

**BAHAN AJAR**

**PEKERJAAN SOSIAL MEDIS**

(Medical Social Work)



Oleh:  
Uung Nasdia  
S a m a ' i

**JURUSAN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

## **BAB I PENDAHULUAN**

### 1.1 Latar Belakang Timbulnya Pekerjaan Sosial

1. Latar belakang pekerjaan sosial sebagai disiplin ilmu pengetahuan
  - Diawali perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi ( IPTEK ) di negara industri : Inggris , Amerika
  - Pada mulanya digunakan tenaga manusia , kemudian di ganti menggunakan mesin ( mekanisasi )
  - Terjadilah pengurangan tenaga manusia mengakibatkan ; PHK pengangguran kemiskinan dan masalah sosial lainnya
  - Disamping itu adanya kosentrasi tempat tinggal kaum buruh mengakibatkan daerah padat penduduk dengan berbagai permasalahannya ( slum area , kesehatan , kriminalits bahkan kemiskinan makin bertambah )
  - Untuk mengatasi berbagai masalah kemiskinan dsb, maka pemerintah Inggris dan berbagai organisasi sosial berlomba memberikan bantuan kemanusiaan
  - Pemerintah Inggris mengeluarkan undang – undang kemiskinan pada tahun 1601 di kenal dengan THE ELIZABETHAN POOR LAW
  - Pelaksanaan bantuan dsb terjadilah berbagai masalah antara lain duplikasi bantuan , bahkan tidak tepat sasaran terjadi korupsi dalam pelaksanaannya.
  - Masyarakat miskin semakin meningkat karena mereka selalu mengharap bantuan dan pekerjaan ini dianggap lebih mudah bahkan dianggap terhormat dan bermartabat.
  - Isi undang – undang kemiskinan terbagi menjadi :
    1. Orang miskin yang masih kuat diberi pelatihan / life skill dan dipekerjakan
    2. Orang miskin yang lemah fisik / cacat termasuk ibu hamil mereka mendapat bantuan

3. Anak yatim / anak terlantar mendapat bantuan pada suatu lembaga

- Bantuan yang diberikan bersifat IN DOOR dan OUT DOOR
- Dengan berbagai masalah kemiskinan dan bantuan yang tidak terarah maka terdapat kritik dari berbagai pihak, agar bantuan yang diperoleh dapat terlepas dari kemiskinan dan mereka dapat mandiri tidak menggantungkan pada pemberian bantuan. Oleh karenanya mereka dilatih untuk mendapat ketrampilan ( life skill ). Demikian pula bagi tenaga pelatihnya juga harus mendapatkan keahlian melalui kursus , latihan, kemudian berkembang menjadi pendidikan khusus di tingkat akademik , lahirilah tenaga trampil yang disebut pekerjaan sosial ( social work ) sebagai suatu profesi.

## 2. Pengertian pekerjaan sosial

### 2.1 Wawasan Pekerjaan Sosial

Pengertian pekerjaan sosial telah dikemukakan oleh berbagai ahli. Namun pada prinsipnya adalah suatu proses bantuan profesional ditujukan kepada individu, kelompok, masyarakat agar mereka mempunyai kemampuan dan dapat mengatasi masalahnya sehingga mereka dapat mengembangkan kepribadiannya (Miftahul Huda, 2009). Demikian pula dikemukakan “social work is professional service based on scientific knowledge and skill in human relation which individual, groups or communities obtain social or personal satisfaction and independent” (Friedlander, 1980 ). (Pekerjaan sosial merupakan pelayanan profesional didasarkan atas ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam hubungan kemanusiaan baik individual, kelompok maupun masyarakat meningkatkan kemampuan dan kebebasan.)

Pendapat lain mengemukakan “ social work is the art of bringing various resources to bear on individual, groups and communities needs by application of scientific method of helping people to help themselves” (Sumarnugroho, 1987). (Pekerjaan Sosial adalah seni dari berbagai

sumber untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan individu, kelompok maupun masyarakat dengan menggunakan metode ilmiah agar mereka dapat membantu dirinya).

Dikemukakan pula oleh Robert dan Nee dalam ( Isbandi Rukminto, 2005):”Social Work is new profession, born of the twentieth century. Unlike the older profession, which developed specializations in their maturity social work grew out of multiple specializations in diverse fields of practice...”(Pekerjaan sosial merupakan profesi yang baru muncul pada abad ke dua puluh. Berbeda dengan profesi lain yang muncul lebih dulu, yang mengembangkan spesialisasi untuk mencapai kematangannya, maka pekerjaan sosial berkembang dan dikembangkan dari berbagai spesialisasi pada berbagai lapangan praktis... )

Dijelaskan pula bahwa pekerja sosial professional adalah seseorang yang bekerja baik di lembaga pemerintah maupun swasta yang memiliki kompetensi dan profesi pekerjaan sosial dan kepedulian dalam pekerjaan sosial yang diperoleh melalui pendidikan, latihan dan atau pengalaman praktek pekerjaan sosial untuk melaksanakan tugas pelayanan dan penanganan masalah sosial ( UU No 11 Tahun 2009 ).

Dari pengertian tersebut maka, wawasan yang harus diperhatikan dan dibangun bagaimana praktek pekerjaan sosial dilaksanakan, dikembangkan, diterima, dan diakui oleh masyarakat luas dari kalangan masyarakat bawah (*grass root*), menengah dan kalangan atas sebagai suatu profesi atau keahlian tersendiri. Sementara ini pekerjaan sosial sebagai suatu profesi baru dikenal dan belum memasyarakat. Oleh karena itu perlu dikembangkan dan dimantapkan dengan berbagai upaya dilakukan antara lain melalui Biro Konsultasi Masalah Kesejahteraan Sosial. Dengan demikian masyarakat secara umum dan luas akan lebih mengetahui memanfaatkan sebagai saluran dan akses terhadap pemecahan masalah dan pelayanan kesejahteraan sosial. Pada dasarnya pekerjaan sosial adalah suatu bantuan profesional di tujukan kepada individu ,

kelompok masyarakat agar mereka dapat membantu dirinya sendiri ( to help the people to help themselves )

3. Pekerjaan sosial sebagai disiplin ilmu pengetahuan yang membentuk keahlian / profesi melalui persyaratan sbb;

- Dibentuk atas dasar ilmu pengetahuan melalui pendidikan khusus
- Mempunyai kerangka teori ilmu pengetahuan
- Mempunyai metode tersendiri
- Diakui oleh masyarakat

4. Karakteristik pekerjaan sosial

- Kegiatan sosial
- Kegiatan bantuan
- Kegiatan perantara

5. Lapangan bidang pekerjaan sosial

- Pekerjaan sosial medis ( medical social work )
- Pekerjaan sosial disekolah ( school of social work )
- Pekerjaan sosial bagi anak nakal ( correction of social work )
- Pekerjaan sosial di industri / pekerjaan ( industrial / occupation of social work )
- Pekerjaan sosial di bidang kesejahteraan sosial /terkait masalah sosial ( social problem of social work ).

## **1.2 Sejarah Timbulnya Pekerjaan Sosial Medis**

Pada awal tahun 1900, bidang pekerjaan sosial mirip dengan generalist, karena menggunakan sebuah pendekatan philanthropik yang luas untuk membantu orang – orang miskin dan yang tidak beruntung. Kemudian menjadi lebih psikoanalitik, sebuah pendekatan yang dilihat lebih scientis dan profesional, meskipun profesi menjaga identitasnya dengan memelihara fokusnya pada kekuatan – kekuatan sosial dan kerugian – kerugiannya.

Mulai mengalami perubahan lagi pada tahun 1950 ketika Florence Hollis dan pekerja sosial lainnya menjelaskan keunikan orientasi psikososial pekerja sosial dalam melakukan pertolongan (Hollis,1964). Pendekatan Rogerian dan teknik-teknik perilaku berkembang pada saat itu, terutama dalam area kesehatan mental; tetapi profesi pekerja sosial menerapkan pendekatan dari perspektif lingkungan sosial dan disesuaikan dengan orang – orang miskin, kaum minoritas dan populasi – populasi lain yang tidak beruntung. Profesi pekerja sosial selalu memiliki keunikan cara dalam menerapkan metode praktek yang baru.” Para pekerja sosial tidak mempraktekkan teori personality atau perilaku secara langsung, tetapi lebih ditekankan melalui ketersediaan pekerja sosial menjelaskan pendekatan – pendekatannya tentang tujuan profesi, nilai dan etika, serta struktur pelayanannya (Meyer & palleja, 1995.p.108)

Dimulai dengan studi pada Berlin Psychoanalytic Institute awal tahun abad 20, peneliti telah memadukan hasil – hasil intervensi terapeutik pada akhir abad tersebut (Walborn,1996). Beberapa peneliti memiliki kelemahan secara metodologi menurut standar – standar sekarang dan beberapa studi dicemari oleh usaha – usaha peneliti untuk membuktikan keefektifan beberapa petunjuk dalam membandingkan keefektifan secara menyeluruh (Bergin & Garfield,1994). Peneliti medis telah menunjukkan bahwa tidak ada sesuatu yang lain, dimana tidak satupun model intervensi yang lebih efektif daripada semua model lain bagi serangkaian permasalahan.

Selama tahun 1950 dan 1960, pekerja sosial medis mulai menggunakan banyak metode, terutama metode Rogerian dan perilaku, sebagai sebuah respon terhadap pendekatan psikoanalitik tradisional. Pekerja sosial medis menggunakan metode ini dan memodifikasinya untuk memperbaiki orientasi lingkungan sosial mereka, nilai dan etika profesinya yang mana sering dibedakan dengan profesi – profesi lain. Bagaimanapun, permasalahan yang sering terjadi di antara fraksi – fraksi dalam pekerja sosial sama seperti antara pekerjaan sosial dengan profesi – profesi lain. Ketika evaluasi dan akuntabilitas menjadi lebih umum dan dibutuhkan, pekerja sosial mulai menggunakan data resultan untuk membantu

memilih model – model intervensi yang efektif bagi permasalahan klien yang berbeda (Jayaratne, 1978)

Pekerja sosial medis yang berorientasi psikososial antara tahun 1960 dan 1970 menjadi lebih sosialis dan environmental dalam teknik – teknik mereka ketika mereka mulai memahami kebutuhan berkaitan dengan realitas permasalahan kehidupan sehari – hari dalam lingkungan kliennya. Pada saat bersamaan, pekerja sosial yang berorientasi pada perilaku secara historis telah membanggakan diri mereka sendiri atas keobyektifan dan aplikasi teknik – tekniknya secara sistemik yang didorong untuk mengembangkan beberapa laporan klien dan menyadari tentang lingkungan dan sejarah masa lampau mereka. (Schwartz,1982)

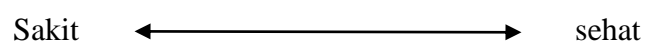
Seiring berjalannya waktu, pekerja sosial medis yang berorientasi pada perilaku mulai memasuki kepada kolega – koleganya yang berorientasi psikososial yang memiliki persetujuan untuk dipandang oleh mereka sebagai indikasi penguatan sosial positif. Pada saat bersamaan, pekerja sosial medis psikodinamik menunjukkan bahwa beberapa keberhasilan perilaku merupakan hasil perpindahan yang positif. Secara singkat, “therapy wars” menurun karena kebutuhan integrasi metode – metode menjadi nampak. Pekerja sosial medis memahami bahwa secara realistis, praktisi yang maju tidak dapat mengetahui 400 model atau model – model intervensi terpisah yang diperkirakan (Kazdin,1986), tetapi mereka perlu mengetahui model – model spesifik yang menghasilkan hasil – hasil terbaik bagi permasalahan klien.

### **1.3 Pekerja Sosial Medis**

Pekerjaan sosial medis pada dasarnya dilaksanakan di rumah sakit terkait dengan masalah pasien ( orang sakit ).

#### **1.3.1 Konsep sehat dan sakit ( well being – ill )**

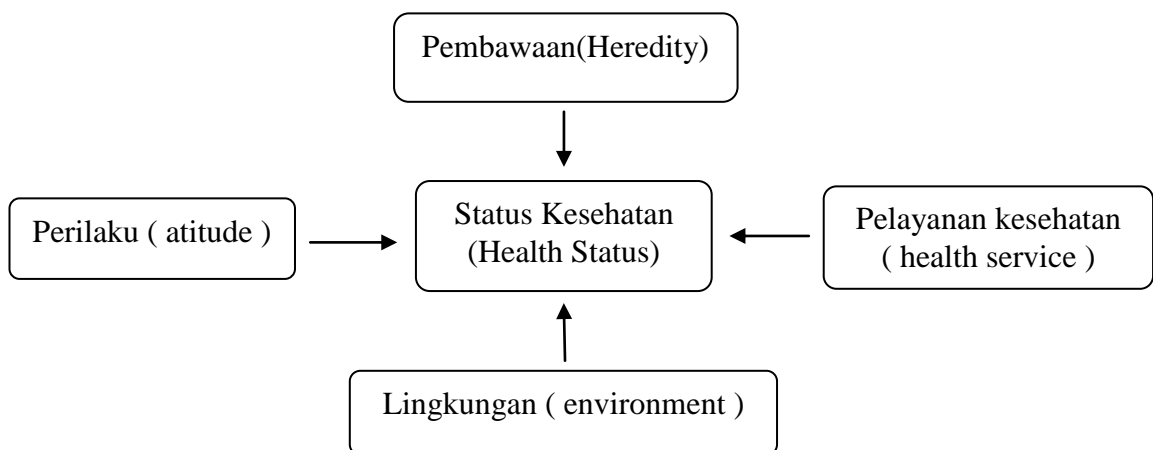
- Sehat dan sakit dapat digambarkan seperti garis lurus yang kedua ujungnya terdiri dari sehat dan sakit.



- WHO mengatakan sehat adalah suatu keadaan yang lengkap baik fisik mental , sosial dan tidak hanya terhindar dari suatu penyakit

- Tiga dimensi kesehatan yang menurut WHO yaitu dimensi fisik mental dan social.
- Sehat ( well being ) adalah suatu keadaan yang lengkap ketiga dimensi dan berfungsi sebagai mana biasanya.
- Sakit apabila ketiga dimensi kesehatan atau salah satunya terganggu sehingga tidak berfungsi secara biasa.

Derajat / status kesehatan ( health status ) dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu keturunan , pelayanan kesehatan, lingkungan dan prilaku yang dapat di gambarkan sbb :



- Konsep sehat dan sakit terdapat perbedaan antara masyarakat dengan pemberi pelayanan kesehatan.
- Penyakit (disease) adalah suatu bentuk reaksi biologis terdapat suatu organism ditandai adanya perubahan fungsi-fungsi tubuh sebagai organism biologis.
- Merasa sakit dan tidak Sakit (illness) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit tsb dalam arti pengalaman langsung yang ditandai dengan perasaan tidak enak (feelling unwwel}.
- Konsep sehat masyarakat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari.
- Konsep sakit adalah seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidur.
- Tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.



#### 1.4 Pengertian Pekerjaan Sosial Medis

Praktek pekerjaan sosial medis berkembang, mengalami perubahan dan melakukan penyesuaian terhadap kebutuhan – kebutuhan masyarakat yang didasarkan pada penelitian baru dan strategi para pelaku intervensi yang dikembangkan. Perubahan – perubahan tersebut tidak dapat dielakkan dan semakin menantang. Penelitian dan pengetahuan baru mengharuskan peningkatan ketrampilan – ketrampilan praktek pekerjaan sosial baru; sebelumnya, pengintegrasian pengetahuan ini dan intervensi yang berkaitan dengan mereka dalam sebuah bidang pekerjaan sosial yang luas dapat menjadi suatu kesulitan. Pada saat sekarang, praktek pekerjaan sosial medis melekat pada sebuah orientasi sistem yang luas dan teknik – teknik yang dikembangkan secara spesifik dan mendapat dukungan penelitian seperti praktek ; yaitu praktek pekerjaan sosial medis memulai dengan orientasi generalist dan selalu berkembang. Para pekerja sosial melakukan intervensi – intervensi yang merupakan sebuah praktek luas, pendekatan penyelesaian masalah ditambahkan untuk menggunakan ketrampilan – ketrampilan yang berkembang kapan saja diperlukan. Praktek didasarkan pada sebuah *biopsychosocial foundation* yang mengakui bahwa semua permasalahan lambat laun memerlukan intervensi pekerjaan sosial medis yang disebabkan oleh beberapa beberapa kombinasi biologis, psikologis dan faktor – faktor sosial, sama seperti tentang perilaku yang telah dipelajari.

Orientasi praktek generalist dalam pekerjaan sosial medis memberikan sebuah kerangka kerja dasar untuk penyelesaian sebagian besar isu – isu ini. Menurut bidang ini, bersifat inklusif dan integratif dalam kemampuannya untuk memahami perilaku manusia dalam lingkungan sosialnya. Oleh karena itu, praktek kontemporer dengan orientasinya menunjuk pada perawatan yang teratur, keringkasan dan berdasarkan pada penelitian, strategi efektif dalam pembiayaan serta membutuhkan dasar generalist yang luas. Pendekatan specialist yang sempit didorong sekarang – kurangnya dalam bentuk orientasi kesehatan publik atau kemasyarakatan terhadap apa yang masyarakat butuhkan. Ketika praktek pekerjaan sosial medis menjadi lebih dari bidang yang berorientasi pada sebuah sistem, maka juga harus memelihara, mengembangkan dan mengintegrasikan

metode – metode yang dikembangkan secara spesifik tentang praktek pekerjaan medis. Bagaimana pekerja sosial dapat menyeimbangkan kebutuhan – kebutuhan yang luas dari masyarakat dengan tekanan kebutuhan secara sama untuk menggunakan seefektif mungkin strategi – strategi medis yang tersedia ? pada akhir abad 20 merupakan masa yang penuh pengembangan strategi – strategi efektif untuk membantu keberfungsian keluarga dan individu lebih berhasil dalam masyarakat. Bagaimana pekerja sosial dapat muncul dari sebuah dasar generalist yang luas dengan mengintegrasikan teknik – teknik yang berkembang yang diperlukan untuk merawat banyaknya permasalahan kompleksitas dan pelik yang terlihat di abad 21 ?

Tidak perlu untuk memilih antara menjadi seorang generalist atau specialist. Dalam faktanya, praktek pekerjaan sosial medis adalah mengidentifikasi sebuah hybrid, suatu produk dari pelaksanaan pondasi sistem yang luas dan suatu pendekatan generalist yang kemudian menambahkan ketrampilan-ketrampilan yang berkembang dan tersedia sebaik mungkin ketika diperlukan. Pekerjaan sosial medis merupakan sebuah tipe praktek pekerjaan sosial medis yang berkembang di mana membentuk sebuah dasar yang luas kemudian mengintegrasikannya secara spesifik, teknik – teknik berkembang untuk memaksimalkan kepuasan atas hasil – hasil yang sukses.

Bagi beberapa pekerja sosial, perbedaan antara seorang generalist dan seorang praktisi yang menggunakan teknik – teknik khusus didasarkan pada tingkat pendidikan praktisi. Maria O’Neil McMahon (1990), telah menulis secara ekstensif tentang klarifikasi perbedaan – perbedaan antara generalist dan praktisi , menganggap bahwa semua sarjana pekerja sosial memerlukan sebuah pendekatan generalist untuk melakukan prakteknya, MSW degree (sarjana pekerjaan sosial) harus mempersiapkan praktisi yang maju/mahir yaitu seseorang yang memiliki pengetahuan, nilai dan ketrampilan dasar generalist dan pengetahuan yang banyak serta ketrampilan untuk bekerja dengan populasi tertentu, permasalahan atau area praktek tertentu pula dengan menggunakan metode tradisional atau khusus (p.38). Oleh karena itu, Mc Mahon menganggap bahwa semua tingkat awal dari sarjana muda pekerjaan sosial perlu menjadi seorang generalist ekologis,

Generalist pemula, bagaimanapun tidak diharapkan untuk telah mengembangkan pendidikan generalistnya, pengetahuan dan ketrampilan bagi pekerja sosial memfokuskan pada intervensi. Generalist pemula, bagaimanapun tidaklah eklektis ketika datang kesempatan untuk memilih metode – metode khusus. Untuk mempraktekkan pendekatan – pendekatan ini, tingkat masuknya generalist akan memerlukan pendidikan berikutnya dan pengalaman – pengalaman yang berharga. (p.339)

Pendekatan generalist dasar terfokus pada klien dan permasalahan tetapi untuk menjadi seorang praktisi yang maju, orang harus juga terfokus pada pekerjaan (Mcmahon, 1996). Tingkat ketiga yang membedakan praktisi maju dari sarjana muda generalist dan persyaratannya di mana pekerja sosial yang maju memegang peran yang besar dalam pelaksanaan tanggung jawab bagi pencapaian tujuan. Praktisi harus menggunakan intervensi – intervensi khusus. Modifikasi perilaku, advokasi class, terapy gestalt, psykoanalisis, psykoterapy dan perencanaan sosial mungkin terjadi di antara model – model kelompok ini.

### **1.5 Praktek Pekerjaan Sosial Medis**

Praktek pekerjaan sosial medis merupakan sebuah pendekatan sistem yang luas di mana mengintegrasikan metode – metode sistem yang berkembang dengan teknik – teknik yang divalidkan secara empirik serta sebuah kerangka kerja berwawasan luas sebagai berikut :

- 1) dikembangkan dan diterapkan pada suatu tingkat pengetahuan, ketrampilan dan keahlian lebih tinggi yang dibutuhkan dalam setting pekerjaan sosial profesional. Tingkat praktek ini membutuhkan suatu dasar pengetahuan yang kuat dan menguasai daftar tentang perilaku yang tepat, kognitif, psikodinamik, problem-solving dan metode pengembangan lain yang dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah – masalah psikososial.
- 2) didasarkan pada sistem dan mengenali efek – efek interaksi lingkungan sosial dan terutama sekali kebutuhan untuk meningkatkan dukungan sosial dan menurunkan penyebab stress serta kekuatan – kekuatan negatif dalam sistem klien.

- 3) bersifat integratif dalam penggunaan metode – metodenya yang membentuk suatu dasar yang luas di mana kemudian mempersempit strategy dan perpaduan metode – metode yang dibutuhkan dalam sebuah intervensi logis, konsisten dan koheren. Intervensi terakhir, bagaimanapun merupakan kulminasi dari strategy yang konsisten di mana membentuk dari metode yang luas ke metode spesifik dalam suatu urutan yang logis.
- 4) bersifat empirik dalam penggunaan penelitian praktek yang ketat sebagai dasar bagi fakta – fakta obyektif dan akan terus mengarah pada hasil – hasil yang sukses, memberikan perpektif klien dan kebutuhan kultural serta karakteristiknya.
- 5) bersifat eclectic (berwawasan luas) dalam menggunakan suatu keanekaragaman yang besar, teori yang sah dan metode – metode intervensi berikutnya yang diambil dari perpektif perilaku manusia yang diterima secara umum.

Sekurang – kurangnya ada dua alternatif sudut pandang untuk menjelaskan apa itu pekerja sosial medis yang sangat terampil. Beberapa sudut pandang menggunakan bentuk *eclectic practitioner* atau *advanced generalist*. Bentuk *advanced generalist* digunakan untuk menggambarkan praktek pekerja sosial yang berkembang / maju (McMohan, 1996). Bentuk *eclectic practitioner* secara akurat menggambarkan praktek pekerjaan sosial medis kontemporer yang telah dijelaskan kembali di tahun – tahun sekarang dan siap diidentifikasi sebagai seorang deskriptor bagi profesi – profesi seperti psikologi medis, konseling, perawatan, rehabilitasi dan pelatihan kerja, serta psikiatry. Sepanjang tahun, para praktisi telah menambahkan bentuk – bentuk systematik (Hepworth & Larson, 1993), teknikal (Lazarus, 1981) dan diferensial (Turner, 1986) untuk menjelaskan tentang eclecticisme.

Mengembangkan suatu identitas profesional dan menjelaskan apa itu pekerja sosial medis telah dikomplikasikan sepanjang tahun melalui fakta bahwa banyak pekerja sosial yang mengidentifikasi area praktek mereka secara kuat. Oleh karena itu, ada pekerja sosial yang mengidentifikasi diri mereka sendiri secara personal dan profesional seperti sebagai terapist keluarga, behaviorists,

praktisi psikodinamik, terapist kognitif, Rogerian atau beberapa identitas lain. Beberapa lembaga mendorong dan bahkan membutuhkan tipe identifikasi ini. Sebagai contoh, banyak lembaga kesejahteraan anak, praktek – praktek swasta dan semua institusi psikoanalitik yang memperkerjakan pekerja sosial medis yang mengidentifikasi diri mereka sebagai psikoterapist psikodinamik daripada sebagai pekerja sosial.

Bagaimanapun, sebuah pendekatan eclectic jauh dari penerimaan secara universal dalam bidang pekerjaan sosial medis. Faktanya, Carol Meyer (1983) sangat kritis terhadap praktisi yang mengadopsi suatu perpaduan dan pencocokkan perilaku : sedikitnya problem-solving, hancurnya theory psikososial, keluarnya perilaku, gaya hidup dan praktek berpusat tugas serta rangkaian tersebut menghasilkan kebingungan yang melekat (p.731). Dia bahkan menyimpulkan bahwa eclecticism nampak menjadi cara yang populer untuk menghindari penggunaan teori tersebut (p.732). Sebagian besar kritiknya tentang eclecticism didasarkan pada observasinya bahwa kerangka kerja teoritis dan pendekatan yang konsisten dan jelas mempunyai kontribusi yang lebih dari serangkaian perubahan intervensi.

Eclectism diperkuat dalam pekerjaan sosial medis sekarang karena praktisi – praktisinya dalam pelayanan sosial dan kesehatan mental telah meningkat untuk menerima dasar biologis tentang beberapa ketidakteraturan/keabnormalan dan terus meningkat, berkurangnya beberapa ketidakteraturan dan karakteristik personality. Pada saat ada perdebatan yang meningkat berkaitan penggunaan medikasi (tindakan penyembuhan/medis) untuk mengubah kepribadian dan penggunaan mereka sebagai pengganti daripada sebagai pelengkap proses perawatan dalam perawatan yang teratur, psikopharmacology tentunya dipandang sebagai salah satu perpaduan dari intervensi eclectic (Bentley & Walsh,2001 ; Kramer ; 1993)

Tulisan para Generalist mengatakan bahwa praktek generalist cukup bagi sebagian besar intervensi dasar (McMahon,1996, Kirst-Ashman & Hull,1993). Bagaimanapun, praktek pekerjaan sosial medis maju membentuk dasar orientasi

sistem yang sama (Meyer & Mattaini, 1995 ) dan mencakup sebuah perpaduan yang luas dari metode – metode yang disahkan secara empiris ( Mattaini, 1995b).

## **BAB II PENDEKATAN PEKERJAAN SOSIAL MEDIS**

### **2.1 Dasar Bio Psikososial Bagi Perilaku Manusia**

Dewan Pendidikan Pekerjaan Sosial (CSWE), di mana merupakan badan akreditasi pendidikan bagi sekolah – sekolah pekerjaan sosial, telah mengamandatkan kurikulum pekerjaan sosial berkaitan dengan teori dan penelitian dalam ilmu pengetahuan sosial, perilaku dan biologi (CSWE,2001). Kurikulum harus melakukan suatu cara yang menginterrelasikan dan menghubungkan ilmu pengetahuan ini serta mengilustrasikan penyimpangan–penyimpangannya. CSWE membutuhkan sekolah – sekolah yang berisi sistem kultural, biologi, psikologi dan sosial serta bagaimana sistem yang bervariasi ini berubah dan mempengaruhi orang – orang melalui daur kehidupan mereka. Yang paling penting bagi para praktisi, CSWE juga membutuhkan relevansi dari tiap kerangka kerja teoritis terkait dengan prakteknya, dan pekerja sosial dilatih dengan baik dalam bekerja dengan isu – isu yang berbeda, keadilan sosial dan ekonomi, nilai dan etika serta populasi yang berisiko.

Pekerja sosial melaksanakan cara dalam meneliti orang dengan lingkungannya. (Karls&Wandrei,1994), di mana mengharuskan fokus “di sini dan sekarang” yang sensitif terhadap berbagai kekuatan – kekuatan sosial yang bervariasi. Pekerja sosial dibutuhkan untuk menyadari kekuatan sosial, politik dan ekonomi terutama yang mempengaruhi para wanita, kelompok minoritas dan kelompok yang tidak beruntung. Penting bagi pekerja sosial untuk menempatkan kebutuhan seorang anak sekolah yang tertekan karena ibu anak tersebut mengalami pemutusan hubungan kerja, juga mampu bekerja dengan ibu itu sendiri yang memiliki persepsi tentang permasalahannya yang berbeda secara radikal dari anaknya. Bahkan dalam skenario sederhana ini, seseorang dapat mengharapkan sebuah kebutuhan manajemen kasus, konseling karir atau penempatan kerja, terapi kognitif dan konseling kelompok pendukung bagi ibu dan anaknya, pemberian nasehat tentang kepentingan ekonomi, pengembangan sistem dukungan sosial dan pengobatan antidepressant jika kondisi sosial dan ekonomi ini tidak segera meningkat.

Tidak ada teori tersendiri yang menerangkan perilaku manusia kecuali yang mempercayai sebuah orientasi sistemik yang luas (Germain,1991). Sebagai contoh, praktisi psikodinamik murni percaya tentang keunggulan dari pengalaman awal perkembangan mental, terutama keterikatan relasi anak dan interaksi dengan ibunya. Secara historis, praktisi psikodinamik bahkan menyalahkan ibu anak tersebut yang mengalami autisme atau schizophrenia yang sering menjadi penyebab ketidakteraturan kondisi anak selanjutnya, menganggap bahwa terjadi trauma dan rejeksi awal yang mendalam. Praktisi psikodinamik sekarang menerima fakta bahwa genetika dan biologis sebagai prasyarat bagi beberapa ketidakteraturan tetapi mengintegrasikan pengetahuan dengan suatu fokus tentang relasi positif dalam tahun – tahun awal sebagai sarana penyusutan efek biologis negatif.

Psikiatris yang berbasis biologi murni atau perawat juga kurang sering dilihat dalam praktek – praktek sekarang karena penerimaan yang lebih luas dari biopsikososial tentang begitu banyak permasalahan. Pada masa lampau, mereka mungkin telah mengatakan pada para keluarga bahwa antipsychotic telah ditentukan dan pengobatan antidepressant sendiri cukup untuk merawat pasien yang mengalami peristiwa – peristiwa bipolar / khayalan. Dewasa ini, seorang pasien dalam setting psikiatrik mungkin bisa dirujuk pada seorang pekerja sosial yang mengajarkan pasien untuk memahami gejala – gejala tertentu yang mungkin menyerang (Bentley & Walsh,2001). Pekerja sosial juga membantu klien untuk mengembangkan sebuah sistem dukungan sosial dan mengembangkan pemikiran tentang bagaimana perilaku mereka mempengaruhi dinamika keluarga dan relasi interpersonal (Maguire,1991). Selanjutnya, pekerja sosial mungkin mendidik klien sehingga mampu memonitor efek – efek fisik dan psikologis dari tindakan penyembuhannya.

## **2.2 Perspektif Tentang Praktek Pekerjaan Sosial Medis**

Pekerja sosial medis pada tingkat advanced (maju) perlu untuk memiliki pengetahuan dan ketrampilan dalam metode sistem yang luas dan dalam metode yang berkembang. Metode sistem yang luas mencakup : generalist, pendekatan ekologis, manajemen kasus dan intervensi sistem kelompok dan keluarga. Semua



hal tersebut digambarkan dalam dua bagian di buku ini. Meskipun terdapat beratus – ratus literatur tentang model – model yang berbeda (Kazdin, 1986) dan berbagai variasi teknik infinitif, tiga perspektif membentuk dasar bagi sebagian besar metode yang digunakan termasuk psikodinamik, behavioral / perilaku dan kognitif. Perspektif biologis dan intervensi medis digambarkan secara singkat pada bab ini karena beberapa pengetahuan tentang relevansinya pada sebagian besar kondisi ketidakteraturan utama diperlukan, tetapi tidak digambarkan secara mendalam.

Terdapat banyak model alternatif yang dapat diterima dan beralasan untuk melihat praktek yang berkembang. Sebagian besar hampir sama menjelaskan praktek yang berkembang sebagai advanced generalist (McMohan, 1996), terutama karena mencakup dan mengintegrasikan banyak teknik dari psikodinamik, behavior, kognitif dan metode – metode yang mendukung penelitian lain. Praktek pekerjaan sosial advanced / berkembang dipadukan dengan teknik – teknik yang berkembang pula, sehingga dapat dijelaskan dan dikembangkan secara terpisah dalam tulisan ini untuk mengijinkan kebutuhan secara mendalam dalam ketrampilan – ketrampilan prakteknya.

Ada beberapa perspektif yang menggunakan pengaruh utama pada praktek pekerjaan sosial advanced / maju. Dalam praktek pekerjaan sosial, teori dasar utama adalah teori sistem. Teori sistem merupakan dasar bagi intervensi sistem seperti generalist tingkat maju/advanced, ekologis, manajemen kasus dan pendekatan keluarga serta kelompok. Praktek yang berkembang juga menggunakan psikoanalitik, dan teori perkembangan mental yang mana merupakan dasar bagi intervensi psikodinamik; teori pembelajaran, yang mengarah pada intervensi perilaku, teori kognitif merupakan dasar bagi intervensi konstruktif dan kognitif; dan perspektif biology dikenal sebagai penentu utama perilaku bahkan sampai penerapan berikutnya, model medikal tidak secara langsung dipraktekkan oleh sebagian besar pekerja sosial. Tiap perspektif berusaha untuk menjelaskan keaslian dan ketidakteraturan perilaku. Secara mengejutkan, ada beberapa konsensus dalam teks praktek yang berkembang dan persetujuan dalam praktek pekerjaan sosial di mana pondasi prakteknya mencakup

sistem, kognitif, perilaku, dan dasar – dasar teoritis psikoanalitik (Brandell,1997). Teori – teori ini, sebaliknya, berpengaruh pada pengembangan orientasi perawatan yang diterapkan secara partikular seperti yang dirumuskan pada tabel 2.1. tabel tersebut berisi daftar teori – teori utama dan orientasi perawatan yang paling umum diterapkan. Ada beratus – ratus literatur yang digunakan dalam praktek pekerjaan sosial yang berkembang.

Tabel 2.1 Perspektif Praktek Pekerjaan Sosial maju

Theory	Orientasi perawatan yang diterapkan
Teori system	Generalist yang maju / berkembang Ekologikal Manajemen kasus Intervensi keluarga Intervensi kelompok
Psikoanalitik / perkembangan mental	Psikodinamik dan psikososial
Teori pembelajaran	Intervensi perilaku
Kognitif	Kognitif dan konstruktivist

Pekerja sosial medis merupakan profesi yang menonjol dalam penggunaan teori sistem di mana membutuhkan suatu sistem sosial atau respon intervensi ekologis. Sebagian besar pekerja sosial medis juga betul – betul dikenal baik dalam teori pengembangan mental atau psikoanalitik, kognitif atau teori – teori perilaku. Area dalam pekerja sosial medis secara tipikal sekurang – kurangnya mempunyai keahlian yaitu model biologis yang memerlukan suatu respon medikal atau somatoterapeutic seperti intervensi psikopharmakologi (Bentley & Walsh, 2001)

## **BAB III TEORI-TEORI PEKERJAAN SOSIAL MEDIS**

### **3.1 Teori Sistem**

Teori sistem memfokuskan pada aspek – aspek relasi antara orang – orang dan lingkungan mereka. Teori ini mengungkapkan fakta bahwa individu secara konstan berinteraksi dengan individu lain dalam sistem sosial yang mungkin mencakup sistem keluarga, kelompok, institusi, sistem peradilan atau bahkan kekuatan – kekuatan politik dan ekonomi yang lebih luas. Ketika seseorang bertindak sesuai dengan sistem, maka orang tersebut mempengaruhi perubahan dalam sistem, sebaliknya, mungkin mempengaruhi individu. Sebagai contoh, keluarga kadang – kadang dikenal pada target satu individu sebagai permasalahan. Dan sering anggota keluarga, sebaliknya, menimbulkan permasalahan dalam keluarga secara keseluruhan. Ketika individu berhasil dirawat, kedisfungsionalan sistem keluarga tetap mengakibatkan kekacauan dan dikaitkan dengan permasalahan pada seseorang yang dikenal sebagai anggota keluarga pengganggu. Sistem yang berorientasi terapi keluarga digunakan untuk membantu anggota keluarga memahami bahwa tiap anggota keluarga mempengaruhi anggota lain dan akan menjadi lebih baik bagi tiap anggota untuk bertindak secara langsung terhadap permasalahan individualnya tetapi dalam konteks kebutuhan untuk hidup bersama, saling membantu, dan saling mendukung untuk membantu dirinya sendiri.

Intervensi sistem sangat dekat digariskan dengan ethos pekerjaan sosial yang mencakup kepercayaan bahwa faktor – faktor seperti kemiskinan, racism, sexism atau gelandangan mempengaruhi individu secara psikologis. Intervensi mengkorfirmasikan sebuah sasaran, kesadaran rasional tentang kekuatan – kekuatan sosial yang berguna dan akan menjadi suatu faktor penentu dalam keefektifan perubahan positif bagi individu – individu ketika mereka berinteraksi dengan sistem – sistem respektifnya.

Perawatan melibatkan peningkatan pemahaman, adaptasi, coping dan integrasi dengan lingkungan atau sistem tertentu. Faktor – faktor seperti khatarsis, bekerja menangani permasalahan dan pemahaman yang mendalam tidak

dibandingkan dan dinilai secara partikular terhadap keunggulan mereka dalam pendekatan – pendekatan psikodinamik. Kapan saja, faktor – faktor seperti stress yang meningkat, pendekatan yang mengurangi efek – efek stress atau meningkatnya respon konstruktif perlu diusahakan. Hal ini mendorong peningkatan dan pengaturan klien tentang bagaimana untuk bisa terlibat secara aktif dan tepat dengan orang lain. Terapist mungkin juga bekerja untuk membentuk kembali jaringan sosial dalam keberfungsian individu. Ini dapat melibatkan intervensi terapist secara langsung sebagai seorang advokat, expediter, fasilitator atau usaha – usaha yang dibuat untuk penyusunan kembali sistem dukungan. Sering kali, terapist menggunakan kelompok dukungan atau bantu diri, kelompok gereja, atau bahkan tim olahraga sebagai sistem sosial transisional. Klien didorong untuk memecah bentuk – bentuk interaksi yang merusak diri – sendiri dan dibantu mengembangkan relasi positif dengan sistem dan individu pendukung (Maguire,1991).

### **3.2 Teori Psikodinamik dan Pengembangan Mental**

Teori psikodinamik dan pengembangan mental mengungkapkan ada beberapa trauma dan hambatan selama tahap pengembangan psikologis (seperti tahap oral, anal, phallic, latency atau genital ). Pada saat lingkungan sosial dipertimbangkan, penekanannya adalah masih ditempatkan pada faktor – faktor intrafisik. Perspektif ini menganggap bahwa sumber masalah psikologis paling besar terdapat pada individu dan dapat dikurangi dengan merubah beberapa aspek personality, terutama dengan mendobrak pertahanan – pertahanan dan resistensi yang menjaga masalah – masalah konflik pada tingkat bawah sadar.

Relevansi dari perspektif ini sudah menjadi pertanyaan selama beberapa tahun. Dalam faktanya, sudah mengalami kemunduran ketika suatu pendekatan diterima selama lebih dari 40 tahun. Pekerja sosial medis sama seperti psikologis, psikiatris, konselor dan perawat medis kurang suka dilatih dalam aplikasinya daripada di masa lampau. Sudah dikritisi ketika hasil – hasilnya tidak efektif dan tidak efisien, model kuno dan gender dalam teorinya, terlalu lambat dan mahal untuk dimanage dalam lingkungan perawatan pada masa sekarang. Penganut-

penganut ini dalam pekerja sosial medis dipandang oleh beberapa praktisi sebagai rangsangan secara kultur dan politis atau apa saja yang tidak relevan. Jadi mengapa ini masih dijelaskan dalam hampir setiap buku tentang perilaku manusia dan mayoritas buku – buku praktek pekerjaan sosial? Jawabannya adalah bahwa, di samping banyak kelemahan, terdapat suatu cara yang tidak sederhana dari penanganan banyak permasalahan, pekerja sosial medis harus menjalankannya tanpa pengetahuan dan pemahaman tentang efek masa anak – anak awal yang mempengaruhi beberapa anak secara teratur dan kerangka konsisten tentang referensinya. Teori perkembangan mental dan psikodinamik yang penting mengatakan bahwa masa anak – anak dan terutama interaksi anak yang sedang berkembang bersama dengan kedua orang tuanya merupakan faktor utama dalam pertumbuhan, perilaku, sikap dan kepribadian berikutnya. Sementara teori pembelajaran, teori sistem, teori kognitif dan biologi, semuanya berkaitan dan menawarkan dasar pemahaman tentang efek masa anak – anak dan keluarganya pada perilaku dan kepribadian berikutnya, tidak satupun dari teori lain yang berfokus atau berkembang dalam area tertentu itu.

Masa depan intervensi psikodinamik tradisional adalah tidak jelas dalam pekerjaan sosial medis dan lingkungan perawatan yang teratur. Teori psikoanalitik, terutama yang berkaitan dengan perkembangan psikoseksual pada para wanita, sudah lama direputasikan. Teknik psikodinamik tradisional seperti bekerja menangani hal – hal penindasan melalui asosiasi yang bebas, interpretasi simbolik tentang impian dan perilaku serta bentuk ” blank screen “ dari pekerja sosial psikodinamik yang dijelaskan pada bab 7. Teknik – teknik ini digunakan hanya dalam situasi – situasi di mana pengaruh dari trauma pada masa anak – anak awal perlu ditempatkan untuk menangani sebuah permasalahan sekarang yang menonjol. Suatu pemahaman dasar tentang psikodinamik dan teori perkembangan mental , sama baiknya seperti pengetahuan tentang teknik – teknik tertentu yang masih menyisakan pentingnya praktek pekerjaan sosial medis.

Intervensi psikodinamik dalam praktek sekarang jauh lebih ringkas, terarah dan obyektif, realitas atau ego-oriented daripada di masa lampau. Pekerja sosial medis membantu klien memiliki pemahaman diri yang lebih besar melalui

pemikiran secara mendalam yang menghasilkan suatu klarifikasi pemaknaan psikososial tentang emosional dan perasaan. Perubahan proses therapy sering terjadi melalui pemahaman yang mendalam. Sebagai contoh, seorang klien mungkin menyadari bahwa kepribadiannya yang pasif dan agresif muncul dari adanya suatu keagresifan, ibu yang sedang mengalami perselisihan atau kegigihan klien yang betul – betul didasarkan pada ketidaknyamanan berkaitan dengan adanya penolakan peran keorangtuaan. Seorang pekerja sosial medis menggunakan pendekatan psikodinamik ketika menangani wanita muda yang mengalami tekanan dan kecemasan dan membantu klien menyadari bahwa memori – memori tentang tekanan tertentu dari perkembangan lebih awal sedang mempengaruhi perasaan dan perilakunya sekarang. Dengan pemikiran mendalam ini menghasilkan pemahaman yang lebih baik dan pada akhirnya, perasaan dan tindakan secara berbeda didasarkan pada pemahaman baru ini. Pekerja sosial medis juga memahami dan bahkan mendorong pemindahan, yaitu sebuah proses dimana klien berhubungan dengan therapist seolah – olah therapist adalah ibunya atau ayahnya. Karena beberapa penerapan kembali dari dinamika patologi awal dalam sebuah cara yang positif, klien dapat berubah dan tumbuh.

### **3.3 Teori Pembelajaran**

Dari perspektif teori pembelajaran, “perilaku abnormal” menggambarkan suatu yang dipelajari tetapi merupakan respon yang kuat dan maladaptif yang diperoleh dalam situasi penuh kecemasan. Respon tersebut maladaptif karena masih tetap ada walaupun tidak ada ancaman – ancaman yang realistis atau obyektif. Gejala yang jelas berkaitan dengan fokus perawatan yang tepat adalah gejala – gejala yang menggambarkan permasalahan tertentu dan bukan manifestasi selanjutnya baik tentang penyakit atau konflik yang tak tentu.

Intervensi perilaku berdasarkan teori ini, dan perawatan sering melibatkan rencana – rencana yang berkembang dimana terjadi pelemahan respon maladaptif dan penguatan perilaku yang lebih adaptif (seperti desentisasi, penghindaran kondisi

dan penggunaan penguatan negatif dan positif sama seperti pengkondisian aversif, pemusnahan dan kejenuhan )

Pekerja sosial medis yang menerima premis bahwa masalah kesehatan mental di mulai dalam situasi pembelajaran maladaptif yang merawat ketidakteraturan klien mereka dengan mengubah bentuk – bentuk responnya. Hal ini adalah benar dalam modifikasi perilaku.

( lihat bab 8 : Behavioral Interventions / intervensi perilaku )

### **3.4 Teori Kognitif**

Teori kognitif berbeda dengan teori pembelajaran dan sesudah itu, ada beberapa cara dalam modifikasi perilaku. Teori kognitif menyatakan bahwa permasalahan dimulai dalam kognisi yang salah atau pemahaman bahwa secara natural mengarah pada respon – respon yang tidak tepat atau disfungsional, perilaku, sikap atau perasaan tentang bagian dari individu. Para penganut teori kognitif mempercayai bahwa individu mengembangkan bentuk pemikirannya yang mana secara lambat laun mereka melihat dunia itu baik atau jelek, hitam atau putih. Terutama ketika berada di bawah tekanan, klien tidak mampu membuat keputusan perilaku yang tepat karena mereka tidak mampu menganalisa data atau bukti dengan suatu cara yang berguna atau fleksibel. Oleh karena itu, perilaku yang lalai atau tidak sopan pada bagian keluarga, teman atau kolega dilihat sebagai penghinaan yang besar di bawah tekanan emosional. Selanjutnya, individu berpikir dan merasakan bahwa dia harus merespon dalam cara yang sama. Ini dapat mengarah pada suatu bentuk respon atau emosi yang tidak tepat atau ekstrem.

Intervensi kognitif melibatkan tantangan atau konfrontasi dengan klien ketika klien menyatakan asumsi – asumsi tertentu secara lisan walaupun dalam faktanya itu adalah salah atau menyimpang. Sebagai contoh, secara tipikal individu yang tertekan memandang lingkungan secara keseluruhan sebagai sesuatu yang baik atau buruk. Bentuk pemikiran yang ekstrem secara signifikan mempengaruhi persepsi, image, dan perilaku diri seseorang. Intervensi kognitif, bagaimanapun, melibatkan teknik – teknik yang mendorong klien untuk berpikir

kembali secara realistis seperti kepercayaan diri, pada saat memandang penjelasan – penjelasan secara lebih obyektif dan realistis.

### **3.5 Teori Biology**

Teori biologis didasarkan pada bukti bahwa perilaku yang parah ditentukan terutama oleh proses organik dan fisik serta keberfungsian otak. Dari perspektif biology, perilaku menyimpang dipandang sebagai ketidakteraturan psikiatrik atau sebagai sebuah penyakit. Para ahli neurobiology percaya bahwa perilaku abnormal dan ketidakteraturan psikiatrik merupakan hasil proses patofisiologi yang salah dan neurochemistry. Suatu penurunan biologis atau psikologis adalah kondisi yang diperlukan bagi penyakit mental dan gejala psikiatrik berlangsung ketika orang – orang mengalami kecacatan turunan dihadapkan pada keadaan yang kurang baik yang menghasilkan pelemahan pada diri mereka. Sistem saraf pada individu – individu ini yang membuat mereka lebih rentan terhadap pengaruh negatif dari tekanan sosial.

Intervensi medis secara umum mengikuti teori medis klasik tentang penyakit dimana berfokus pada pathology. Para tenaga medis, biasanya dokter, menggunakan medikasi (tindakan pengobatan) dan berbagai obat – obatan atau therapy elektrokonsulsif atau pembedahan. Pendekatan – pendekatan verbal sangat minim dan biasanya sangat langsung, yaitu mengatakan pada pasien secara eksplisit bahwa dia mengidap suatu penyakit dan menerangkan apa yang diperlukan untuk mengobatinya. Perspektif ini diterima luas bagi beberapa kondisi ketidakteraturan seperti schizoprenia, ketidakteraturan bipolar, depresi berat, dan pecandu obat – obatan dan alkohol kronis. Sangat berbeda dari perspektif psikoanalitik di mana sangat jarang mengatakan pada pasien tentang permasalahannya secara tepat karena mereka percaya bahwa asal dari permasalahan tersebut adalah biasanya tidak diketahui, sekurang – kurangnya secara dini diketahui oleh pasien.

Perspektif biology memerlukan perawatan untuk tindakan medis atau somatotherapy. Secara singkat, penyebab dari ketidakteraturan adalah biologis, oleh karena itu, perawatan selanjutnya harus juga secara biologis, di mana



terutama mencakup tindakan pengobatan untuk menyembuhkan pathology atau kedisfungsian otak pasien (Bentley & Walsh, 2001).

Praktek pekerjaan sosial tidak mencakup secara langsung membagi tindakan pengobatan atau intervensi medis lainnya, tetapi hal itu telah menjadi sebuah orientasi yang lebih holistik di mana mengakui interaksi fisik dan keseimbangan psikologis. Sebagai contoh, salah satu isu pekerja sosial berkenaan dengan kecemasan, depresi, bentuk makanan klien dan tidurnya. Pembentukan gaya hidup sehat mencakup latihan sama seperti peningkatan interaksi sosial dan kolaborasi aktif dengan para dokter dan perawat melalui pekerja sosial dan klien sesuai dengan prosedur standar sekarang.

Ada sebuah kesadaran bahwa persetujuan konsensual didasarkan pada penyebab atau etiology tentang berbagai perilaku manusia terutama penyakit mental yang merupakan isu – isu yang tidak bisa terselesaikan, sekurang – kurangnya dalam suatu penyempitan atau perhatian definitif. Kenyataan ini merupakan bukti dalam psikiatri dimana lebih sempit dalam tipe permasalahan yang ditangani pekerja sosial. Dalam DSM-IV-TR (200), berkenaan dengan petunjuknya, ada pengakuan secara eksplisit bahwa edisi awal telah dimasukkan dalam teori – teori yang spesifik (terutama psikodinamik), dan orientasi seperti ini tidak lebih lama diterima secara luas.

Bidang psikiatry bergerak dari klasifikasi diagnosis berdasarkan beberapa dasar teoritis tersendiri. Hal tersebut berputar kembali pada dasar historis dan klasifikasi sekarang yang lebih suka sebagai sebuah menu atau tanda – tanda dan gejala- gejalanya, banyak asumsi tentang etology telah sirna.....pendekatan deskriptif ini tidak dibuat tidak berlaku pada konsep – konsep sebelumnya tetapi lebih dari perhatian – perhatian menentang penentuan etiology yang terlalu mudah (Othmer & Othmer,1989, p.3). Sebagai gantinya, kecenderungannya adalah terhadap klasifikasi yang didasarkan faktor – faktor variabel secara empirik seperti sejarah keluarga dan epidemiology. Hal tersebut menerima perspektif etiology yang bisa dipertukarkan dengan biology sama seperti perspektif psikology dan sosial.

Pendekatan ini secara luas diterima oleh sebagian besar kalangan pada saat sekarang, tetapi tentunya tidak semua. Bagaimanapun, pekerja sosial medis yang masih sedang merawat penderita schizoprenia seolah – olah permasalahan tersebut berdasarkan bentuk pengikatan komunikasi ganda atau pengikatan yang tidak cukup dengan suatu figur keibuan dalam hari – hari awal kehidupannya atau karena banyaknya berbagai permasalahan yang tak terselesaikan tentang asal mula psikodinamik yang berisiko pada tuntutan hukum. Untuk merawat penderita psikotik akut atau keabnormalan bipolar dari berbagai perspektif lain sekurang – kurangnya melalui intervensi psikofarmakologi adalah tidak tepat karena buktinya begitu banyak keabnormalan yang terjadi dan secara konsisten dipengaruhi oleh biokimia dan kekuatan – kekuatan genetik.

Sebagian besar intervensi medis dilakukan oleh para dokter. Hanya dokter yang mendapat lisensi yang dapat menentukan tindakan medis atau melakukan psikosurgery (pembedahan). Ini tentunya rasional karena pendidikan dan pelatihan dalam model biologis membentuk dasar – dasar bagi intervensi – intervensi seperti itu dan pendidikan pekerjaan sosial secara umum tidak menekankan model ini. Bagaimanapun, pengetahuan tentang keunggulan intervensi medis dan psikofarmacology adalah penting bagi para pekerja sosial yang merawat penderita ketidakteraturan / keabnormalan parah. (Bentley & Walsh, 2001).

Psikosis, depresi berat, keabnormalan bipolar dan kecemasan yang parah, semuanya berhasil disembuhkan melalui tindakan medis dan intervensi pekerja sosial yang tepat. Baik intervensi psikofarmacology atau intervensi perawatan pekerjaan sosial itu sendiri tidak cukup. Keduanya harus digunakan secara bersamaan untuk merawat penderita ketidakteraturan / keabnormalan kesehatan mental. Tipe tindakan medis, dosis, dan frekuensinya sering melibatkan pengetahuan tentang biokimia dan pharmacology secara mendetail. Ini merupakan tugas pekerja sosial medis untuk membuat rujukan medis yang tepat dan untuk mengikat (melakukan engagement ) klien dalam perawatan atau manajemen kasus (Moseley & Deweaver,1998).

Pengetahuan tentang dasar model ini dan relasi kolega yang baik, interaktif, mutual dan respektif dengan para dokter cenderung mengarah pada

perawatan klien yang terbaik. Ketidaksukaan perspektif ini dan intervensi yang berkaitan, tidak ada bab dalam buku ini tentang perspektif tersebut karena pekerja sosial tidak melakukan intervensi medis secara langsung, meskipun demikian, praktek sekarang membutuhkan sebuah pemahaman tentang perspektif ini dalam hal penyebab dan perawatan beberapa permasalahan psikologis yang parah. Bagaimanapun, banyak program MSW (pendidikan sarjana pekerjaan sosial ) sekarang membutuhkan prasyarat – prasyarat pendidikan tentang biology manusia dan menekankan pendekatan holistik tentang pola diet yang tepat, latihan, pola tidur dan pentingnya kesehatan tubuh.

### **3.6 Pemilihan Intervensi – intervensi**

Praktisi pada tingkat mahir merupakan praktisi yang mampu menjalankan prakteknya secara bebas. Mereka memutuskan bagaimana untuk merawat klien mereka, menerapkan pendekatan apa saja yang mereka percayai untuk menjadi yang lebih efektif. Tetapi bagaimana pilihan itu dibuat ? bagaimana pekerja sosial medis mengetahui jika pendekatan yang dipilih adalah cocok bagi klien? Faktor apakah yang mempengaruhi pilihan – pilihan tersebut ? apakah ada model – model dan sugesti dalam membuat pilihan – pilihan spesifik ? Isi pada bab ini menerangkan isu – isu tentang kecocokan antara pekerja sosial dengan klien, faktor – faktor yang mempengaruhi pilihan – pilihan, dan petunjuk dalam memilih intervensi.

### **3.7 Penyelarasan Pekerja Sosial dengan Klien**

Penting bagi pekerja sosial medis memisahkan dan menganalisa secara independen atribut – atribut therapist dan klien ; ini mencakup evaluasi tentang lingkungan, kejadian – kejadian dalam kehidupan, sikap – sikap dan perilaku, sama seperti juga tipe perawatan yang dipertimbangkan. Penelitian yang sangat besar dalam berbagai aspek yang telah membantunya dengan penuh pertimbangan (Bergin & Garfield,1994a ; Hill; 1989). Ketika penelitian medis telah menjadi lebih metodologis dalam tujuan dan rancangan yang spesifik, penggunaannya bagi praktisi telah meningkat. Pada saat itu, bagaimanapun, tenaga medis independen

dapat masuk dalam penelitian bagi realitas pekerjaan terbaik terhadap klien mereka.

Dalam sebuah meta-analisis penelitian, Beutler, Crago, dan Arizmindi (1986) berusaha untuk memisahkan antara karakteristik internal dan eksternal serta therapy-spesifik versus karakteristik ekstratherapy. Karakteristik ekstratherapy memiliki efek yang lebih tidak terduga dalam perbandingan dengan karakteristik therapy-spesifik, yang mencakup faktor – faktor yang dirancang melalui pendekatan medis atau pelatihan untuk menghasilkan perubahan, seperti keputusan tenaga medis untuk menggunakan desensitisasi perilaku. Sebuah faktor ekstra-therapy mungkin menjadi penyewaan kembali seorang klien yang tertekan karena hilangnya pekerjaan atau keputusan yang bebas tentang bagian dari seorang klien untuk meninggalkan seorang partner yang tidak baik. Atribut therapy-spesifik diasumsikan berada di bawah pengawasan tenaga medis, padahal karakteristik ekstra-therapy tidak diawasi oleh tenaga medis.

Asesmen mereka tentang penelitian yang lebih metodologis menunjukkan hasil – hasil sebagai berikut dalam menyelaraskan praktisi dengan klien :

- Perbedaan umur dapat menggambarkan suatu permasalahan bagi beberapa klien. Survey menunjukkan beberapa kelebihan klien yang lebih tua terhadap tenaga medis yang lebih dewasa, atau sekurang – kurangnya tidak dipadukan dengan tenaga therapy muda, meskipun tenaga therapy muda tersebut memiliki status yang tinggi atau bahkan tenaga medis yang memiliki kredibilitas tinggi mungkin dapat diterima sekalipun relatif masih muda. Klien yang muda, secara berlawanan, relatif lebih suka dengan tenaga medis yang masih muda pula.
- Gender merupakan area yang mendapatkan banyak perhatian lebih pada tahun – tahun sekarang. Selanjutnya, berbagai studi membedakan hasil – hasil yang mempengaruhi gender seperti pengalaman, faktor lingkungan dan populasi yang berbeda. Bagaimanapun, konsensus merupakan yang gender betul – betul menggunakan sikap rendah hati pada pemilihan pasien, proses therapy, dan hasil – hasilnya. Secara umum, nampak bahwa gender yang sama lebih membantu daripada pasangan lawan gendernya

dalam perawatan. Beberapa studi mencatat bahwa klien wanita merespon lebih positif terhadap tenaga therapy wanita.

- Keetnikan dan ras, juga telah dipelajari secara ekstensif. Barangkali, penemuan paling penting yang telah dilakukan yaitu tentang suku dari peneliti tersebut yang kelihatannya menghitung hasil – hasil yang dicapai. Beutler, Craig dan Arizmindi (1986) mengutip penelitian yang menganggap bahwa para peneliti dari daratan Caucasian secara umum menunjukkan bahwa ras atau penyelarasan ras bukan suatu faktor dalam hasil – hasilnya padahal peneliti dari daratan Afrika Amerika menyimpulkan bahwa ras adalah suatu faktor. Peneliti secara rendah hati mendukung pandangan bahwa tingkat dropout bisa diminimalkan melalui penyelarasan latar belakang etnik, tetapi hasil – hasil tersebut menunjukkan perbedaan yang tidak jelas. Menjadi sensitif terhadap ras, etnik, dan faktor – faktor budaya serta perbedaan – perbedaannya yang dipandang sebagai sesuatu yang penting dalam intervensi pekerjaan sosial (Feit, cuevas, & Hann-Dowdy, 1998) sekalipun pengaruh pada hasil – hasilnya bersifat inkonklusif.
- Status sosioekonomi (SES) adalah kurang jelas, secara terpisah karena kesulitan dalam memisahkan isu – isu SES sekarang dan pendapatannya, pendidikan serta status profesional ketika berlawanan dengan latar belakang sejarah dan isu – isu tentang budaya serta class. Hasil – hasil pada area ini bersifat inkonklusif.
- Bentuk kepribadian juga bersifat inkonklusif. Beberapa studi menganggap bahwa ketidaksamaan dalam gaya kepribadian atau kognitif mungkin menjadi perpaduan yang terbaik. Isu yang berkaitan adalah tentang therapy bagi para therapist. Secara historis, proses psikoterapy bagi para dokter memiliki dukungan yang kuat, terutama dalam lingkaran psikoanalitik. Bagaimanapun, penelitian sekarang secara sederhana tidak mendukung pandangan bahwa tenaga medis yang mengalami therapy atau analisis pada diri mereka sendiri berkembang menjadi tenaga therapy yang lebih efektif.

- Sikap dan nilai, merupakan hal yang sulit untuk mengidentifikasi dalam therapy karena mereka merubah individu dan dapat merubah proses interaksional dalam therapy. Dalam bentuk pemilihan pasien, ada sedikit bukti yang mengungkapkan klien yang mencari tenaga therapy yang memiliki nilai sama sesuai harapan klien terutama dalam hal agama. Sekali dalam suatu therapy, penemuan yang lebih konsisten adalah bahwa klien mulai menerima sistem kepercayaan klien berkaitan dengan moral, agama, dan konsep – konsep yang lebih umum. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa lebih suka bagi therapist (tenaga / petugas therapy) untuk menerima nilai – nilai pada diri klien dan menyediakan perawatan yang konsisten dengan kepercayaan dan nilai – nilai klien untuk memaksimalkan hasil – hasilnya.
- *Sikap – sikap relasi* secara historis telah dipengaruhi oleh berbagai studi tentang Rogerian atau therapy yang berpusat klien terjadi antara tahun 1950 dan 1960. Tenaga therapy yang dilatih pada saat itu dikatakan bahwa satu penemuan penelitian medis yang konsisten adalah bahwa sikap dari tenaga therapy seperti empati, kesejatan dan kehangatan, atau rasa hormat yang positif dan tidak kondisional adalah kualitas yang cukup dan perlu untuk mencapai hasil – hasil positif pada klien. Penelitian selanjutnya menunjukkan bahwa kualitas ini tidak begitu berguna ketika memasukan therapy non-Rogerian. Wilayah penelitian juga didominasi oleh rancangan – rancangan yang lemah yang cenderung menjadi naturalistik atau koreksional. Bagaimanapun, satu penemuan yang konsisten dan adil adalah bahwa pasien yang menerima petugas therapy yang memiliki sikap – sikap fasilitatif positif merupakan hasil yang lebih baik daripada klien yang tidak menerima petugas therapy mereka dengan pola ini.
- Atribut – atribut pengaruh sosial yang telah diadopsi dari psikolog sosial dalam arena penelitian medis. Atribut – atribut ini mencakup keahlian, kepercayaan, atraksi, kredibilitas dan persuasif. Keahlian yang diterima dipandang untuk menjadi penemuan positif yang lebih konsisten dalam studi yang terkontrol di mana klien telah dimanipulasi dan dikatakan

bahwa tenaga medis tertentu memiliki keahlian yang lebih besar daripada yang lain. Persuasif dan kredibilitas memiliki penemuan positif yang sama dalam beberapa studi.

- Harapan para therapist telah ditemukan pada adanya pengaruh positif tentang hasil, meskipun beberapa studi menyangkal penemuan ini. Konsensus yang umum adalah bahwa ketika klien secara initial tidak sama/sebangun dengan tenaga medis dalam hal hasil – hasil yang diharapkan, sering dapat terbujuk untuk menjadi lebih positif akan hasil – hasil yang diharapkan dan ini merubah klien dalam menterjemahkan ke dalam efek – efek yang bermanfaat.

## **BAB IV PELATIHAN**

Di antara faktor utama yang mempengaruhi pilihan intervensi adalah pendidikan dan pelatihan, nilai dan etika, serta pengalaman. Pada seksi ini diikuti dengan petunjuk – petunjuk dalam memilih model intervensi yang tepat.

### **4.1 Pendidikan dan Pelatihan**

Pemilihan tipe intervensi dijelaskan secara terpisah melalui pelatihan praktisi dan orientasi teoritis. Sebagai contoh, jika latar belakang akademik praktisi dan pelatihannya memandang depresi dari model biologi yang disebabkan karena kedisfungsian sistem neurotransmitter sama seperti juga ketika dikorelasikan dengan berbagai anomali biology dan psikology atau bahkan sebagai sebuah respon terhadap beberapa tindakan medis, kemudian pekerja sosial akan merujuk seorang klien yang depresi kepada seorang dokter atau psikiatris untuk tindakan medis yang tepat. Seorang pekerja sosial yang terlatih dalam psikodinamik akan memandang permasalahan tersebut sebagai hasil dari agresi yang bergerak ke dalam atau kehilangan objek penilaian diri sendiri berdasarkan ketidakmampuan untuk mencapai keidealan ego. Pekerja sosial yang berorientasi perilaku akan memandang depresi sebagai suatu permasalahan tentang ketidakberdayaan dalam merespon terhadap stimulus ekonomi dan sosial yang aversif atau kekurangan penguatan di masa lampau ketika berusaha untuk mencapai tujuan – tujuan positif dalam lingkungan tertentu. Pekerja sosial yang berorientasi pada sistem mungkin memandang depresi sebagai awal dari hilangnya peran atau status dalam sistem sosial atau masyarakat.

Seorang pekerja sosial yang memiliki pendidikan dan pelatihan yang unggul dalam perspektifnya akan memandang depresi pada klien sebagai sebuah krisis yang berkaitan dengan ketidakmampuan dalam menemukan makna kehidupan selama transisi dalam tahap – tahap kehidupannya atau karena alternatif – alternatif yang besar dalam kondisi kehidupannya. Seorang pekerja sosial yang terdidik secara kognitif mungkin memandang depresi ini ketika ditemukan dalam bentuk – bentuk pemikiran yang menyalahkan klien itu sendiri



bahkan ketika dia terlibat secara tidak langsung karena pandangan negatif tentang kehidupan, lingkungan dan masa depan.

Beberapa praktisi bahkan dididik dalam pendekatan yang disatukan untuk memahami etiology permasalahan yang mengkombinasikan semua teori ini ke dalam konsep – konsep tentang kehilangan “Social Zeitgebers”, tuntutan sosial, atau tugas – tugas yang mengatur masa biology ; yaitu berbagai teori psikososial dan biologi yang dikombinasikan ke dalam satu pandangan tentang gangguan – gangguan sosial (Ehlers, Frank & Kupfer,1988). Pada saat ini mendekati ideal, maka terlalu sempit dalam akademik sekarang atau persiapan praktek bagi para pekerja sosial medis.

Sangat tidak realistis untuk mengharapkan pekerja sosial medis menjadi ahli dalam semua teori tentang pekerjaan sosial, kesehatan mental, dan perawatan psikososial atau konseling sekarang ini. Yang terbaik adalah bahwa semua itu dapat menjadi harapan realistis bagi pekerja sosial yang mahir untuk memiliki kemampuan cukup baik dalam mengenal berbagai orientasi untuk menerapkan strategi intervensi mereka sendiri yang tepat atau ketika diperlukan, untuk merujuk pada seorang praktisi yang mampu menggunakan intervensi yang diperlukan secara lebih mahir. Pada akhirnya, semua tenaga medis menggunakan beberapa kombinasi penelitian, perkiraan pekerjaan, pengetahuan dan ilmu pengetahuan dalam memilih dan menerapkan intervensi (Bromley, 1986). Kaum profesional perlu untuk memahami bahwa kepentingan klien yang terbaik harus tetap diprioritaskan dan oleh karena itu, praktisi harus bersikap terbuka kepada semua bukti keterangan.

## **BAB V NILAI DAN ETIKA**

### **5.1 Nilai-Nilai**

Nilai – nilai memainkan peran penting dalam pemilihan intervensi. Mereka merupakan titik sentral terhadap berbagai jenis intervensi. Nilai dipertimbangkan oleh para tenaga medis yang mencakup etika, hak klien, kerahasiaan, pilihan klien, penentuan diri sendiri, peran keluarga dan masyarakat serta bagaimana intervensi mempengaruhi sistem – sistem tersebut. Etika mereka sendiri mencakup isu – isu seperti perilaku tenaga medis, sikap dan perasaan terhadap klien. Tingkat pembagian dan kedekatan antara klien dan tenaga medis merupakan aspek dari hal ini, yang merupakan tingkat konfrontasinya. Beberapa tenaga medis menanyakan etika dari para tenaga medis yang sangat konfrontatif dan mendorong kecintaan kuat terhadap orang tuanya yang menuntut / meminta perilaku tertentu dan atau menolaknya, sekarang dipertimbangkan dapat dipertanyakan secara etika sekarang ini. Teknik – teknik tertentu di mana beberapa pandangan sebagai tindakan therapy dilihat oleh praktisi lain sebagai suatu penyalahgunaan.

Berkaitan isu – isu etika yang memberi perhatian pada kontak fisik. Beberapa tenaga medis memandang kontak fisik sebagai bahaya yang potensial, padahal praktisi lain memandang itu sebagai suatu cara natural dalam pengungkapan dukungan dan perhatian. Perbedaan kultural di sini merupakan sesuatu yang signifikan.

Dalam memilih intervensi yang tepat dan teknik – teknik spesifik dengan klien, nilai dasar pada klien memberikan preseden bagi tenaga medis. Tenaga medis mungkin memandang pegangan tangan atau pelukan sebagai tindakan therapy dan kesehatan bagi klien, tetapi tindakan tersebut harus secara hati – hati diperiksa berkaitan dengan sejarah pribadi klien dan gaya budaya sebelum memperkirakan tindakan terapinya.

## **5.2 Etika**

Isu – isu etika telah menjadi kritis bagi para praktisi pada tahun – tahun sekarang, secara terpisah karena meningkatkan litigasi tetapi juga meningkatkan kesadaran perbedaan ras dan kultur. Anak – anak dalam kota yang tumbuh di jalan – jalan besar kota tidak menggunakan vokabulary kelas menengah yang sama dari sebagian besar tenaga medis pekerjaan sosial. Para pekerja sosial memiliki nilai dalam pendiskusian yang sopan, tidak adanya sumpah serapah, dan kutukan yang lengkap terhadap tindak kekerasan, apakah itu fisik atau secara lisan, secara cepat mengeluarkan klien dari tempat mereka. Lembaga pelatihan dan universitas kita jarang menempatkan secara tepat fakta bahwa banyak klien kita yang tidak membagi nilai – nilai pada diri kita. Mungkin tepat bagi kita untuk menghentikan kekerasan atau bahkan tipe – tipe tertentu tentang verbalisasi dalam sesi – sesi kelompok, tetapi tidak tepat bagi kita untuk mengasumsikan bahwa nilai kelas menengah dianggap sebagai norma dalam profesi kita selalu tepat dan berguna bagi klien kita. Anggapan seperti ini bisa memberikan jarak antara praktisi dan kliennya.

## **5.3 Pengalaman**

Pengalaman memerlukan proses pembelajaran di mana orang mengembangkan kepentingan kehidupan dan orang itu sendiri dari tahun ke tahun sama seperti juga dengan perspektif resultan tentang kehidupan. Pengalaman ini diperoleh melalui pengalaman interaktif dengan orang lain yang dapat difokuskan secara terapeutik , sebagai contoh, dalam sesi – sesi kelompok di mana pembelajaran interpersonal adalah salah satu yang paling signifikan dan faktor therapy yang pervasif / tersebar.

Pekerja sosial medis memiliki sejarah panjang tentang penilaian pengalaman kehidupan mereka sendiri dan bahkan ketika memasuki therapy personal, terutama di antara pekerja sosial medis yang terlatih di bidang psikoanalitik, untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang pengalaman – pengalaman tersebut. Ada beberapa pertanyaan berkenaan apakah analisis seperti ini menterjemahkan ke dalam pengembangan pekerja sosial medis

yang lebih baik (Bergin & Garfield, 1994a). Bagaimanapun, ada sedikit perdebatan tentang fakta bahwa ada suatu tingkat yang lebih tinggi tentang kesadaran diri, pemikiran, dan kejelasan yang membantu tenaga medis menjadi sadar tentang kekuatan – kekuatan tertentu yang mungkin mempengaruhi intervensi mereka. Sebagai contoh, pemahaman tentang ciri – ciri kepribadian tertentu yang secara personal sulit bagi tenaga medis bermanfaat. Jika seorang pekerja sosial medis secara personal memiliki orang tua yang merupakan pecandu alkohol dan jika seorang pekerja sosial memiliki reaksi – reaksi yang terbias secara kuat dan personal terhadap klien pecandu alkohol tersebut, maka kemudian dia tidak akan menerima mereka sebagai klien atau akan secara sadar menangani dan mengawasi isu – isu yang saling bertolakbelakang.

Pengalaman hidup dan penggunaan secara sadar terhadap pembelajaran interpersonal di mana pekerja sosial medis telah mampu mempengaruhi pilihan mereka tentang intervensi – intervensi terapeutik. Pekerja sosial medis yang mengalami pertumbuhan tinggi dalam kekacauan, pengabaian, atau lingkungan keluarga disalahgunakan atau mengalami pertumbuhan tinggi dalam suatu kekakuan yang ekstrem, keotoriteran, keluarga yang ultra-konservatif yang tidak akan ragu – ragu memiliki sikap pasti terhadap isu – isu tentang pengawasan, penentuan diri dan pemberdayaan. Sikap seperti ini tidak dapat dinilai baik atau jelek, tetapi mereka betul – betul perlu untuk dipahami secara sadar sebagai faktor – faktor pengalaman kehidupan yang secara kuat mempengaruhi pandangan kita tentang dunia, dan lebih penting lagi, mereka mempengaruhi pekerja sosial terhadap tipe – tipe intervensi tertentu.

Pekerja sosial medis semakin meningkat dalam suatu keterbukaan, keluarga liberal di mana anak – anaknya didorong untuk membuat keputusan mereka sendiri dan mungkin akan menjadi nyaman dengan suatu pendekatan Rogerian, pendekatan berpusat klien, di mana secara tinggi menilai penentuan diri sendiri dan kemampuan klien untuk membuat keputusan – keputusan yang benar bagi mereka. Tingkat pengalaman hidup dapat diterima, nyaman, atau konsisten secara internal bagi pekerja sosial yang akan mempunyai suatu pengaruh yang dapat dipertimbangkan bagi pilihan – pilihan, apakah pekerja sosial setuju atau

tidak setuju dengan kliennya yang menterjemahkan ke dalam sistem nilai yang diinternalisasikan, sebaliknya mempengaruhi pilihan – pilihan intervensi medis pekerja sosial.

#### **5.4 Petunjuk – petunjuk dalam memilih intervensi**

Isu – isu tentang pemilihan sebuah intervensi sudah menjadi perhatian utama pada para praktisi. Untungnya, beberapa praktisi menawarkan petunjuk – petunjuk dalam memilih intervensi. Hepworth dan Larsen (1993), mempunyai pendekatan menyeluruh terhadap prakteknya yaitu “ suatu eclecticisme sistematis yang dipraktikkan di bawah naungan teori sistem ekologi “(p.18). mengungkapkan beberapa kriteria dalam memilih intervensi :

- Pilihlah intervensi yang didukung dengan penelitian empirik yang kuat
- Jika ada dua intervensi, maka keduanya telah terbukti efektif, intervensinya menghasilkan hasil – hasil dengan penghematan pada waktu, uang dan usaha yang lebih efisien dan lebih disukai orang lain.
- Pilihlah intervensi dan tekniknya yang digolongkan dalam suatu teori yang jelas. Teori yang jelas, penerapan yang konkret terhadap praktek lebih disukai daripada teori – teori yang abstrak dengan penerapan yang miskin / kurang.
- Pilihlah intervensi yang berbasis etika
- Pilihlah intervensi dimana praktisi – praktisinya terlatih dan memiliki ketrampilan – ketrampilan.

Isu – isu tentang pemilihan intervensi yang tepat sudah ada sepanjang bidang itu sendiri ada. Jane Addams dan kolega – koleganya di Hull House harus mengembangkan suatu profesi untuk melayani beranekaragam kebutuhan dari sejumlah imigran dan orang – orang miskin lain pada bagian akhir abad 19. Mereka menggunakan “scientific philanthropy” sebagai dasar pengembangan intervensi yang tepat. Mary Richmond berikutnya berusaha untuk mengorganisir dan selanjutnya memprofesionalkan pekerjaan sosial dalam seminarnya tentang Social Diagnosis (1917) yang barangkali merupakan usaha besar pertama untuk

mengambil dan memilih model – model teoritis yang tepat dan kemudian menerapkannya dalam praktek pekerjaan sosial.

Tiap pekerja sosial berdasarkan pekerjaan mereka baik itu Freud, Rank, Skinner atau Neo-Freudians dan menyesuaikan mereka dengan populasi dan setting yang berbeda di dalam lembaga – lembaga pekerjaan sosial. Sekarang ini, para Praktisi pekerjaan sosial mengembangkan metode – metode intervensi yang berdasarkan pada teori dan penelitian dari para ahli medis yang lebih maju dan tidak harus merupakan pekerja sosial tetapi yang memiliki pengetahuan dan penelitian yang bisa menambah daftar pendekatan intervensi eclectic. Profesi pekerjaan sosial kaya dalam sejarah peminjaman dan penggunaan dasar pengetahuan dan penelitian luas secara ekstrem. Para pekerja sosial bersandar pada ilmu pengetahuan sociology, ekonomi, psikology, sejarah, politik dan bahkan usaha – usaha untuk mengembangkan praktek mereka sendiri.

Sementara profesi dalam beberapa respektif menjadi lebih generalist, ekologis, atau berorientasi sistem dan juga sangat eclectic. Ini nampak menjadi sebuah pergerakan menuju pendekatan perilaku yang didukung secara empirik dan intervensi perilaku dan jauh dari bentuk yang lebih lama, pendekatan berorientasi pemikiran yang mendalam (Thyer & Wodarski, 1998). Corcoran, sebagai contoh mengembangkan sebuah kasus untuk intervensi dalam *structuring Change* (1992) tetapi juga mencakup sebuah bab yang membela perspektif wanita tentang depresi (Van Den Bergh, 1992) dan berbagai pendekatan intervensi jangka pendek yang secara terpisah didasarkan pada teori komunikasi dan interpersonal (Wells, 1992). Pendapat lain dalam memilih intervensi secara kuat dipengaruhi melalui orientasi baik pada sistem keluarga maupun kelompok.

Penggunaan penelitian medis sebagai dasar pemilihan intervensi merupakan sarana terbaik dan obyektif dalam pemilihan. Pekerjaan sosial berbasis penelitian kelihatannya ideal untuk dibentuk dalam bidang praktek pekerjaan sosial medis. Oleh karena itu, beberapa teks excellent telah ditulis untuk membimbing pekerja sosial medis dalam proses secara empirik, mempelajari dan mengukur intervensi mereka (Blythe & Tripoli, 1989, Corcoran & Fischer, 2000 ) dan praktisi lainnya (Gambrill, 1990).

Bagaimanapun, tipe permasalahan yang digambarkan pada pekerja sosial sering sangat kompleks dan idio-synchratrik. Pemilihan sebuah intervensi dapat diputuskan hanya dalam konteks sejarah keunikan klien dan kecenderungannya. Pekerja sosial kontemporer menerima penelitian sebagai faktor utama dalam memutuskan bagaimana untuk memproses klien tertentu, tetapi kemudian mereka harus mengevaluasi data tentang kejelasan yang lebih luas dalam hal lingkungan budaya, politik, ekonomi, dan sosial yang relevan dengan klien. Sebagai contoh, seorang pekerja sosial dalam sebuah lembaga perencanaan keluarga akan lebih suka mempertimbangkan diskusi tentang aborsi dan bunuh diri ketika sedang merawat anak muda, ketakutan orang dewasa dengan kehamilan yang tidak diinginkan. Bagaimanapun, sebagian besar peneliti mengabaikan pentingnya pertimbangan agama dan kultural yang relevan bagi para wanita muda dari daratan Latino. (lihat kotak 2.1 tentang diskusi therapy multimodal.)

Gambrill (1990) dalam bukunya yang excellent berjudul “*Critical Thinking in Clinical Practise*” membahas tentang asosiasi yang mendalam antara penjelasan penyebab permasalahan klien dan pembuatan pilihan akhir berkenaan intervensi yang tepat. Gambrill menunjukkan bahwa meskipun banyak informasi yang mungkin dikumpulkan untuk membantu membuat keputusan, pada akhirnya hanya sejumlah informasi terbatas yang digunakan secara nyata untuk membuat keputusan.

Bukti medis yang seimbang bagi para pekerja sosial menggambarkan pada suatu harapan di mana pilihan mereka tentang teknik – teknik intervensi akan dibentuk melalui pengetahuan mereka tentang penelitian. Usaha – usaha untuk mengembangkan model – model di mana sesuai dengan metodenya mengatur pekerja sosial medis dalam membuat pilihan – pilihan yang didukung secara empirik memiliki jasa, tetapi pada akhirnya melayani secara lebih heuristik daripada tujuan medis secara praktikal. Empiricisme memiliki batasan – batasan ; satu yang paling mutlak adalah kompleksitas individu dalam interaksinya dengan lingkungan.

## **BAB VI TERAPI**

### **6.1 Therapy Multimodal**

Pekerja sosial berbasis penelitian telah mengembangkan sistem secara detail dalam memilih intervensi – intervensi. Salah satu sistem yang dikenal lebih baik membentuk dalam model eclectism, suatu pemahaman bahwa seseorang pada umumnya perlu untuk menggunakan beberapa modalitas dengan klien yang sama tetapi itu dapat dilakukan dalam suatu cara yang logis dan konsisten. Sistem ini disebut therapy multimodal (Lazarus, 1981).

Therapy multi-modal (Lazarus, 1981) mengenal berbagai sebab permasalahan kesehatan mental dan menekankan pada kebutuhan untuk mempertimbangkan berbagai faktor yang luas dalam pemahaman tentang penyebabnya dan selanjutnya perawatan tentang banyaknya masalah. Therapy multi-modal merujuk pada tujuh modalitis dan akronim mereka, BASIC ID. BASIC ID mengusulkan sebuah dasar biokimia / neuropsikologi sebagai poin permulaan. Kemudian menganggap bahwa kepribadian kita merupakan suatu fungsi dari perilaku – perilaku kita, proses – proses afektif, sensasi, image, kognisi, relasi interpersonal dan fungsi biologi (meskipun penulis menggunakan kata obat-obatan sebagai ganti dari fungsi biologi untuk mendapatkan akronim BASIC ID) atau identitas yang menggambarkan kepribadian dasar manusia.

Dalam therapy multi-modal , ada secara tipikal tetapi tidak selalu merupakan suatu mata rantai dari permulaan kejadian – kejadian dengan sensasinya yang mengarah pada kognisi, diikuti dengan image, kemudian perilaku dan pada akhirnya penolakbelakangan interpersonal. Semua ini berdasarkan pada penelitian biokimia / neurophysiologikal. Mata rantai kejadian ini dapat memulai dengan beberapa modalitas. Sebagai contoh, suatu serangan yang memancing dapat memulai ketika seseorang memfokuskan pada kejadian yang menakutkan yang kemudian mengarah pada suatu sensasi seperti kepening dan lain-lain.

Therapy multi-modal menggunakan banyak teknik dan pendekatan secara bersamaan, menggunakan akronim BASIC ID sebagai dasar pemahaman masalah



individualnya. Lazarus menggariskan masalah-masalah yang relevan dan tekniknya sebagai berikut :

<b>Modalitas</b>	<b>Permasalahan</b>	<b>Teknik – teknik yang diusulkan</b>
Perilaku	Pemeriksaan kompulsif (kompor, dapur dan lain-lain)	Self-monitoring, respon pencegahan
Pengaruh	Pembesaran, kecemasan	Latihan keasertifan, menenangkan pernyataan diri, tarik nafas pelan-pelan
Sensasi	Tensi, ejakulasi dini, ( kadang – kadang keluar dua menit setelah rangsangan coital)	Latihan Relaksasi, latihan penerimaan isyarat
Image	Gambar – gambar tentang ejekan seperti seorang anak dan orang dewasa	Desentisisasi
Kognisi	Tuntutan diri secara internal, penyempurnaan diri, penurunan diri	Restrukturisasi kognisi
Interpersonal	Kompetitif pada sebagian besar waktu, sangat terlibat dalam kekuasaan dan pengawasan	Latihan persahabatan, pembentukan relasi
Obat – obatan	Valium – 5mg, darvon untuk sakit kepala	Mengajarkan ketrampilan – ketrampilan relaksasi, usaha melakukan tindakan medis

Pekerja sosial kontemporer dipengaruhi oleh pendidikan, nilai, etika, pengalaman hidup dan penelitian mereka. Suatu keseimbangan yang sadar tentang semua faktor ini dengan sebuah penekanan pada ketrampilan – ketrampilan diri yang berkembang secara konstan dan menjaga penelitian praktek sekarang, merupakan metode yang diterima secara umum dalam menangani klien dan memilih intervensi – intervensi yang tepat.

## **BAB VII PENUTUP**

Praktek pekerjaan sosial medis merupakan seorang pekerja sosial yang mahir, pendekatan berbasis sistem yang mengintegrasikan metode – metode secara empirik dan sebuah kerangka kerja yang eclectic / berwawasan luas. Para praktisi sekarannng menggunakan sebuah model system sebagai dasar intervensi, penggunaan berbagai perilaku yang berkembang, kognitif, psikodinamik, biology dan teknik – teknik sistemik berbasis luas untuk membimbing mereka. Orientasi biopsikososial didasarkan pada sebuah pemahaman bahwa model – model di masa lalu sama seperti juga beberapa metode tersendiri yang terlalu sempit untuk merawat banyaknya kepentingan yang sekarang terlihat secara cukup.

Penelitian dalam menyelaraskan klien dan pekerja sosial yang berbasis pada usia, gender, ras dan berbagai variabel lain telah mempunyai hasil – hasil yang ambigo, meskipun ada petunjuk – petunjuk yang berguna dalam pemilihan intervensi. Para peneliti cenderung untuk menyimpulkan bahwa sebuah pendekatan sistem yang berbasis luas bersandar pada penggunaan penelitian dan kritikal yang maju, teknik – teknik spesifik yang tepat. Selanjutnya, meskipun pekerja sosial medis semuanya dipengaruhi oleh pendidikan, nilai, etika, pengalaman hidup dan pengetahuan tentang penelitian mereka, sebuah kesadaran obyektif dan berimbang dari semua faktor ini secara legitimacy masuk ke dalam proses pembuatan pilihan medis yang solid.