperilaku</p>	<p>4. Dukungan sosial yang diberikan pada ODGJ berat khususnya <i>skizofrenia</i> menjadi sebuah dorongan yang penting sehingga menyebabkan individu memiliki rasa optimis yang tinggi untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional yang akan diikuti dan menurunkan efek negatif seperti kecemasan dan stress yang timbul pada ODGJ berat.</p> <p>5. Dukungan sosial memiliki nilai yang sama pentingnya baik dukungan sosial yang berasal dari keluarga.</p>	<p>1. Petugas kesehatan salah satu faktor penentu dalam sebuah terapi karena skill dan pengetahuan yang dimiliki oleh therapist atau tenaga kesehatan yang dapat memberikan <i>attitude towards behaviour</i> pada ODGJ berat sehingga keberlangsungan terapi dapat terwujud dalam kemandirian ADL instrumental ODGJ berat.</p> <p>2. Perlunya koordinasi dan dukungan maskes dalam suatu treatment menjadi bagian penting dalam proses rehabilitasi dikarenakan petugas kesehatan menjadi bagian penting dalam mengkaji rencana</p>	<p>Standar : Dukungan Yang berkesinambungan</p> <p>Struktur : 1. Dukungan Oleh Keluarga 2. Dukungan Oleh Teman 3. Dukungan Oleh Tenaga Kesehatan.</p>	<p>1. Meningkatkan dan Memastikan bahwa keluarga selalu memberikan dukungan yang cukup bagi ODGJ berat sehingga mengurangi terjadinya relaps serta meningkatkan kemandirian ADL instrumental ODGJ berat untuk dapat kembali hidup produktif.</p> <p>2. Meningkatkan dan Memastikan bahwa teman sebaya selalu memberikan dukungan yang cukup bagi ODGJ berat sehingga mengurangi terjadinya relaps serta meningkatkan kemandirian ADL instrumental ODGJ berat untuk dapat kembali hidup produktif.</p> <p>3. Meningkatkan dan Memastikan bahwa tenaga kesehatan selalu memberikan dukungan yang cukup bagi ODGJ berat</p>

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	ini disebabkan masih adanya stigma negatif oleh keluarga terhadap ODGJ berat		sehingga keberlangsungan terapi dapat terwujud dalam kemandirian ADL instrumental ODGJ berat 3. Pendapat tenaga rehabilitasi: perlu adanya pengulangan treatment yang diberikan tenaga kesehatan dan keluarga untuk mensupport keberhasilan program terapi.	teman sebaya dan tenaga kesehatan sehingga perlu diberikan pada ODGJ berat dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Perlu dilakukan konseling tidak hanya pada tenaga kesehatan, namun juga pada orang disekitar responden khususnya keluarga yang merupakan orang terdekat ODGJ berat sehingga dapat menyebabkan dukungan sosial yang cukup pada ODGJ berat.	tindakan, implementasi dan evaluasi bagi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat sehingga upaya kemandirian ADL instrumental diharapkan dapat terwujud 3. Perlunya penguatan dalam <i>attitude towards behaviour</i> Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dalam mendukung treatment rehabilitasi ini, yang nantinya memberikan kontribusi yang besar dalam terwujudnya kemandirian ADL instrumental ODGJ berat	Standar : Konseling Persiapan	sehingga mengurangi terjadinya relaps serta meningkatkan kemandirian ADL instrumental serta ODGJ berat dapat kembali hidup produktif. 4. Fungsi petugas kesehatan sebagai fasilitator dan melakukan koordinasi dengan pihak lain untuk memastikan dukungan sosial bagi ODGJ berat
4	Masih terdapat sebagian pasien yang memiliki sikap yang kurang baik terhadap rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan, hal ini	1. Perlu dilakukan evaluasi terhadap sikap ODGJ berat untuk mengetahui	1. Pendapat psikiater: penjelasan awal dan anamnesa awal sangat diperlukan untuk	1. <i>Attitude towards behaviour</i> merupakan sikap yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional	1. Sikap ODGJ berat harus dievaluasi saat terapi rehabilitasi sehingga berdampak pada treatment yang akan dilakukan pada ODGJ berat tersebut,	Standar : Konseling Persiapan	1. Melakukan evaluasi terhadap sikap ODGJ berat sebelum mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. 2. Meningkatkan sikap penerimaan ODGJ berat

No	Issue strategies	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	disebabkan kurangnya pengetahuan ODGJ berat akan dampak positif dan manfaat dari rehabilitasi sosial vokasional yang akan diikuti oleh responden.	penerimaan ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional sehingga dapat dilakukan berbagai usaha untuk meningkatkan luaran yang diinginkan.	<p>menunjang penguatan motivasi mengikuti terapi dan menentukan terapi yang sesuai.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: Sikap ODGJ berat dalam terapi ini harus dievaluasi dalam perilaku mereka saat terapi rehabilitasi sehingga berdampak pada treatment yang akan dilakukan pada ODGJ berat tersebut, selain itu akan berpengaruh pada tiap fase di terapi</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: perlunya evaluasi pada</p>	<p>yang akan dilakukan, dimana sikap ini dipengaruhi oleh kepercayaan ODGJ berat apakah rehabilitasi sosial vokasional akan memberikan dampak yang positif atau tidak.</p> <p>2. Perlu dibentuk keyakinan yang baik bagi ODGJ berat apabila mereka mengikuti rehabilitasi sosial vokasional akan memberikan dampak yang positif bagi kehidupan mereka di masa yang akan datang.</p>	<p>selain itu akan berpengaruh pada tiap fase di terapi rehabilitasi salah satunya fase peniruan.</p> <p>2. Keberlanjutan <i>attitude towards behaviour</i> menjadi bagian penting dalam mendukung treatment rehabilitasi ini.</p> <p>3. Peningkatan <i>attitude towards behaviour</i> akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi dalam fase pengingatan dan peniruan responden dalam rehabilitasi sosial vokasional.</p>	<p><i>Attitude towards behaviour</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Behavioral Belief</i> 2. <i>Evaluation of Behavioral Belief</i> 3. 	<p>terhadap rehabilitasi yang akan dilakukan melalui kegiatan konseling antara petugas rehabilitasi dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat.</p> <p>Kemampuan petugas rehabilitasi untuk selalu memastikan bahwa ODGJ berat selalu memiliki keyakinan yang positif terhadap rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan dan berusaha untuk menjaga keyakinan yang ada agar tidak menurun yang berdampak pada proses rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan.</p>

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
5	Rendahnya dukungan yang diberikan oleh lingkungan sosial ODGJ berat menyebabkan norma subjektif ODGJ berat kurang bagus, hal ini dikarenakan ODGJ berat menganggap bahwa orang disekitar dirinya tidak mendukung untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.	Perlu dilakukan evaluasi terhadap norma subjektif ODGJ berat untuk mengetahui penerimaan ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional sehingga dapat dilakukan berbagai usaha untuk meningkatkan luaran yang diinginkan.	<p>1. Pendapat psikiater: perlu adanya dukungan dari lingkungan sosial ODGJ berat agar terapi berhasil dan berkelanjutan.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: ODGJ berat mempunyai nilai atau norma yang diyakininya, hal ini dapat memberikan masukan dan perubahan dalam setiap yang dilakukan dan dirasakannya ODGJ berat sehingga berdampak pada treatment yang akan dilakukan pada ODGJ berat tersebut, selain itu akan berpengaruh pada tiap fase di terapi rehabilitasi salah satunya fase peniruan dalam terapi rehabilitasi agar kemandirian ADL instrumental sosial vokasional.</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi.</p>	<p>1. Keberlanjutan subjective norm menjadi bagian penting Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat dalam mendukung treatment rehabilitasi ini agar terwujudnya kemandirian ADL instrumental ODGJ berat</p> <p>2. Peningkatan subjective norm akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi dalam fase pengingatan dan peniruan, fase motivasi, skill dan intention responden dalam rehabilitasi sosial vokasional.</p>	<p>1. Melakukan evaluasi terhadap norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat sebelum mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.</p> <p>2. Kemampuan tenaga rehabilitasi untuk selalu memastikan bahwa ODGJ berat mendapat dukungan yang cukup sehingga terbentuk norma belief yang positif dan membuat ODGJ berat merasa harus melakukan rehabilitasi sosial vokasional secara maksimal.</p> <p>3. Kemampuan yang dimiliki tenaga rehabilitasi dalam menjaga agar motivasi yang dimiliki ODGJ berat sebelum rehabilitasi selalu baik sampai proses rehabilitasi selesai dilakukan.</p>		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
6	<p>Perlu peningkatan pemahaman dan pengetahuan yang dimiliki oleh ODGJ berat agar semua responden memiliki persepsi bahwa reabilitas vokasional ini tidak sulit untuk dilakukan karena didapatkan masih terdapat beberapa ODGJ berat yang menganggap bahwa rehabilitasi sosial vokasional yang ada sulit untuk dilakukan.</p>	<p>Perlu di dilakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan persepsi ODGJ berat untuk mengetahui penerimaan ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional sehingga dapat dilakukan berbagai usaha untuk meningkatkan luaran yang diinginkan.</p>	<p>1. Pendapat psikiatrer: Persepsi akan menentukan perilaku yang ada pada ODGJ berat , sehingga sangat penting memberikan persepsi yang konstruktif bukan persepsi dengan stressor.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: pentingnya pemberian persepsi yang baik terhadap program terapi karena menentukan pada tahapan fase perhatian, fase pentruan,</p>	<p>1. Perceived behaviour merupakan persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat terkait mudah atau tidaknya rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan. Apabila rehabilitasi sosial vokasional dirasa mudah maka perceived behaviour ODGJ berat akan menjadi tinggi. Dengan demikian maka perlu dilakukan konseling terhadap ODGJ berat sebelum pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional sehingga responden dapat</p>	<p>1. Persepsi akan menentukan perilaku yang ada pada ODGJ berat, sehingga kita mencoba agar dalam terapi ini memberikan persepsi yang konstruktif bukan menjadi persepsi yang penuh dengan stressor karena menentukan pada tahapan selanjutnya untuk memprediksi kemandirian ADL instrumental</p> <p>2. Peningkatan Perceived Behaviour akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi dalam fase perhatian, fase penruan, fase</p>	<p>1. <i>Perceived Behavior</i> 1. <i>Control Belief</i> 2. <i>Perceived Power</i></p>	<p>1. Melakukan evaluasi persepsi pada ODGJ berat sebelum pelaksanaan rehabilitasi. 2. Kemampuan petugas rehabilitasi untuk memastikan bahwa ODGJ berat selalu memiliki persepsi yang baik dan menganggap rehabilitasi vokasional yang akan dilakukan akan berjalan dengan mudah dan bermanfaat. 3. Kemampuan untuk menjaga persepsi ODGJ berat selalu positif terkait reabilitas vokasional dengan cara menambah pengetahuan terhadap ODGJ berat</p>

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
			<p>fase motivasi serta mampu secara langsung memprediksi kemandirian ADL instrumental</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: perlunya peningkatan keyakinan bisa melakukan latihan pada saat terapi</p>	<p>yakin rehabilitasi mudah untuk dilakukan dan terbentuk persepsi yang baik.</p>	<p>motivasi serta mampu secara langsung memprediksi kemandirian ADL instrumental.</p>		
7	<p>Proses rehabilitasi yang dilaksanakan masih terdapat beberapa gangguan yang menyebabkan perhatian ODGJ berat tidak fokus secara penuh terhadap pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional yang sedang berlangsung.</p>	<p>Perumusan tata laksana rehabilitasi sosial vokasional serta evaluasi yang baik dimana perlu dilakukan pengulangan materi dan praktik sehingga perhatian yang dilakukan ODGJ berat bias maksimal.</p>	<p>1. Pendapat psikiater: pentingnya membangun rasa percaya antara ODGJ berat dan terapis.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: Fase perhatian bagian penting terapi karena diharapkan dapat terbentuk trust building sehingga ODGJ</p>	<p>1. Perlu dilakukan usaha untuk meningkatkan fase perhatian karena tanpa memiliki perhatian yang cukup maka informasi yang dapat disimpan responden juga akan rendah yang berpengaruh pada fase – fase selanjutnya termasuk skill yang akan diperoleh ODGJ berat pasca</p>	<p>1. Fase perhatian merupakan bagian penting dalam sebuah terapi karena ODGJ berat diharapkan dapat terbentuk trust building sehingga ODGJ berat tetap merasa nyaman dan senang dengan terapi tanpa menganggap sebuah stressor dalam setiap bagian terapi sehingga kemandirian ADL</p>	<p>Standar : Pelaksanaan Rehabilitasi Sosial Vokasional</p> <p>Struktur : 1. Fase Perhatian 2. Fase Pengingatan 3. Fase Peniruan 4. Fase Motivasi</p>	<p>1. Perumusan tata laksana rehabilitasi sosial vokasional yang baik sehingga proses rehabilitasi berjalan dengan maksimal.</p> <p>2. Menyusun instrumen evaluasi pada masing – masing fase rehabilitasi sosial vokasional yang dialami oleh ODGJ berat. Pada fase pengingatan diperlukan pengulangan dalam pemberian materi untuk mempermudah ODGJ berat mengingat.</p> <p>3. Kemampuan petugas rehabilitasi dalam</p>

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
8	Kondisi ODGJ berat yang beragam mulai dari jenis ODGJ berat yang ada dan durasi sakit, serta usia dan Pendidikan terakhir responden mempengaruhi kemampuan mengingat yang dimiliki oleh ODGJ berat selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional	Perumusan tata laksana rehabilitasi sosial vokasional yang baik yaitu perlu dilakukan pengulangan materi dan praktek sehingga mengingat yang dilakukan ODGJ berat bias maksimal.	<p>1. Pendapat psikiater: Fase pengingatan bagian penting dalam menyimpan hasil terapi, dapat dilakukan dengan mengulang-ulang terapi, sehingga kemandirian ADL instrumental</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: terapis perlu membuat ODGJ berat nyaman saat melakukan terapi.</p>	<p>mengikuti rehabilitasi sosial vokasional</p> <p>4. Perlu ditingkatkan fase pengingatan dari ODGJ berat sehingga ODGJ berat dapat mengingat dengan baik ilmu yang didapatkan selama proses rehabilitasi sosial vokasional sehingga dapat dilakukan peniruan dan dapat di ingat dalam jangka waktu yang lama dan</p>	<p>instrumental dapat terwujud</p> <p>2. Dalam Fase perhatian dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL</p> <p>Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi yang berpengaruh dapat meningkatkan fase pengingatan dengan baik.</p> <p>1. Fase pengingatan bagian penting dalam menyimpan hasil terapi yang diberikan sehingga dapat terapikasi dalam sebuah perawatan dan pengaktifan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat</p> <p>2. Perlunya penguatan dalam Fase</p>	<p>membantu peserta rehabilitasi untuk menurukan keterampilan selama proses rehabilitasi</p> <p>4. Kemampuan petugas rehabilitasi untuk selalu menjaga motivasi ODGJ berat sehingga memiliki semangat yang tetap tinggi selama mengikuti proses rehabilitasi sosial vokasional, dengan pemberian reinforcement pada setiap keberhasilan yang dicapai oleh responden</p>	

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
			<p>ODGJ berat dapat tercapai Pendapat perawat jiwa: pengulangan sangat diperlukan agar memberikan memori jangka panjang dan membentuk kebiasaan.</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: penting adanya pengulangan terus menerus dalam setiap melakukan ADL instrumental.</p>	berakibat pada skill yang baik	<p>peringatan dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi yang berpengaruh dapat meningkatkan fase peniruan, skill, intention dengan baik. Fase pengingatan juga dapat memprediksi kemandirian ADL instrumental secara langsung.</p>		
9	Usia responden dan kemampuan reproduksi gerak ODGJ berat mempengaruhi peniruan yang dilakukan ODGJ berat selama rehabilitasi sosial vokasional, hal ini di dukung oleh kemampuan	Perumusan tata laksana rehabilitasi sosial vokasional yang baik dimana perlu dilakukan pengulangan materi dan praktek sehingga peniruan yang dilakukan ODGJ berat bisa	<p>1. Pendapat psikiater: terapi disesuaikan dengan kemampuan ODGJ berat. Tetap distimulus, jika gagal di ulang sampai bisa dan terbiasa.</p> <p>2. Pendapat</p>	<p>1. Perlu dilakukan peningkatan kemampuan peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat sehingga dapat memiliki skill yang mencukupi pasca rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan. Dengan</p>	<p>1. Fase peniruan akan memberikan gambaran yang aplikatif dan learning by watching oleh ODGJ berat terhadap kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat.</p>		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	mengingat yang tidak cukup baik menyebabkan ODGJ berat gagal melakukan peniruan dari model yang diamati selama proses rehabilitasi.	maksimal.	perawat jiwa: Fase peniruan akan memberikan gambaran yang aplikatif dan <i>learning by watching</i> oleh ODGJ berat terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat	peniruan yang baik maka menyebabkan kemampuan yang dimiliki responden semakin terasah dan menyebabkan pada peningkatan skill responden.	2. Perlu penguatan dalam Fase pengingatan dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat. akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi yang berpengaruh dapat meningkatkan fase peniruan, skill, intention dengan baik. Fase pengingatan juga dapat memprediksi kemandirian ADL instrumental secara langsung		
10	Rendahnya dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar responden menyebabkan responden memiliki motivasi yang kurang baik selama mengikuti	Perumusan tata laksana evaluasi terhadap motivasi yang dimiliki ODGJ berat selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.	1. Pendapat psikiater: Motivasi ODGJ berat merupakan hal yang harus ditumbuhkan dan di pertahankan dalam setiap ODGJ berat	4. Perlu dilakukan peningkatan motivasi ODGJ berat sehingga dapat memiliki skill yang mencukupi pasca rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan.	1. Motivasi ODGJ berat merupakan hal yang harus ditubuhkan dan di pertahankan dalam setiap treatment dikarenakan mengingat terapi ini		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	rehabilitasi sosial vokasional.		<p>treatment dikarenakan mengingat terapi ini berlangsung secara <i>continuity</i>.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: Perlu sebuah upaya yang sabar, agar ODGJ berat dalam mengikuti terapi secara konsisten dalam melatih kemandirian ADL instrumetal</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: perlu dilakukan secara terus menerus agar memperkuat fase pengingatan ODGJ berat.</p>	<p>Dengan motivasi yang baik menyebabkan responden mengikuti rehabilitasi dengan semangat sehingga dapat meningkatkan keluaran yang diinginkan</p> <p>2.</p>	<p>berlangsung secara kontinue. Selain itu perlu sebuah upaya agar ODGJ berat dalam mengikuti terapi secara konsisten dalam kemandirian ADL instrumental</p> <p>2. Perlunya penguatan dalam fase pengingatan dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi dalam bentuk yang menyenangkan dan penuh dengan kata-kata motivasi dan support system yang berpengaruh dapat meningkatkan fase peniruan, skill, intention dengan baik. Fase pengingatan juga</p>		

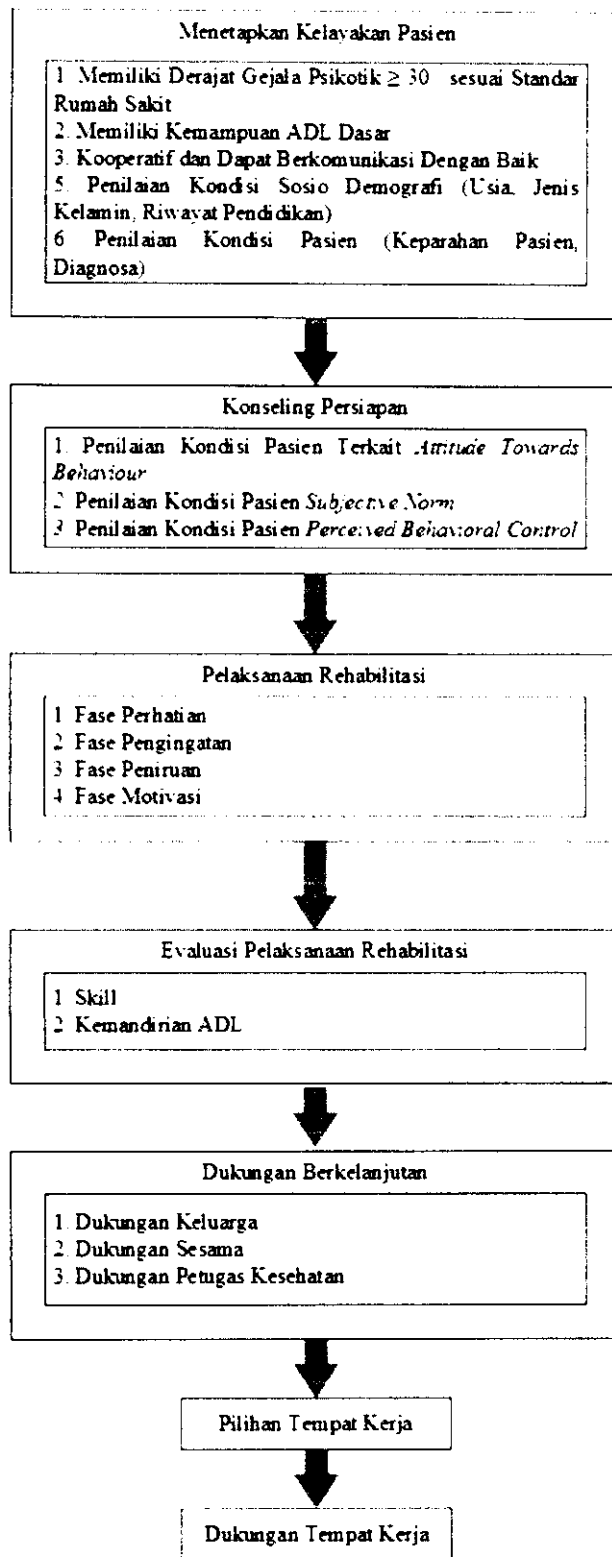
No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
11	Masih terdapat beberapa ODGJ berat yang tidak memiliki skill yang cukup baik setelah melewati rehabilitasi sosial vokasional.	Perlu dilakukan analisis dan evaluasi terhadap skill yang dimiliki oleh ODGJ berat pasca mengikuti rehabilitasi sosial vokasional untuk mengetahui luaran dari rehabilitasi sosial vokasional.	<p>1. Pendapat psikiater: perlu pengalihan minat dan kemampuan lain yang dimiliki ODGJ berat.</p> <p>2. Pendapat perawat jiwa: Keterampilan ODGJ berat merupakan potensi yang dapat bangun sebagai <i>reinforcement</i> dalam sebuah terapi karena dapat mendukung keberhasilan fase pengingatan dan yang nantinya dapat memprediksi factor intention dan kemandirian</p>	<p>1. Keterampilan ODGJ berat merupakan potensi yang dapat kita bangun sebagai reinforcement dalam sebuah terapi karena dapat mendukung keberhasilan fase pengingatan dan yang nantinya dapat memprediksi faktor intention dan kemandirian ADL yang telah dicapai ODGJ berat</p> <p>2. Keterampilan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat merupakan potensi yang dapat kita bangun sebagai reinforcement dalam sebuah terapi karena dapat mendukung keberhasilan fase pengingatan dan yang nantinya dapat memprediksi faktor intention dan kemandirian ADL Instrumental yang</p>	<p>dapat memprediksi kemandirian ADL instrumental secara langsung.</p> <p>1. Perlunya penguatan dalam fase pengingatan dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi.</p> <p>2. Keterampilan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat merupakan potensi yang dapat kita bangun sebagai reinforcement dalam sebuah terapi karena dapat mendukung keberhasilan fase pengingatan dan yang nantinya dapat memprediksi faktor intention dan kemandirian ADL Instrumental yang</p>		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
			ADL yang telah dicapai ODGJ berat	telah dicapai.			
3.	Pendapat tenaga rehabilitasi: menstimulus, melatih ODGJ berat secara terus menerus, mengulang hingga ODGJ berat		ADL yang telah dicapai ODGJ berat				
12	Secara keseluruhan niat ODGJ berat untuk dapat melakukan ADL Instrumental sudah sangat baik yang di topang oleh sikap, persepsi dan keyakinan responden serta dari hasil rehabilitasi sosial vokasional yang telah dilakukan.	Perlu dilakukan evaluasi terhadap intention yang dimiliki ODGJ berat menuju kemandirian ADL instrumental setelah melakukan rehabilitasi sosial vokasional.	<ol style="list-style-type: none"> Pendapat psikiater: tingkatakan niat ODGJ berat agar termotivasi untuk melakukan ADL. Pendapat perawat jiwa: Intention dapat memprediksi kemandirian ADL instrumental ODGJ berat, karena dengan intention ODGJ berat dapat 	<ol style="list-style-type: none"> Perlu melakukan pemberian informasi terhadap lingkungan sosial di sekitar ODGJ berat agar memberikan dukungan sosial yang tinggi pada ODGJ berat. Pemberian motivasi, perbaikan sikap, persepsi dan keyakinan ODGJ berat terhadap rehabilitasi sosial vokasional. 	<ol style="list-style-type: none"> Perlu penguatan dalam fase pengingatan dapat disesuaikan dengan kemandirian ADL instrumental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, akan mempunyai kontribusi dalam proses treatment rehabilitasi. Intention memiliki kontribusi besar dalam kondisi ODGJ dengan skizorenia sehingga dapat memprediksi kemandirian ADL 	<p>Standar : Evaluasi Pelaksanaan Rehabilitasi</p> <p>Struktur : 1. Skill 2. Intention 3. Kemandirian ADL Instrumental</p>	<ol style="list-style-type: none"> Kemampuan evaluasi yang dimiliki oleh petugas rehabilitasi terhadap niat atau intention yang dimiliki oleh ODGJ berat pasca mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Kemampuan evaluasi petugas rehabilitasi terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat. Kemampuan petugas rehabilitasi untuk melakukan penilaian terhadap skill / kemampuan terkait sebuah kecrampilan

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
			menempatkan diri dengan kebutuhan dan keberlangsungan terapi		instrumental, karena dengan intention ODGJ berat dapat menempatkan diri		yang dimiliki oleh ODGJ berat pasca mengikuti rehabilitasi
			3. Pendapat tenaga rehabilitasi: perlu upaya bersama untuk meningkatkan niat ODGJ berat dalam melakukan ADL instrumental.		ODGJ berat dengan kebutuhan dan keberlangsungan terapi.		
13	Kemandirian ADL Instrumental ODGJ berat secara umum berada di tingkat sedang dimana terdapat beberapa aspek yang secara langsung berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental pasien yaitu keyakinan ODGJ berat, kemampuan mengingat selama rehabilitasi sosial vokasional, skill	Perlu dilakukan evaluasi terhadap Kemandirian ADL Instrumental yang dilakukan oleh ODGJ berat.	1. Pendapat psikiater: Pendidikan dan faktor tenaga kesehatan serta fase pengingatan merupakan faktor keberhasilan terapi yang perlu dimodifikasi agar ODGJ berat mandiri dalam ADL instrumental	4. Pendidikan dan faktor tenaga kesehatan serta fase pengingatan menjadi bagian penting dalam sehingga perlu adanya modifikasi dan penguatan dalam fase pengingat tersebut yang membuat ODGJ berat menjadi mandiri dalam ADL instrumental.	1. Perlu mempertahankan dan meningkatkan kemandirian ADL Instrumental melalui fase pengingatan melalui psycocoeducation dan terapi modalitas modifikasi sesuai dengan kemandirian ADL instrumental dan 2. Pendidikan dan faktor tenaga kesehatan serta fase pengingatan menjadi bagian penting dalam		

No	Issue strategis	Draft Modul	Hasil Konsultasi	Telaah Penelitian	Rekomendasi Pakar	Standar dan Struktur	Pengembangan
	<p>yang dimiliki oleh ODGJ berat dan niat yang dimiliki oleh ODGJ berat untuk dapat mandiri.</p>		<p>2. Pendapat perawat jiwa: diperlukan pematangan fase pengingatan agar berhasil melakukan ADL instrumental secara mandiri</p> <p>3. Pendapat tenaga rehabilitasi: dukungan sangat diperlukan untuk menyelesaikan program terapi ADL instrumental secara mandiri.</p>		<p>sehingga perlu adanya modifikasi dan penguatan dalam fase pengingat tersebut yang membuat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat menjadi mandiri dalam ADL Instrumental.</p>		

Tabel 5.21 menunjukkan bahwa *perceived behaviour*, fase pengingatan, fase motivasi, *skill* dan *intention* secara langsung berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental, selain itu faktor sosio demografi, kondisi ODGJ dan dukungan sosial juga merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat. *perceived behaviour*, fase pengingatan, fase motivasi, *skill* dan *intention* menunjukkan bahwa faktor dari dalam diri ODGJ berat menjadi salah satu faktor yang penting dalam meningkatkan kemandirian ADL instrumental, faktor pasien yang masih lemah dapat berdampak pada rendahnya kemandirian ADL Instrumental responden. Selain dari dalam diri atau *internal* pasien, faktor yang berada di luar pasien juga sangat berpengaruh salah satunya adalah dukungan sosial. Dukungan yang diberikan oleh orang disekitar responden mulai dari keluarga, teman dan tenaga kesehatan sangat berdampak pada kemandirian pasien, selama ini dukungan sosial yang ada masih belum maksimal sehingga belum mampu meningkatkan kondisi ODGJ agar mencapai kemandirian ADL instrumental seperti yang diinginkan. Berdasarkan hal tersebut diperlukan pengembangan model rehabilitasi sosial vokasional.



Gambar 5.3 Alur Modifikasi Rehabilitasi Sosial Vokasional

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat beberapa variable yang berpengaruh secara langsung terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat. Penelitian yang telah dilakukan melakukan modifikasi terhadap alur proses rehabilitasi vokasional yang dikeluarkan oleh Becker (2008) dimana becker membagi tahapan alur rehabilitasi social vokasional menjadi beberapa tahap yaitu : (1) menetapkan kelayakan pasien; (2) Konseling persiapan; (3) pelaksanaan rehabilitasi; (4) evaluasi pelaksanaan rehabilitasi; (5) Dukungan yang berkesinambungan; (6) Pilihan tempat kerja; (7) dukungan tempat kerja. Penelitian yang dilakukan melakukan modifikasi mulai dari tahap 1 – 5 yaitu mencari faktor – faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL instrumental ODGJ berat yang kemudian disusun modul terkait modifikasi terhadap rehabilitasi vokasional. Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa faktor *Perceived Behavior*, Fase Peningkatan, Fase Motivasi, Skill dan *Intention* berpengaruh secara langsung terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN



Bab ini membahas terkait ulasan dan telaah hasil penelitian yang telah dilakukan berdasarkan fakta, kajian teori dan opini dari peneliti. Hasil analisis SEM-PLS yang telah dilakukan pada tahapan pertama penelitian, didapatkan sampel penelitian tahap pertama sebanyak 100 ODGJ yang berasal dari Rumah Sakit Jiwa Menur Kota Surabaya. Pembahasan yang akan dilakukan bersifat deskriptif terhadap konstruk yang ada mulai dari *faktor sosio demografi*, kondisi ODGJ, *dukungan sosial*, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, *perceived behaviour*, *fase perhatian*, *fase pengingatan*, *fase peniruan*, *fase motivasi*, *skill*, *intention* dan *kemandirian ADL instrumental*. Bahasan yang dilakukan juga dipadukan dengan konsultasi dan diskusi pakar terkait usulan dan masukan yang digunakan sebagai pertimbangan pada penyusunan model penelitian. Ulasan hasil penelitian selengkapnya di sampaikan di bawah ini ;

6.1 Deskriptif dan Analisis Variabel Penelitian

Pembahasan deskripsi variabel penelitian dilakukan dengan cara mengulas hasil dan analisis yang telah dilakukan pada bab 5 dengan mengambil nilai terbesar tiap variabel yang ada. Pembahasan deskriptif meliputi karakteristik ODGJ berat dan deskripsi variabel dari model penelitian.

Karakteristik dari ODGJ berat penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, riwayat pendidikan, rasatusuku, agama dan riwayat pekerjaan. Deskripsi variabel penelitian meliputi dari indikator yang signifikan yaitu mampu menjelaskan konstruksya, yaitu *faktor sosio demografi*, kondisi ODGJ, *dukungan sosial*,

attitude towards behaviour, subjective norm, perceived behaviour, fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan, fase motivasi, skill, intention dan kemandirian ADL instrumental.

6.1.2 Faktor Sosio Demografi

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 penelitian 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 dipraktikkan 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 penelitian 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.

Penelitian 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 penelitian 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-Ilopis, (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.

Penelitian 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).

6.1.3 Kondisi ODGJ

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

Hasil penelitian 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*.

Penelitian 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 criminal 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 menur. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa banyak pasien yang telah mengalami sakit ≤ 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.

Penelitian 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.

6.1.4 Dukungan Sosial

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 penelitian 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 penelitian yang bersifat populasi khusus yaitu ODGJ berat sehingga hasil yang ada sedikit berbeda dengan penelitian 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 coping 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. Penelitian 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.

Penelitian 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.

Penelitian 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. Penelitian 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.

6.1.5 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 penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian 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.

6.1.6 *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 sangatlah 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).

Penelitian serupa juga didapatkan dari penelitian 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.

6.1.7 *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 peneruh motivasional terhadap intensi, individu meyakini bahwa ia 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).

Penelitian 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.

6.1.8 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 berbentuk 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).

6.1.9 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).

6.1.10 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 penelitian 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 ditetapkan.

6.1.11 *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).

Penelitian yang dilakukan oleh Anjaswami *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.

6.2 Hubungan Antar variabel (*Inner Model*)

Pembahasan hubungan antar variabel yang ada didalam model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *activity of daily living* (ADL) instrumental ODGJ berat bertujuan menjelaskan hasil dari analisis model struktural (*inner model*), khususnya pada diagram jalur (*path diagram*).

6.2.1 Analisis hubungan antar variabel (*Inner Model*)

1. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Attitude Towards Behaviour*

a. 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.

Penelitian 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. Penelitian 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.

2. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Subjective Norm*

a. Faktor Sosio Demografi Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Subjective Norm*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,632. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *faktor sosio demografi* odgj berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan faktor *subjective norm* sebesar 0,632 kali faktor *sosio demografi*. Status sosio demografi merupakan gambaran keadaan yang dimiliki oleh keluarga atau suatu kelompok masyarakat yang ditinjau dari segi sosial dan ekonomi, gambaran ini biasanya dilihat dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pendapatan serta sebagainya (Adi *et al.*, 2017).

Umur merupakan komponen faktor sosio demografi yang penting dalam menentukan norma subyektif. *Subjective norm* atau norma subjektif dapat diartikan sebagai persepsi individu apakah orang lain akan

mendukung atau tidak untuk mewujudkan sebuah perilaku. Norma subyektif juga disebut sebagai pihak yang dianggap memiliki peranan (*referent*) dalam sebuah perilaku yang dilakukan seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut (Fishbein and Ajzen, 1975).

Umur ODGJ berat mempengaruhi tingkat kematangan berpikir dan rasa tanggung jawab ODGJ berat. Kategori umur dewasa cenderung memiliki norma subyektif yang baik, hal ini karena pada kategori dewasa seseorang dapat berpikir dengan jernih. Sebagai contoh adanya rehabilitasi sosial vokasional yang berbentuk pelatihan kerja merupakan tindakan yang positif, menimbulkan persepsi baik dan dapat membuat ODGJ berat mengikuti kegiatan pelatihan kerja dengan sangat baik sehingga menghasilkan keluaran yang maksimal. Selain itu, umur dewasa dapat memberikan rasa tanggung jawab yang cukup terhadap ODGJ sehingga dukungan yang diberikan oleh orang disekitar ODGJ dapat diterima dengan baik sehingga dapat membentuk norma subyektif yang baik ODGJ untuk mengikuti kegiatan pelatihan kerja (Nurofik, 2013).

Indikator lain yaitu jenis kelamin ODGJ berat merupakan salah satu indikator penting yang berhubungan dengan norma subyektif. Jenis kelamin laki-laki cenderung memiliki norma subyektif yang baik. Penelitian yang dilakukan oleh Adi *et al.*, (2017) menyebutkan bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung memiliki norma subyektif yang lebih baik dalam menilai sebuah kegiatan. Hal ini disebabkan karena jenis kelamin laki-laki cenderung memiliki pemikiran yang dapat memisahkan

emosi dalam bertindak sehingga dapat menerima dukungan dan motivasi yang diberikan oleh orang disekitarnya.

Indikator penyusun sosio demografi terakhir adalah tingkat pendidikan, pendidikan yang tinggi cenderung memiliki norma subyektif yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Sulaeman *et al.*, (2017) menyebutkan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi norma subyektif, dimana semakin tinggi pendidikan yang dimiliki maka akan semakin tinggi pula norma subyektif yang dimiliki. Tingkat pendidikan yang tinggi berpengaruh terhadap pola pikir yang dimiliki ODGJ dan cenderung memiliki persepsi yang baik terhadap sebuah perilaku atau tindakan yang akan di lakukan, dimana dalam hal ini adalah pelatihan keterampilan. Persepsi yang timbul akibat dukungan orang disekitar ODGJ berat dapat menyebabkan norma subyektif menjadi baik ketika seseorang dapat berfikir dengan baik bahwa hal yang akan dilakukan merupakan sebuah kegiatan yang positif dan akan berdampak pada masa depan dari ODGJ sehingga mendapatkan dukungan yang baik dari orang yang ada di sekeliling ODGJ berat.

b. Kondisi ODGJ Berat Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Subjective Norm*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -1,820. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor kondisi ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *subjective norm* sebesar 0,722 kali faktor kondisi ODGJ. Kondisi ODGJ terdiri dari 2 indikator

yaitu jenis *gangguan kejiwaan* yang diderita dan durasi sakit yang diderita ODGJ berat. Hasil analisis yang ditemukan dari proses pengumpulan data dapat dibedakan menjadi 3 kategori yaitu *skizofrenia*, *skizoafektive* dan yang terakhir adalah gejala psikosis.

Diagnosa ODGJ berat menjadi sangat penting karena dapat berpengaruh terhadap kondisi ODGJ berat. Salah satu hal yang dipengaruhi oleh kondisi ODGJ adalah norma subyektif atau dikenal sebagai persepsi ODGJ berat terhadap pandangan orang lain akan sesuatu yang akan dilakukan. Diagnosa ODGJ berat seperti *skizofrenia* akan berdampak pada timbulnya persepsi yang baik dari ODGJ berat terhadap pelatihan keterampilan yang akan diikuti oleh ODGJ berat, hal ini karena penyakit yang di derita akan berpengaruh terhadap persepsi yang dimiliki.

Penelitian yang dilakukan oleh Rini and Rochman Hadjam, (2016) menunjukkan bahwa pasien yang mengalami *skizofrenia* di Rumah Sakit Tipe A di Yogyakarta memiliki persepsi yang lebih buruk terhadap dukungan yang diberikan baik oleh keluarga maupun orang disekitar pasien *skizofrenia* dibandingkan dengan kelompok kontrol (yaitu kelompok yang memiliki diagnosa kesehatan mental lain selain *skizofrenia*). Hal ini disebabkan pada orang yang mengalami *skizofrenia* secara teori progmosis yang dialami lebih berat dibandingkang diagnosa lain seperti skizoafektif dan diagnosa lain.

Indikator dari kondisi ODGJ adalah tingkat keparahan yang dapat diukur dengan durasi sakit yang dialami pasien sampai dengan dilakukan

perawatan di Rumah Sakit Jiwa Menur. Semakin lama ODGJ berat mengalami penyakit yang diderita maka akan semakin memperburuk persepsi ODGJ berat terhadap dukungan yang didapatkan terkait pelatihan kerja yang akan di ikuti. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak sedikit pasien yang telah mengalami sakit >5 tahun. Semakin lama ODGJ berat mengalami sakit maka akan berpengaruh terhadap proses penyembuhan ODGJ berat dan apabila diagnosa yang diderita adalah *skizofrenia* maka akan menghambat proses pengobatan yang dilakukan, dimana akhirnya akan berdampak persepsi yang tidak baik oleh ODGJ berat dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan.

c. Dukungan Sosial Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Subjective Norm*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,391. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *dukungan sosial* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *subjective norm* sebesar 0,391 kali faktor *dukungan sosial*. Norma subjektif dapat dikatakan sebagai kepercayaan seseorang terhadap persetujuan orang lain pada suatu tindakan atau kegiatan yang akan dilakukan (Ajzen, 1991). Selain itu norma subjektif juga dapat diartikan sebagai persepsi individu terhadap dukungan yang diberikan orang lain terhadap seseorang terkait dengan tindakan yang akan dilakukan. Norma subjektif dianggap sebagai

pengharapan yang dimiliki oleh seseorang terkait dukungan dari orang – orang disekitar (Fishbein and Ajzen, 2010).

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 (Friedman, Browden and Jones, 2010). Secara umum bentuk dari dukungan sosial yang diberikan oleh lingkungan terhadap seseorang berbentuk dukungan penilaian (bantuan terkait memahami sesuatu), dukungan instrumental (bantuan berupa material dan finansial), dukungan informasional (dukungan jaringan komunikasi) dan dukungan emosional (dukungan berupa empati, perasaan dihargai dan dicintai) (Ki and Jang, 2018).

Dibalik berbagai manfaat yang diterima seseorang dari dukungan sosial, ada beberapa efek negatif yang diterima oleh seseorang yang mendapat dukungan penuh dari berbagai pihak. Ketika seseorang meyakini bahwa semua orang yang ada disekelilingnya atau referent mendukung secara penuh maka akan menjadi sebuah tekanan sosial untuk orang tersebut yang mengakibatkan timbulnya norma subjektif yang rendah dari seseorang terhadap aktifitas atau kegiatan yang akan dilakukan (Fishbein and Ajzen, 1975). Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang telah dilakukan dimana hubungan antara dukungan sosial dan norma subjektif bersifat negatif artinya semakin meningkat dukungan sosial yang diberikan maka menurunkan norma subjektif pada ODGJ.

Penelitian yang dilakukan oleh Knaeps *et al.*, (2016) menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan pada ODGJ mampu meningkatkan keluaran dari rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan namun pada indikator norma subjektif mengalami penurunan.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Perceived Behavioral Control*

a. Dukungan Sosial Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Perceived Behavioral Control*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,379. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *dukungan sosial odgj* berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *perceived behaviour* sebesar 0,379 kali faktor *dukungan sosial. Perceived behaviour control* atau kontrol perilaku merupakan persepsi yang dimiliki oleh seseorang terkait dengan mudah atau sulitnya sebuah perilaku atau kegiatan untuk dilakukan. Penilaian yang diberikan oleh seseorang dapat bersumber dari pengalaman masa lalu maupun hasil pemikiran orang tersebut terkait dengan masalah atau hambatan yang akan muncul selama melakukan kegiatan (Ajzen, 1991).

Persepsi yang terbentuk pada diri individu dapat dibedakan kedalam 2 hal yaitu 1) persepsi individu yang berbentuk motivasional yang timbul akibat pengalaman masa lalu ataupun dari referent atau dukungan yang diberikan oleh orang lain yang membuat individu memiliki atensi untuk melakukan kegiatan tersebut. 2) adalah persepsi yang terbentuk hanya sebatas pertimbangan tanpa ada niatan untuk melakukan

kegiatan tersebut (Ajzen, 1991). Meskipun persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat bersifat dan mendapat dukungan dari orang di sekitar ODGJ berat tidak berarti bahwa seseorang akan melakukan tindakan yang ada karena terdapat faktor penghambat yang bisa berasal dari *internal* maupun *eksternal* individu (Ajzen, 2005). Faktor yang berasal dari dalam individu berasal dari pengalaman, pengetahuan yang dimiliki ODGJ berat terkait dengan rehabilitasi sosial vokasional yang akan di jalani. Pengalaman sebelumnya yang tidak menyenangkan selama melakukan rehabilitasi sosial vokasional dapat menyebabkan rendahnya *perceived behaviour* dari ODGJ berat meskipun mendapatkan referent atau dukungan dari orang di sekitar ODGJ berat. Faktor eksternal yang dapat menyebabkan rendahnya *perceived behaviour* ODGJ berat adalah fasilitas dari rehabilitasi sosial vokasional yang dapat menyebabkan ODGJ berat tidak nyaman selama mengikuti proses pelatihan menyebabkan *perceived behaviour* ODGJ berat rendah.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan sosial yang berasal dari orang disekitar ODGJ berat berpengaruh terhadap *perceived behaviour* ODGJ berat dengan hubungan yang bersifat positif dimana semakin meningkat dukungan sosial yang diberikan maka akan semakin meningkat pula *perceived behaviour* yang dimiliki ODGJ berat. Dukungan yang diberikan dapat berbentuk dukungan penilaian dan dukungan informasional. Dukungan penilaian yaitu penilaian yang meliputi bantuan dalam memberikan pemahaman terkait dengan hal-hal yang kurang

dimengerti oleh ODGJ berat yang dapat menyebabkan responden memiliki pengetahuan yang cukup terkait pentingnya rehabilitasi sosial vokasional, terbentuk persepsi ODGJ berat yang baik sehingga ODGJ berat dapat menyelesaikan rehabilitasi dengan baik.

Hasil penelitian yang sama juga di dapatkan dari Harley and Ysasi, (2018) bahwa penelitian yang dilakukan di daerah pinggiran india menyebutkan dukungan sosial yang diberikan pada orang yang mengalami disabilitas mampu meningkatkan persepsi mereka untuk mengikuti rehabilitasi dengan baik sehingga mendapatkan keluaran yang maksimal. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian (Saraswati, 2017) dimana pada ODGJ yang mendapatkan dukungan sosial yang tinggi berpengaruh terhadap persepsi yang dimiliki ODGJ.

4. *Perceived Behavioral Control* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Perhatian

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar $-0,283$. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *perceived behavior* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase perhatian* sebesar $0,283$ kali faktor *perceived behavior*. *Perceived behaviour* dapat juga dikenal sebagai persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap mudah atau tidaknya untuk individu melakukan sebuah perilaku atau tindakan yang hendak dilakukan. *Perceived behaviour* menunjukkan kemampuan berpikir individu dan membentuk persepsi individu dimana untuk membentuk suatu persepsi perlu dilakukan sebuah sumber informasi untuk

dapat menarik kesimpulan tentang sesuatu (Ajzen, 1988; Tarjo *et al.*, 2019)..

Sumber informasi yang dijadikan acuan individu dalam membentuk sebuah persepsi seringkali berdasarkan 2 sumber yaitu yang pertama adalah pengalaman masa lalu yang pernah dirasakan oleh individu dan menjadi langkah antisipasi dalam menentukan tindakan yang tepat dan juga pengetahuan yang dimiliki oleh individu terkait dengan perilaku atau tindakan yang akan dilakukan. Dimana dalam hal ini adalah rehabilitasi sosial vokasional (Ajzen, 1991). Namun meskipun begitu individu tetap membutuhkan kontrol yang berasal dari individu untuk memunculkan sebuah perilaku meskipun dirinya sudah memiliki pengetahuan atau persepsi terkait perilaku atau tindakan tersebut (Ajzen, 1988; Tarjo *et al.*, 2019).

Fase perhatian merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh seorang individu yang dimulai atau ditandai dengan adanya stimulus yang diberikan terhadap individu tersebut yang dirasakan oleh panca indera yang dimiliki. Stimulus yang dirasakan dapat berasal dari berbagai media yang digunakan oleh model yang diamati oleh individu baik menggunakan media massa, radio, tv maupun alat peraga. Stimulus yang diberikan dapat memunculkan sensasi yang dapat timbul baik secara langsung maupun tidak langsung. Meskipun begitu tidak semua stimulus yang diberikan dapat diterima oleh individu dan menimbulkan perhatian dan berlanjut dilakukan pengolahan, hal ini disebabkan karena keterbatasan kemampuan

kognitif yang dimiliki oleh seseorang untuk mengolah informasi yang diterima (Tarjo *et al.*, 2019).

Tingkat perhatian yang dimiliki seseorang di pengaruhi oleh berbagai kondisi mulai dari kondisi kognitif seseorang, status afektif dalam mengatur ketertarikan ODGJ berat terhadap stimulus, tingkat keterlibatan dalam perhatian serta kondisi lingkungan di sekitar ODGJ berat.

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa *perceived behaviour* atau persepsi ODGJ berat berpengaruh terhadap tingkatan fase perhatian selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Sifat hubungan yang diketahui pasca dilakukan analisis adalah bersifat negatif, artinya semakin tinggi *perceived behavioural* yang dimiliki oleh ODGJ berat menyebabkan menurunnya fase perhatian *a*. Peningkatan *perceived behaviour* yang dimiliki dapat menandakan 2 kemungkinan yang pertama adalah persepsi ODGJ berat tentang kegiatan rehabilitasi sosial vokasional yang di anggap mudah ataupun menganggap rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilakukan sulit untuk dilakukan.

Apabila sebagian ODGJ berat memiliki persepsi yang tinggi terkait seberapa sulit rehabilitasi sosial vokasional yang akan dijalani maka akan menurunkan minat dan motivasi dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional sehingga menyebabkan ODGJ berat menjalani rehabilitasi dengan kurang serius yang berakibat pada menurunnya tingkat perhatin terhadap materi atau stimulus yang diberikan terhadap dirinya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Siaputra and Isaac, (2020) menyebutkan bahwa *perceived behaviour* yang dimiliki oleh pengunjung Crunchaus berpengaruh terhadap perhatian yang dimiliki dalam memilih menu sehat di restoran. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh D. Cahyono, (2016) menyebutkan bahwa *perceived behaviour* mahasiswa berpengaruh signifikan terhadap perhatian mahasiswa dalam mengikuti penyuluhan terkait halal *food*.

5. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung Fase Pengingatan

a. *Attitude Towards Behaviour* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Pengingatan

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 pengingatan* 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 penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa hubungan yang dimiliki antara *attitude towards behaviur* 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 penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian 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 penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian 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.

b. *Subjective Norm* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peningkatan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,206. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *subjective norm* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase peningkatan* sebesar 0,206 kali *subjective norm*. *Subjective Norm* atau norma subjektif dapat dikatakan sebagai kepercayaan seseorang yang timbul akibat kepercayaan seseorang terhadap persetujuan orang lain dalam melakukan suatu tindakan atau kegiatan. Norma subjektif dapat dikatakan sebagai persepsi

individu terhadap dukungan yang diberikan orang lain apakah memberikan dukungannya atau tidak untuknya melakukan tindakan atau perilaku. Dukungan yang diharapkan oleh individu berasal dari orang terdekat yang dimiliki dan memiliki pengaruh (Ajzen, 1991).

Norma subjektif di pengaruhi oleh 2 konstruk utama yaitu norma *belief* atau yang lebih dikenal dengan keyakinan individu yang dimiliki atas dukungan yang diberikan oleh orang sekitar apakah harus melakukan sesuatu atau tidak. Sedangkan konstruk kedua adalah *motivation to comply* atau yang lebih dikenal dengan motivasi individu untuk melakukan perilaku memenuhi dukungan yang diberikan oleh orang di sekitar (Ajzen, 2005).

Fase pengingatan merupakan proses pemindahan informasi yang didapatkan oleh seseorang setelah melakukan pengamatan kedalam sebuah memori penyimpanan yang biasanya dilakukan kedalam bentuk imajinal berupa pengkodean atau simbol yang spesifik (Bandura, 1971).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap fase pengingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat. Namun dari hasil analisis yang dilakukan didapatkan pengaruh yang negatif antara norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat dan fase pengingatan, dimana semakin meningkat norma subjektif ODGJ berat maka semakin menurun kemampuan mengingat ODGJ berat. Kejadian ini disebabkan karena berbagai kondisi yang dialami oleh ODGJ berat seperti rendahnya focus

selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional sehingga menyebabkan ODGJ berat memiliki fase perhatian yang rendah sehingga berdampak pada rendahnya fase pengingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat. Selain itu tingginya harapan yang diberikan oleh referant dapat menyebabkan ODGJ berat mengalami penurunan fase pengingatan yang diakibatkan karena beban yang timbul akibat dukungan dari referant.

Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Kurniantari, (2019) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi yang dimiliki pasien terhadap tingkat perhatian selama mengikuti pelatihan komunikasi pasca pengobatan. Penelitian yang sama juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Cahyono, (2016) dimana dari hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berpengaruh terhadap fase perhatian siswa selama proses belajar mengajar.

c. Fase Perhatian Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Pengingatan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,610. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase perhatian* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase pengingatan* sebesar 0,610 kali *fase perhatian*. Fase perhatian atau yang lebih dikenal sebagai *attention* merupakan sebuah proses memperhatikan atau menyimak yang dilakukan oleh seseorang. Fase perhatian dimulai dengan adanya stimulus yang diberikan kepada individu. Stimulus yang ada dirasakan oleh panca indera yang dimiliki oleh seseorang (Bandura, 1971).

Stimulus merupakan input yang dirasakan oleh seseorang yang bersai dari model kemudian disampaikan melalui berbagai media yang sesuai, ketika seseorang merasakan sebuah stimulus maka akan timbul sebuah sensasi yang timbul sebagai respon dari panca indera.

Fase pengingatan merupakan fase lanjutan dari fase perhatian. Fase pengingatan merupakan pemindahan informasi yang dilakukan seseorang ke memori yang dimiliki baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang. Penyimpanan yang dilakukan oleh seseorang biasanya berbentuk imaginal atau mengkodekan sebuah perilaku atau peristiwa yang dilakukan oleh model kedalam bentuk – bentuk verbal yang mudah di gunakan. Materi yang dirasa sangat mudah maupun mirip dengan pengalaman yang dimiliki pada masa lalu maka biasanya akan cenderung mudah untuk di ingat (Iskandar *et al.*, 2019).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa fase perhatian secara statistik berpengaruh terhadap fase pengingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat dalam fase rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan. Hasil analisis yang sudah dilakukakan diketahui bahwa pengaruh yang dimiliki bersifat positif yang artinya semakin tinggi perhatian yang dimiliki maka akan semakin tinggi pula pengingatan yang dapat dilakukan.

Elemen penting dari fase pengingatan adalah seberapa gamblang dan seberapa banyak informasi terkait model yang dapat dikumpulkan oleh ODGJ berat, semakin banyak maka penyimpanan yang dilakukan akan

semakin banyak pula memori yang tersimpan pada memori. Cara untuk mendapatkan informasi dari model adalah dengan memiliki fokus dan perhatian yang penuh terhadap model selama proses pelatihan kerja pada rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan oleh ODGJ berat, dengan demikian maka mengumpulkan informasi dengan baik sehingga dapat disimpan dengan baik pula. Hal ini dapat ditunjang dengan kondisi kognitif dan afektif yang mendukung oleh ODGJ berat sehingga dapat mampu meningkatkan fase pengingatan ketika pasien memiliki fase perhatian yang cukup dan mumpuni.

Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Muhaimin, (2018) menyebutkan bahwa siswa yang memiliki tingkat perhatian yang tinggi saat proses belajar dikelas mampu memiliki ingatan yang lebih baik terhadap materi yang diajarkan dikelas. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Cousson-Gélie *et al.*, (2018) menyatakan bahwa fase perhatian yang dimiliki oleh ODGJ selama proses penyuluhan dapat meningkatkan pengetahuan yang ditunjukkan dari hasil *post test* yang baik.

6. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung Fase Peniruan

a. Faktor Sosio Demografi Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,632. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *sosio demografi* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase peniruan*

sebesar 0,479 kali faktor *faktor sosio demografi*. Fase peniruan yang dilakukan ODGJ berat saat pelatihan vokasional merupakan tahap lanjutan dari fase pengingatan. 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.

Keberhasilan fase peniruan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu 1) individu harus memiliki komponen keterampilan, 2) orang harus memiliki kapasitas fisik untuk membawa komponen keterampilan dalam mengkoordinasikan gerakan, 3) hasil yang dicapai dalam koordinasi penampilan atau pertunjukan memerlukan pergerakan individu yang dengan mudah tampak (Bandura, 1971). Faktor sosio demografi merupakan gambaran keadaan yang dimiliki oleh keluarga atau suatu kelompok masyarakat yang ditinjau dari segi sosial dan ekonomi, gambaran ini biasanya dilihat dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pendapatan serta sebagainya (Adi *et al.*, 2017).

Penyusun faktor sosio demografi adalah umur. Umur seringkali disangkut pautkan dengan keadaan fisiologis seseorang yang tidak dapat dipungkiri adanya gambaran dan fungsi fisiologis yang berbeda setiap kelompok umur. Kelompok umur lansia ODGJ memiliki kemampuan gerak dan fisik yang sudah menurun (Syarifah, 2016). Semakin tinggi umur yang dimiliki ODGJ maka akan menurunkan kemampuan

reproduksi gerak sehingga pasien lansia *skizofrenia* kesulitan dalam melakukan fase peniruan apabila dibandingkan dengan ODGJ yang memiliki umur sebelum lansia.

Faktor sosio demografi lain yang berpengaruh adalah jenis kelamin ODGJ berat dimana laki-laki cenderung memiliki fase perhatian yang lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi *et al.*, (2017) menunjukkan bahwa ODGJ laki-laki yang mengalami masalah kesehatan jiwa memiliki tingkat keterampilan yang lebih baik ketika diberikan keterampilan kerja. Hal ini disebabkan karena laki-laki cenderung memiliki kemampuan reproduksi gerak yang lebih baik apabila dibandingkan dengan ODGJ perempuan. Sehingga laki-laki cenderung dapat menirukan gerakan dari hasil pengamatan yang dilakukan.

Indikator terakhir yaitu riwayat pendidikan ODGJ berat. Pendidikan tinggi yang dimiliki ODGJ berat mungkin secara tidak langsung berpengaruh terhadap proses peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat. Penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari, (2014) menunjukkan bahwa Pendidikan yang dimiliki oleh seseorang berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan keterampilan yang diajarkan melalui pelatihan keterampilan, dimana semakin tinggi pendidikan yang dimiliki maka semakin baik pula keahlian dalam menirukan sebuah keterampilan seseorang karena cenderung memiliki penangkapan materi yang baik, mampu mengolah informasi sehingga dapat diadopsi sesuai dengan kemampuan diri sendiri.

b. Kondisi ODGJ Berat Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,614. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *faktor kondisi* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase peniruan* sebesar 0,722 kali faktor kondisi ODGJ. Fase peniruan merupakan bentuk terakhir dalam konsep proses belajar sosial yang terjadi pada ODGJ berat selama proses pelatihan kerja. Fase peniruan seringkali dikaitkan dengan keadaan fisiologis ODGJ karena pada tahap ini mencerminkan reproduksi gerak yang dilakukan ODGJ berat pasca melakukan perhatian dan menyimpan informasi terkait hasil pengamatan yang dilakukan ODGJ berat terhadap instruktur. Kondisi ODGJ dapat berpengaruh terhadap peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat.

Keberhasilan peniruan yang dilakukan oleh ODGJ dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu 1) individu harus memiliki komponen keterampilan, 2) orang harus memiliki kapasitas fisik untuk membawa komponen keterampilan dalam mengkoordinasikan gerakan, 3) hasil yang dicapai dalam koordinasi penampilan atau pertunjukan memerlukan pergerakan individu yang tampak mudah (Bandura, 1971). Diagnosa ODGJ berat tidak berpengaruh langsung secara signifikan terhadap hasil dari peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat. Pasien yang didiagnosa menderita *skizofenia* cenderung memiliki prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan ODGJ berat yang hanya mengalami *skizoaffektif* dan gangguan

mood atau stress, hal ini berpengaruh terhadap kondisi tubuh yang dimiliki ODGJ berat dimana cenderung memiliki kondisi fisik yang tidak optimal akibat minimnya aktifitas fisik yang dilakukan. Selain itu seringkali ODGJ berat mengalami pemasangan yang menyebabkan terbatasnya kemampuan gerak ODGJ berat pasca pasung. Hal ini diperparah dengan durasi sakit yang dialami oleh ODGJ berat dimana semakin lama penyakit yang diderita maka kondisi tubuh yang ada akan semakin menurun. Hal ini berakibat pada menurunnya fase peniruan yang dilakukan oleh ODGJ selama pelatihan yang dapat berakibat pada menurunnya keluaran ODGJ (Crowther *et al.*, 2001).

Hasil penelitian Marrone, Burns and Taylor, (2014) menunjukkan bahwa ODGJ mempunyai skill yang baik selama rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan sebagian besar berada pada kelompok kontrol yaitu dengan diagnosa gangguan *mood* dan *bipolar*, sedangkan pada kelompok kasus pasien dengan diagnosa *skizofrenia* memiliki *skill* yang lebih rendah pasca dilakukan pengukuran di akhir rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan.

c. *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 subyektif 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 penelitian 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 penelitian 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.

d. *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 penelitian 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 penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian 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 penelitian yang sama ditemukan pada penelitian 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*.

e. *Perceived Behavioral Control* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,169. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *perceived behavior* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase peniruan* sebesar 0,169 kali *perceived behavior*. *Perceived Behavior* atau persepsi yang dimiliki berkaitan dengan sulit atau mudah sebuah kegiatan atau perilaku untuk dilakukan. *Perceived Behavior* seringkali erat dikatkan dengan pola pikir dari sebuah individu yang berkaitan dengan cara individu mempersepsikan suatu kegiatan atau perilaku.

Untuk membentuk sebuah persepsi yang benar, individu membutuhkan pengetahuan yang cukup yang dapat bersumber dari pengalaman di masa lalu maupun dari ilmu pengetahuan terkait dengan suatu tindakan dan perilaku yang sedang diamati. Pengalaman yang timbul dimasa lalu dan pengetahuan yang cukup akan membentuk persepsi yang baik pada diri individu sehingga persepsi yang ada tidak akan gampang berubah atau goyah. Untuk menghindari goyahnya persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat maka dibutuhkan suatu komponen dalam diri individu yang disebut dengan *perceived control*. Dengan control yang baik maka persepsi terkait kemudahan atau sulitnya sebuah kegiatan untuk dilakukan akan bersifat tetap dan tidak berubah (Ajzen, 1991; Reni and Anggraini, 2016).

Tahapan penting dalam proses belajar sosial adalah fase peniruan. Setelah melewati berbagai macam fase sebelumnya maka memori yang tersimpan dari hasil perhatian atau pengamatan perlu dirubah kedalam bentuk yang tepat, dengan demikian maka individu melakukan peniruan dari pengamatan yang telah dilakukan terhadap model. Peniruan yang dilakukan terhadap model dilakukan sedikit penyesuaian dengan memasukkan tindakan yang sesuai dengan kondisi dan tingkat keterampilan yang dimiliki oleh individu. Fase peniruan yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu komponen keterampilan, memiliki kapasitas fisik yang mumpuni dan yang terakhir

tingkat penyimpanan memori dari pengamatan model yang telah dilakukan (Akers, 2015).

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara *perceived behaviour* dengan fase peniruan yang terjadi pada ODGJ berat setelah melewati rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan. Pengaruh yang di timbulkan antara *perceived behaviour* dengan fase peniruan bersifat positif artinya semakin tinggi *perceived behaviour* maka dapat menyebabkan semakin tinggi pula peniruan yang dilakukan oleh rehabilitasi sosial vokasional.

Perceived behaviour dikatakan sebagai persepsi dalam kemudahan atau kesulitan yang dirasakan oleh ODGJ berat dalam melakukan kegiatan pelatihan keterampilan yang terjadi pada rehabilitasi sosial vokasional. ODGJ berat yang memiliki persepsi bahwa pelatihan keterampilan yang dilakukan akan mudah dilakukan maka dapat menyebabkan ODGJ berat melakukan peniruan keterampilan dengan sangat mudah sehingga tingkat peniruan yang dilakukan dikatakan berhasil atau hampir mendekati model yang dijadikan acuan dalam proses pelatihan keterampilan.

Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Lin *et al.*, (2020) yang menyatakan bahwa apabila *perceived behaviour* yang dimiliki pasien *skizofrenia* berpengaruh terhadap kemampuan peniruan yang dimiliki oleh orang dengan disabilitas ketika dilakukan pelatihan keterampilan. Penelitian serupa dilakukan oleh Rohmah, (2018) dimana persepsi yang dimiliki ODGJ terhadap pelatihan yang dilakukan dapat menyebabkan

meningkatnya skill yang dimiliki oleh ODGJ dari hasil peniruan yang dilakukan selama proses pelatihan dilakukan yang berdampak pada meningkatnya keluaran dari pelatihan.

f. Fase Peningkatan Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Peniruan

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 1,006. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase pengingatan* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase peniruan* sebesar 1,006 kali *fase pengingatan*. Fase pengingatan seringkali juga disebut fase retensi yaitu pemindahan informasi yang dimiliki dari fase sebelumnya (fase perhatian) kedalam sebuah memori khusus baik yang bersifat jangka Panjang maupun jangka pendek. Fase pengingatan seringkali berkaitan dengan kemampuan kognitif seseorang. Hal ini dikarenakan informasi yang didapatkan oleh seseorang disimpan dalam bentuk imaginal atau dapat juga di simpan kedalam sebuah simbol verbal yang dapat digunakan dengan mudah. Bentuk penyimpanan dapat berbentuk jangka pendek maupun jangka Panjang (Seni and Ratuadi, 2017).

Fase peniruan merupakan tahapan lanjutan dari fase pengingatan. Setelah selesai dilakukan penyimpanan pada memori yang ada maka perlu diwujudkan dalam tindakan yang tepat. Peniruan yang dilakukan merupakan sebuah kegiatan baru yang tercipta dari hasil peningatan yang telah dilakukan setelah melewati fase penyesuaian disesuaikan dengan kondisi individu masing-masing. Semakin efektif tindakan peniruan yang

dilakukan maka dapat dikatakan peniruan yang dilakukan berhasil (Patiro and Budiyanti, 2016).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa fase pengingatan berpengaruh terhadap fase peniruan pada ODGJ berat dalam proses pelatihan keterampilan dalam rangka rehabilitasi sosial vokasional. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa bentuk pengaruh antara fase pengingatan dan fase peniruan berbentuk positif yang berarti semakin tinggi pengingatan ODGJ berat maka akan menyebabkan semakin baik pula peniruan yang dilakukan.

Fase pengingatan yang baik pada ODGJ berat mampu menghasilkan penyimpanan pengamatan yang baik serta mampu menyimpan segala informasi dari hasil pengamatan pada model dengan baik dan lengkap. Semakin banyak memori yang disimpan maka dapat menyebabkan meningkatnya fase peniruan, hal ini disebabkan karena peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat berdasarkan pada pemanggilan kembali simbol maupun memori yang disimpan secara imaginal. Semakin baik dan lengkap pengingatan yang dilakukan maka dapat memudahkan peniruan yang dilakukan. Namun apabila penyimpanan yang dilakukan tidak baik karena ODGJ berat tidak dapat mengingat dengan baik hasil dari kegiatan pengamatan yang dilakukan maka dapat menyebabkan peniruan yang dilakukan oleh ODGJ berat tidak baik atau tidak maksimal.

Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Ramlah, (2015) dimana kemampuan mengingat yang dimiliki oleh ODGJ berpengaruh terhadap

kemampuan peniruan ODGJ dalam kegiatan belajar mata pelajaran praktek pada siswa. Hasil penelitian sama dilakukan oleh Dewi and Indrawati,(2014) menyebutkan bahwa kemampuan mengingat yang dimiliki oleh siswa berpengaruh terhadap kemampuan belajar siswa dalam mengaplikasikan hasil belajarnya.

7. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung Fase Motivasi

a. Faktor Sosio Demografi Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Motivasi

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,722. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor faktor sosio demografi ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan fase motivasi sebesar 0,722 kali faktor sosio demografi. Motivasi dan penguatan berhubungan dengan kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk meniru perilaku yang relevan untuk meniru perilaku. Penelitian yang dilakukan oleh Novianti, Kurniawan and Widjasena, (2017) menyebutkan bahwa motivasi menjadi sangat penting untuk dilakukan karena tanpa motivasi yang baik dapat menyebabkan seseorang kesulitan untuk mengikuti sebuah kegiatan dengan baik sehingga berujung tidak maksimalnya keluran dari kegiatan yang dilakukan.

Indikator dari sosio demografi adalah umur. Umur merupakan penanda biologis dari seseorang dan dapat mempengaruhi tingkat motivasi dari seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Almutahar, Wardhani and Rafie, (2015) menyatakan bahwa umur merupakan komponen penting

terhadap motivasi yang dimiliki seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan maupun mengikuti sebuah kegiatan.

ODGJ berat yang memiliki umur produktif cenderung memiliki motivasi yang lebih baik dibandingkan yang memiliki umur yang tidak produktif, hal ini disebabkan karena pada ODGJ berat yang memiliki umur produktif memiliki motivasi lebih besar yang disebabkan karena tanggung jawab yang mereka miliki untuk melakukan kegiatan dengan lebih baik sehingga dapat mencapai keluaran yang baik. Selain itu ODGJ berat yang memiliki umur yang produktif melakukan kegiatan pelatihan dengan motivasi yang lebih baik karena sebagai investasi untuk jangka waktu yang lebih panjang apabila dibandingkan dengan ODGJ berat yang memiliki umur tidak produktif seperti lansia sehingga motivasi yang dimiliki lebih besar untuk mengikuti pelatihan dengan baik dan mendapatkan *skill* atau keterampilan dengan maksimal.

Indikator selanjutnya dari sosio demografi yang dapat menjelaskan fase motivasi adalah jenis kelamin. Jenis kelamin secara tidak langsung memiliki pengaruh terhadap motivasi yang dimiliki oleh seseorang dalam melakukan tindakan. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyu, (2017) menunjukkan bahwa motivasi seorang ibu dalam mengikuti pelatihan kerja kategori motivasi tinggi, hal ini disebabkan karena tuntutan masalah ekonomi yang menyebabkan para ibu memiliki motivasi yang tinggi untuk dapat mengikuti pelatihan yang ada sampai tuntas sehingga keterampilan yang dimiliki dapat langsung diaplikasikan dalam dunia kerja sehingga

dapat membantu perekonomian keluarga. Namun meski demikian jenis kelamin tidak terlalu memiliki pengaruh terhadap motivasi yang dimiliki seseorang dalam mengikuti pelatihan kerja karena motivasi yang ada sedikit banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor lain. Hal ini juga berlaku terhadap tingkat Pendidikan yang dimiliki oleh seseorang. Penelitian yang dilakukan oleh Zulkarnaen, (2015) menunjukkan bahwa riwayat pendidikan yang dimiliki ODGJ berpengaruh terhadap motivasi yang dimiliki, namun pengaruh yang diberikan tidak signifikan (OR 1,2).

b. Kondisi ODGJ Berat Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Motivasi

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,745. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *faktor kondisi ODGJ berat* meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase motivasi* sebesar 0,745 kali faktor kondisi ODGJ. Indikator yang mempengaruhi keberhasilan dari rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan adalah penguatan atau motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat untuk menyelesaikan rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan dengan hasil yang sebaik mungkin.

Pada rehabilitasi sosial vokasional terjadi fase perhatian, pengingatan dan peniruan, dimana ketiga fase yang ada tersebut didukung oleh 1 komponen penting yaitu fase penguatan berupa motivasi individu. Tanpa fase motivasi yang kuat ketiga fase lainnya tidak akan berjalan dengan optimal. Jika ketiga fase sebelumnya berkaitan dengan kondisi fisik ODGJ namun tidak dengan fase ini (Bandura, 1971).

Kondisi ODGJ berat secara tidak langsung dapat dibedakan menjadi diagnosa penyakit dan durasi penyakit yang dialami ODGJ berat. Penelitian yang dilakukan oleh Fadillah, (2020) menyebutkan bahwa diagnosa pasien ODGJ berpengaruh terhadap motivasi yang dimiliki untuk melaksanakan rehabilitasi baik yang bersifat okupasional dan vokasional maupun rehabilitasi bersifat agamis seperti ruqyah, hal ini disebabkan karena diagnosa berpengaruh terhadap tingkat keparahan diagnosa pasien.

c. *Subjective Norm* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Motivasi

Subjective norm berpengaruh signifikan terhadap *fase motivasi* dalam rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian *Activity Of Daily Living* (ADL) instrumental ODGJ berat. Hasil penelitian menunjukkan besar nilai pengaruh *subjective norm* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase motivasi* sebesar 0,216 kali faktor *subjective norm*.

Norma subjektif merupakan kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang terhadap persetujuan orang yang berada di sekitar ODGJ dalam melakukan sebuah tindakan tertentu (Ajzen, 1991). Definsi lain yang sering digunakan untuk mengartikan norma subjektif yaitu dukungan yang dirasakan seseorang dalam mewujudkan perilaku atau kegiatan. Pihak yang selalu memberikan dukungan terhadap individu seringkali disebut sebagai referant (Fishbein and Ajzen, 1975). Norma subjektif dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu keyakinan referant dan motivasi yan dimiliki oleh individu dalam mewujudkan harapan referant (Van Der Wal *et al.*, 2014).

Salah satu fase penting menopang keluaran dari sosial *learning theory* yaitu fase motivasi. Fase motivasi sering kali dikaitkan juga dengan penguatan yang perlu dilakukan individu untuk meningkatkan kemampuan belajar menirukan perilaku atau kegiatan (Aguiniga, Madden and Zellmann, 2016).

Stimulus yang diberikan salah satunya dalam bentuk motivasi. Motivasi dan penguatan merupakan salah satu inti dari teori belajar sosial yang di implikasikan dalam sebuah bentuk proses belajar dalam rehabilitasi sosial vokasional . Motivasi dalam fase belajar sosial seringkali dikaitkan dengan jumlah pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh seseorang, dimana semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki oleh ODGJ berat maka dapat menyebabkan motivasi ODGJ berat semakin tinggi untuk dapat meniru dan mengaplikasikan kegiatan dan perilaku serta keterampilan yang didapatkan oleh ODGJ berat selama rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan (Bandura, 1971).

Hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa norma subjektif memiliki pengaruh negatif terhadap fase motivasi yang dialami ODGJ berat selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional . Hal ini berarti semakin tinggi norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan menurunkan fase motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Nasurdin, (2004) dimana norma subjektif yang dimiliki oleh

seseorang berpengaruh terhadap motivasi ODGJ dalam memilih makanan yang sehat untuk bayi mereka pasca diberi penyuluhan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh D. Cahyono, (2016) menyebutkan bahwa norma subjektif yang dimiliki oleh mahasiswa UMP berpengaruh secara signifikan terhadap motivasi mahasiswa untuk merokok, semakin baik norma subjektif yang dimiliki maka menurunkan motivasi merokok pada mahasiswa.

d. *Perceived Behavioral Control* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Motivasi

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar $-0,168$. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *perceived behavior* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *fase motivasi* sebesar $0,168$ kali faktor *perceived behavior*. *Perceived Behavior* atau persepsi yang timbul pada seseorang terkait dengan kemudahan atau kesulitan yang mungkin dihadapi oleh seseorang terkait dengan perilaku atau tindakan yang akan dilakukan.

Perceived behavior sangat erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman masalah dan melibatkan kemampuan berfikir seseorang. Pengalaman dari seseorang berperan sangat penting dalam membentuk persepsi dari seseorang, dimana pengalaman dapat membantu meyakinkan diri seseorang tentang bagaimana sebuah kegiatan berlangsung dan tinggal mengulangnya hingga berhasil sehingga pengalaman baik pada masa lalu dapat membentuk persepsi yang positif pada saat ini. Namun sebaliknya

apabila pengalaman dimasa lalu cenderung negatif maka dapat menyebabkan persepsi yang dimiliki juga berbentuk negatif. Selain di pengetahuan yang dimiliki ODGJ berat juga dapat membantu pembentukan persepsi. Namun meskipun begitu individu tetap membutuhkan control yang berasal dari individu untuk memunculkan sebuah perilaku meskipun dirinya sudah memiliki pengetahuan atau persepsi terkait perilaku atau tindakan tersebut (Ajzen, 1988).

Fase penting yang memiliki peranan yang cukup besar dalam teori belajar sosial adalah fase motivasi atau fase penguatan. Berbeda dengan fase sebelumnya seperti fase pengingatan dan fase peniruan yang berhubungan dengan kemampuan alamiah individu dalam mengaplikasikan suatu tahapan belajar, fase motivasi dan penguatan berasal dari dalam individu sendiri dan juga berasal dari luar individu. Motivasi yang diberikan bias juga berbentuk reward and *punishment* atau juga bias berbentuk dengan dukungan dan motivasi yang diberikan terhadap seseorang sehingga dapat mencapai keluaran yang maksimal berupa kegiatan atau perilaku yang sedang diamati (Bandura, 1971).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa *perceived behaviour* berpengaruh terhadap motivasi yang dimiliki ODGJ berat alam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa *perceived behaviour* berkorelasi secara negatif dengan motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat, hal ini berarti semakin meningkat *perceived behaviour* yang dimiliki oleh ODGJ

berat maka akan semakin menurun motivasi yang dimiliki. *Perceived behaviour* berkaitan dengan persepsi yang dimiliki oleh ODGJ terhadap suatu kegiatan atau perilaku dimana dalam hal ini adalah rehabilitasi sosial vokasional. Apabila persepsi tinggi yang dimiliki bersifat negatif artinya ODGJ berat menganggap bahwa rehabilitasi sosial vokasional sebagai hal yang sulit untuk dilakukan. Hal ini akan berdampak pada motivasi dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional yang berakibat pada rendahnya motivasi ODGJ berat untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional.

Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Diastuti *et al.*, (2017) menyebutkan bahwa persepsi yang dimiliki oleh siswa berpengaruh secara positif terhadap motivasi siswa untuk mengikuti bimbingan konseling perseorangan. Penelitian serupa dilakukan oleh Raharjanti, (2016) menyebutkan bahwa persepsi yang dimiliki ODGJ terkait kualitas pelatihan yang sedang diikuti berpengaruh terhadap seberapa besar motivasi yang dimiliki untuk mengikuti pelatihan dengan baik, semakin merasa baik kualitas suatu pelatihan maka motivasi peserta juga akan meningkat.

e. Fase Peniruan Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Fase Motivasi

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,791. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase peniruan* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *fase motivasi* sebesar 0,791 kali *fase peniruan*. Proses peniruan adalah mengubah ide gambaran, atau ingatan menjadi tindakan. Simbol yang diperoleh dari model akan

menjadi pembanding tindakan. Individu akan mengamati perilaku mereka sendiri dan membandingkannya dengan perilaku model. Mencakup kemampuan fisik, kemampuan meniru dan keakuratan umpan balik. ketika sudah memperhatikan, sudah mengingat, tentu waktunya untuk praktek.

Seseorang akan mencoba melakukan apa yang sudah dilihat dan disimpan dalam memorinya. Beberapa pengulangan bisa langsung berhasil dalam sekali percobaan, ada juga yang membutuhkan usaha. Termasuk dalam proses pengulangan yaitu pertimbangan seseorang sebelum seseorang itu meniru perilakunya. Ketika seseorang memiliki keterbatasan fisik yang sama namun kemampuan kognitif seseorang itu berbeda sehingga ketika tidak bisa meniru perilakunya. Disini proses pengulangan sudah terjadi. Ketika seseorang berpikir ini menunjukkan seseorang tersebut melakukan proses pengulangan. Tetapi ini hanya sebatas pikiran. Disini seseorang akan mempertimbangkan apakah bisa meniru atau tidak .

Fase motivasi atau *motivation* merupakan proses pendorongan untuk mencapai tujuan. Ketika seseorang sudah memperhatikan perilaku, seseorang akan mengingat langkah-langkahnya. Sebuah perilaku tidak bisa ditiru, apabila seseorang tidak ingin melakukannya. Dalam hal ini, perlu adanya motivasi. Seseorang cenderung akan melakukan peniruan ketika ada sesuatu yang mendorong atau memotivasinya. Peniruan akan terjadi apabila memberi manfaat bagi seseorang tersebut, merasakan hal positif setelah seseorang itu meniru. Teori pembelajaran sosial membedakan antara perolehan dan perbuatan. Kita mungkin memperoleh sebuah

perilaku baru melalui observasi, tetapi kita mungkin tidak melakukan perbuatan itu sampai ada motivasi atau intensif untuk melakukannya .

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara fase peniruan ODGJ berat dengan motivasi yang dimiliki dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional . Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan hubungan yang positif antara peniruan yang dimiliki oleh ODGJ berat dengan motivasi yang artinya semakin tinggi fase peniruan yang dimiliki maka semakin tinggi pula motivasi yang dimiliki.

Peniruan merupakan suatu proses refleksi yang timbul akibat dari fase pengamatan yang dilakukan oleh ODGJ berat, fase peniruan merupakan sebuah fase awal yang timbul karena berbagai aktifitas pada fase sebelumnya namun seringkali dikaitkan dengan kemampuan kognitif ODGJ berat. namun pada fase peniruan dapat menimbulkan berbagai dampak salah satunya yaitu motivasi. motivasi tidak hanya timbul dari dukungan yang ada, namun peniruan yang sukses dilakukan bahkan berhasil lebih sekali dapat menimbulkan motivasi yang berlebih sehingga kemandirian ADL instrumental ODGJ berat dapat tercapai secara maksimal. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Nizami *et al.*, 2020) menyebutkan bahwa kader posyandu yang berhasil melakukan peniruan dari model nakes yang melakukan pelatihan memiliki motivasi yang lebih baik dibandingkan dengan kader yang memiliki kendala dalam peniruan.

Hasil penelitian Etten and Carver, (2016) menyebutkan bahwa anak yang menderita autisme memiliki motivasi yang baik setelah berhasil melakukan peniruan terhadap model dalam pelatihan sosial *skill*, dimana motivasi anak dengan gangguan autisme ingin melakukan kegiatan sosial lebih banyak ketika tahu bahwa peniruan yang dia lakukan berjalan dengan baik.

8. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Skill*

a. *Subjective Norm* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Skill*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,311. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *subjective norm* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *skill* sebesar 0,311 kali *subjective norm*. *Subjective norm* atau norma subjektif secara singkat dapat dikatakan sebagai kepercayaan seseorang terhadap suatu tindakan yang akan dilakukan, namun dapat juga di definisikan sebagai persepsi individu terhadap dukungan yang diberikan oleh orang lain untuk mewujudkan sebuah perilaku. Dukungan diberikan oleh berbagai pihak di sekitar individu yang memiliki pengaruh terhadap ODGJ berat, atau seringkali disebut sebagai referant (Ajzen, 2005).

Terdapat dua faktor yang memiliki pengaruh utama terhadap norma subjektif yaitu norma *belief* yaitu keyakinan individu bahwa referant berpendapat individu tersebut harus melakukan sebuah perilaku atau tindakan serta *motivation to comply* atau yang lebih dikenal sebagai

besarnya motivasi yang dimiliki oleh individu untuk melakukan sebuah perilaku yang didukung oleh referant (Ajzen, 1991).

Norma belief merupakan persepsi mengenai harapan orang lain terhadap dirinya yang menjadi acuan dalam melakukan sesuatu. Semakin berpengaruh referant yang memberikan acuan terhadap perilaku yang akan dilakukan dapat meningkatkan norma belief sehingga dapat memotivasi ODGJ berat untuk melakukan sesuatu. Selain itu norma belief berpengaruh terhadap *motivation to comply* sehingga memacu motivasi individu untuk menaruh harapan yang besar yang akhirnya akan membentuk norma subjektif yang baik.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap *skill* yang diperoleh oleh ODGJ berat selama mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Namun pengaruh yang dimiliki bersifat negatif dimana semakin meningkat norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat akan menurunkan *skill* yang diperoleh ODGJ berat selama rehabilitasi yang berlangsung.

Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Rivas, (2013) norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berpengaruh terhadap *skill* yang diperoleh oleh ODGJ pasca mengikuti pelatihan okupasional, dimana norma subjektif yang dimiliki ODGJ sangat tinggi namun *skill* yang dimiliki oleh ODGJ tidak terlalu tinggi setelah dilakukan evaluasi keluaran.

Hasil penelitian serupa juga ditemukan oleh Cousson-Gélie *et al.*, (2018) menyebutkan bahwa norma subjektif yang dimiliki oleh seseorang tidak selalu berbanding lurus dengan skill yang dimiliki ketika dilakukan pelatihan vokasional. Hal ini karena banyak sekali faktor yang berpengaruh terhadap *skill* yang dimiliki seseorang pasca mengikuti pelatihan, salah satunya adalah kondisi fisik yang mumpuni serta kemampuan *skill* dan bakat dasar.

Apabila kondisi fisik yang dimiliki seseorang mumpuni tanpa mengalami kecacatan maka dapat menjadi salah satu penunjang utama dalam fase pelatihan rehabilitasi sosial vokasional ODGJ berat sehingga dapat menghasilkan keluaran yang maksimal yaitu *skill* yang baik dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Yang kedua adalah skill dan bakat dasar, dimana semakin tinggi bakat dasar terhadap keterampilan yang dipilih ODGJ berat dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional dapat menyebabkan meningkatnya *skill* yang dihasilkan pasca mengikuti rehabilitasi. Namun apabila 2 kondisi tersebut ada yang tidak terpenuhi akan berakibat pada menurunnya *skill* yang dimiliki oleh ODGJ berat meskipun norma subjektif yang dimiliki ODGJ berat sudah sangat baik.

b. *Fase Peningkatan Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Skill*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,842. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *fase peningkatan* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *skill* sebesar 0,842 kali *fase peningkatan*. Mengingat merupakan proses untuk mengambil

manfaat dari perilaku orang lain yang telah diamati. Dia harus mengubah informasi yang diamatinya menjadi bentuk gambaran mental, atau mengubah simbol-simbol verbal, dan kemudian menyimpan dalam ingatannya. Pengulangan akan sangat membantu atau dipraktekkan setelah pengamatan selesai. Pengamat tidak perlu melakukan pengulangan atau mempraktekkan secara fisik tetapi dapat secara kognitif, yaitu: membayangkan, memvisualisasikan perilaku tersebut dalam pikirannya (Mustian, 2015).

Skill adalah kemampuan untuk menggunakan akal, fikiran dan ide dan kreatifitas dalam mengerjakan, mengubah ataupun membuat sesuatu menjadi lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Pengertian lain *skill* adalah suatu kemampuan untuk menerjemahkan pengetahuan ke dalam praktik sehingga tercapai hasil kerja yang diinginkan. *Skill* dapat dibedakan kedalam beberapa bentuk dan jenis mulai dari *skill basic* (Keahlian dasar merupakan keahlian seseorang yang pasti dan wajib dimiliki oleh kebanyakan orang, seperti membaca, menulis dan mendengar), *skill tehnik* (Keahlian teknik merupakan keahlian seseorang dalam pengembangan teknik yang dimiliki, seperti menghitung secara tepat, mengoperasikan komputer), *interpersonal skill* (Keahlian interpersonal merupakan kemampuan seseorang secara efektif untuk berinteraksi dengan orang lain maupun dengan rekan kerja, seperti pendengar yang baik, menyampaikan pendapat secara jelas dan bekerja dalam satu tim) (Virgiana, 2017; Yanto and Syaripah, 2017).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kemampuan pengingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap skill yang dimiliki oleh ODGJ berat ketika mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan yang positif antara kemampuan mengingat ODGJ berat terhadap *skill* yang dimiliki, artinya semakin tinggi kemampuan mengingat ODGJ berat maka akan semakin meningkat pula skill yang dimiliki. Dalam melakukan sebuah perilaku atau sebuah skill perlu beberapa komponen pendukung yang harus dimiliki oleh ODGJ berat agar *skill* yang dimiliki bisa maksimal.

Skill merupakan keahlian yang terbentuk setelah proses belajar selesai dimana ODGJ berat dapat melakukan suatu kegiatan hasil peniruan secara terus menerus sesuai dengan model yang dijadikan acuan. Salah satu komponen penting dari *skill* adalah kemampuan mengingat ODGJ berat. kemampuan mengingat yang seringkali dikaitkan dengan kemampuan kognitif ODGJ berat menjadi sebuah sumber informasi yang digunakan ODGJ berat untuk melakukan sebuah kegiatan. *Skill* yang dimiliki merupakan sebuah produk dari ingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat dari hasil pengamatan terhadap model. Semakin banyak dan jelas memori yang disimpan maka semakin mudah pemanggilan kembali yang akan dilakukan.

Hasil penelitian yang memiliki hasil serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo, Nugroho and Sukrillah, (2015)

dimana kemampuan mengingat yang dimiliki oleh ODGJ mampu meningkatkan berbagai fungsi dari ODGJ mulai dari kemampuan kognitif yang meningkat dan meningkatnya *skill* kemandirian pada *elderly*. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Meitya *et al.*, (2017) dimana kemampuan mengingat yang dimiliki oleh ODGJ sangat berpengaruh terhadap peningkatan *skill* komunikasi dan kerja sama pasca pemberian pelatihan sosial *skill* pada anak – anak di RPTRA Angrek Bintaro.

9. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Intention*

a. *Dukungan Sosial* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Intention*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,292. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *dukungan sosial* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *intention* sebesar 0,292 kali faktor *dukungan sosial*. *Intention* merupakan suatu indikator yang dapat digunakan untuk mengukur seberapa kuat keyakinan yang ada pada seseorang untuk mencoba melakukan sebuah perilaku dan untuk menunjukkan seberapa besar usaha yang akan digunakan untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 1988).

Intention atau intensi seringkali di sebut sebagai niat yang timbul sebelum terwujudnya sebuah perilaku dan masih berbentuk sebuah keinginan atau rencana. Niat seringkali disebut dengan faktor motivasional yang dapat mempengaruhi terhadap perilaku seseorang sehingga dapat melakukan perilaku yang dikehendaki berdasarkan intensi yang dimiliki.

Semakin tinggi intensi maka akan meningkatkan peluang timbulnya sebuah perilaku yang di pengaruhi oleh 3 komponen sebelumnya mulai dari sikap, persepsi dan intensi. Intensi merupakan sebuah disposisi yang timbul akibat sebuah perilaku yang dilakukan mulai dari waktu dan kesempatan yang dimiliki oleh individu (Liamputtong, 2019).

Intention yang dimiliki seseorang juga di pengaruhi oleh dukungan sosial. Dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar ODGJ berat akan berakibat terhadap meningkatnya *intension* dari seseorang untuk melakukan sebuah perilaku atau kegiatan dimana dalam hal penelitian ini adalah rehabilitasi sosial vokasional yang berbentuk pelatihan kerja. Seperti yang sudah disampaikan oleh Liamputtong, (2019) dimana *intention* merupakan sebuah bentuk motivasional yang dimiliki seseorang sebelum melakukan perilaku, hal ini tidak lepas dengan bentuk yang dimiliki oleh dukungan sosial yang salah satu bentuknya adalah dukungan penilaian dan emosional yang selalu memberikan motivasi dan dukungan terhadap ODGJ berat untuk melakukan kegiatan yang bersifat positif.

Dengan dukungan sosial yang diberikan oleh orang di sekitar ODGJ berat maka intention akan meningkat oleh sebab itu ODGJ berat semakin termotivasi dan tergerak untuk mengikuti rehabilitasi sosial vokasional yang akan dilaksanakan sehingga mampu mencapai keluaran rehabilitasi dengan maksimal dan terwujudnya kemandirian pada ODGJ berat. Hal ini dapat dilihat pada hubungan yang dihasilkan dari analisis yang telah dilakukan dimana hubungan yang tercipta antara dukungan

sosial dan *intention* bersifat positif yang berarti semakin meningkat dukungan sosial yang ada maka akan semakin meningkat pula *intention* yang dimiliki oleh ODGJ berat.

Hasil penelitian serupa ditemukan pada penelitian (Beatson *et al.*, 2020) dimana remaja yang memiliki disabilitas memiliki *intention* yang baik untuk mengikuti program pelatihan ketika mendapatkan dukungan sosial yang cukup dari orang di sekitar mereka. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan Lippke, Schüz and Zschucke, (2020) dimana dukungan sosial yang diberikan pada orang yang disabilitas berbanding lurus terhadap *intention* yang dimiliki untuk melakukan rehabilitasi sosial vokasional dan kembali kepekerjaan produktif (*return to work*).

b. *Subjective Norm* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Intention*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,410. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *subjective norm* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *intention* sebesar 0,410 kali *subjective norm*. *Subjective norm* atau dalam Bahasa Indonesia disebut sebagai norma subjektif merupakan sebuah kepercayaan seseorang yang terbentuk akibat sebuah persetujuan dari orang disekitar terhadap suatu kegiatan atau perilaku (Ajzen, 1991). Orang disekitar yang memberikan dukungan dapat disebut sebagai referant. dalam membentuk sebuah kepercayaan atau norma subjektif seseorang dipengaruhi oleh 2 komponen penting yaitu keyakinan individu terhadap persetujuan dari

referant apakah referant menginginkan individu harus melakukan sebuah kegiatan atau perilaku atautakah tidak. Faktor yang kedua adalah motivasi dari dalam individu yang timbul untuk memenuhi perintah atau ekspektasi dari referant entah untuk melakukan maupun tidak sebuah perilaku atau tindakan (Fishbein and Ajzen, 2010; Utami, 2017).

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. Motivasi individu untuk memenuhi harapan tersebut, yaitu seberapa jauh motivasi personal untuk mengikuti pendapat tokoh yang menjadi panutan tersebut. Seorang *personal* akan berniat menunjukkan perilaku tertentu jika personal mempersepsikan bahwa orang lain yang penting berfikir seharusnya melakukan hal itu. Perlu dan penting dengan cara menanyakan kepada ODGJ berat dalam menilai apakah orang lain, orang tersebut cenderung akan setuju atau tidak setuju jika personal menunjukkan perilaku tertentu (Mausbach *et al.*, 2013).

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. *Intention* atau niat yang ada belum berwujud perilaku tetapi masih berbentuk sebuah 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 sebuah perilaku (Ajzen, 1988; Rehman *et al.*, 2019).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil yang signifikan antara norma subjektif dengan *intention* ODGJ berat, artinya terdapat pengaruh antara norma subjektif yang dimiliki ODGJ berat dengan *intention* atau niat yang dimiliki oleh ODGJ berat dimana semakin meningkat norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan semakin meningkat pula *intention* atau niat yang dimiliki ODGJ. Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Sasmita and Piartrini, (2019) menunjukkan bahwa norma subjektif yang dimiliki oleh seseorang sangat berpengaruh terhadap *intention* yang dimiliki oleh ODGJ berat, dimana ODGJ berat yang memiliki norma subjektif yang tinggi dengan dukungan referant yang baik menyebabkan niat untuk melakukan sesuatu tinggi dalam hal ini adalah berhenti bekerja.

Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Utami, (2017) menunjukkan bahwa norma subjektif yang dimiliki oleh pasien *skizofrenia* berpengaruh terhadap niat pasien *skizofrenia* untuk memulai usaha dan menjadi enterpreuner pasca mendapatkan pelatihan terkait enterpreuner yang

diberikan. Norma subjektif yang dimiliki oleh ODGJ berat sangat berpengaruh untuk menimbulkan suatu intention atau niat untuk melakukan suatu tindakan atau sebuah perilaku. Niat untuk melakukan sebuah perilaku dalam hal ini adalah kemandirian instrumental akan menjadi meningkat ketika ODGJ berat memiliki persepsi yang baik untuk melakukan aktifitas secara mandiri, hal ini disebabkan karena dukungan dari referant yang baik sehingga mampu meningkatkan motivasi dalam diri individu memiliki niat yang baik untuk melakukan sebuah perilaku, dalam hal ini yaitu kemandirian.

c. Fase Pengingatan Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Intention*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar $-0,976$. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase pengingatan* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *intention* sebesar $0,976$ kali *fase pengingatan*. Fase pengingatan merupakan fase lanjutan dari fase perhatian. Fase pengingatan merupakan pemindahan informasi yang dilakukan seseorang ke memori yang dimiliki baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang. Penyimpanan yang dilakukan oleh seseorang biasanya berbentuk imaginal atau mengkodekan sebuah perilaku atau peristiwa yang dilakukan oleh model kedalam bentuk – bentuk verbal yang mudah di gunakan. Materi yang dirasa sangat mudah maupun mirip dengan pengalaman yang dimiliki pada masa lalu maka biasanya akan cenderung mudah untuk di ingat. Fase pengingatan erat kali dikaitkan dengan kemampuan kognitif seseorang dimana kemampuan kognitif

berkaitan dengan penyimpanan materi. Bentuk penyimpanan pada ODGJ berat dapat dibedakan menjadi 3 yaitu sensory memory, memori jangka pendek dan memori jangka panjang (Tarsono, 2018)

Intention atau niat merupakan indikasi awal terhadap seberapa besar dan kuat keyakinan yang dimiliki oleh seseorang serta untuk melihat seberapa besar usaha yang dimiliki untuk digunakan dalam mewujudkan sebuah kegiatan atau perilaku (Ajzen, 1988). *Intention* atau niat yang ada belum berwujud perilaku tetapi masih berbentuk sebuah keinginan atau rencana. Intensi juga bisa disebut sebagai faktor motivasional yang berpengaruh terhadap perilaku sehingga orang berbuat suatu perilaku berdasarkan intensinya. disposisi dari perilaku sampai mendapatkan waktu dan kesempatan yang tepat serta diwujudkan dalam bentuk tindakan (Ajzen, 2005).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara fase pengingatan dan juga intention pada ODGJ berat. hasil analisis yang telah dilakukan menunjukkan bahwa hubungan yang dimiliki oleh pengingatan ODGJ berat dan intention yang dimiliki bersifat negatif, yang artinya bahwa semakin meningkat kemampuan mengingat ODGJ berat dapat menurunkan intention yang dimiliki terhadap kemandirian ADL *instrumental*. Kemampuan pengingatan yang tinggi oleh ODGJ berat maka kemungkinan besar memiliki kemampuan kognitif yang baik sehingga dapat mengingat dengan baik semua pengamatan terhadap model.

Namun meski faktor pengingatan yang dimiliki oleh ODGJ berat sangat baik, tidak semata – merta dapat meningkatkan *intention* yang dimiliki, hal ini disebabkan terdapat beberapa faktor lain yang mempengaruhi *intention* pada ODGJ berat untuk menuju kemandirian ADL instrumental. Terdapat 3 faktor yang mempengaruhi *intention* yaitu *attitude*, *subjective norm* dan *perceived behavioral*. Meskipun kemampuan mengingat ODGJ berat sangat baik namun *attitude*, *subjective norm* dan *perceived behavioral* ODGJ berat kurang baik maka tidak dapat membuat *intention* baik.

Hasil penelitian Seni and Ratuadi, (2017) menjelaskan kemampuan mengingat responden dalam pelatihan wirausaha tidak berbanding lurus dengan niat ODGJ untuk mulai melakukan wirausaha. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Patiro and Budiyanti, (2016) yang menyatakan bahwa kemampuan kognitif yang dimiliki oleh ODGJ tidak berpengaruh terhadap niat berwirausaha.

d. Skill Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Intention*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,864. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *skill* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *intention* sebesar 0,864 kali *skill*. Keterampilan atau keahlian (*skill*) adalah merupakan kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki dan dipergunakan dalam menghadapi tugas-tugas yang bersifat teknis atau non teknis. Kecakapan,

keterampilan (*skill*) menunjukkan suatu kecakapan atau keterampilan ini diperoleh melalui latihan atau pengalaman.

Skill adalah kemampuan untuk menggunakan akal, fikiran dan ide dan kreatifitas dalam mengerjakan, mengubah ataupun membuat sesuatu menjadi lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Ada juga pengertian lain yang mendefinisikan bahwa *skill* adalah suatu kemampuan untuk menerjemahkan pengetahuan ke dalam praktik sehingga tercapai hasil kerja yang diinginkan. *Skill* dapat dibedakan kedalam beberapa bentuk dan jenis mulai dari *skill basic* (Keahlian dasar merupakan keahlian seseorang yang pasti dan wajib dimiliki oleh kebanyakan orang, seperti membaca, menulis dan mendengar), *skill* teknik (Keahlian teknik merupakan keahlian seseorang dalam pengembangan teknik yang dimiliki, seperti menghitung secara tepat, mengoperasikan komputer), *interpersonal skill* (Keahlian interpersonal merupakan kemampuan seseorang secara efektif untuk berinteraksi dengan orang lain maupun dengan rekan kerja, seperti pendengar yang baik, menyampaikan pendapat secara jelas dan bekerja dalam satu tim) (Virgiana, 2017; Yanto and Syaripah, 2017).

Niat diasumsikan faktor-faktor motivasi yang mempengaruhi perilaku, dimana seberapa besar indikasi seseorang berusaha untuk menampilkan perilaku. Pengertian intensi secara sederhana adalah merupakan niat seseorang untuk melakukan perilaku tertentu. Ajzen dan Fishbein mendefinisikan juga intensi sebagai suatu kemungkinan yang

melibatkan hubungan antara individu dengan perilakunya, dimana kemungkinan subjektif tersebut yang dapat mempengaruhi individu untuk berperilaku dengan sesuai kehendaknya sendiri (Al-Jubari, 2019).

Ajzen dalam penelitiannya menyebutkan bahwa intensi adalah kemungkinan subjektif individu, subjektif adalah lebih kepada keadaan dimana seseorang dapat berpikiran secara relatif, atau menduga-duga, berdasarkan perasaan atau selera orang, perkiraan atau asumsi yang biasanya didukung dengan suatu data atau fakta. Sehingga kemungkinan subjektif individu untuk menampilkan suatu tingkah laku (Seni and Ratuadi, 2017). Intensi mengacu pada dimensi kemungkinan individu yang terkait pada hubungan individu dengan suatu tingkah laku. Intensi menjadi prediktor yang baik meramalkan suatu perilaku yang dilakukan oleh individu. Dengan kata lain intensi memiliki kemampuan yang baik dalam meramalkan perbuatan yang akan dilakukan oleh individu. Ada beberapa asumsi dasar yang perlu diperhatikan dalam pemahaman intensi. 1) intensi merupakan penangkap atau perantara faktor-faktor motivasional yang mempunyai dampak tertentu pada suatu perilaku. 2) intensi menunjukkan seberapa keras niat seseorang untuk berani mencoba atau berusaha melakukan suatu perilaku. 3) intensi juga menunjukkan seberapa besar upaya seseorang untuk mewujudkan rencananya dalam menyusun suatu perilaku tertentu.

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara skill yang dimiliki oleh ODGJ berat terhadap intention

atau niat yang dimiliki. Hasil analisis menunjukkan hubungan *skill* dan intention bersifat positif dimana semakin meningkat skill yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan semakin meningkatkan intention yang dimiliki. Intention yang dimiliki oleh seseorang merupakan penangkap atau perantara faktor-faktor motivasional yang mempunyai dampak timbulnya sebuah perilaku atau tindakan baru, terdapat banyak faktor motivasional yang dimiliki oleh seseorang baik yang berasal dari dalam individu maupun diluar individu. Salah satu faktor motivasional yang berasal dari dalam individu adalah kemampuan atau keterampilan yang dimiliki oleh ODGJ berat. semakin tinggi skill atau keterampilan yang dimiliki oleh seseorang dapat meningkatkan intention, hal ini disebabkan karena motivasi yang timbul di dalam diri individu meningkatkan niat yang ada di dalam diri seseorang untuk melakukan ADL instrumental secara mandiri penuh tanpa bantuan orang lain.

Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi, Subekti and Fuad, (2017) menyatakan bahwa keterampilan penggunaan handphone yang dimiliki oleh nasabah berpengaruh terhadap *intention* nasabah untuk menggunakan aplikasi *mobile banking*.

10. Faktor Yang Mempengaruhi Secara Langsung *Kemandirian ADL*

Instrumental

- a. *Perceived Behavioral Control* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Kemandirian ADL Instrumental*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar $-0,431$. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *perceived behavior* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *kemandirian adl instumental* sebesar $0,431$ kali *perceived behavior*. *Perceived behavior* atau persepsi yang dimiliki berkaitan dengan persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat terkait dengan kemudahan suatu kegiatan atau perilaku untuk dilakukan. Persepsi yang terbentuk pada seseorang erat kaitannya dengan pengalaman masa lalu yang dialami seseorang terhadap suatu perilaku atau kegiatan, selain itu persepsi seseorang erat juga dikaitkan dengan pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang (Ajzen, 1991; Kopelowicz *et al.*, 2018).

Gabungan antara pengetahuan yang cukup serta pengalaman masa lalu akan membentuk sebuah persepsi yang kuat entah persepsi yang dihasilkan berbentuk positif atau pun negatif terhadap suatu kegiatan atau perilaku. Tanpa pengetahuan dan pengalaman masa lalu yang cukup, persepsi yang timbul akan sangat mudah goyah dan berganti. Untuk menghindari goyahnya persepsi yang dimiliki oleh ODGJ berat maka dibutuhkan suatu komponen dalam diri individu yang disebut *dekan perceived control*. Dengan control yang baik maka persepsi terkait kemudahan atau sulitnya sebuah kegiatan untuk dilakukan akan bersifat tetap dan tidak berubah (Ajzen, 1991; Kopelowicz *et al.*, 2018).

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 pribadi 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 (Anggraini, 2015).

Salah satu jenis ADL adalah ADL *instrumental*, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat-alat makan), menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang untuk bisa hidup lebih produktif. ADL *instrumental* berbeda dengan kemandirian dasar dimana pada ADL *instrumental* merupakan kelanjutan atau tingkat lanjut dari kemandirian ADL dasar (Primadayanti, 2011; Fitriana *et al.*, 2019).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara *perceived behavior* dengan kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat. Hasil analisis yang telah dilakukan diketahui bahwa terdapat korelasi yang positif antara *perceived behavior* dan kemandirian ADL *instrumental* pada ODGJ berat dimana semakin tinggi *perceived behavior* maka tingkat kemandirian ADL *instrumental* juga akan semakin meningkat. Persepsi baik yang dimiliki oleh ODGJ berat menyebabkan merasa sangat mudah untuk melakukan kemandirian

instrumental mulai dari menyiapkan kebutuhan sehari – hari secara mandiri dan melaksanakan aktifitas ringan. Semakin tinggi persepsi yang dimiliki ODGJ berat terhadap kemudahan dalam melakukan aktifitas harian secara mandiri maka dapat meningkatkan keberhasilan ODGJ berat dalam melakukan kemandirian instrumental untuk hidup lebih produktif terutama dibidang ekonomi.

Hasil penelitian serupa dilakukan oleh Alfyanita, Dinda Martini and Kadri, (2016) menyebutkan bahwa kemandirian instrumental pada lansia di panti werdha dipengaruhi secara langsung oleh persepsi mereka yang menyatakan bahwa mereka mampu dan mudah untuk melakukan aktifitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Penelitian serupa dilakukan oleh Kadmaerubun, Nurul Syafitri and Nurul, (2016) yang menyatakan bahwa persepsi yang dimiliki pasien ODGJ berat berpengaruh terhadap kemandirian ADL *instrumental* yang dimiliki dalam mengikuti pelatihan okupasi.

b. Fase Pengingatan Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Kemandirian ADL Instrumental*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,968. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase pengingatan* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan *kemandirian adl instrumental* sebesar 0,968 kali *fase pengingatan*. Fase Pengingat atau *Retensional* merupakan proses ingatan, seberapa baik perilaku ini diingat. Seorang pengamat harus dapat mengingat apa yang telah dilihatnya. Ia

harus mengubah informasi yang diamati menjadi bentuk gambaran hal-hal yang dialami model atau mengubah simbol-simbol verbal dan kemudian menyimpan dalam ingatannya. Mencakup kode pengkodean simbolik, pengorganisasian pikiran, pengulangan simbol dan pengulangan motorik. Penting untuk mengingat perilaku sebelum mencoba menirunya. Tidak semua proses *sosial learning* langsung ditiru saat itu juga. Ada juga proses meniru yang tertunda, dan baru akan terjadi beberapa saat setelahnya. Proses peniruan tidak akan berhasil ketika seseorang tidak ingat perilakunya.

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 pribadi 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 (Anggraini, 2017). Terdapat berbagai bentuk dan jenis dari kemandirian ADL instrumental. salah satunya yaitu kemandirian ADL *Instrumental*. ADL *instrumental*, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat-alat),

menggunakan telepon, menulis, menetik, mengelola uang guna hidup lebih produktif.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil yaitu didapatkan pengaruh antara fase pengingatan ODGJ berat dalam mengikuti rehabilitasi sosial vokasional dengan kemandirian ADL *Instrumental* hasil analisis yang dilakukan menunjukan bahwa terdapat hubungan yang negatif antara kemampuan mengingat ODGJ berat dengan kemandirian ADL *Instrumental*, artinya bahwa semakin tinggi fase pengingatan ODGJ berat dalam rehabilitasi sosial vokasional maka menyebabkan menurunnya kemandirian ADL instrumental pada ODGJ berat. Kemandirian ADL instrumental terutama instrumental memiliki banyak faktor yang mempengaruhi ODGJ berat untuk mencapainya mulai dari dukungan sosial, kondisi sosio demografi, faktor internal pasien seperti persepsi, motivasi dan niat, serta faktor lainnya meskipun secara statistik fase pengingatan responden berpengaruh terhadap kemandirian, namun hubungan yang terbentuk bersifat negatif akibat dari akumulasi berbagai faktor lain yang tidak cukup baik sehingga pengaruh yang terbentuk bersifat negatif.

Hasil penelitian Murtiyani and Haryani, (2015) menyebutkan bahwa kemampuan mengingat lansia yang mengalami demensia berpengaruh terhadap kemandirian *activity daily living* termasuk ADL *instrumental* lansia, hal ini disebabkan karena lansia yang sudah tidak memiliki kemampuan mengingat baik seringkali lupa terhadap tindakan

apa saja yang perlu dilakukan untuk tetap hidup mandiri tanpa bantuan penuh dari orang lain.

c. Fase Motivasi Berpengaruh Secara Langsung Terhadap *Kemandirian ADL Instrumental*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,568. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh *fase motivasi* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan *kemandirian ADL instrumental* sebesar 0,568 kali fase motivasi. Fase motivasi atau *motivation* adalah satu proses pendorongan yang dilakukan oleh individu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ketika seseorang memperhatikan sebuah perilaku yang dilakukan oleh model, seseorang tersebut akan memperhatikan dengan seksama serta mengingat langkah-langkah dari perilaku yang sedang diamati.

Pengamatan yang dilakukan maka seseorang mulai menyusun hipotesa awal apakah sebuah perilaku yang diamati bisa untuk ditiru atau tidak. Perilaku tidak bisa ditiru salah satu penyebabnya adalah karena seseorang tersebut tidak ingin melakukannya. Untuk memastikan bahwa seseorang ingin melakukan sebuah perilaku, maka diperlukan sebuah motivasi, hal ini disebabkan oleh seseorang yang cenderung akan melakukan peniruan ketika ada sesuatu pendorong atau motivasi. Seseorang mungkin memperoleh sebuah perilaku baru melalui observasi, tetapi kita mungkin tidak melakukan perbuatan itu sampai ada motivasi atau intensif untuk melakukannya .

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 pribadi 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 (Anggraini, 2017). Terdapat berbagai bentuk dan jenis dari kemandirian ADL salah satunya yaitu kemandirian ADL Instrumental. ADL *instrumental*, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat-alat makan), menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang guna hidup lebih produktif.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara fase motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat dengan kemandirian ADL instrumental pada ODGJ berat. Hasil analisis yang dilakukan didapatkan pola hubungan yang berbentuk positif artinya semakin meningkat motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan meningkatkan kemandirian ADL instrumental pada ODGJ berat. Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya kemandirian ADL

Instrumental pada ODGJ berat, baik yang dari dalam diri maupun dari luar diri ODGJ berat.

Faktor yang berasal dari luar ODGJ berat salah satunya adalah dukungan sosial yang berasal dari orang disekitar ODGJ berat. namun ada juga faktor di dalam seseorang yang berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental ODGJ berat salah satunya yaitu motivasi. Motivasi yang dimiliki oleh ODGJ berat dapat menjadi pendorong utama untuk menjadi mandiri. Motivasi yang dimiliki akan mendorong niat yang dimiliki untuk dapat berperilaku secara penuh dalam kemandirian ADL instrumental. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Kuncorowati, (2018) dimana motivasi yang dimiliki oleh ODGJ di rumah sakit jiwa daerah Surakarta berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental pasien, dimana semakin tinggi motivasi yang dimiliki oleh pasien maka menyebabkan semakin tinggi pula kemandirin pasien.

Hasil penelitian Rini, (2016) di RSJ Grhasia DIY menyebutkan bahwa kemandirian ADL yang dimiliki oleh ODGJ dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah dukungan sosial dan motivasi, dimana motivasi yang dimiliki oleh ODGJ menjadi faktor internal yang memiliki pengaruh paling besar dalam mempengaruhi kemandirian ADL.

- d. *Skill Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Kemandirian ADL Instrumental*

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar 0,787. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *Kemandirian ADL Instrumental* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan meningkatkan faktor *intention* sebesar 0,787 kali faktor *skill*. Skill atau keterampilan adalah kemampuan untuk menggunakan akal, pikiran, ide dan kreatifitas dalam mengerjakan, mengubah maupun untuk membuat sesuatu yang lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Selain itu skill juga dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menterjemahkan pengetahuan kedalam praktik sehingga akan tercipta kinerja yang diinginkan.

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan *skill* adalah kemampuan untuk mengoperasikan suatu pekerjaan secara mudah dan cermat. Menurut Robbins, keterampilan dibedakan menjadi 4 kategori yaitu (1) *Basic Literacy skill*: merupakan keahlian dasar yang sudah pasti harus dimiliki setiap orang, misalnya membaca, menulis, berhitung, mendengarkan dan lain sebagainya. (2) *Technical skill*, adalah keahlian secara teknis yang diperoleh melalui pembelajaran dalam bidang teknik seperti mengoperasikan komputer maupun alat alat digital lainnya. (3) *Interpersonal skill*: merupakan keahlian setiap orang dalam berkomunikasi antara satu dengan yang lain seperti mendengarkan seseorang, memberi pendapat, maupun bekerja secara tim. (4) *Problem solving*, adalah keahlian seseorang dalam memecahkan masalah melalui logika maupun perasaan (Setiani and Rasto, 2016).

Faktor yang mempengaruhi *skill* yaitu (1) motivasi, merupakan sesuatu yang dapat membangkitkan keinginan dalam diri seseorang untuk melakukan berbagai tindakan. melalui motivasi ini seseorang akan terdorong untuk melakukan sesuai dengan prosedur yang sudah diajarkan. (2) pengalaman, melalui pengalaman dapat memperkuat kemampuan seseorang dalam melakukan sebuah tindakan (keterampilan). Pengalaman membangun seseorang untuk dapat melakukan tindakan-tindakan selanjutnya menjadi lebih baik dikarenakan telah melakukan tindakan-tindakan dimasa lampau. (3) Keahlian, Keahlian yang dimiliki seseorang akan membuat orang tersebut lebih terampil dalam melakukan keterampilan tersebut. Melalui keahlian yang dimiliki juga akan membuat seseorang mampu melakukan sesuatu sesuai dengan yang sudah diajarkan (Kaph, Liando and Waleleng, 2016).

ADL atau *Activity Daily Living* adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi atau berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan untuk bantuan dalam ADL dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen atau rehabilitative (Karunia., 2016).

Salah satu jenis ADL adalah ADL *instrumental*. Yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan seperti menyiapkan peralatan kerja, menyiapkan peralatan makan, mengelola keuangan dasar. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL *instrumental* mulai dari umur, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial, tingkat stress, status kesehatan mental (Sari and Hartiningsih, 2019).

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara skill yang dimiliki oleh ODGJ berat pasca mengikuti rehabilitasi sosial vokasional dengan kemandirian *instrumental*. Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat korelasi yang positif antara *skill* yang dimiliki dengan kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat, hal ini berarti semakin meningkat *skill* yang dimiliki maka akan menyebabkan semakin tinggi pula kemandirian ADL *instrumental* pada ODGJ. *skill* tinggi yang dimiliki dapat dipastikan pasien memiliki kapasitas yang memadai baik dari kesehatan fisik, psikologis dan psikososial.

Kondisi fisik, psikologis dan psikososial yang baik selama rehabilitasi sosial vokasional berlangsung menyebabkan proses belajar sosial yang terjadi pada ODGJ berat dapat berjalan maksimal mulai dari fase perhatian, pengingatan, peniruan dan motivasi yang berakibat pada tingginya *skill* yang dimiliki oleh responden. Dengan kondisi yang demikian berakibat pada tingginya kemandirian ADL *instrumental*.

menurut Menurut Marlita, Saputra and Yamin, (2018) beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL instrumental yaitu kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial. Dengan kondisi yang prima serta skill yang tinggi maka ODGJ berat dapat memiliki kemandirian instrumental yang baik yang ditandai dengan menyiapkan kebutuhannya secara mandiri termasuk menyiapkan kebutuhannya secara mandiri dalam mengikuti kegiatan rehabilitasi, ditambah dengan skill yang baik semakin menjadi modal dan menjadi motivasi sendiri untuk melakukan ADL secara mandiri penuh. Hasil penelitian yang sama ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Rantina, (2015) pada anak umur dini di PAUD dan TK B Negeri Pembina menyebutkan bahwa skill yang diperoleh oleh anak setelah melalui pelatihan *practical life* berpengaruh terhadap kemandirian anak umur dini dalam melakukan ADL.

e. *Intention* Berpengaruh Secara Langsung Terhadap Kemandirian ADL Instrumental

Besarnya nilai pengaruh tertinggi sebesar -0,361. Hal ini menunjukkan bahwa besar nilai pengaruh faktor *intention* ODGJ berat meningkat sebanyak 1 satuan akan menurunkan faktor kemandirian ADL instrumental sebesar 0,361 kali faktor *intention*. Deni, Suriah and Sudirman, (2017) mendeskripsikan intensi (niat) adalah penetapan tujuan yang merupakan sebuah perkiraan perilaku. Conner and Norman, (2005) menerangkan bahwa pada *Sosial Cognitif Theory* dalam psikologi sosial mengenai kesehatan, intensi (niat) merupakan konstruksi inti dalam

memahami intensi (niat) perilaku terkait dengan kesehatan, tindakan atau perubahan perilaku. Pada perilaku yang akan dilakukan adalah intensi (niat) *behavioral* yang merupakan intensi (niat) untuk melakukan tindakan kesehatan yang teratur, dimana terdapat kemungkinan yang semakin meningkat untuk melakukan tindakan kesehatan tersebut (Seni and Ratuadi, 2017).

Intensi (niat) merupakan kumpulan keyakinan yang dapat disebut dengan berniat. Intensi (niat) perilaku ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan pengendalian perilaku yang disadari. Kecenderungan untuk memilih melakukan tindakan atau tidak, intensi (niat) ini ditentukan sejauh mana individu memilih untuk melakukan perilaku tertentu mendapat dukungan dari orang lain yang berpengaruh (Seni and Ratuadi, 2017).

Mandiri adalah dimana seseorang dapat mengurus dirinya sendiri, ini berarti bahwa jika seseorang sudah menyatakan dirinya siap mandiri berarti dirinya ingin sedikit mungkin minta pertolongan atau tergantung kepada orang lain. ADL atau *Activity Daily Living* adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi atau berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Marlita, Saputra and Yamin, 2018).

Salah satu jenis ADL adalah ADL instrumental yang merupakan ADL tingkat lanjut. ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas ADL dasar untuk hidup lebih produktif yang dapat menunjang kebutuhan ekonomi, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Marlita, Saputra and Yamin, 2018).

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *intention* yang dimiliki oleh ODGJ berat dengan kemandirian ADL Instrumental pasca mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat korelasi yang negatif antara *intention* dan kemandirian ADL instrumental yang dimiliki, hal ini memiliki arti bahwa semakin meningkat *intention* yang dimiliki oleh ODGJ berat maka akan menurunkan kemandirian ADL instrumental yang dimiliki. *intention* merupakan salah satu komponen yang berasal dari dalam individu yang timbul sebelum sebuah perilaku dilakukan oleh seseorang.

Niat merupakan salah satu komponen penting yang dapat mendorong terciptanya ADL instrumental ODGJ berat yang paripurna

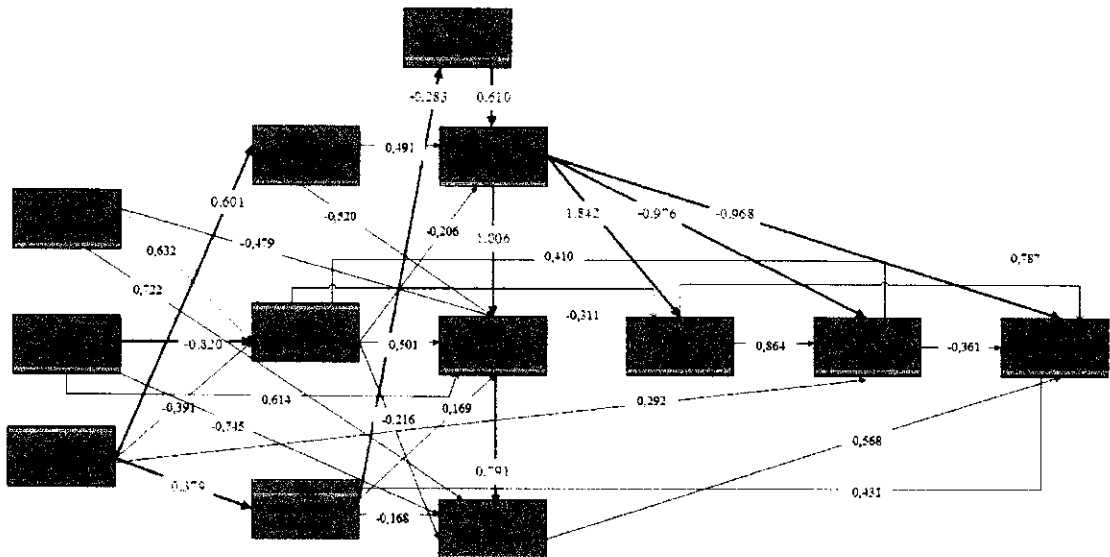
tanpa bantuan dari orang lain. Namun niat bukan satu-satunya faktor yang mendorong timbulnya perilaku mandiri, ada beberapa faktor lain yang berasal dari luar individu yang dapat mempengaruhi kemandirian. Faktor luar yang mempengaruhi adalah dukungan sosial yang diberikan oleh orang disekitar ODGJ berat. Meskipun individu memiliki niat yang tinggi untuk melakukan ADL instrumental secara mandiri, namun tanpa mendapatkan dukungan sosial yang cukup dapat menyebabkan ODGJ urung untuk melakukan tindakan tersebut sehingga menyebabkan hubungan yang ada antara *intention* dan kemandirian ADL Instrumental berbentuk negatif.

Hasil penelitian Ellington *et al.*, (2014) menyebutkan bahwa *intention* yang dimiliki oleh ODGJ merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL instrumental pada penderita stroke yang mengikuti rehabilitasi di rumah sakit. Hasil penelitian serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Crevenna and Dorner, (2019) terhadap para lansia di Australia menyebutkan bahwa niat untuk melaksanakan ADL secara mandiri merupakan salah satu komponen utama yang berpengaruh terhadap terwujudnya kehidupan lansia yang mandiri dalam melaksanakan ADL termasuk ADL instrumental.

6.3 Temuan Baru Hasil Penelitian

6.3.1 Temuan Baru Model Rehabilitasi Sosial Vokasional Dalam Meningkatkan Kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ Berat

Temuan baru dalam penelitian ini adalah model rehabilitasi sosial vokasional pada ODGJ berat untuk meningkatkan kemandirian ADL *Instrumental* . Temuan baru dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 6.1 Temuan model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat

Model yang berhasil disusun memiliki fokus terhadap persiapan pasien sebelum mengikuti rehabilitasi sosial vokasional dengan pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional sehingga diharapkan pasien mendapatkan keluaran maksimal dari rehabilitasi yang dilaksanakan yaitu pasien memiliki *skill* atau keterampilan sesuai dengan bakat dan minat. *Skill* dan keterampilan yang dimiliki diharapkan tercapainya *outcome* pasien yang maksimal yaitu mampu melaksanakan ADL *instrumental* secara mandiri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa faktor yang secara langsung berpengaruh terhadap kemandirian ADL *instrumental* ODGJ berat yaitu factor *perceived behaviour*, fase pengingatan, fase motivasi, *skill* dan *intention* (-0,361). Sedangkan faktor lainnya berpengaruh secara tidak langsung terhadap kemandirian ADL *Instrumental* yaitu faktor sosio demografi, kondisi ODGJ, dukungan social, *attitude towards behaviour*, *subjective norm*, *fase perhatian*, *fase peniruan*.

Salah satu temuan baru dari penelitian yang telah dilakukan adalah pengaruh yang ada antara *skill* yang dimiliki oleh ODGJ berat yang secara langsung dapat mempengaruhi kemandirian ADL *instrumental* pasien tanpa melewati *intention* atau niat seperti sebagaimana menurut teori atau dari penelitian yang dilakukan oleh orang lain. ODGJ yang menjadi populasi penelitian ini memiliki perbedaan dengan populasi umum lainnya, pada populasi umum lainnya *skill* dapat mempengaruhi kemandirian dengan melewati *intention* / niat. Namun pada ODGJ berat *skill* secara langsung dapat berpengaruh terhadap kemandirian ADL *instrumental*. Kondisi fisik, psikologis dan psikososial yang baik selama rehabilitasi sosial vokasional berlangsung menyebabkan proses belajar sosial yang terjadi pada ODGJ berat dapat berjalan maksimal mulai dari fase perhatian, pengingatan, peniruan dan motivasi yang berakibat pada tingginya *skill* yang dimiliki oleh responden. Dengan kondisi yang demikian berakibat pada tingginya kemandirian ADL *instrumental*. menurut Menurut Marlita, Saputra and Yamin, (2018) beberapa faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL *instrumental* yaitu kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial. Dengan kondisi yang

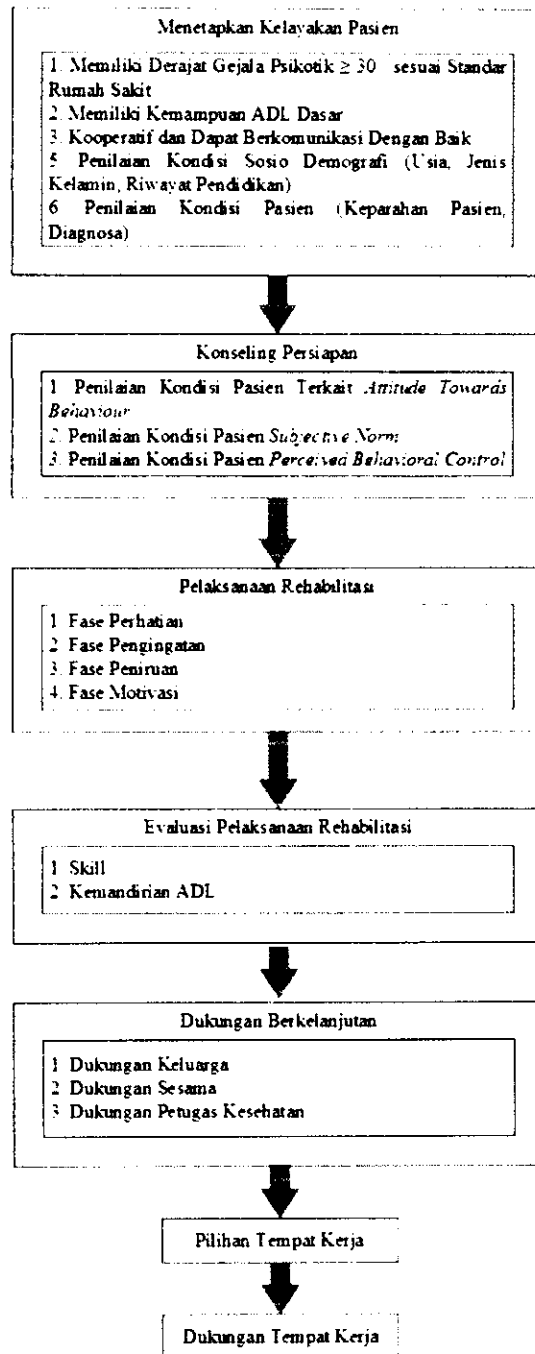
prima serta skill yang tinggi maka ODGJ berat dapat memiliki kemandirian instrumental yang baik.

Temuan baru dari penelitian yang telah dilakukan yaitu terdapat faktor internal dari pasien yang berpengaruh terhadap kemandirian ODGJ secara langsung. Di tinjau dari *Theory Planned Behavior* pada faktor internal ODGJ berat yang berpengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental adalah *perceived behaviour*. *Perceived behavioral* adalah sebuah persepsi individu dalam melihat mudah atau tidaknya sebuah 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 yaitu yang pertama dipersepsikan memiliki pengaruh motivasi terhadap intensi, individu meyakini bahwa kita 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.

Proses belajar pasien saat pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional didasarkan pada teori belajar sosial dari Bandura (1971). Temuan baru pada proses rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan yaitu terdapat hubungan antara fase pengingatan dan fase motivasi dengan kemandirin ADL *Instrumental*. 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-simbol verbal yang mudah digunakan. Materi yang bermakna bagi pengamat dan menambah pengalaman sebelumnya akan lebih mudah diingat (Bandura, 1971). Fase motivasi atau *Motivation* adalah suatu proses pendorongan yang dilakukan oleh individu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ketika seseorang memperhatikan sebuah perilaku yang dilakukan oleh model, seseorang tersebut akan memperhatikan dengan seksama serta mengingat langkah-langkah dari perilaku yang sedang diamati.

6.3.2 Temuan Baru Modul Rehabilitasi Sosial Vokasional Dalam Meningkatkan Kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ Berat



Gambar 6.2 Alur Modifikasi Rehabilitasi Sosial Vokasional

Hasil penelitian yang telah ada kemudian dijadikan sebagai dasar penyusunan modul terhadap rehabilitasi sosial vokasional ODGJ. Modul disusun berdasarkan tahapan rehabilitasi sosial vokasional Becker (2008) yang membagi tahapan rehabilitasi kedalam beberapa tahap yaitu :

1. Menetapkan kelayakan pasien : menentukan kelayakan pasien dimulai dengan mengidentifikasi faktor sosio demografi , kondisi ODGJ, dan bakat minat yang dimiliki pasien. Pasien yang memiliki kondisi yang mumpuni untuk mengikuti rehabilitasi dapat meningkatkan keberhasilan rehabilitasi. Sebelum pelaksanaan rehabilitasi vokasional perlu dilakukan kelayakan pasien apakah pasien layak atau tidak untuk mengikuti rehabilitasi vokasional. Pasien yang tidak layak dapat mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan rehabilitasi dan tentu berdampak pada keluaran yang tidak maksimal.
2. Konseling untuk persiapan : konseling dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi internal pasien mulai dari sikap, persepsi dan keyakinan pasien sebelum mengikuti rehabilitasi. Konseling dilakukan untuk meningkatkan sikap, persepsi dan keyakinan pasien sehingga dapat melakukan rehabilitasi dengan maksimal. Konseling diperlukan untuk menyiapkan kondisi ODGJ yang memang layak untuk mengikuti kegiatan rehabilitasi. Konseling diperlukan untuk meningkatkan *attitude towards behaviour, subjective norm dan perceived behaviour* pasien agar dapat terbentuk pribadi yang baik sehingga pasien dapat mengikuti rehabilitasi vokasional dengan maksimal.
3. Pelaksanaan Rehabilitasi : pelaksanaan rehabilitasi sosial vokasional dilakukan sesuai dengan tata laksana yang telah di susun dengan baik. Proses

belajar pasien di amati menurut beberapa fase mulai dari fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan fase motivasi. Pelaksanaan rehabilitasi vokasional yang berlangsung terdapat proses pembelajaran yang terjadi antara pasien dan pelatih yang menjadi model. Maka dalam pelaksanaan proses pembelajaran digunakan teori belajar social yang terdiri dari fase perhatian, fase pengingatan, fase peniruan dan fase motivasi

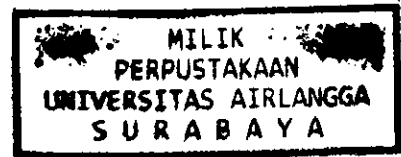
4. Evaluasi pelaksanaan : evaluasi pelaksanaan dilakukan untuk mengukur keluaran dari tahapan yang telah dilakukan sebelumnya. Evaluasi pertama yang dilakukan terkait dengan *skill* yang dimiliki pasien pasca mengikuti rehabilitasi sosial vokasional. Evaluasi yang kedua dilakukan untuk mengukur apakah ODGJ berat mampu secara mandiri melakukan ADL instrumental setelah memiliki *skill* yang baik.
5. Dukungan sosial yang berkesinambungan : dukungan sosial yang diberikan berkesinambungan oleh orang yang berada di sekitar responden yaitu keluarga, teman sebaya dan tenaga kesehatan.

6.4 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan dalam penelitian adalah tidak dilakukannya pengukuran fungsi kognitif pada responden penelitian sehingga peneliti menganggap semua kemampuan kognitif responden seimbang atau sama.

BAB 7

PENUTUP



BAB 7

PENUTUP

Pada bab penutup menjelaskan kesimpulan dan saran. Adapun kesimpulan penelitian berisikan ringkasan yang menjawab tujuan penelitian dan hasil temuan baru penelitian. Sedangkan saran penelitian berisikan pendapat yang menyarankan masukan yang ditujukan kepada penentu kebijakan dan keluarga ODGJ berat. Hal penting dalam kesimpulan dan saran penelitian ini selengkapnya sebagai berikut :

7.1 Kesimpulan

1. Penelitian Tahap I

- a. Kemandirin ADL instrumental dipengaruhi secara langsung oleh *Perceived Behavior*, Fase Pengingatan, Fase Motivasi, Skill dan *Intention*.
- b. Kemandirian ADL instrumental secara tidak langsung dipengaruhi oleh Sosio Demografi, Jenis ODGJ berat, *Attitude Towards Behavior*, *Subjective Norm*, Fase perhatian, Fase Peniruan

2. Penelitian Tahap II

Pengembangan modul yang dilakukan berdasarkan tahapan rehabilitasi Becker (2008). Pengembangan model dilakukan terhadap tahapan rehabilitasi yaitu :

- a. Menetapkan kelayakan pasien yang tersusun dari variabel faktor sosio ekonomi dan kondisi ODGJ sebagai penyaringan peserta.
- b. Konseling dan persiapan yang tersusun dari variabel *attitude towards behaviour*, *subjective norm* dan *perceived behaviour*.

- c. Pelaksanaan Rehabilitasi yang tersusun dari fase perhatian, pengingatan, peniruan, motivasi
- d. Evaluasi pelaksanaan rehabilitasi tersusun dari *skill* yang berupa penyusunan tatalaksana rehabilitasi dan kemandirian ADL instrumental.
- e. Dukungan yang berkesinambungan yang tersusun dari variabel dukungan sosial (dukungan keluarga, dukungan teman dan dukungan tenaga kesehatan).

7.2 Saran

Model rehabilitasi sosial vokasional dalam meningkatkan kemandirian activity of daily living (ADL) instrumental, dengan demikian saran ini ditujukan kepada :

1. Pengambil Kebijakan

Dalam upaya mengatasi salah satu masalah pada yang menjadi beban baik pada keluarga maupun masyarakat maka dengan dilakukannya rehabilitasi sosial vokasional maka diharapkan dapat mengurangi masalah yang ada dan menjadikan ODGJ berat dapat kembali produktif ketika selesai mengikuti program rehabilitasi dan kembali ke masyarakat. Para pengambil kebijakan yaitu aparatur negara sebagai pelaksana pemerintah khususnya pemerintah Jawa Timur dan pemegang kebijakan yaitu dinas terkait di harapkan dapat menyiapkan program yang berkesinambungan untuk memberikan kesempatan pada ODGJ berat yang sudah memiliki *skill* dan keahlian setelah mendapatkan rehabilitasi sosial vokasional untuk bisa mendapatkan pekerjaan atau bersaing di dunia kerja yang kompetitif

melalui berbagai kesempatan seperti *supported employment* atau program lainnya yaitu dengan membantu memasarkan hasil produktifitas pasien melalui pengadaan pameran dan memberi wadah penyaluran hasil keterampilan yang didapatkan sehingga pasien bisa produktif dan dapat membantu perekonomian keluarga .

2. Rumah Sakit

Dalam melakukan perawatan terhadap ODGJ khususnya pada pasien ODGJ berat menjadi tanggung jawab pada seluruh komponen dari rumah sakit yang ada. hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa rehabilitasi social vokasional yang dilakukan memiliki pengaruh terhadap kemandirian ADL instrumental pasien dan diharapkan dapat membantu pasien untuk kembli ke lingkungan social. Namun meski demikian, perlu dilakukan sinergi yang bai kantar semua elemen rumah sakit sehingga pasien tidak hanya mendapatkan terapi sosial vokasional yang baik, namun juga mendapatkan pelayanan baik secara maksimal seperti pelayanan medis, pelayanan farmasi dan pelayanan penunjang lain. Diharapkan dengan sinergi yang baik dapat meningkatkan keberhasilan pasien untuk kembali kepada masyarakat dan menurunkn timbulnya angka readmisi.

3. Keluarga

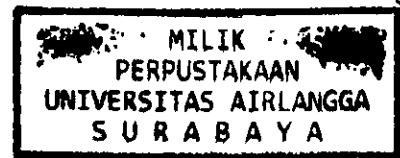
Salah satu komponen penting dalam mewujudkan ODGJ berat yang mandiri khususnya dalam hal instrumental adalah dukungan sosial. Dukungan sosial yang sangat penting bersumber dari orang terdekat yaitu keluarga. Dengan demikian diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan yang berkesinambungan terus-menerus pada responden setelah mengikuti rehabilitasi

sosial vokasional sehingga harapannya adalah pasien tidak mengalami relaps dan terhindar dari stress ketika kembali ke masyarakat.

4. Penelitian Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti variabel lain yang dapat berpengaruh terhadap kemandirian ADL Instrumental ODGJ berat, selain itu peneliti selanjutnya bisa meneliti dampak yang dirasakan oleh ODGJ berat ketika sudah kembali ke lingkungan sosial pasca mengikuti rehabilitasi vokasional. Selain itu peneliti selanjutnya bisa melakukan evaluasi terhadap proses rehabilitasi sosial vokasional yang dilakukan untuk dapat terus memperbaiki rehabilitasi sosial vokasional yang ada.

DAFTAR PUSTAKA



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 , Socioeconomic 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 Intentions 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 Werdha 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 Penanggulangannya', 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 Penelitian 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.
- 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., Klungsøyr, 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 Illness: 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 Penelitian*. 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 Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa*. Indonesia.
- Kementrian Kesehatan (2009) *Undang - Undang No 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Indonesia.
- Kementrian Kesehatan (2015) *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Indonesia. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0625.
- Kementrian Kesehatan (2018) *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Jakarta.
- Kementrian 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. Tjitrowardoyo Purworejo*. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- 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 Abdurrab*, 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).
- Metcalf, 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 Pantii Sosial Bina Daksa Budi Perkasa Palembang', *Prosiding Penelitian 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 Budiyaniti, 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 Sumbersari Kabupaten Jember, Perbedaan Tingkat Kemandirian Activity Of Daily Living (ADL) Pada Lansia Yang Mengikuti Dan Tidak Mengikuti Posyandu Di Wilayah Kerja Puskesmas*

Sumbersari 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., Nasuridin, 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 (Penelitian 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.

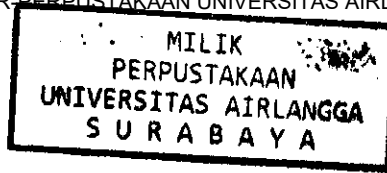
- Rini, A. S. (2016) 'Activity Of Daily Living (Adl) Untuk Meningkatkan Kemampuan Rawat Diri Pada Pasien Skizofrenia Tipe Paranoid', *Jurnal Dinamika Penelitian*, 16(2). doi: 10.21274/dinamika.2016.16.2.202-220.
- Rini, W. S. and Rochman Hadjam, M. N. (2016) 'Efektivitas Remediasi Kognitif Terhadap Perbaikan 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 Gurvey, 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 DIIpenogoro.
- 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/ (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/ (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., Fitryasari, 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.

LAMPIRAN



**LEMBAR PERSETUJUAN TERTULIS SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
RESPONDEN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Alamat :

Telah mendapatkan keterangan secara rinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “Model Rehabilitasi Sosial Vokasional Dalam Meningkatkan Kemandirian *Activity Of Daily Living (ADL) Instrumental ODGJ*”
2. Prosedur penelitian
3. Manfaat ikut penelitian

Dan setelah mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut, maka saya dengan ini secara sukarela, menyatakan (bersedia / tidak bersedia *) ikut dalam penelitian. Saya akan memberikan informasi yang benar sejauh yang saya ketahui dan saya ingat.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti	Surabaya, Responden
Wiwik Widiyawati	(.....)

Saksi	Wali
(.....)	(.....)

*) coret yang tidak perlu

DATA DEMOGRAFI DAN KONDISI ODGJ

1. Usia : Tahun
2. Jenis Kelamin : L / P
3. Pendidikan :
4. Ras / Suku :
5. Agama :
6. Diagnosa :
7. Riwayat pekerjaan:
8. Lama Sakit

Sudah berapa lama pasien di diagnosa oleh dokter? tahun
---	-------------

9. Frekuensi Kambuh

Seberapa sering pasien mengalami kekambuhan dan kembali di rawat di pelayanan kesehatan jiwa ? kali
--	------------

Lampiran 2

RESPON PENILAIAN PASIEN TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA

No	Dukungan	Ya	Tidak	Kode
		1	0	
DUKUNGAN EMOSIONAL DAN PENGHARGAAN				
1	Keluarga selalu mendampingi saya dalam perawatan			
2	Keluarga selalu memberi pujian dan perhatian kepada saya			
3	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit			
4	Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai suatu musibah			
DUKUNGAN FASILITAS				
5	Keluarga selalu menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan			
6	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya			
7	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan			
8	Keluarga selalu berusaha untuk mencari kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan			
DUKUNGAN INFORMASI / PENGETAHUAN				
9	Keluarga selalu memberitahu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat kepada saya			
10	Keluarga selalu mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan			
11	Keluarga selalu mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya			
12	Keluarga selalu menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya			
DUKUNGAN PENGHARGAAN				
13	Keluarga selalu memberikan pujian sama saya apabila saya mampu minum obat sendiri tanpa di suruh			
14	Keluarga selalu mendukung dan menemani saya untuk periksa/kontrol ke dokter			

Lampiran 2

KUESIONER SOSIAL SUPPORT (Teman Sebaya)

1. Ada berapa banyak teman dekat yang anda miliki ?

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Tidak Pernah	Selalu
		0	1
	Emotional / Informational Support		
1	Seberapa sering teman anda mendengarkan apabila anda ingin berbicara		
2	Seberapa sering teman anda memberikan informasi untuk menolong anda memahami situasi		
3	Seberapa sering teman anda yang memberikan nasehat yang anda benar-benar butuhkan		
	Tangible Support		
4	Seberapa sering teman anda membantu kegiatan ketika anda sakit		
5	Seberapa sering teman anda dapat membawa anda ke dokter apabila anda membutuhkan itu		
	Affectionate Support		
6	Seberapa sering teman anda tetap menunjukkan rasa sayang dan perhatian mereka pada anda		
7	Seberapa sering teman anda memeluk anda		
	Positive Sosial Interaction		
8	Seberapa sering teman anda tetap meluangkan waktunya untuk bersenang-senang dengan anda		
9	Seberapa sering teman anda menghabiskan waktu bersama anda		
	Additional Item		
10	Seberapa sering teman anda membantu untuk mendapatkan hal yang anda butuhkan		

Lampiran 2

DUKUNGAN TENAGA KESEHATAN

Keterangan :

Ya : Jika dilakukan

Tidak : Jika tidak dilakukan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
		1	0
1	Tenaga kesehatan memberikan informasi dan penjelasan tentang pentingnya mengikuti terapi		
2	Tenaga kesehatan menjelaskan manfaat dari terapi yang dilakukan		
3	Tenaga kesehatan selalu membantu saat anda membutuhkan bantuan		
4	Tenaga kesehatan menjelaskan kerugian jika saya tidak mengikuti terapi		
5	Tenaga kesehatan memberikan contoh terapi yang akan dilakukan		
6	Tenaga kesehatan selalu ada disaat anda butuhkan		
7	Tenaga kesehatan selalu mengingatkan saat jika saya melakukan kesalahan		
8	Tenaga kesehatan selalu memberikan pujian jika saya bias menyelesaikan terapi yang dijalani		

Lampiran 2

KUESIONER TPB

Adop dari contoh kuesioner TPB oleh Ajzen (diunduh melalui people.umass.edu/ajzen/tpb)

Bacalah setiap pertanyaan dibawah ini dengan seksama dan jawablah setiap pertanyaan dengan cara melingkari angka yang tersedia sesuai dengan keyakinan anda !

Pengukuran keyakinan tentang mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja.

1. Menurut saya, mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah sesuatu yang baik untuk saya
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
2. Saya percaya bahwa memilih untuk mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang tepat
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
3. Menurut saya, mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja dapat membuat lebih bisa terampil.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
4. Saya percaya bahwa dengan mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja saya akan lebih terampil.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
5. Melakukan kegiatan yang ada di rehabilitasi kerja akan memberi pengaruh baik pada saya
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**

Pengukuran penilaian terhadap manfaat dari mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja

6. Mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah hal yang saya
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
7. Mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang menurut saya
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
8. Untuk bekal keterampilan setelah pulang ke rumah, mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang menurut saya
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**

Lampiran 2

9. Agar hidup saya lebih berguna, mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah hal yang
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
10. Menurut saya, Mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
11. Orang tua saya menyarankan sebaiknya saya mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja di Rumah sakit
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
12. Tenaga kesehatan (perawat dan dokter) menyarankan sebaiknya saya mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
13. Terkait kegiatan di rehabilitasi kerja di Rumah Sakit, teman-teman saya lebih memilih untuk.....
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
14. Orangtua saya beranggapan bahwa mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah perbuatan yang baik.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
15. Tenaga kesehatan (perawat dan dokter) beranggapan bahwa mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah perbuatan yang baik.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
16. Teman-teman saya mengatakan bahwa mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah hal yang tidak bermanfaat.
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**

Pengukuran tentang motivasi untuk patuh terhadap anjuran orang sekitar.

17. Menurut saya, mematuhi pendapat orangtua adalah hal yang
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
18. Menurut saya, mengikuti saran tenaga kesehatan (perawat dan dokter) adalah hal yang
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**
19. Memilih untuk mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja dengan teman-teman saya adalah hal yang menurut saya ...
Tidak Setuju 0 1 **Setuju**

Lampiran 2

20. Anggapan orang tua bahwa mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang baik, merupakan hal yang menurut saya ...

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

21. Anggapan tenaga kesehatan (perawat dan dokter) mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah pilihan yang baik, menurut saya adalah hal yang

....

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

22. Memilih untuk mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja adalah hal yang tidak bermanfaat, seperti teman-teman saya katakan, adalah suatu hal yang menurut saya

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

Pengukuran persepsi tentang kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi

23. Menurut saya, mengikuti kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi dengan teman-teman adalah hal yang menyenangkan

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

24. Menurut saya, tidak rugi apabila tidak mengikuti kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi.

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

25. Jika saya mau, saya bisa mengikuti kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi setiap hari

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

26. Pandangan masyarakat tentang anda setelah keluar dari rehabilitasi Rumah Sakit sangat buruk.

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

Pengukuran persepsi tentang kemampuan dalam mengambil keputusan untuk mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja

27. Jika Ruangan Rehabilitasi memberikan fasilitas untuk pekerjaan kesukaan saya, maka saya merasa

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

28. Jika keluarga menganggap saya lebih berguna setelah mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja, maka saya merasa

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

29. Saya yakin dengan mengikuti kegiatan di rehabilitasi kerja dengan sungguh-sungguh saya bisa membantu pendapatan keluarga.

Tidak Setuju

 0 1

Setuju

*Lampiran 2***Pengukura Niat**

30. Saya berniat untuk lebih giat dalam mengikuti kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi

Tidak Setuju

0	1
---	---

Setuju

31. Saya akan menyampaikan ke teman-teman bahwa mengikuti kegiatan kerja di Ruang Rehabilitasi sangat bermanfaat untuk bekal bekerja setelah keluar Rumah Sakit

Tidak Setuju

0	1
---	---

Setuju

*Lampiran 2***PENJELASAN :****PENGUKURAN REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL
(SOCIAL LEARNING THEORY)**

1. Fase Perhatian di ukur menggunakan Keaktifan dan Kehadiran
2. Fase Peningkatan di ukur dengan ujian materi (baik tertulis maupun lisan)
3. Fase Peniruan di ukur dengan ujian praktek
4. Motivasi di ukur menggunakan kuesione

Sheltered workshop

$$= \sum \text{Fase Perhatian} + \text{Fase Peningkatan} + \text{Fase Peniruan} \\ + \text{Motivasi.}$$

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI PESERTA MENGIKUTI REHABILITASI SOSIAL
VOKASIONAL

No Responden:

Jenis Kelamin :

Sesi	Hari/Tgl	Aktifitas	Checklist (Poin 1)	Keterangan
I		Pengenalan Keterampilan		
		Pengenalan Fungsi dan Tujuan Keterampilan		
		Pengenalan Cara Penggunaan Alat dan Bahan		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
II		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
III		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
IV		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
Test I		Evaluasi Praktek		1. Mandiri 2. Tergantung
		Evaluasi Materi		1. Baik 2. Buruk
V		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		

Lampiran 2

		Evaluasi Harian (Total Skor)		
VI		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
VII		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
VIII		Mempersiapkan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Pelaksanaan Pelatihan Keterampilan dengan Kompetensi :		
		Merapikan Alat dan Bahan Secara Mandiri		
		Evaluasi Harian (Total Skor)		
Test II		Evaluasi Praktek		1. Mandiri 2. Tergantung
		Evaluasi Materi		1. Baik 2. Buruk

Keterangan :

1. Mandiri Sesuai Tahapan (Skor 3) : Peserta mampu mencapai kompetensi yang telah di tetapkan dan mampu melakukan setiap tahapan secara mandiri tanpa bantuan
2. Mandiri Tidak Sesuai tahapan (Skor 1 - 2) : Peserta mampu mencapai kompetensi yang telah di tetapkan namun tidak mampu melakukan setiap tahapan dengan baik dan benar
3. Tidak Mandiri (Skor 0) : Peserta tidak mampu mencapai kmpetensi yang telah di tetapkan dan tidak mampu melakukan setiap tahapan dengan baik dan benar

Lampiran 2

LEMBAR ABSENSI PESERTA REHABILITASI

No Responden:

Jenis Kelamin :

Hari / Tgl	Kegiatan	Hadir / Tidak Hadir	Keterangan
	Sesi I		
	Sesi II		
	Sesi III		
	Sesi IV		
	Sesi V		
	Sesi VI		
	Sesi VII		
	Sesi VIII		

Lampiran 2

**KUESIONER MOTIVASI PASIEN
MENGIKUTI KEGIATAN REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL**

No	Pertanyaan	Tidak Setuju (0)	Setuju (1)
1	Saya merasa senang ketika dapat mengikuti proses terapi secara penuh		
2	Saya merasa puas ketika saya berusaha mencapai tujuan pribadi saya dari pelaksanaan terapi		
3	Melalui terapi saya merasa bahwa sekaarang saya dapat membuat perubahan dalam hidup		
4	Saya merasa bahwa perubahan yang terjadi di hidup saya diakibatkan karena terapi yang saya ikuti		
5	Saya percaya bahwa terapi yang saya jalani akan membuat saya lebih baik		
6	Saya percaya bahwa terapi dapat membuat saya dapat menyelesaikan masalah dengan lebih baik		
7	Saya akan merasa buruk jika saya tidak melanjutkan terapi saya		
8	Saya rasa sangat penting untuk peserta terapi menyelesaikan proses terapi sampai selesai		
9	Saya tidak ingin membuat orang yang dekat saya kesal ketika saya tidak mengikuti terapi		
10	Teman saya berfikir bahwa saya harus mengikuti terapi		
11	Sejujurnya, saya tidak mengerti keuntungan apa yang saya dapat dengan mengikuti terapi		
12	Saya sering berpikir kenapa saya ikut terapi, saya merasa bosan ketika mengikuti terapi		

Lampiran 2

**LEMBAR OBSERVASI (SCRINING) KEMAMPUAN ADL DASAR
(Katz S, 1970)**

No	Aktivitas	Dapat Melaksanakan	
		Mandiri (1)	Tergantung (0)
1	Makan		
2	Kontinen		
3	Mandi		
4	Toileting		
5	Berpakaian		
6	Berpindah		
	Total		

Keterangan :

	Kategori mandiri	Kategori Tergantung
Makan	mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri	bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral atau melalui Naso Gastrointestinal Tube (NGT).
Kontinen	BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri	inkontinesia persial atau total yaitu menggunakan kateter dan pispot, enema dan pembalut/pampers.
Mandi	bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.	bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.
Toileting	masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri	menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot
Berpakaian	mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing / mengikat pakaian	tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.
Berpindah	berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiri	bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan sesuatu atau perpindahan.

Pembacaan Hasil :

No	Penilaian	Kriteria
6	Mandiri Total	Mandiri dalam mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, kontinen dan makan

Lampiran 2

5	Tergantung Paling Ringan	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali salah satu dari fungsi di atas
4	Tergantung Ringan	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya
3	Tergantung Sedang	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lainnya
2	Tergantung Berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, dan satu fungsi lainnya
1	Tergantung Paling Berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi lainnya
0	Tergantung Total	Tergantung pada 6 fungsi di atas

KUESIONER LAWTON – BRODY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE

Lingkari salah satu pernyataan pada setiap kategori yang diaplikasikan pada subyek.

1. Kemampuan Pasien Menggunakan Alat Keterampilan / Kerja
 - c. Mengoperasikan alat sesuai dengan kehendak dan keinginan sendiri (1)
 - d. Menggunakan beberapa alat keterampilan / kerja (tidak semua) (1)
 - e. Tidak dapat menggunakan alat keterampilan / kerja sama sekali (0)
2. Berbelanja Alat Kebutuhan Kerja
 - d. Dapat berbelanja semua kebutuhan secara mandiri
 - e. Berbelanja dalam jumlah kecil secara mandiri
 - f. Perlu didampingi ketika pergi belanja
 - g. Tidak bisa pergi belanja sama sekali
3. Menyiapkan Alat dan Bahan
 - c. Merencanakan, menyiapkan alat dan bahan secara mandiri (1)
 - d. Menyiapkan alat dan bahan apabila telah disediakan oleh orang lain (0)
 - e. Butuh bantuan untuk menyiapkan alat dan bahan (0)
4. Menjaga dan Merawat Alat dan Bahan
 - d. Merawat dan menjaga alat dan bahan yang digunakan secara mandiri (1)
 - e. Merawat dan menjaga alat dengan bantuan orang lain untuk bahan – bahan khusus (senjata tajam, dll) (1)
 - f. Membutuhkan bantuan orang lain untuk menjaga bahan baku khusus (zat kimia, dll) (1)
 - g. Tidak bias menjaga dan merawat semua alat dan bahan secara mandiri (0)
5. Membereskan Alat dan Bahan
 - c. Membereskan alat dan bahan setelah digunakan secara mandiri (1)
 - d. Membereskan sebagian alat dan bahan setelah digunakan (1)
 - e. Tidak bias membereskan alat dan bahan secara mandiri (0)
6. Membagi Waktu Bekerja
 - c. Dapat membagi waktu antara bekerja dan kegiatan lain (1)

Lampiran 2

- d. Kadang – kadang tidak bias membagi waktu antara bekerja dan kegiatan lain (1)
 - e. Tidak dapat membagi waktu sama sekali (0)
7. Tangung Jawab dan Disiplin Terhadap Pekerjaan
- c. Dapat bertanggung jawab dan disiplin terhadap semua pekerjaan yang dilakukan (1)
 - d. Terkadang rasa tanggung jawab dan disiplin yang ada menurun (1)
 - e. Tidak memiliki rasa tanggung jawab terhadap pekerjaan yang dilakukan (1)
8. Kemampuan Mengatur Keuangan Hasil Dari Pekerjaan
- c. Dapat mengatur keuangan secara mandiri (pengeluaran, menulis checks, membayar tagihan, pergi ke bank), mencatat pengeluaran dan menghitung pemasukan (1)
 - d. Dapat mengatur pengeluaran sehari – hari tetapi membutuhkan bantuan yang terkait dengan urusan bank dan masalah keuangan lain (1)
 - e. Tidak dapat mengatur keuangan sama sekali (0)

Lampiran 2

FORMAT SELEKSI REHABILITASI MENTAL

Tanggal / jam seleksi	IDENTITAS PASIEN	PELAKSANA
	Nama pasien :	Nama :
	No. RM :	
	Jankel :	NIK :
	Umur :	
	Diagnosa :	Paraf :
	Alamat :	
	Ruangan :	

Hasil seleksi :

1. Kemampuan kecerdasan : normal/diatas normal/dibawah normal/mengalami penurunan
2. Kondisi emosi : stabil/labil disertai atau didominasi dengan
3. Kontak sosial : kooperatif/bermusuhan/menarik diri
4. Komunikasi : cukup baik /agak terganggu tapi bias dimengerti/kacau
5. Kemampuan merawat diri : cukup baik/mampu apabila dibimbing/sulit dibimbing
6. *Interest*
 - Pertanian :
 - melukis/menggambar :
 - Musik :
 - Kerajinan dari benang :
 - Kerajinan dari kain :
 - Kerajinan sulak :
 - Kerajinan anyaman :
 - Olahan makanan :
7. Prestasi pengalaman kerja :

Kesimpulan dan saran

1. Dikirim ke terapi okupasi :
2. Dikirim ke latihan kerja bagian :

*Lampiran 2***SKORING DERAJAT GEJALA PSIKOTIK**

No. Rekam medis :
 Nama pasien :
 Tanggal lahir / umur :
 Jenis Kelamin : P / L

No	Uraian	Skor	Skor	Skor	Skor	Skor	Skor	Skor	Skor
1	Penampilan								
2	Aktivitas sosial								
3	Sikap								
4	Cara bicara								
5	Cara berpikir								
6	Perilaku								
7	Fungsi intelek dan orientasi								
8	Pengendalian emosi								
9	Fungsi persepsi								
10	Tilikan								
Total									

Tanggal dan jam pelaksanaan skoring
 Tempat pelaksanaan skoring
 Penilai
 Paraf

Lampiran 2

**PANDUAN SCORING DERAJAT GEJALA PSIKOTIK
RUMAH SAKITJIWA MENUR**

NO	URAIAN	SCORE
1	PENAMPILAN	
	a. Sangat rapi, bersih, dandan	6
	b. Rapi, bersih, tidak dandan	5
	c. Cukup rapi dan bersih	4
	d. Kurang rapi dan bersih	3
	e. Tidak rapi, kotor, tidak bau	2
	f. Jorok, sangat kotor, bau	1
	g. Sangat jorok, kotor dan bau	0
2	AKTIVITAS SOSIAL	
	a. Proaktif, banyak inisiatif, melakukan hal-hal berguna	5
	b. Kadang mau melakukan hal berguna tanpa diperintah	4
	c. Mau melakukan hal berguna tapi diperintah	3
	d. Tak mau melakukan hal berguna meskipun diperintah	2
	e. Selalu menyendiri, melakukan hal tidak berguna	1
	f. Suka melakukan hal-hal yang merusak atau membahayakan / mencederai	0
3	SIKAP	
	a. Sangat kooperatif	5
	b. Kooperatif	4
	c. Cukup kooperatif	3
	d. Tidak kooperatif	2
	e. Acuh tak acuh	1
	f. Bermusuhan	0
4	CARA BICARA	
	a. Lancar, jelas, mudah dipahami	5
	b. Melompat-lompat atau terhambat	4
	c. Kurang lancar dan kurang jelas	3
	d. Kurang dapat dipahami	2
	e. Inkohereni (kacau)	1
	f. Neologisme (sangat kacau)	0
5	CARA BERPIKIR	
	a. Rasional, logis, realistis, sistematis	5
	b. Masih cukup logis dan sistematis	4
	c. Masih dapat dipahami	3
	d. Sukar dipahami	2

Lampiran 2

	e. Ada waham sekunder	1
	f. Ada waham primer yang bizzar	0
6	PERILAKU	
	a. Terkendali	5
	b. Masih terkendali	4
	c. Masih dapat dipahami	3
	d. Agresif, sukar diatur	2
	e. Tidak dapat dipahami dan gelisah	1
	f. Kompulsif dan susah dikendalikan	0
7	FUNGSI INTELEK DAN ORIENTASI	
	a. Dapat berinteraksi dengan prima	5
	b. Masih dapat mengingat hal penting	4
	c. Masih dapat mengerti hal sederhana	3
	d. Sukar berinteraksi dengan lingkungan	2
	e. Orientasi terganggu	1
	f. Orientasi sangat terganggu	0
8	PENGENDALIAN EMOSI	
	a. Sabar dan tenang	5
	b. Masih cukup sabar	4
	c. Masih dapat mengendalikan emosi	3
	d. Agak sulit mengendalikan emosi	2
	e. Sulit mengendalikan emosi	1
	f. Tidak dapat mengendalikan emosi	0
9	FUNGSI PERSEPSI	
	a. Tidak ada ilusi atau halusinasi	4
	b. Kurang, masih ada halusinasi	3
	c. Sering ada halusinasi	2
	d. Hamper selalu ada halusinasi	1
	e. Sangat dipengaruhi halusinasi	0
10	TILIKAN	
	a. Sadar dirinya sakit dan ingin diterapi supaya sembuh	4
	b. Sadar dirinya sakit namun tidap peduli terhadap terapi	3
	c. Menyalahkan orang lain sebagai penyebab sakitnya	2
	d. Mengakui sakit sekaligus menyangkal	1
	e. Menyangkal dirinya sakit	0

Catatan ; Skor < 24 = Ruang Intensif
 Skor ≥ 24 = Rawat Inap
 Skor ≥ 30 = Rehabilitasi Mental Psikososial dan Pulang



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
 Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618
 Website : <http://www.fkm.unair.ac.id>, E-mail : info@fkm.unair.ac.id

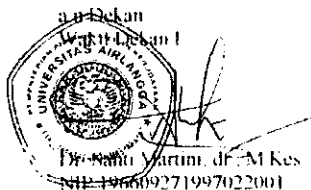
Nomor : 2043/UN3110/ PK/2020 1 April 2020
 Lampiran : 1 (satu) eksemplar
 Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Yth. Direktur
 Rumah Sakit Jiwa Menur
 Surabaya

Dalam rangka pelaksanaan penelitian guna penyelesaian disertasi yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Dokter Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, dengan ini kami mohon ijin untuk mengadakan penelitian bagi mahasiswa tersebut dibawah ini:

Nama : Wiwik Widiyawati
 NIM : 101817087313
 Judul Penelitian : Model Rehabilitasi Sosial Vokasional dalam Meningkatkan Kemandirian *Activity of Daily Living (ADL) Instrumental* Pasien *Skizofrenia*
 Promotor : Prof. Dr. Ali Yusuf, S.Kp., M.Kes.
 Ko-Promotor : Dr. Shrimarti Rukmini Devy, Dra., M.Kes.

Terlampir kami sampaikan proposal penelitian yang bersangkutan
 Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terimakasih

Dipetik dan
 Ditandatangani

 Dr. Nafiu Martini, dr. M.Kes.
 NIDN 196609271997022001

Pembusan

- 1 Dekan FKM UNAIR
- 2 Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Doktor
- 3 Yang bersangkutan



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA MENUR**

Jl. Raya Menur No. 120 Telp. 5021635 – 5021637 Surabaya

Surabaya, 07 April 2020

Nomor : 072/ 164 /305/2020
Sifat : Penting
Lampiran : 1
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
di
Surabaya

Menindaklanjuti surat Saudara tertanggal 1 April dengan nomor surat: 2043/UN3.1.10/PK/2020 perihal seperti pada pokok surat. Dengan ini Kami menerima permohonan Saudara atas nama:

Nama	Judul Penelitian
Wiwik Widiyawati	Model Latihan Vakasional Dalam Meningkatkan Kemandirian <i>Activity Of Daily Living</i> (ADL) Instrumental Pasien Skizofrenia


untuk melakukan pengambilan data di RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur.

Dalam pelaksanaan dimaksud, ada beberapa hal yang perlu Kami informasikan sebagai berikut ini:

1. Peneliti wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RS Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur;
2. Biaya administrasi (terlampir);
3. Menyerahkan laporan hasil Penelitian sejumlah 1 (satu) eksemplar.

Demikian untuk menjadi perhatian dan kerja sama yang baik Kami sampaikan terima kasih.

Direktur
Rumah Sakit Jiwa Menur
Provinsi Jawa Timur


dr. Mochamad Hafidil Ilham, Sp.An
Pembina Utama Muda
NIP.19620506 198901 1 002



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
RUMAH SAKIT JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR

KETERANGAN KELAIKAN ETIK

ETHICAL APPROVAL

No. 070/1463/305/2020

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) RS JIWA MENUR PROVINSI JAWA TIMUR TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROTOKOL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL:

"MODEL REHABILITASI SOSIAL VOKASIONAL DALAM MENINGKATKAN KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) INSTRUMENTAL PASIEN SKIZOFRENIA"

Peneliti Utama : Wiwik Wid-yawati
NIM : 101817087313
Institusi : S3 Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 11 MARET 2020
DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA MENUR
PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA
MENUR
Dr. H. Haidan Iham, Sp.An
Pembina Utama Muda
NIP. 19620506 198901 1 002

Lampiran 6

KOEFISIEN

"B WNIK 2 2020" TABULASI WNIK 8 ME 2020 DATA P5AH32 bit FLS Algorithm Run No: 1)

Construct Reliability and Validity

Matrix	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
	Cronbach's Alpha	rho_A	Composite Reliability	Average Variance Extracted (AVE)
Attitude Toward Behaviour	0.817	0.71	0.71	0.51
Dukungan Sosial	0.817	0.71	0.71	0.51
FASE MOTIVASI	0.817	0.71	0.71	0.51
FASE PENGINGATAN	0.817	0.71	0.71	0.51
FASE PENRIILAH	0.817	0.71	0.71	0.51
FASE PERHATIAN	0.817	0.71	0.71	0.51
Faktor Sosial Demografi	0.817	0.71	0.71	0.51
Intention	0.817	0.71	0.71	0.51
Kemandirian_ADL	0.817	0.71	0.71	0.51
Kondisi Pasien	0.817	0.71	0.71	0.51
Perceived Behaviour	0.817	0.71	0.71	0.51
SKILL	0.817	0.71	0.71	0.51
Subjective Norm	0.817	0.71	0.71	0.51

"B WNIK 2 2 2020" TABULASI WNIK 8 ME 2020 DATA P5AH32 bit FLS Algorithm Run No: 1)

R Square

Matrix	R Square	F Square Adjusted
	R Square	R Square Adjusted
SKILL	0.881	0.879
FASE PENRIILAH	0.773	0.758
FASE MOTIVASI	0.727	0.713
FASE PENGINGATAN	0.638	0.627
Kemandirian_ADL	0.418	0.387
Subjective Norm	0.373	0.354
Attitude Toward Behaviour	0.361	0.354
Intention	0.145	0.108
Perceived Behaviour	0.143	0.135
FASE PERHATIAN	0.080	0.071

Final Results	Quality Criteria	Interim Results	Base Data
Final Results	Quality Criteria	Interim Results	Base Data
Final Results	Quality Criteria	Interim Results	Base Data
Final Results	Quality Criteria	Interim Results	Base Data

Lampiran 6

"B WIKI 2.2.splm (3) TABULASI WIKI 8 MEI 2020 DATA PISAN32 ba F1 F.5 Algorithm Run No 1) 1)

Discriminant Validity

Fornell-Larcker Criterion	Cross Loadings	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	Copy to Clipboard	Excel Format	R Format				
Attitude Towar	Dukungan Sesi...	FASE MOTIVASI	FASE PENGINGI...	FASE PERBUJUAN	FASE PERHATI...	Faktor Sosio D...	Intention	Kemandirian...	Kondisi Pasien	Perceived E
x1.1	0.181	0.272	0.153	0.292	0.112	0.153	0.938	0.361	-0.392	0.918
x1.2	0.038	-0.020	0.375	0.259	0.261	0.233	0.873	-0.051	-0.268	0.661
x1.3	0.198	0.266	0.179	0.304	0.154	0.179	0.945	0.061	-0.378	0.919
x1.0	0.087	-0.033	0.771	0.697	1.000	0.707	0.202	-0.069	0.246	0.160
x1.1	0.414	0.428	0.556	0.887	0.498	0.434	0.268	-0.054	0.341	0.250
x2.1	0.144	0.188	0.052	0.170	0.180	0.053	0.747	-0.169	-0.262	0.946
x2.2	0.181	0.272	0.153	0.292	0.112	0.153	0.938	0.361	-0.392	0.918
x3.1	0.550	0.855	0.180	0.393	0.118	0.154	0.381	0.086	-0.042	0.394
x3.2	0.439	0.754	-0.026	0.247	-0.026	0.024	0.148	0.003	-0.163	0.003
x3.3	0.512	0.894	-0.112	0.319	-0.033	-0.026	0.001	0.001	0.111	0.174
x4.1	0.503	0.440	0.150	0.528	0.233	0.150	0.203	-0.249	-0.051	0.162
x4.2	0.918	0.645	-0.157	0.435	-0.063	-0.112	0.060	-0.112	0.157	0.151
x5.1	-0.170	-0.482	0.112	-0.179	0.131	0.112	-0.327	0.112	-0.098	-0.502
x5.2	-0.059	-0.394	0.189	-0.076	0.309	0.266	0.038	-0.053	-0.200	-0.124
x6.1	0.452	0.316	-0.063	0.153	0.057	-0.181	-0.051	-0.314	0.317	0.029
x6.2	0.635	0.369	-0.254	0.229	-0.090	-0.318	-0.161	-0.191	0.316	-0.057
x7	0.014	0.063	0.494	0.574	0.707	1.000	0.711	0.134	0.029	0.115

"B WIKI 2.2.splm (3) TABULASI WIKI 8 MEI 2020 DATA PISAN32 ba F1 F.5 Algorithm Run No 1) 1)

Discriminant Validity

Fornell-Larcker Criterion	Cross Loadings	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)	Copy to Clipboard	Excel Format	R Format				
FASE MOTIVASI	FASE PENGINGI...	FASE PENBUJUAN	FASE PERHATI...	Faktor Sosio D...	Intention	Kemandirian...	Kondisi Pasien	Perceived Beh...	SKILL	Subjective Norm
12	0.153	0.292	0.112	0.153	0.938	0.091	-0.392	0.918	-0.296	0.306
20	0.376	0.259	0.261	0.233	0.873	-0.051	-0.268	0.661	-0.173	0.186
36	0.175	0.304	0.154	0.179	0.945	0.061	-0.378	0.919	-0.051	0.263
15	0.771	0.697	1.000	0.707	0.202	-0.069	0.246	0.160	-0.029	0.498
38	0.356	0.887	0.498	0.434	0.268	-0.054	0.341	0.250	0.180	1.000
38	0.052	0.170	0.180	0.053	0.747	-0.169	-0.262	0.946	0.042	0.174
72	0.153	0.292	0.112	0.153	0.938	0.091	-0.392	0.918	-0.296	0.306
35	0.180	0.393	0.118	0.154	0.381	0.086	-0.042	0.394	0.353	0.315
54	-0.033	0.247	-0.026	0.024	0.148	0.003	-0.163	0.003	0.166	0.344
44	-0.112	0.319	-0.033	-0.026	0.001	0.001	0.111	0.174	0.368	0.414
40	0.150	0.528	0.233	0.150	0.203	-0.249	0.051	0.162	0.508	0.247
45	-0.157	0.435	-0.063	-0.112	0.060	-0.112	0.157	0.151	0.597	0.496
32	0.112	-0.179	0.131	0.112	-0.327	0.112	-0.098	-0.502	-0.356	-0.343
14	0.198	-0.076	0.309	0.266	-0.053	-0.200	-0.124	-0.158	-0.443	0.902
16	-0.063	0.153	0.057	-0.181	-0.051	-0.314	0.317	0.029	0.856	0.046
39	-0.254	0.229	-0.090	-0.318	-0.161	-0.191	0.316	-0.057	0.936	0.254
13	0.494	0.574	0.707	1.000	0.711	0.134	0.029	0.115	-0.293	0.424

Lampiran 6

8 WWIK 2.2.splm TABULASI WWIK & ME: 2020 DATA P.SAH32.mt FLS Algorithm Run No. 1

Discriminant Validity

Formell-Lackler Criterion	Cross Loadings	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)				Copy to Clipboard				Equal Format	R Format
Attitude Towar	Dukungan Sosi...	FASE MOTIVASI	FASE PENGING	FASE PENRUIAN	FASE PERHAT	Faktor Sosio D...	Intention	Kemandirian_	Kondisi Pasien	Perceived I...	
x2.1	0.144	0.188	0.053	0.170	0.180	0.053	0.747	-0.169	-0.262	0.946	1
x2.2	0.181	0.272	0.153	0.292	0.112	0.153	0.936	0.091	-0.392	0.918	-1
x3.1	0.550	0.855	0.180	0.393	0.118	0.154	0.381	0.064	-0.042	0.394	0
x3.2	0.439	0.754	-0.036	0.247	-0.209	0.030	0.024	0.146	-0.163	0.003	0
x3.3	0.512	0.854	-0.112	0.319	-0.033	-0.026	0.001	0.001	0.111	0.174	0
x4.1	0.903	0.440	0.150	0.528	0.233	0.150	0.209	-0.249	0.051	0.162	0
x4.2	0.918	0.845	-0.157	0.435	-0.063	-0.112	0.060	-0.112	0.157	0.191	0
x5.1	-0.170	-0.482	0.112	-0.179	0.131	0.112	-0.327	0.112	-0.098	-0.362	-1
x5.2	-0.059	-0.394	0.186	-0.076	0.309	0.268	0.038	-0.053	-0.200	-0.124	-1
x5.3	0.452	0.316	-0.263	0.153	0.057	-0.181	-0.051	-0.314	0.317	0.029	0
x6.2	0.635	0.369	-0.254	0.229	-0.090	-0.318	-0.161	0.191	0.316	0.057	0
x7	0.014	0.063	0.631	0.574	0.707	1.000	0.211	0.138	-0.042	0.105	-1
x8	0.526	0.386	0.696	1.000	0.697	0.574	0.309	-0.156	0.273	0.241	1
x9	-0.071	0.014	1.000	0.696	0.771	0.631	0.274	0.015	0.239	0.105	-1
y1	-0.195	0.086	0.015	-0.156	-0.069	0.138	0.027	1.000	-0.359	-0.056	-0
y2	0.063	-0.023	0.239	0.273	0.246	-0.022	-0.375	-0.359	1.000	-0.343	1

8 WWIK 2.2.splm TABULASI WWIK & ME: 2020 DATA P.SAH32.mt FLS Algorithm Run No. 1

Discriminant Validity

Formell-Lackler Criterion	Cross Loadings	Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)				Copy to Clipboard				Equal Format	R Format
FASE MOTIVASI	FASE PENGING	FASE PENRUIAN	FASE PERHATI...	Faktor Sosio D...	Intention	Kemandirian_	Kondisi Pasien	Perceived Beh...	Self-Subjective Form		
38	0.053	0.170	0.180	0.053	0.747	-0.169	-0.262	0.946	0.342	0.174	-0.365
72	0.153	0.292	0.112	0.153	0.936	0.091	0.392	0.918	0.096	0.306	0.282
35	0.180	0.393	0.118	0.154	0.381	0.064	-0.042	0.394	0.285	0.315	-0.347
54	-0.036	0.247	-0.209	0.030	0.024	0.146	0.163	0.003	0.165	0.344	0.368
34	-0.112	0.319	-0.033	-0.026	0.001	0.001	0.111	0.174	0.368	0.414	-0.464
10	0.150	0.528	0.233	0.150	0.209	-0.249	-0.051	0.162	0.308	0.247	0.129
45	-0.157	0.435	-0.063	-0.112	0.060	-0.112	0.157	0.191	0.597	0.496	-0.342
32	0.112	-0.179	0.131	0.112	-0.327	0.112	-0.098	-0.362	-0.336	-0.343	0.913
34	0.188	-0.076	0.309	0.268	0.038	-0.053	0.200	-0.124	-0.158	-0.443	0.902
16	-0.263	0.153	0.057	-0.181	-0.051	-0.314	0.317	0.029	0.886	0.046	-0.174
10	-0.254	0.229	-0.090	-0.318	-0.161	-0.191	0.316	0.057	0.936	0.254	-0.329
33	0.631	0.574	0.707	1.000	0.211	0.138	-0.022	0.105	-0.283	0.434	0.207
36	0.696	1.000	0.697	0.574	0.309	0.156	0.273	0.241	0.215	0.887	0.142
14	1.000	0.696	0.771	0.631	0.274	0.015	0.239	0.105	-0.202	0.556	0.164
36	0.015	-0.156	-0.069	0.138	0.027	1.000	-0.359	-0.056	-0.267	-0.054	0.035
33	0.239	0.273	0.246	-0.022	-0.375	-0.359	1.000	-0.343	0.246	0.341	-0.162

Lampiran 6

BOOTSTRAP

WIKI 2.2.spsm TABULASI WIKI 8 MEI 2020 DATA PISAH32.txt PLS Algorithm (Run No. 1) Bootstrapping (Run No. 6) 00

Path Coefficients

Mean, STDEV, T-Values, P-Values	Confidence Intervals	Confidence Intervals Bias Corrected	Samples	Copy to Clipboard	Excel Format	R Format
	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation...	T Statistics (O/STDEV)	P-Values	
Perceived Behaviour -> FASE PENRUIAN	0.159	0.163	0.066	2.552	0.011	
Faktor Sosio Demografi -> FASE PENRUIAN	-0.479	-0.505	0.175	2.723	0.007	
Perceived Behaviour -> FASE MOTIVASI	-0.168	-0.175	0.059	2.842	0.005	
Dukungan Sosial -> Intention	0.292	0.289	0.095	3.057	0.002	
Subjective Norm -> FASE MOTIVASI	-0.216	-0.206	0.067	3.235	0.001	
Kondisi Pasien -> FASE PENRUIAN	0.614	0.642	0.189	3.247	0.001	
Perceived Behaviour -> FASE PERHATIAN	-0.283	-0.287	0.067	3.269	0.001	
Subjective Norm -> Intention	0.410	0.415	0.125	3.344	0.001	
Subjective Norm -> SKILL	-0.311	-0.301	0.091	3.437	0.001	
Faktor Sosio Demografi -> FASE MOTIVASI	0.722	0.721	0.210	3.439	0.001	
Faktor Sosio Demografi -> Subjective Norm	0.632	0.632	0.182	3.466	0.001	
Kondisi Pasien -> FASE MOTIVASI	-0.745	-0.746	0.210	3.553	0.001	
Dukungan Sosial -> Perceived Behaviour	0.379	0.371	0.097	3.896	0.000	
Kondisi Pasien -> Subjective Norm	-0.820	-0.815	0.196	4.144	0.000	
Intention -> Kemandirian_ADL	-0.361	-0.364	0.084	4.276	0.000	
SKILL -> Intention	0.864	0.869	0.194	4.461	0.000	
Subjective Norm -> FASE PENGINGATAN	-0.206	-0.212	0.044	4.659	0.000	

WIKI 2.2.spsm TABULASI WIKI 8 MEI 2020 DATA PISAH32.txt PLS Algorithm (Run No. 1) Bootstrapping (Run No. 6) 00

Path Coefficients

Mean, STDEV, T-Values, P-Values	Confidence Intervals	Confidence Intervals Bias Corrected	Samples	Copy to Clipboard	Excel Format	R Format
	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Deviation...	T Statistics (O/STDEV)	P-Values	
Intention -> Kemandirian_ADL	-0.361	-0.364	0.084	4.276	0.000	
SKILL -> Intention	0.864	0.869	0.194	4.461	0.000	
Subjective Norm -> FASE PENGINGATAN	-0.206	-0.212	0.044	4.659	0.000	
Attitude Toward Behaviour -> FASE PENRUIAN	-0.520	-0.504	0.096	5.412	0.000	
Dukungan Sosial -> Subjective Norm	-0.391	-0.404	0.071	5.474	0.000	
FASE PENGINGATAN -> Intention	-0.876	-0.877	0.177	5.525	0.000	
Subjective Norm -> FASE PENRUIAN	0.561	0.488	0.081	6.198	0.000	
Perceived Behaviour -> Kemandirian_ADL	0.431	0.441	0.066	6.301	0.000	
Dukungan Sosial -> Attitude Toward Behaviour	0.601	0.593	0.092	6.781	0.000	
FASE MOTIVASI -> Kemandirian_ADL	0.568	0.576	0.083	6.874	0.000	
SKILL -> Kemandirian_ADL	0.787	0.787	0.114	6.875	0.000	
FASE PENGINGATAN -> Kemandirian_ADL	-0.968	-0.975	0.136	7.135	0.000	
Attitude Toward Behaviour -> FASE PENGINGATAN	0.491	0.484	0.055	9.010	0.000	
FASE PENGINGATAN -> FASE PENRUIAN	1.006	0.997	0.060	16.875	0.000	
FASE PENGINGATAN -> SKILL	0.842	0.848	0.039	21.692	0.000	
FASE PENRUIAN -> FASE MOTIVASI	0.791	0.785	0.050	15.720	0.000	
FASE PERHATIAN -> FASE PENGINGATAN	0.610	0.606	0.039	16.339	0.000	