



JILID 3

Juda Damanik

Pekerjaan Sosial



Direktorat Pembinaan Sekolah Menengah Kejuruan
Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah
Departemen Pendidikan Nasional



Juda Damanik

PEKERJAAN SOSIAL JILD 3

untuk SMK

Juda Damanik, MSW

PEKERJAAN SOSIAL JILID 3

SMK



Direktorat Pembinaan Sekolah Menengah Kejuruan
Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah
Departemen Pendidikan Nasional

Hak Cipta pada Departemen Pendidikan Nasional
Dilindungi Undang-undang

PEKERJAAN SOSIAL JILID 3

Untuk SMK

Penulis : Juda Damanik

Perancang Kulit : TIM

Ukuran Buku : 17,6 x 25 cm

DAM	DAMANIK, Juda
p	Pekerjaan Sosial Jilid 3 untuk SMK/oleh Juda Damanik ---- Jakarta : Direktorat Pembinaan Sekolah Menengah Kejuruan, Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah, Departemen Pendidikan Nasional, 2008. iii. 205 hlm Daftar Pustaka : A1-A3 Glosarium : B1-B3 ISBN : 978-602-8320-91-7

Diterbitkan oleh

Direktorat Pembinaan Sekolah Menengah Kejuruan

Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah

Departemen Pendidikan Nasional

Tahun 2008

KATA SAMBUTAN

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan karunia Nya, Pemerintah, dalam hal ini, Direktorat Pembinaan Sekolah Menengah Kejuruan Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah Departemen Pendidikan Nasional, telah melaksanakan kegiatan penulisan buku kejuruan sebagai bentuk dari kegiatan pembelian hak cipta buku teks pelajaran kejuruan bagi siswa SMK. Karena buku-buku pelajaran kejuruan sangat sulit di dapatkan di pasaran.

Buku teks pelajaran ini telah melalui proses penilaian oleh Badan Standar Nasional Pendidikan sebagai buku teks pelajaran untuk SMK dan telah dinyatakan memenuhi syarat kelayakan untuk digunakan dalam proses pembelajaran melalui Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 45 Tahun 2008 tanggal 15 Agustus 2008.

Kami menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada seluruh penulis yang telah berkenan mengalihkan hak cipta karyanya kepada Departemen Pendidikan Nasional untuk digunakan secara luas oleh para pendidik dan peserta didik SMK.

Buku teks pelajaran yang telah dialihkan hak ciptanya kepada Departemen Pendidikan Nasional ini, dapat diunduh (*download*), digandakan, dicetak, dialihmediakan, atau difotokopi oleh masyarakat. Namun untuk penggandaan yang bersifat komersial harga penjualannya harus memenuhi ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah. Dengan ditayangkan *soft copy* ini diharapkan akan lebih memudahkan bagi masyarakat khususnya para pendidik dan peserta didik SMK di seluruh Indonesia maupun sekolah Indonesia yang berada di luar negeri untuk mengakses dan memanfaatkannya sebagai sumber belajar.

Kami berharap, semua pihak dapat mendukung kebijakan ini. Kepada para peserta didik kami ucapkan selamat belajar dan semoga dapat memanfaatkan buku ini sebaik-baiknya. Kami menyadari bahwa buku ini masih perlu ditingkatkan mutunya. Oleh karena itu, saran dan kritik sangat kami harapkan.

Jakarta, 17 Agustus 2008
Direktur Pembinaan SMK

DAFTAR ISI

KATA SAMBUTAN		i
DAFTAR ISI		ii
Bagian I	Profesi Pekerjaan Sosial	1
Bab 1	Pekerjaan Sosial: Suatu Pemberian Bantuan	2
Bab 2	Suatu profesi yang Sedang Berkembang	48
Bab 3	Pekerjaan Sosial dan Sistem Sosial	89
Bab 4	Sistem Penyelenggaraan Pelayanan Sosial	121
Bagian II	Perspektif Pekerjaan Sosial	166
Bab 5	Nilai-nilai dan Etika dalam Pekerjaan Sosial	167
Bab 6	Pekerjaan Sosial dan Keadilan Sosial	202
Bab 7	Keberagaman dan Pekerjaan Sosial	228
Bagian III	Pekerjaan Sosial Generalis	247
Bab 8	Proses-proses Pemberdayaan bagi Praktek Pekerjaan Sosial	248
Bab 9	Fungsi-fungsi dan Peran-peran Pekerjaan Sosial	277
Bab 10	Pekerjaan Sosial dan Kebijakan Sosial	310
Bagian IV	Isu-isu Kontemporer dalam Bidang-bidang Praktek	329
Bab 11	Pekerjaan Sosial di Ranah Publik	330
Bab 12	Pekerjaan Sosial di Bidang Kesehatan, Rehabilitasi ...	380
Bab 13	Pekerjaan Sosial dengan Keluarga dan Pemuda	448
Bab 14	Pelayanan-pelayanan Orang Dewasa dan Lanjut Usia	498
LAMPIRAN A	Daftar Pustaka	
LAMPIRAN B	Daftar Istilah	

BAGIAN IV

ISU-ISU KONTEMPORER DALAM BIDANG-BIDANG PRAKTEK

Pekerja sosial dipekerjakan di dalam bidang-bidang praktek yang luas seperti kesejahteraan publik, koreksi, sistem kesehatan, dan pelayanan-pelayanan keluarga. Bantuan-bantuan pelayanan, yang pada umumnya dikelompokkan ke dalam masing-masing bidang praktek, dirancang untuk merespons terhadap kebutuhan-kebutuhan yang khas yang dirasakan oleh bermacam-macam kelompok-kelompok populasi. Di antara klien pekerjaan sosial, banyak—seperti orang-orang yang dipengaruhi secara negatif oleh struktur ekonomi, orang-orang yang melakukan tindak kejahatan, dan orang-orang yang menyandang cacat fisik dan mental—mengalami penolakan sosial dan penindasan sosial. Para konsumen lain meliputi keluarga-keluarga yang mengalami konflik dan perubahan serta secara individual terkena oleh gangguan-gangguan dalam rangkaian siklus kehidupan yang normal.

Bagian empat ini menekankan isu-isu praktek yang muncul di dalam pekerjaan sosial dengan populasi tertentu. Isu-isu praktek yang diutamakan ialah pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial kepada orang-orang miskin, tuna wisma, pengangguran, atau pelaku kejahatan; orang-orang yang menyandang cacat fisik, perkembangan, dan mental; orang-orang yang terlibat dalam penyalahgunaan napza (narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif); dan bermacam-macam keluarga, pemuda, dan orang-orang lanjut usia.

Bab 11

Pekerjaan Sosial di Ranah Publik

Profesi pekerjaan sosial memiliki suatu sejarah kepedulian yang panjang tentang kesejahteraan kelompok-kelompok populasi yang dianggap sebagai kurang beruntung. Kelompok-kelompok yang kurang beruntung ini di dalam masyarakat Amerika Serikat tidak berubah selama beberapa dasawarsa. Mereka terus menjadi miskin, tidak memiliki rumah, menganggur—kelompok-kelompok masyarakat yang memiliki suatu sejarah ketergantungan pada dukungan privat dan publik atas kesejahteraan mereka. Tentu saja kelompok-kelompok masyarakat yang kurang beruntung inilah yang paling membutuhkan pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial. Kaum minoritas, lanjut usia, perempuan, dan anak-anak terwakili di dalam jumlah yang tidak seimbang di antara peringkat kelompok-kelompok masyarakat yang terkena oleh kemiskinan. Sebenarnya, ini adalah kelompok-kelompok kepada siapa mandat keadilan sosial profesi pekerjaan sosial ditujukan.

Bab ini menguji empat bidang kepedulian di dalam ranah publik yaitu kemiskinan, ketunawismaan, pengangguran, dan peradilan kriminal.

A. Pekerjaan Sosial dan Kemiskinan

Walaupun ada suatu penurunan pada angka kemiskinan keseluruhan di Amerika Serikat sebanyak 11,7 persen pada tahun 2001, data Biro Pusat Statistik menunjukkan suatu kecenderungan ketimpangan penghasilan yang semakin besar (U.S. Census Bureau, 2000a, dalam DuBois & Miley, 2005: 284). Lima terkaya dari seluruh keluarga menerima hampir setengah dari penghasilan nasional sementara sepuluh termiskin menerima kurang dari lima persen (DeNavas-Walt & Cleveland, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 284). Lagi pula, ketimpangan penghasilan ialah suatu masalah kesejahteraan sosial yang berlangsung terus menerus di dalam masyarakat dunia. Penghasilan harian seperenam populasi dunia merupakan 80 persen dari total penghasilan harian dunia (World Bank, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 284). Laporan Bank Dunia (2003) tentang kemiskinan

menunjukkan bahwa di seluruh dunia, sekitar 56 persen dari populasi, atau hampir 3 milyar populasi memperoleh penghasilan kurang dari setara 2 dollar per hari . Dari populasi ini, sekitar 1,2 milyar populasi hidup di dalam kemiskinan yang sangat parah yang penghasilannya kurang dari 1 dollar per hari.

Untuk mengklarifikasikan isu-isu yang terkait dengan kemiskinan, subbab ini menyajikan konsep Harrington tentang “Other America” (Amerika Serikat yang lain) untuk mengalamatkan pertanyaan, “Siapakah orang miskin itu?” dengan menguji beberapa stereotip yang dianut secara umum, kontras dengan kemiskinan relatif dan absolut, dan menjelaskan beberapa perspektif.

1. Amerika Serikat yang lain

Banyak kalangan memberikan penghargaan kepada Michael Harrington (1962), penulis buku *The Other America: Poverty in the United States*, yang membunyikan gendang perang terhadap kemiskinan selama pemerintahan Presiden Kennedy. Harrington menegaskan, “Kemiskinan seharusnya didefinisikan dalam pengertian orang-orang yang tidak memperoleh level kesehatan, perumahan, makanan, dan pendidikan minimum yang menurut tahap pengetahuan ilmiah kita pada saat ini menspesifikasikannya sebagai mutlak bagi kehidupan seperti yang sekarang kita alami di Amerika Serikat” (DuBois & Miley, 2005: 284). Harrington juga mengusulkan suatu definisi tentang kemiskinan yang mengalamatkan isu-isu psikologis dan dampak-dampak absolutnya: Suatu definisi terobosan tentang kemiskinan menguji perasaan-perasaan pesimisme dan mengalahkan orang-orang yang mengalami kemiskinan dan kehilangan potensial bagi anggota-anggota masyarakat dan masyarakat itu sendiri yang diakibatkan oleh kemiskinan.

Lebih dari 40 tahun setelah tantangan Harrington, kita masih saja mencoba mendefinisikan kemiskinan. Dewasa ini, orang-orang cenderung mendeskripsikan kemiskinan dalam pengertian akibat-akibat sosial dan dampaknya terhadap pengurangan pajak, tanpa

memperhitungkan biaya-biaya kemanusiaan dan penderitaan manusia yang terkait dengan pemiskinan itu. Orang-orang dapat berurusan dengan kemiskinan secara dingin sebagai suatu kondisi, yang menciptakan suatu jarak emosional antara orang-orang miskin dan orang-orang kaya. Kita harus menguji kembali kelompok-kelompok populasi yang terimbas oleh kemiskinan, yang dinyatakan oleh Harrington 40 tahun yang lalu sedang menetap di bumi “Amerika Serikat yang lain.” Sekarang ini, sama seperti sebelumnya, kemiskinan menciptakan suatu kelas orang-orang yang miskin. Orang-orang yang miskin itu tidak memilih untuk menjadi miskin, mereka hanya sekedar miskin. Anak-anak, kelompok yang memiliki angka kemiskinan yang lebih tinggi—16,3 persen—daripada kelompok usia lain, memberi contoh yang jelas tentang fakta ini. Anak-anak memiliki resiko yang lebih besar di beberapa wilayah. Sebagai contoh, pada tahun 2000, angka tertinggi anak-anak yang miskin ditemukan di District of Columbia (32 persen), Mississippi (27 persen), Louisiana (27 persen), New Mexico (25 persen), dan West Virginia (24 persen) (Children’s Defense Fund, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 285). Singkat kata, anak-anak merupakan 35,7 persen dari orang-orang yang miskin, padahal mereka hanya sekitar 25 persen dari populasi (Proctor & Dalaker, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 285).

2. Siapakah orang miskin itu?

Apabila anda mengajukan suatu pertanyaan, Siapakah orang miskin itu? anda cenderung mendapatkan jawaban yang banyak sekali. Beberapa jawaban akurat, dan beberapa yang lain mencerminkan salah pengertian yang dianut secara umum tentang orang-orang yang miskin. Orang-orang sering mengidentifikasikan menjadi miskin itu dengan kaum minoritas ras. Suatu pengujian data pendahuluan tentang kemiskinan di Amerika Serikat tidak mendukung pandangan ini, karena 47 persen orang-orang miskin adalah kaum Kulit Putih bukan Hispanic (Proctor & Dalaker, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 286). Akan tetapi, kesimpulan ini salah kaprah. Dalam jumlah absolut, lebih banyak orang-orang Kulit Putih yang miskin daripada orang-orang Kulit Hitam atau orang-

orang Hispanic; akan tetapi, suatu perbandingan angka kemiskinan menunjukkan terjadinya angka kemiskinan yang tidak berimbang di kalangan kaum minoritas: 22,7 persen bagi orang-orang Kulit Hitam, 21,4 persen bagi orang-orang Hispanic dari semua ras, dan 10,2 persen bagi orang-orang Asia dan orang-orang Kepulauan Pacific berbanding 7,8 persen bagi orang-orang Kulit Putih bukan Hispanic.

Suatu stereotip yang dipertahankan secara umum ialah bahwa keluarga-keluarga yang miskin adalah besar; akan tetapi, besaran keluarga dengan penghasilan di bawah garis kemiskinan tidak berbeda secara cukup besar dari rata-rata besaran keluarga secara keseluruhan di Amerika Serikat. Akan tetapi adalah benar bahwa resiko jatuh ke bawah garis kemiskinan lebih besar bagi keluarga-keluarga besar. Beberapa jenis keluarga lebih beresiko daripada jenis keluarga lain. Sebagai contoh, angka kemiskinan bagi suatu keluarga yang suami-istri masih utuh ialah 4,9 persen. Angka kemiskinan bagi rumahtangga yang kepala keluarganya laki-laki (tanpa istri) ialah 13,1 persen. Angka kemiskinan bagi rumahtangga yang kepala keluarganya perempuan (tanpa suami) ialah 26,4 persen (Proctor & Dalaker, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 286).

Bahkan ungkapan *feminisasi kemiskinan*, yang berarti bahwa kaum perempuan dewasa ini adalah suatu kelompok yang lebih dominan di antara kelompok-kelompok yang miskin, agaknya salah kaprah. Baru-baru ini, kaum perempuan dan anak-anak merupakan bagian terbesar kelompok-kelompok yang miskin, tetapi mereka juga merupakan bagian terbesar kelompok-kelompok yang miskin pada awal tahun 1960-an.

Data statistik menunjukkan resiko kemiskinan bagi rumahtangga-rumahtangga yang kepala keluarganya perempuan bukan Kulit Putih: 35 persen bagi rumahtangga-rumahtangga yang kepala keluarganya perempuan Kulit Hitam, 15 persen bagi orang-orang Asia dan Pacific keturunan Amerika Serikat, dan 37 persen bagi rumahtangga-rumahtangga yang kepala

keluarganya perempuan asli orang Hispanic dibandingkan dengan 19 persen rumahtangga-rumahtangga yang kepala keluarganya perempuan Kulit Putih bukan Hispanic (McKinnon, 2003; Proctor & Dalaker, 2002; Reeves & Bennett, 2003, dalam DuBois Miley, 2005: 286). Menggarisbawahi kecenderungan ini ialah kesulitan yang dialami oleh keluarga-keluarga dalam perekonomian dewasa ini ketika keluarga-keluarga itu harus menyandarkan diri kepada satu penghasilan tunggal untuk memperoleh penghidupan. Komplikasi untuk mencapai kecukupan diri meliputi fakta-fakta bahwa kaum perempuan pada dasarnya memperoleh penghasilan lebih sedikit daripada kaum laki-laki, walaupun dalam posisi-posisi jabatan yang sama, dan bahwa biaya-biaya pengasuhan anak walaupun apabila disubsidi, menguras sumber-sumber keuangan. Data statistik menunjukkan tingginya resiko kemiskinan ini bagi anak-anak. Sekitar seperempat dari semua anak-anak di bawah usia 18 tahun tinggal di dalam rumahtangga yang kepala keluarganya perempuan. Dari anak-anak ini, sekitar 40 persen tinggal di dalam kemiskinan (Fields, 2003, dalam DuBois Miley, 2005: 286).

Walaupun jumlah anak-anak yang berada di dalam garis kemiskinan di Amerika Serikat baru-baru ini menurun dari 20 persen menjadi 16,5 persen, studi-studi terbaru menunjukkan angka kemiskinan yang mengkhawatirkan bagi seluruh anak-anak di bawah usia 18 tahun (Mather & Rivers, 2003, dalam DuBois Miley, 2005: 286). Suatu perbandingan angka-angka kemiskinan di 22 negara menemukan bahwa dari negara-negara yang dijadikan sampel studi, hanya Mexico yang memiliki angka kemiskinan anak-anak yang lebih tinggi daripada Amerika Serikat. Suatu studi terbaru yang dilakukan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa menyimpulkan bahwa, di antara negara-negara industri, satu-satunya negara yang angka kemiskinan anak-anak lebih tinggi daripada Amerika Serikat ialah Rusia. Angka kemiskinan anak di Amerika Serikat pada dasarnya lebih tinggi daripada di negara-negara Skandinavia seperti Swedia dimana angka kemiskinan anak kurang dari 3 persen (Adamson,

Micklewright, & Wright, 2000, dalam DuBois Miley, 2005: 286). Di Amerika Serikat pada khususnya, angka kemiskinan anak-anak di bawah usia 18 tahun ialah 30 persen bagi anak-anak kulit Hitam dan 28 persen bagi anak-anak Hispanic (warganegara Amerika Serikat berkulit putih keturunan Spanyol) dibandingkan dengan 10 persen bagi anak-anak Kulit Putih yang bukan Hispanic (McKinnon, 2003; Ramirez & de la Cruz, 2003, dalam DuBois Miley, 2005: 286).

Masyarakat umum sering mencirikan orang-orang yang miskin sebagai orang-orang yang sebenarnya mampu bekerja; akan tetapi, fakta-fakta mematahkan miskonsepsi ini. Sejumlah orang-orang yang menerima bantuan kesejahteraan semata-mata menambah upah mereka. Lagi pula, suatu persentasi yang besar orang-orang yang penghasilannya di bawah garis kemiskinan ialah pekerja purna waktu. Sebagai contoh, ada seorang dewasa yang bekerja di dalam 74 persen keluarga anak-anak yang miskin (Children's Defense Fund, 2000a, dalam DuBois Miley, 2005: 286). Dalam kaitan dengan standard dewasa ini, suatu pekerjaan purna waktu yang hanya dibayar dengan upah minimum meningkatkan suatu level kemiskinan di bawah garis kemiskinan dewasa ini. Menurut laporan, orang-orang miskin yang bekerja merupakan lapisan orang-orang yang miskin yang bertumbuh sangat pesat.

Segalman dan Basu (1981) mencirikan orang-orang miskin sebagai suatu kontinum yang meliputi orang-orang miskin transisional, orang-orang miskin marjinal, dan orang-orang miskin residual. Bagi *orang-orang miskin transisional (the transitional poor)*, kemiskinan ialah suatu fenomena sementara dan berjangka pendek yang dialami karena kondisi-kondisi perubahan. Orang-orang yang menganggur untuk jangka waktu yang pendek, para imigran, dan bahkan para mahasiswa perguruan tinggi masuk ke dalam kategori ini. Sebagai akibat dari pengangguran, *orang-orang miskin marjinal (the marginal poor)* hanya mampu memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar mereka saja. Bagi orang-orang ini, kemampuan untuk menjamin pemenuhan diri

sering bergantung kepada kecenderungan-kecenderungan ekonomi dan ketenagakerjaan nasional. Sementara banyak orang-orang miskin marjinal menikmati mobilitas ke atas, beberapa di antaranya beresiko terperosok di dalam kemiskinan. *Orang-orang miskin residual (the residual poor)* tetap berada di dalam garis kemiskinan untuk jangka waktu yang panjang, bahkan dari satu generasi ke generasi berikutnya (misalnya secara transgenerasional atau antargenerasi). Bantuan-bantuan kesejahteraan sering mensubsidi orang-orang yang mengalami kemiskinan residual selama periode pertambahan waktu tertentu (DuBois Miley, 2005: 287).

Banyak orang yakin bahwa orang-orang yang miskin pada umumnya masuk ke dalam kategori residual; akan tetapi, suatu analisis tentang lama tinggal rata-rata di dalam bantuan kesejahteraan mematahkan keyakinan ini. Para penerima bantuan kesejahteraan berjangka panjang “ternyata benar-benar ada, tetapi itu merupakan kekecualian, bukan peraturan” (Pavetti, 1997, dalam DuBois Miley, 2005: 287). Pola-pola kesejahteraan yang digunakan berbeda bagi orang-orang yang menggunakan kesejahteraan untuk jangka waktu yang pendek dan tidak pernah kembali lagi, bagi orang-orang yang sebentar-sebentar menggunakan kesejahteraan di dalam krisis ekonomi atau keluarga yang sering berulang kembali, dan bagi orang-orang yang menerima kesejahteraan secara terus menerus selama periode waktu yang panjang. Atas pertimbangan ini, sulit untuk menentukan suatu lama tinggal rata-rata di dalam antrian bantuan kesejahteraan.

Catatan-catatan pada masa lalu menunjukkan bahwa, di antara kaum perempuan yang *pernah menerima* bantuan kesejahteraan, sekitar setengahnya meninggalkan bantuan kesejahteraan dalam tempo setahun dan hampir tiga per empatnya dalam tempo dua tahun (Pavetti, 1997, dalam DuBois Miley, 2005: 287). Sayangnya, walaupun banyak kaum perempuan mengakses bantuan kesejahteraan untuk periode waktu yang relatif pendek, mereka juga cenderung kembali meminta bantuan tambahan dalam selang waktu lima tahun. Studi-studi

terbaru tentang partisipasi dalam bantuan kesejahteraan menunjukkan bahwa bantuan kesejahteraan berjangka waktu panjang cenderung lebih banyak dialami oleh keluarga-keluarga yang mengalami tantangan-tantangan ekonomi yang lebih sulit untuk memenuhi kecukupan dirinya sendiri seperti para pecandu napza, cacat mental, buta aksara, dan keluarga-keluarga dengan anak-anak yang mengalami kelainan-kelainan perkembangan.

3. Kemiskinan relatif dan absolut

Para pakar sosiologi mengukur kemiskinan dalam istilah-istilah absolut dan relatif. Ukuran-ukuran kemiskinan absolut menentukan tingkat penghasilan yang disyaratkan bagi kebutuhan-kebutuhan dasar; menurut definisi, kemiskinan terjadi ketika penghasilan berada di bawah tingkat absolut ini. Suatu indeks kemiskinan yang disusun oleh pemerintah, garis kemiskinan ialah salah satu ukuran absolut semacam ini. Garis kemiskinan didasarkan atas biaya makanan bergizi pada saat ini dikalikan dengan suatu jumlah indeks. Apabila menggunakan ukuran-ukuran absolut ini, maka penghasilan sekitar 11,7 persen dari total penduduk Amerika Serikat atau sekitar 32,9 juta penduduk, berada di bawah garis kemiskinan (U. S. Census Bureau, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 288).

Penghasilan aktual hanyalah satu bagian dari potret ini: Suatu standard kehidupan keluarga dalam kaitan dengan anggota-anggota keluarga pada komunitas lain mengukur *relative deprivation* atau kemiskinan relatif keluarga (Williams, 1975, dalam DuBois & Miley, 2005: 288). Dengan kata lain, kemiskinan relatif mengacu kepada persepsi terhadap kemiskinan dalam kaitan dengan orang-orang lain pada waktu dan tempat yang sama. Jadi, berbeda dengan “kekayaan” orang-orang miskin di Amerika Serikat dengan kemiskinan yang papa yang dialami oleh orang-orang di negara-negara lain tidak membuat orang-orang yang miskin di Amerika Serikat kurang miskin dalam kaitan dengan warganegara Amerika Serikat lainnya.

4. Mengapa manusia miskin?

Dua sikap yang saling berbeda menunjukkan cara dimana orang-orang yang miskin dipandang di dalam sejarah Amerika Serikat. Salah satu sikap menempatkan kesalahan pada individu-individu, sementara sikap-sikap lain menempatkan tanggung jawab pada masyarakat yang memungkinkan kondisi-kondisi yang menciptakan kemiskinan. Sikap yang memperlihatkan tanggung jawab pada individu menunjukkan kekurangan-kekurangan karakter sebagai akar yang menyebabkan kemiskinan. Orang-orang yang menganut pandangan ini yakin bahwa perubahan-perubahan pada individu akan mengurangi terjadinya kemiskinan menyeluruh. Sikap yang menempatkan tanggung jawab pada masyarakat mengakui peran masalah-masalah struktural dalam kemiskinan. Orang-orang yang menganut pandangan struktural melihat reformasi sosial sebagai kunci untuk mengurangi kemiskinan.

Perubahan-perubahan sikap cenderung mencerminkan kecenderungan-kecenderungan ekonomi, ideologi-ideologi politik, kondisi-kondisi sosial, dan keyakinan-keyakinan agama yang kuat. Pada masa-masa konservatisme politik, sosial, dan keagamaan, bantuan-bantuan kesejahteraan sosial cenderung lebih menghukum, membatasi pelayanan-pelayanan melalui pedoman dan stigma penghasilan yang tegas. Selama masa-masa pergolakan politik dan ekonomi, respons-respons masyarakat terhadap kemiskinan meningkat untuk memperoleh bantuan kemanusiaan. Bantuan-bantuan kesejahteraan berusaha untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu sambil tetap berusaha mengurangi sebab-sebab sosial dan lingkungan dari kemiskinan, seperti pendidikan yang kurang memadai, kesehatan yang buruk, pengangguran, diskriminasi, dan erosi hak-hak sipil.

Apa yang dimaksud dengan persepsi orang-orang terhadap siapakah orang miskin itu? Ketika orang-orang menempatkan sebab kemiskinan pada individu-individu, individu-individu itu sering menyebut ciri-ciri seperti kualitas yang terdapat di dalam diri sendiri, sifat-sifat perilaku, dan pertimbangan-pertimbangan budaya

sebagai faktor-faktor yang menyumbang bagi kemiskinan (Poppo & Leighninger, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 289). Beberapa kalangan bahkan yakin bahwa inferioritas genetik, termasuk kapasitas intelektual yang terbatas (atau IQ), sebagai penyebab kemiskinan. Berbagai stereotip mengakibatkan kelompok-kelompok etnis dan ras pada khususnya rentan terhadap pelabelan inferior secara sosial dan keterbatasan secara intelektual. Akan tetapi, penelitian terbaru menyanggah teori-teori yang mengusulkan relasi antara warisan rasial dan inteligensi (Myers, 2004, dalam DuBois & Miley, 2005: 289).

Banyak kalangan yakin bahwa kualitas-kualitas perilaku seperti motivasi—atau yang lebih spesifik, kurangnya motivasi dan tiadanya suatu etika kerja—mencirikan orang-orang yang miskin. Akan tetapi, bukti faktual mematahkan miskonsepsi yang dianut secara luas ini. Banyak orang yang miskin adalah orang yang setengah menganggur (*underemployed*); mereka melakukan pekerjaan-pekerjaan yang bergaji rendah yang pada umumnya tanpa asuransi kesehatan atau pensiun. Ironis sekali bahwa demikian banyak orang-orang miskin yang bekerja bergantung pada pekerjaan-pekerjaan yang memberikan penghasilan yang berada di bawah garis kemiskinan karena etika kerja mereka yang kuat, stigma yang dikaitkan dengan penerimaan bantuan-bantuan kesejahteraan, atau bahkan kurangnya program-program bantuan yang relevan. Pada sisi lain, untuk menyimpulkan bahwa keluarga-keluarga yang menerima bantuan kesejahteraan tidak ingin bekerja dengan upah yang memadai adalah suatu miskonsepsi.

Beberapa kalangan yakin bahwa perbedaan-perbedaan budayalah yang menyebabkan orang-orang inferior secara fungsional dan dengan demikian pada akhirnya menjadi miskin. Sebagai contoh, kelemahan budaya dikaitkan dengan rendahnya pencapaian pendidikan dan terbatasnya kesempatan-kesempatan bagi orang-orang untuk mengubah keadaan-keadaan mereka. Suatu *budaya kemiskinan* berkembang yang menciptakan suatu subbudaya yang khas di kalangan orang-orang miskin,

yang dibedakan oleh nilai-nilai, sistem-sistem keyakinan, dan pola-pola perilaku yang ditransmisikan secara budaya (Cattell-Gordon, 1990; Lewis, 1969, dalam DuBois & Miley, 2005: 289).

Menurut pandangan struktural, kelemahan-kelemahan di dalam lembaga-lembaga masyarakat menciptakan kondisi-kondisi yang menyebabkan kemiskinan. Beeghley (1983: 133, dalam DuBois & Miley, 2005: 290) menawarkan suatu analisis sosiologis tentang kelemahan-kelemahan semacam ini:

1. Cara dimana mengkorelasikan kemiskinan menciptakan suatu lingkaran setan yang sering membelenggu dan membatasi kemampuan mereka dalam mengubah situasi mereka
2. Cara sistem kelas menghasilkan sistem kelas itu sendiri sepanjang masa
3. Pengorganisasian ekonomi
4. Pengabdian diskriminasi yang melembaga terhadap kaum Kulit Hitam dan perempuan

Kemiskinan yang parah menciptakan suatu siklus yang menegangkan yang membatasi kesempatan-kesempatan bagi kemajuan ketenagakerjaan dan pendidikan. Sekali seseorang menjadi miskin dan kekurangan sumberdaya-sumberdaya, banyak hambatan-hambatan tambahan muncul yang mencegah orang itu melarikan diri atau keluar dari siklus kemiskinan itu. Pelayanan-pelayanan kesejahteraan, yang dirancang untuk memotong siklus, sering membelenggu lebih lanjut para penerima pelayanan kesejahteraan itu di dalam kemiskinan. Sebagai contoh, syarat-syarat elijibilitas menuntut agar orang-orang menghabiskan secara harfiah seluruh sumberdaya-sumberdaya pribadi mereka sebelum mereka dapat menerima bahkan bantuan publik yang terbatas. Ketentuan-ketentuan menghukum individu-individu lebih lanjut dengan mempertimbangkan hibah-hibah pendidikan sebagai penghasilan yang tersedia, menolak jaminan kesehatan bagi orang-orang miskin yang bekerja, dan pada banyak negara bagian, tidak

memperbolehkan jaminan kesejahteraan kepada keluarga yang masih memiliki dua orangtua. Kaum liberal dan radikal mengecam sistem kesejahteraan sosial yang menindas orang-orang yang sangat miskin yang seharusnya dibantu.

Beeghley (1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 290) berpendapat bahwa stratifikasi sosial dan sistem kelas membuatnya sulit dipercaya bahwa anak-anak yang terlahir ke dalam strata yang kurang beruntung secara sosial tidak akan pernah dapat keluar dari belenggu kemiskinan melalui mobilitas sosial. Lagi pula, beberapa kalangan bahkan berpendapat bahwa kurangnya mobilitas sosial menciptakan suatu sistem kasta yang diwariskan atau kemiskinan generasional.

Pengorganisasian lembaga-lembaga ekonomi masyarakat juga menyumbang bagi kemiskinan. Sifat pekerjaan-pekerjaan yang tersedia bagi orang-orang miskin, orang-orang yang tidak terampil, dan orang-orang yang kurang berpendidikan membatasi kesempatan-kesempatan mereka. Upah yang rendah, kurangnya jaminan kesehatan dan pensiun, jaminan pekerjaan tetap yang berkaitan dengan pekerjaan-pekerjaan marjinal, paruh-waktu, dan musiman menyumbang terhadap siklus kemiskinan. Terakhir, Beeghley menegaskan bahwa diskriminasi terhadap kaum minoritas dan kaum perempuan menyebabkan sebagian besar populasi ini di antara orang-orang miskin. Praktek-praktek yang diskriminatif memberikan keuntungan kepada kaum laki-laki Kulit Putih dalam hal ketenagakerjaan, penyerahan pengasuhan anak-anak kepada kaum ibu tanpa bantuan kepada anak yang memadai, dan menciptakan peran-peran ketergantungan bagi kaum perempuan melalui pola-pola pengasuhan anak yang dipromosikan secara sosial. Empat butir analisis Beeghley memperlihatkan bahwa “orang-orang yang paling miskin tinggal di dalam kemiskinan karena alasan-alasan struktural, sangat sedikit di antara mereka menjadi miskin karena alasan-alasan kurang motivasi, kurang keterampilan, atau kurangnya sifat-sifat pribadi lainnya” (Beeghley (1983: 133, dalam DuBois & Miley, 2005: 290).

5. Respons pelayanan kepada kemiskinan

Banyak program-program dikembangkan untuk mengalamatkan sebab-sebab akar dari kemiskinan di bidang-bidang pendidikan, stabilitas ekonomi, dan partisipasi kerja. Tiga contoh dari pelayanan-pelayanan model ini meliputi Proyek Head Start, program-program pinjaman berbunga rendah, dan suatu program yang berorientasikan pemberdayaan untuk mendukung kaum perempuan dalam membuat transisi dari kesejahteraan kepada bekerja.

a. *Proyek Head Start*

Proyek Head Start dikembangkan pada tahun 1956 sebagai suatu bagian dari program-program Great Society yang dirancang untuk mengalamatkan berbagai aspek kemiskinan. Secara khusus, Proyek Head Start dipandang sebagai suatu cara untuk memacu kinerja akademik anak-anak yang keluarganya memiliki penghasilan di bawah garis kemiskinan dengan meningkatkan akses mereka kepada pendidikan masa awal anak-anak yang berkualitas dan “untuk mendukung keluarga dari anak-anak yang mengikuti berbagai program yang disponsori oleh Head Start, termasuk suatu sistem manajemen kasus” (Frankel, 1997: 172, dalam DuBois & Miley, 2005: 291). Sepanjang eksistensinya, program-program Head Start telah memberikan pelayanan-pelayanan bantuan pendidikan dan keluarga kepada lebih dari 25 juta anak-anak; 912.345 anak-anak mengikuti program ini pada tahun 2002 (Administration for Children and Families, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 291). Data Biro Head Start menunjukkan bahwa 13 persen anak-anak yang mengikuti program ini mengalami beberapa jenis kecacatan. Suatu program tambahan baru-baru ini, Early Head Start, yaitu suatu program bagi keluarga-keluarga berpenghasilan rendah yang memiliki bayi dan anak-anak yang baru dapat berjalan yang memberikan informasi tentang pelayanan-pelayanan perkembangan anak dan dukungan keluarga, melayani lebih dari 62.000 anak-

anak berusia di bawah tiga tahun setiap tahun. Sejak dikembangkan pada tahun 1965, Proyek Head Start telah melayani lebih dari 21 juta anak-anak. Walaupun memiliki cacatan yang baik dan reputasi nama yang tinggi, Head Start hanya menerima sekitar 60 persen dari semua anak-anak prasekolah yang memenuhi persyaratan. Early Head Start hanya mampu melayani sekitar 3 persen bayi dan anak-anak yang baru dapat berjalan yang memenuhi persyaratan (Children Defense's Fund, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 291).

Head Start sangat berhasil dalam arti pengaruh positifnya yang berjangka panjang terhadap para partisipan, dan keterlibatan keluarga telah diidentifikasi sebagai suatu komponen kunci kebrhasilannya (Children Defense's Fund, 2003; Frankel, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 291).

Semua program-program Head Start mencakup komponen-komponen pelayanan sosial dilayani oleh pekerja sosial pelayanan keluarga, dan sering juga oleh paraprofesional yang sedang mengikuti magang untuk mempersiapkan diri memasuki dunia kerja. Para pekerja sosial pelayanan keluarga melaksanakan tugas-tugas yang sangat mirip dengan tugas-tugas manajer kasus (Frankel, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 291). Para pekerja sosial pelayanan keluarga memfokuskan diri pada isu-isu seperti ketenagakerjaan, perumahan, pengasuhan, akses kepada pelayanan-pelayanan kesehatan, pertanyaan-pertanyaan tentang perkembangan anak, masalah-masalah kesehatan mental, dan kecanduan obat-obatan dan alkohol. Para pekerja sosial pelayanan keluarga juga memastikan hubungan-hubungan di antara keluarga-keluarga, guru-guru dan staf lain dari program-program Head Start, serta masyarakat. Frankel mengamati bahwa salah satu tujuannya ialah untuk menambahkan lebih banyak lagi pekerja sosial profesional kepada jenjang staf program. Ternyata, "Biro Head Start menunjukkan bahwa ia menginginkan karyawan-karyawannya harus seperti

pekerja sosial dan bahwa Biro Head Start ingin menggabungkan nilai-nilai dan peran-peran pekerjaan sosial” (Frankel, 1997: 181, dalam DuBois & Miley, 2005: 291). Bidang praktek pelayanan keluarga ini tentu saja mengandung suatu potensi yang luar biasa bagi para pekerja sosial yang ingin bekerja secara kolaboratif dengan keluarga-keluarga dari anak-anak kecil.

b. Program-program pinjaman yang berbunga rendah

Jumlah orang-orang yang miskin yang bekerja purna waktu bertambah tetapi mereka masih sangat rentan terhadap bencana-bencana keuangan. Sebagai contoh, karena penghasilan mereka tidak mencukupi, mereka tidak memiliki uang tambahan untuk merawat dan memperbaiki kendaraan pribadi mereka. Suatu program pinjaman berbunga rendah, Dana Pinjaman Pelayanan Sosial Lutheran (*Lutheran Social Services Loan Fund*) di Duuth, Negara Bagian Minnesota, dikembangkan untuk membantu warga kota “yang miskin tetapi bekerja” untuk mencegah bencana-bencana keuangan. Hasil dari suatu studi tentang efektivitas program yang mengevaluasi dampak dari program pinjaman terhadap suatu sampel acak berjumlah 20 peserta program sebelumnya menunjukkan bahwa salah satu keuntungan dari program ini ialah “para peminjam uang diperlakukan layaknya sebagai pelanggan bank dan bukan sebagai klien pelayanan kemanusiaan”. Komentar para responden menunjukkan kontribusi program terhadap kemampuan mereka dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar mereka sendiri. Salah seorang responden mengatakan, “Tanpa kendaraan pribadi, aku tidak dapat pergi bekerja karena aku mulai bekerja jam 04:30 pagi dan bis tidak ada yang beroperasi pada jam begitu dan aku tidak dapat berjalan kaki karena jauhnya tiga hingga empat jam berjalan kaki”. Responden lain mengatakan, “dari uang pinjaman itu aku membelikan kendaraan dan dapat pergi kuliah dan sekarang aku sudah bekerja. Seandainya tidak ada kendaraan, aku tidak akan dapat menyelesaikan

kuliahku dan seandainya aku tidak menyelesaikan kuliah maka aku tidak akan dapat memperoleh suatu pekerjaan”. Suatu manfaat dari kemitraan antara badan sosial dan bank ialah bahwa kemitraan itu menciptakan suatu kesempatan bagi “pemberdayaan para ahli waris pelayanan-pelayanan pemerintah untuk menjadi konsumen sejati dengan pilihan-pilihan pasar yang bermanfaat” (Raschick, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 291-292).

c. *Proyek-proyek lain yang berorientasikan pemberdayaan*

Proyek WISE, suatu prakarsa bagi kaum perempuan yang berpenghasilan rendah di Denver, Negara Bagian Colorado, Amerika Serikat, menggabungkan elemen-elemen pemberdayaan privadi, interpersonal, dan politik, yang mengarah kepada perubahan personal dan sosial (East, 1990a; 1999b, dalam DuBois & Miley, 2005: 291-292). Misi dari program ini ialah untuk membantu kaum perempuan mempertahankan keberdayaan ketika mereka mengalami transisi dari kesejahteraan kepada kecukupan ekonomis. Program ini memberikan konseling individu yang dapat diikuti oleh individu, pengalaman-pengalaman kelompok, dan kesempatan-kesempatan advokai masyarakat untuk membantu kaum perempuan mewujudkan tujuan-tujuan pribadi dan tujuan-tujuan keluarga serta untuk berpartisipasi sepenuhnya di dalam masyarakat.

Program ini mengalamatkan isu-isu yang dihadapi oleh kaum perempuan yang lebih dari sekedar magang dan penempatan kerja untuk mencakup dampak-dampak pemerdayaan atau pengebirian (*disempowerment*) dan penindasan yang sering memfitnah kaum perempuan yang merupakan kaum penerima kesejahteraan—isu-isu seperti harga diri yang rendah, sejarah penganiayaan fisik atau seksual, kekerasan dalam rumahtangga, dan penindasan serta kesulitan-kesulitan kesehatan mental lainnya. Konseling pribadi ditambah dengan bantuan, kelompok-kelompok pendidikan, dan kesempatan-

kesempatan bagi keterlibatan masyarakat dan pengembangan kepemimpinan.

B. Pekerjaan Sosial dan Ketunawismaan

Karena ketunawismaan ialah suatu masalah sosial kontemporer yang menonjol, ini bukanlah suatu fenomena yang baru (Hopper & Baumohl, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Secara historis, ketunawismaan—diwakili oleh “kaum gelandangan” pertengahan abad ke-18, “kaum tuna wisma” akhir abad ke-18, dan “kaum korban” depresi—berkaitan dengan kemerosotan ekonomi. Krisis ketunawismaan yang terjadi baru-baru ini diperburuk oleh resesi ekonomi pada awal tahun 1980-an dan diperparah oleh kurangnya perumahan sewaan yang dapat dijangkau, membengkaknya jumlah manusia yang miskin dan mendekati garis penghasilan kemiskinan (termasuk yang bekerja purna waktu), meningkatnya kekerasan dalam rumahtangga, dan pengurangan program-program dibiayai oleh pemerintah pusat (National Coalition for the Homeless, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 291-293). Pemotongan-pemotongan ini mencakup level pembiayaan program-program yang lebih rendah—seperti bantuan publik, bantuan perumahan, kupon makanan, dan bantuan kesehatan—dan persyaratan-persyaratan elijibilitas yang lebih ketat untuk program-program kategoris ini. Para pakar meramalkan bahwa berkurangnya ketersediaan bantuan publik bagi keluarga-keluarga dan pengurangan yang tajam terhadap program-program jaring keselamatan (*safety net*) seperti bantuan umum bahkan akan mengarah kepada level ketunawismaan yang lebih buruk (NCH, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 293).

1. Salah pengertian tentang ketunawismaan

Sejumlah salah pengertian terdapat di dalam pemahaman publik umum tentang ketunawismaan. Sebagai contoh, banyak kalangan yakin bahwa mayoritas orang-orang yang tuna wisma itu menyandang masalah-masalah pribadi seperti sakit jiwa atau menyalahgunakan obat-obatan. Suatu studi terbaru menemukan bahwa 90,8 persen kaum tuna wisma yang disurvei dari 1500 wawancara telepon acak meyakini bahwa penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol merupakan

suatu sebab yang menyumbang bagi ketunawismaan (Link et., 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Di dalam kenyataan, ketunawismaan cenderung lebih disebabkan oleh kekuatan-kekuatan ekonomi dan sosial daripada masalah-masalah pribadi. Keluarga-keluarga yang memiliki anak yang tertekan secara ekonomi mewakili sekitar 40 persen dari populasi yang akan menjadi tuna wisma (NCH, 2002b, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Hanya 5 persen dari orang-orang yang menyandang sakit jiwa yang serius adalah tuna wisma (NCH, 1999a, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Karena ada suatu ketidakseimbangan jumlah orang-orang yang mengalami kecanduan yang menjadi tuna wisma, sebagian besar orang-orang yang mengalami kecanduan tidak pernah menjadi tuna wisma (NCH, 1999b, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Peningkatan ketunawismaan berkaitan erat dengan faktor-faktor sosial ekonomi seperti tidak tersedianya perumahan yang cocok dan terjangkau; suatu perluasan kemiskinan di daerah-daerah perkotaan dan pedesaan; dan menurunnya daya beli—upah rendah dalam menghadapi harga-harga yang membubung naik.

Salah pengertian kedua tentang ketunawismaan ialah bahwa ruang perumahan diadakan untuk mengatasi masalah ketunawismaan di seluruh negeri. Di dalam kenyataan, ada suatu kesenjangan antara jumlah orang-orang yang tuna wisma dan tersedianya tempat tidur di perumahan pada hampir setiap daerah perkotaan utama. Hasil dari suatu studi baru-baru ini di 27 kota di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 37 persen permohonan perumahan darurat tidak dapat dikabulkan karena terbatasnya sumberdaya-sumberdaya (NCH, 2002c, dalam DuBois & Miley, 2005: 293). Lagi pula, ruang perumahan barangkali kurang dimanfaatkan karena kekuatiran-kekuatiran para pengguna potensial akan keselamatan pribadi, bukan karena banyaknya tempat tidur yang kosong yang menandakan melimpahnya jumlah tempat tidur. Seperti di daerah-daerah pedesaan, sangat sedikit perumahan yang tersedia.

Salah pengertian ketiga tentang ketunawismaan ialah bahwa orang-orang yang tuna wisma adalah pengangguran. Data menunjukkan bahwa sekitar 40 persen orang-orang yang tuna wisma adalah bekerja; akan tetapi, tentu saja ada suatu kaitan antara menjadi tuna wisma dan menjadi miskin. Resesi ekonomi baru-baru ini telah meningkatkan instabilitas pasar kerja, memperburuk keadaan orang-orang miskin yang sudah buruk.

Salah pengertian keempat tentang ketunawismaan ialah bahwa prakarsa-prakarsa pemerintah dalam mengatasi krisis dan kebutuhan-kebutuhan jangka panjang yang berkaitan dengan orang-orang yang tuna wisma. Sebaliknya, para pakar di bidang ketunawismaan menggambarkan respons pemerintah pada semua tingkat seperti enggan, bertahap, dan hanya memberi respons yang parsial atau setengah-setengah terhadap berkembangnya krisis ketunawismaan dan kurangnya perumahan. Di dalam kenyataan, anggaran pemerintah untuk sektor perumahan berkurang secara besar-besaran pada tahun 1980-an setelah Presiden Jimmy Carter mengakhiri kepresidenannya: Anggaran untuk program-program perumahan bersubsidi dipotong menjadi 81 persen dan program-program perumahan sewaan menjadi 72 persen (First, Rife, & Toomey, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 294). Beberapa perkiraan menunjukkan bahwa hanya sekitar sepertiga dari orang-orang yang memenuhi persyaratan untuk memperoleh bantuan perumahan benar-benar menerimanya (NCH, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 294). Walaupun baru-baru ini Kementerian Perumahan dan Pengembangan Perkotaan Amerika Serikat telah membuat suatu komitmen untuk mengatasi isu-isu perumahan, sangat sedikit program-program yang benar-benar dibiayai dari anggaran pemerintah. Para pemohon harus menunggu hampir tiga tahun untuk memperoleh suatu apartemen di perumahan publik dan lebih dari dua tahun untuk memperoleh kupon bantuan sewa perumahan. Perkiraan Kementerian Perumahan dan Pengembangan Perkotaan Amerika Serikat menunjukkan bahwa sekitar 5 juta rumah tangga berpenghasilan rendah yang memenuhi

persyaratan belum menerima bantuan perumahan dari semua jenis.

2. Terjadinya ketunawismaan

Sulit untuk menentukan secara pasti berapa orang yang tuna wisma di Amerika Serikat. Pertanyaan ini sulit dijawab sebagian karena “ketunawismaan ialah suatu keadaan sementara—buka suatu kondisi yang permanent” (NCH, 2002c, dalam DuBois & Miley, 2005: 294); “oleh karena itu, perhitungan-perhitungan sewaktu-waktu cenderung memperkirakan rendah jumlah orang-orang yang mengalami ketunawismaan. Juga sulit dijawab karena banyak orang-orang yang tuna wisma tinggal di lokasi-lokasi yang tidak terjangkau oleh para peneliti—di dalam mobil caravan yang bergerak, di dalam perkemahan, atau dengan teman-teman dan para kerabat mereka.

Berdasarkan hambatan-hambatan ini, ada beberapa perbedaan pendapat berapa banyak manusia di Amerika Serikat yang tuna wisma. Perhitungan pertama Biro Sensus Amerika Serikat pada tahun 1990 menyimpulkan bahwa ada 178.828 orang tinggal di perumahan-perumahan dan 49.791 orang tinggal di jalan selama periode 24 jam (U. S. Department of Commerce, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 294). Kebanyakan pembela hak-hak tuna wisma mengemukakan gambaran angka-angka di atas yang dianggap memberi perkiraan kasar yang rendah karena sejumlah besar orang terlupakan oleh para petugas sensus dan karena kesalahan asumsi yang mendasarinya yaitu perhitungan “sewaktu-waktu” akan memperlihatkan parahnya ketunawismaan sebagai suatu masalah sosial.

Sebaliknya, pada tahun yang sama, para peneliti menyelenggarakan beberapa survei telepon yang anonim terhadap suatu sampel acak yang terdiri dari 1500 responden pada 200 daerah metropolitan terbesar di Amerika Serikat (Link, Phelan, & Bresnahan, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 294). Kepada para responden ditanyakan apakah mereka pernah menganggap diri mereka sebagai tuna wisma, termasuk

saat-saat mereka barangkali tinggal di rumah teman-teman atau para kerabat. Hasil-hasil studi menunjukkan bahwa 14 persen orang-orang yang disurvei itu telah menjadi tuna wisma pada suatu waktu tertentu, dan 4 persen menunjukkan bahwa mereka telah menjadi tuna wisma pada suatu waktu selama 5 tahun terakhir. Suatu studi tindak lanjut pada tahun 1994 terhadap para responden yang sama mendefinisikan ketunawismaan secara lebih tepat. Apabila tinggal bersama teman-teman atau para kerabat dimasukkan, angka ketunawismaan sepanjang hidup ialah 15 persen, dan angka ketunawismaan selama 5 tahun terakhir ialah 3,5 persen. Secara lebih eksplisit, para peneliti memperkirakan bahwa 6,5 persen telah menjadi tuna wisma secara harfiah pada suatu waktu tertentu dalam kehidupan mereka. Dari kalangan subkelompok ini, orang-orang menjadi tuna wisma rata-rata selama 80 hari, selama mana 66 persen menghabiskan malam di kendaraan-kendaraan pribadi dan 25 persen menghabiskan malam di tenda-tenda, kardus-kardus, atau perumahan-perumahan sementara lainnya. Yang menggegerkan, 41 persen dilaporkan mengalami kelaparan dan 42 persen dilaporkan diperkosa atau dirampok. Berdasarkan studi-studi mereka, para peneliti ini memperkirakan bahwa 12 juta penduduk di Amerika Serikat pernah mengalami ketunawismaan pada suatu waktu di dalam kehidupan mereka. Perkiraan mereka yang 18 juta ialah sesuatu yang mengejutkan apabila tinggal bersama teman-teman atau para kerabat dimasukkan ke dalam perhitungan. Tentu saja, ada kelemahan-kelemahan dari studi ini, termasuk landasan penarikan sampelnya dan besaran sampel, serta fakta bahwa penelitian ini tidak memasukkan daerah-daerah perkotaan di dalam perhitungannya. Seseorang dapat menyimpulkan secara seksama bahwa studi Biro Sensus pada tahun 1990 memperkirakan rendah tingkat ketunawismaan dan bahwa masalah sosial ketunawismaan lebih parah daripada yang dilaporkan.

Bagaimana dengan ketunawismaan yang dialami oleh keluarga-keluarga? Keluarga barangkali merupakan lapisan masyarakat yang pertumbuhannya paling cepat

menjadi tuna wisma, mewakili sekitar 40 persen dari orang-orang yang menjadi tuna wisma (NCH, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 295). “Bagi keluarga, ketunawismaan sering berarti suatu pergerakan yang membosankan dari satu tempat ke tempat lain: tinggal bersama para kerabat atau teman-teman untuk periode waktu yang singkat, berpindah ke perumahan-perumahan selama 30 hari, dan berpindah lagi” (First, Rife, & Toomey, 1995: 1333, dalam DuBois & Miley, 2005: 295).

Secara khusus, apakah menerima bantuan publik atau bekerja purna waktu, keluarga-keluarga yang tuna wisma tidak mampu memperoleh perumahan karena keadaan keuangan mereka yang tidak memadai. Kekerasan dalam rumahtangga juga menyumbang bagi ketunawismaan di kalangan perempuan dan anak-anak. Beberapa studi menunjukkan bahwa sebanyak 25 hingga 50 persen kaum perempuan yang tinggal di rumah-rumah penampungan sementara pernah mengalami situasi-situasi yang penuh dengan penganiayaan (NCH, 1999c, dalam DuBois & Miley, 2005: 295). Terakhir, ketunawismaan itu sendiri menyumbang bagi kehancuran keluarga. Sebagai contoh, beberapa rumah penampungan sementara bagi keluarga-keluarga memiliki kebijakan-kebijakan yang melarang kaum laki-laki dan anak laki-laki yang sudah besar untuk tinggal di rumah-rumah penampungan sementara, dan beberapa orangtua dapat menempatkan anak-anak mereka di panti asuhan atau menitipkan mereka tinggal bersama teman-teman atau para kerabat untuk menghindarkan diri mereka dari ketidakamanan karena hidup tanpa rumah (Shinn & Weitzman, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 295).

Ketunawismaan secara khusus mendisorganisasikan bagi anak-anak. Suatu tinjauan penelitian memperlihatkan bahwa anak-anak yang tuna wisma mengalami gizi buruk, kemunduran-kemunduran perkembangan, kesehatan yang buruk, kecacatan fisik, pencapaian pendidikan yang buruk, dan masalah-masalah psikologis serta perilaku (Rafferty & Shinn, 1994, dalam DuBois &

Miley, 2005: 295). Shinn dan Weitzman (1996: 118, dalam DuBois & Miley, 2005: 295) melaporkan bahwa “data dari The National Health Interview Survey (Survei Wawancara Kesehatan Nasional) memperlihatkan bahwa anak-anak yang berpindah tiga kali atau lebih cenderung memiliki masalah-masalah emosional dan perilaku, tinggal kelas, dan diskor atau dikeluarkan dari sekolah”. Sering berpindah-pindah sekolah, lama absen dari sekolah, kurangnya tempat yang tenang untuk mengerjakan pekerjaan rumah, atau kekacauan kehidupan di jalan untuk selanjutnya mengganggu pembelajaran.

Bagaimana dengan ketunawismaan di kalangan veteran? Sekitar 40 persen kaum laki-laki yang tuna wisma adalah veteran (NCH, 1999d, dalam DuBois & Miley, 2005: 295). Karena banyak veteran Perang Vietnam, kecenderungan-kecenderungan terbaru memperlihatkan suatu peningkatan ketunawismaan di kalangan para veteran yang tidak memiliki pengalaman perang tetapi menghadapi adanya faktor-faktor resiko yang meningkat seperti penyakit jiwa dan penyalahgunaan obat-obat terlarang. Hasil-hasil dari suatu studi eksploratoris tentang masalah-masalah yang dihadapi oleh para veteran yang tuna wisma menunjukkan tiga sumber-sumber kesulitan utama yaitu masalah-masalah di bidang kesehatan dan kesehatan mental; masalah-masalah yang berkaitan dengan sumberdaya-sumberdaya seperti kurangnya kesempatan-kesempatan kerja, perumahan, dan transportasi; dan masalah-masalah yang berkaitan dengan sikap-sikap publik umum terhadap mereka seperti penolakan, prasangka buruk, kurang menghargai, dan ketakutan (Applewhite, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 295).

Dinas Militer memiliki reputasi memberikan berbagai jaminan yang meliputi pendidikan dan magang, memperjuangkan penempatan kaum militer aktif untuk mengisi posisi-posisi jabatan sipil, dan hak-hak seperti perawatan kesehatan, pinjaman-pinjaman untuk uang muka perumahan yang berbunga rendah, dan jaminan pensiun. Di dalam kenyataan, tingginya angka

pengangguran dan terbatasnya pendidikan di kalangan para veteran turut menyumbang bagi merebaknya masalah-masalah ketunawismaan di kalangan para veteran.

Bagaimana dengan ketunawismaan di daerah-daerah pedesaan? Suatu survei berskala luas pada tahun 1990 tentang ketunawismaan pedesaan dan perkotaan menunjukkan bahwa orang-orang yang tuna wisma di daerah-daerah pedesaan ialah “orang-orang muda yaitu kaum perempuan lajang atau ibu-ibu yang sudah memiliki anak, sedangkan orang-orang yang berpendidikan lebih tinggi cenderung tidak menjadi orang-orang cacat” (First, Rife, & Toomey, 1994: 104, dalam DuBois & Miley, 2005: 296). Dari kelompok-kelompok yang diidentifikasi di dalam survei itu, 26,8 persen adalah keluarga-keluarga muda dan 31,2 persen orang-orang yang bekerja paruh waktu atau penuh waktu. Penelusuran lebih lanjut terhadap data-data ini menunjukkan perbedaan-perbedaan antara ketunawismaan perkotaan dan pedesaan. Kontras sekali dengan daerah-daerah perkotaan, “banyaknya bantuan-bantuan sosial bagi kaum perempuan perkotaan dan minimnya peran-peran yang dapat dimainkan oleh para penyandang masalah sakit jiwa dan penyalahgunaan obat-obat terlarang di dalam episode-episode kaum perempuan pedesaan” (Cummins, First, & Toomey, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 297). Akan tetapi, konflik dan keretakan keluarga cenderung memperburuk ketunawismaan baik di daerah-daerah perkotaan maupun di daerah-daerah pedesaan. Para peneliti menyimpulkan bahwa suatu perekonomian pedesaan yang memburuk, meningkatnya angka pengangguran, ketidaksetaraan gender yang nampak jelas pada rendahnya upah bagi kaum perempuan, dan meningkatnya tuntutan akan perumahan yang bersewa rendah menyumbang bagi krisis ketunawismaan di daerah-daerah perkotaan di Amerika Serikat.

3. Respons pemerintah pusat terhadap ketunawismaan

Peraturan perundang-undangan utama yang diterbitkan oleh pemerintah pusat yang mengalamatkan ketunawismaan ialah Undang-undang Bantuan Tuna Wisma pada tahun 1987 yang sekarang dikenal sebagai Undang-undang Bantuan Tuna Wisma McKinney-Vento. Undang-undang ini memberikan mekanisme bagi suatu respons pemerintah pusat terhadap krisis ketunawismaan. Undang-undang ini mengembangkan program-program seperti:

- rehabilitasi perumahan berkamar satu yang ditempati
- perumahan transisional
- program-program perumahan bagi orang-orang cacat yang tuna wisma
- bantuan perawatan kesehatan
- bantuan makanan
- tunjangan para veteran
- program-program makanan dan rumah penampungan darurat
- program-program pendidikan, pelatihan, dan pelayanan-pelayanan masyarakat.

Sayangnya, undang-undang ini hanya indah di atas kertas tetapi buruk di dalam kenyataan, yang mengakibatkan kurangnya anggaran untuk membiayai implementasi program-program tersebut di atas. Selain itu, program-program tersebut di atas dipecah-pecah di kalangan lembaga-lembaga pemerintah pusat seperti Kementerian Kesehatan dan Pelayanan Sosial, Kementerian Pengemangan Perumahan dan Perkotaan, Kementerian Pendidikan, Kementerian Pertanian, Kementerian Urusan Veteran, Kementerian Tenaga Kerja, Kementerian Transportasi, Dinas Pelayanan Umum, dan Badan Manajemen Darurat Pemerintah Pusat.

Untuk mengorganisasikan pelayanan-pelayanan kepada orang-orang yang tuna wisma di dalam masyarakat secara lebih efektif, Undang-undang McKinney menyaratkan masyarakat untuk meminta anggaran untuk mengembangkan suatu strategi yang mendeskripsikan kebutuhan-kebutuhan darurat dan jangka panjang bagi

orang-orang yang tuna wisma di dalam masyarakat, dan strategi-strategi yang mereka sepakati untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan jangka pendek dan jangka panjang yang telah diidentifikasi itu. Strategi ini penting karena inilah pertama kali pemerintah pusat mengakui secara resmi hubungan antara kurangnya perumahan yang terbeli dan krisis ketunawismaan yang melanda Amerika Serikat akhir-akhir ini” (Johnson, 1995: 1343, dalam DuBois & Miley, 2005: 297).

4. Respons pekerjaan sosial terhadap ketunawismaan

Pekerja sosial harus mengembangkan program-program yang inovatif untuk mengalamatkan sebab-sebab akar dan dampak-dampak pribadi dari ketunawismaan. First, Rife dan Toomey (1995) mengusulkan strategi-strategi pekerjaan sosial yang berwajah banyak (*multifaceted social work strategies*) seperti pelayanan-pelayanan yang menjaga kelangsungan kehidupan, pelayanan-pelayanan rehabilitasi, dan pengadvokasian kebijakan serta program. *Program-program yang menjaga kelangsungan kehidupan* memenuhi kebutuhan-kebutuhan sehari-hari orang-orang yang tuna wisma seperti akses kepada rumah penampungan dan makanan darurat, perumahan transisional, dan pelayanan-pelayanan sosial. Manajemen kasus memainkan peran yang semakin menonjol di dalam program-program dan pelayanan-pelayanan tersebut di atas. Temuan-temuan penelitian menunjukkan bahwa pemberian subsidi untuk sewa perumahan merupakan suatu komponen yang sangat penting dari program-program transisional yang berhasil (Shlay, 1994, dalam DuBois & Miley, 2005: 297). *Pelayanan-pelayanan rehabilitasi* berfungsi melampaui pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasar. Pelayanan-pelayanan ini meliputi program-program seperti pendidikan, magang, program-program penyembuhan ketergantungan obat-obat terlarang, dan pelayanan-pelayanan kekerasan dalam rumah tangga “untuk membantu menyiapkan keluarga-keluarga agar dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan mereka sendiri” (First, Rife, & Toomey, 1995: 1335, dalam DuBois & Miley, 2005: 297). Terakhir, *pengadvokasian kebijakan*

dan program adalah sangat penting untuk memperkuat respons pemerintah kabupaten/kota, pemerintah provinsi, dan pemerintah pusat terhadap ketunawismaan, dan memastikan bahwa kebijakan-kebijakan sosial harus mempertimbangkan kenyataan-kenyataan situasi yang dihadapi oleh orang-orang yang tuna wisma. Solusi-solusi jangka panjang yang penting mencakup prakarsa-prakarsa pengembangan sosial dan ekonomi serta menanggulangi ketidaksetaraan dan diskriminasi yang menciptakan hambatan-hambatan di jalan menuju pemenuhan diri sendiri. Selanjutnya, orang-orang yang tuna wisma mengalami pemberdayaan melalui keterlibatan langsung mereka sendiri di dalam aksi sosial dan usaha-usaha advokasi untuk menghadapi dampak-dampak penindasan, pengasingan, dan keputusasaan.

C. Pekerjaan Sosial dan Pengangguran

Naik turunnya perekonomian merupakan masalah-masalah struktural yang secara langsung mempengaruhi dunia kerja. Para pembuat kebijakan memandang pengangguran, setidaknya pada level tertentu, sebagai sesuatu yang dapat diterima dan normal. Akan tetapi, pekerja sosial memandang pengangguran sebagai suatu isu kesejahteraan sosial yang mengandung dampak yang dramatis. “Akses kepada kesempatan-kesempatan kerja tetap merupakan bantu penjurur keamanan ekonomi individu; kemiskinan dan ketidaksetaraan penghasilan pada dasarnya merupakan suatu fungsi dari pasar kerja” (Root, 1993: 334, dalam DuBois & Miley, 2005: 299). Tiadanya alokasi anggaran yang setara dalam kesempatan-kesempatan kerja menyebabkan besarnya biaya-biaya kemanusiaan.

1. Ekonomi dan pengangguran

Laporan-laporan memperlihatkan bahwa pada tahun 2003, sekitar 9 juta orang atau sekitar 6 persen pekerja di Amerika Serikat mengalami kehilangan pekerjaan dibandingkan dengan pertengahan tahun 1990-an ketika angka pengangguran adalah sekitar 5 persen (Bureau of Labor Statistics, 2003a, dalam DuBois & Miley, 2005: 299). Akan tetapi, gambaran-gambaran tersebut di atas menyesatkan, karena beberapa kelompok-kelompok populasi dan wilayah-wilayah di negara ini telah

dihimpit secara keras oleh pengangguran. Sebagai contoh, angka pengangguran yang terendah adalah di Negara Bagian South Dakota (3,3 persen) dan angka yang tertinggi di Negara Bagian Louisiana (7,4 persen), Negara Bagian Michigan (7,4 persen), Negara Bagian Washington (7,5 persen), Negara Bagian Alaska (7,9 persen), dan Negara Bagian Oregon (8,1 persen) (Bureau of Labor Statistics, 2003b, dalam DuBois & Miley, 2005: 299). Daerah-daerah metropolitan menderita tingkat pengangguran yang bahkan lebih tinggi. Data dari bulan Juni 2003 menunjukkan bahwa “empatbelas daerah metropolitan mendaftarkan angka pengangguran sekurang-kurangnya 10,0 persen, tujuh di antaranya berada di Negara Bagian California dan lima di Negara Bagian Texas”) (Bureau of Labor Statistics, 2003c: 1, dalam DuBois & Miley, 2005: 299). Selanjutnya, perhatikan perbedaan-perbedaan pada angka pengangguran pada bulan Juli 2003 di kalangan angkatan kerja sipil kaum Kulit Putih (5,5 persen), kaum Kulit Hitam (11,1 persen), dan kaum Hispanic (8,2 persen)) (Bureau of Labor Statistics, 2003a, dalam DuBois & Miley, 2005: 299).

Selain pengangguran, sebab-sebab perubahan dalam status ekonomi mencakup menurunnya jam kerja atau upah; meningkatnya jumlah lapangan kerja di berbagai sektor pelayanan seiring dengan menurunnya lapangan kerja yang berupah tinggi di sektor manufaktur dan teknologi; pesatnya perluasan pekerjaan-pekerjaan paruh waktu dan kasar yang tidak memberikan paket jaminan kesehatan maupun pensiun; dan peristiwa-peristiwa yang berkaitan dengan keluarga seperti perpisahan, perceraian, atau lari dari rumah. Keluarga-keluarga orangtua tunggal sering kehilangan jaring keselamatan dari suatu penghasilan kedua, yang mengakibatkan meningkatnya kecenderungan ketidakstabilan ekonomi.

Di Amerika Serikat, para ekonom mendasarkan gambaran-gambaran pengangguran pada survey-survei bulanan dari suatu sampel acak rumahtangga. Mereka menggambarkan angka pengangguran sebagai rasio antara orang-orang yang menganggur dan angkatan kerja

total. Angka-angka ini kemungkinan besar memperkirakan rendah angka pengangguran karena mereka tidak memasukkan orang-orang yang tidak aktif mencari pekerjaan. Lagi pula, angka pengangguran yang statis merupakan potret dari suatu kondisi yang dinamis: Beberapa orang kembali bekerja, sementara yang lain tetap menganggur.

Root (1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 299) mengidentifikasi beberapa jenis pengangguran yang berbeda:

- Pengangguran bersiklus (*cyclical unemployment*) yang disebabkan oleh resesi atau naik turunnya perekonomian sesuai dengan tuntutan pasar kerja.
- Pengangguran musiman (*seasonal unemployment*) yang disebabkan oleh fluktuasi berkala di dalam industri yang bergantung pada musim seperti perikanan, peternakan, dan konstruksi.
- Pengangguran friksional (*frictional unemployment*) ialah pengangguran yang dialami oleh orang-orang yang sewaktu-waktu keluar dari pekerjaan karena mereka berganti pekerjaan.
- Pengangguran struktural (*structural unemployment*) terjadi ketika keterampilan-keterampilan orang berada jauh di bawah ketentuan-ketentuan baru atau ketika diskriminasi terjadi di dalam praktek-praktek ketenagakerjaan.

Faktor-faktor struktural menyumbang kepada ketidakseimbangan angka-angka pengangguran di kalangan minoritas etnis dan populasi tertindas lainnya. Dibedakan karena ras, usia, kecacatan, kecenderungan seksual, dan kelas, kelompok-kelompok yang tertindas “harus berhadapan dengan diskriminasi, pemutusan hubungan kerja, dan akibat-akibat dari pemutusan hubungan kerja serta masalah pasar kerja yang menggerogoti kemampuan mereka untuk merawat diri sendiri dan keluarga mereka serta memaksa beberapa di antara mereka untuk jatuh ke dalam pengangguran kronis, semi pengangguran, kemiskinan, dan dalam beberapa kasus, pelembagaan kemiskinan dan

pengangguran” (Briar, 1988: 6, dalam DuBois & Miley, 2005: 299).

2. Akibat-akibat dari pengangguran

Pengangguran mengakibatkan sejumlah tantangan-tantangan bagi individu, keluarga, dan masyarakat (Root, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 300). Bagi individu dan keluarga, sumberdaya-sumberdaya psikologis, sosial, dan keuangan sangat menegangkan. Karena pekerjaan adalah fundamental bagi rasa kompetensi seorang dewasa, harga diri khususnya tentu saja jatuh terpuruk seiring dengan pemutusan hubungan kerja (Berk, 2004, dalam DuBois & Miley, 2005: 300). Orang-orang yang menganggur mengalami kehilangan ganda seperti kehilangan keluarga, harga diri, identitas sosial, dan persahabatan serta dukungan sosial yang berkaitan dengan pekerjaan (Root, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 300). Akibat-akibat langsung dan tidak langsung dari pengangguran antara lain ialah depresi, bunuh diri, sakit jiwa, penganiayaan pasangan dan anak, konflik keluarga, perceraian, penyalahgunaan obat-obat terlarang, angka kenakalan dan kejahatan meningkat, gangguan-gangguan makan dan tidur, dan keluhan-keluhan somatis seperti penyakit yang berkaitan dengan stres. Pengangguran mempengaruhi harapan-harapan kehidupan, perasaan sejahtera, dan bahkan usia harapan hidup. Dampak-dampak pengangguran bahkan dapat bersifat generasional yaitu menurun dari satu generasi ke generasi berikutnya. Status orangtua yang menganggur dapat mempengaruhi perilaku anak-anak, pencapaian sekolah, dan sikap terhadap pekerjaan. Faktor-faktor seperti meningkatnya tenaga kerja marjinal, menurunnya standard kehidupan, lamanya didera pengangguran semuanya memperburuk akibat-akibat dari pengangguran (Hooper-Briar & Seck, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 300).

Masyarakat juga menanggung akibat-akibat dari pengangguran kolektif. Gelombang-gelombang pengangguran dapat berarti kebangkrutan, kegagalan

bisnis, kehilangan pajak, dan pemotongan anggaran dalam berbagai pelayanan-pelayanan. Ironisnya, sementara menghadapi pemotongan anggaran, pengangguran meningkatkan tuntutan-tuntutan akan pelayanan-pelayanan sosial.

Pada akhirnya, pengangguran harus dipahami di dalam konteks masyarakat dunia. Kesalingbergantungan globalisasi ekonomi mengajurkan bahwa dampak-dampak dan solusi-solusi atas pengangguran merupakan tantangan-tantangan global. Dimana pengangguran merajalela dan penindasan meluas, penyesuaian-penyesuaian terhadap krisis pengangguran dapat semakin berurat berakar di dalam kebudayaan. Sifat-sifat kebudayaan seperti suatu rasa pasrah yang berlangsung lama, depresi yang berurat berakar, dan relasi-relasi yang tidak mantap, yang muncul sebagai suatu akibat dari pengangguran kronis, merupakan “adanya suatu sindrom stres traumatik yang memancar secara budaya yang disebabkan oleh eksploitasi” (Cattell-Gordon, 1990: 41, dalam DuBois & Miley, 2005: 300).

3. Jaminan sosial pengangguran

Santunan-santunan yang diberikan oleh program-program jaminan sosial merupakan sumber-sumber penghasilan bagi orang-orang yang sewaktu-waktu tidak bekerja atau mengalami kecacatan kerja. *Kompensasi atau tunjangan pengangguran* bermula dari Undang-undang Jaminan Sosial pada tahun 1935. Suatu kombinasi dari program pemerintah negara bagian dan pusat, kompensasi pengangguran memberikan kompensasi temporer dalam bentuk pemberian upah kepada orang-orang yang kehilangan pekerjaan. *Jaminan kompensasi pekerja* mencakup orang-orang yang tidak dapat bekerja karena penyakit atau cedera yang berkaitan dengan pekerjaan. Dana negara-negara bagian mengarahkan program ini. Jaminan dan kompensasi bagi pengangguran dan kompensasi bagi pekerja sangat bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain. Tidak satu pun program yang menyaratkan pengujian. Karena pekerja sosial memainkan suatu peran yang

minimum di dalam program-program ini, orang-orang yang berhak di dalam program-program ini dapat memperoleh keuntungan dari penglibatan pekerjaan sosial langsung, khususnya konseling untuk mengalamatkan isu-isu pengangguran dan kesehatan yang berkaitan dengan pekerjaan (Jones, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 300).

Selama bertahun-tahun, para pembuat kebijakan berdebat apakah orang-orang berhak untuk memperoleh pekerjaan. Peraturan perundang-undangan—khususnya Undang-undang Ketenagakerjaan tahun 1946 pasal 304—lebih menegaskan kesempatan-kesempatan untuk memperoleh pekerjaan daripada memberikan jaminan pekerjaan. Begitu pula, program-program Penanggulangan Kemiskinan pada tahun 1960-an mengikuti prinsip yang sama dalam menyediakan kesempatan-kesempatan kerja, dan meningkatkan tanggung jawab pemerintah untuk menyelenggarakan pelatihan kerja dan pendidikan. Undang-undang Pengembangan dan Pelatihan Sumberdaya Manusia (pasal 87-145), yang menyelenggarakan pelatihan bagi orang-orang miskin dan para narapidana, menegaskan tanggung jawab ini.

4. Pelayanan-pelayanan bagi para penganggur

Pekerja sosial dapat melakukan suatu pendekatan yang holistik terhadap masalah-masalah pengangguran (Briar, 1988, dalam DuBois & Miley, 2005: 301). Ada suatu kebutuhan yang sangat mendesak untuk menghadapi bias di dalam keyakinan yang sudah dianggap umum bahwa orang-orang yang menganggur itu tidak bekerja karena ada sesuatu yang salah di dalam diri mereka. Jumlah terbesar orang-orang yang menganggur ialah para pekerja yang kehilangan pekerjaan karena terkena pemutusan hubungan kerja dan penutupan usaha industri. Para pekerja yang kehilangan pekerjaan ini bergabung dengan jumlah orang-orang yang berusaha memperoleh posisi baru di dalam suatu masyarakat teknologi yang menuntut pendidikan dan keterampilan-keterampilan darisisi orang-orang yang membutuhkan pekerjaan-pekerjaan bergaji besar. Kesempatan-kesempatan

pelayanan yang berupah lebih rendah menciptakan suatu kelas orang-orang yang menganggur. Cukup sering para praktisioner, yang peduli dengan dampak-dampak pengangguran, bekerja di dalam program-program bantuan tenaga kerja. Penekanan-penekanan terhadap pengangguran dapat juga ada sebagai suatu faktor yang tersembunyi atau mendasari masalah-masalah yang dibawakan ke dalam badan-badan sosial keluarga an pusat-pusat kesehatan jiwa.

Suatu kerangka bagi pemecahan masalah ketenagakerjaan menempatkan pencarian pekerjaan di dalam konteks manusia-dalam-situasi (Briar, 1988: 52, dalam DuBois & Miley, 2005: 301). Proses pencarian pekerjaan memberikan suatu kesempatan bagi pengujian diri dalam kaitan dengan pasar kerja. Suatu tinjauan tentang keterampilan-keterampilan yang dapat dilimpahkan itu mengembangkan suatu rasa berkompeten akan kemampuan-kemampuan seseorang yang, di dalam dirinya sendiri, memberdayakan. Dua proses-proses yang setara yang berurusan untuk menghadapi isu-isu kehilangan pekerjaan dan pencarian pekerjaan.

Asesmen dan stabilisasi gejala-gejala

1. Mengases dan mengalamatkan gejala-gejala.
2. Menormalisasikan gejala-gejala dari masalah-masalah pekerjaan.
3. Mengases dan emngalamatkan kehilangan pekerjaan.
4. Mengases kekuatan-kekuatan dan dukungan-dukungan sisal.
5. Mengembangkan suatu rencana stabilisasi sementara.

Perolehan suatu pekerjaan

1. Mempromosikan asesmen diri sendiri bagi tujuan-tujuan pekerjaan jangka pendek dan jangka panjang.
2. Mempromosikan suatu sesmen tentag pasar kerja.
3. Membangun kapasitas untuk mempromosikan diri sendiri.

Selain dalam pemecahan masalah, pekerja sosial ketenagakerjaan dapat membantu klien secara langsung

dalam memastikan hak-hak mereka. Kegiatan-kegiatan pekerjaan sosial di dalam fungsi manajemen sumberdaya ini antara lain, pada level mikro, ialah memberikan bahan-bahan pendidikan kepada para pekerja; pada level meso, membangun koalisi-koalisi untuk mempromosikan keselamatan kerja di dunia kerja; dan pada level makro, memberikan kesaksian dengar pendapat publik tentang pengangguran (Shanker, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 301).

D. Pekerjaan Sosial di dalam Peradilan Kriminal

Sistem peradilan kriminal ialah suatu arena yang diperluas bagi pekerjaan sosial. Secara historis, bidang peradilan kriminal dibangun di atas suatu landasan penegakan hukum, yang menekankan suatu penghukuman bagi perilaku kriminal. Walaupun para pekerja sosial membutuhkan legitimasi di dalam pelayanan-pelayanan remaja pada awal abad ke-20, mereka memainkan suatu peran terbatas di dalam pelayanan koreksi orang dewasa. Petugas peradilan kriminal sering memandang para pekerja sosial, karena orientasi nilai mereka terhadap manusia, sebagai kaum profesional yang kurang diterima, yang menganggap mereka terlalu lembut untuk bekerja di bidang pelayanan koreksi. Beberapa bias residual terhadap para pekerja sosial di bidang penegakan hukum dan peradilan kriminal tetap ada dewasa ini. Akan tetapi, baru-baru ini, para pekerja sosial telah mengembangkan peran-peran baru mereka untuk memberikan pelayanan-pelayanan sebagai berikut:

- Pelayanan-pelayanan rehabilitasi berbasis masyarakat
- Program-program yang bersifat mengalihkan perhatian dari negatif kepada positif
- Dukungan-dukungan reintegrasi para narapidana ke dalam masyarakatnya
- Konseling untuk penghuni penjara atau lembaga pemasyarakatan
- Pelayanan-pelayanan sosial bagi keluarga-keluarga pelaku kriminal
- Advokasi bagi para korban kejahatan

Untuk mencapai kredibilitas di dalam sistem peradilan criminal public, para pekerja social harus dipersiapkan secara pendidikan untuk emmahami kejahatan dan kenakalan, perbedaan-perbedaan dalam bekerja dengan para klien involuntir atau tidak sukarela, proses-proses penghukuman dan prosedur-prosedur peradilan, serta peran-peran dari berbagai kalangan _rofessional di dalam bidang lintas disiplin ini.

1. Kejahatan dan kenakalan

Secara sederhana dapat dikatakan, kejahatan merupakan tindakan-tindakan atau perilaku-perilaku yang bertentangan dengan hukum. Dengan kata lain, kegiatan kriminal melanggar hukum-hukum dan kode-kode moral. Para pelaku kriminal melakukan kejahatan terhadap orang, harta benda, atau negara. Suatu rangkuman data statistik kejahatan tahunan menentukan kecenderungan-kecenderungan kejahatan yang didasarkan atas indeks kejahatan antara lain pembunuhan dan pembantaian, pemerkosaan dengan kekerasan, penyerangan yang menyakitkan, perampokan harta benda, pencurian, dan pembakaran rumah dengan sengaja. Ini juga mencakup indeks pelanggaran hukum yang ringan atau penyerangan. Data pendahuluan pada tahun 2002 memperlihatkan suatu penurunan sebesar 0,2 persen dalam Indeks Kejahatan Nasional dibandingkan dengan data pada tahun 2001 dan lebih rendah secara signifikan daripada pada awal tahun 1990-an (U. S. Department of Justice, 2003a, dalam DuBois & Miley, 2005: 303).

Para remaja pelaku kejahatan diklasifikasikan sebagai kenakalan atau sebagai orang-orang yang belum dewasa yang membutuhkan bantuan. Perilaku nakal beragam mulai dari pelanggaran, atau perilaku yang buruk khususnya para remaja seperti lari dari rumah dan pelanggaran jam malam, hingga pelanggaran hukum pidana. Kebanyakan rujukan kepada peradilan remaja—45 persen—adalah kejahatan harta benda. Kejahatan terhadap manusia, hukuman yang paling serius, mewakili 23 persen dari kasus-kasus kenakalan, pelanggaran ketertiban umum mewakili 21 persen, pelanggaran obat-obatan mewakili 11 persen (Sickmund, 2003, dalam

DuBois & Miley, 2005: 304). Beban kasus peradilan remaja adalah empat kali lebih banyak sekarang daripada pada tahun 1960. Enam puluh empat persen dari semua kasus kenakalan melibatkan para remaja berusia 15 tahun atau lebih muda dari itu.

Usia dimana yurisdiksi atau hak hukum dapat dilimpahkan kepada peradilan-peradilan criminal dan keadaan-keadaan yang memungkinkan pelepasan hak hukum ini berbeda dari satu negara bagian ke negara bagian lain. Akan tetapi, ada kecenderungan yang memudahkan para remaja diperlakukan sebagai orang dewasa. Banyak cara yang digunakan untuk mengenakan sanksi orang dewasa kepada para remaja (Sickmund, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 304). Dua puluh tiga negara bagian dan District of Columbia menggunakan setidaknya-tidaknya satu kondisi dimana tidak ada usia minimum yang diperlakukan secara khusus untuk melimpahkan remaja kepada peradilan kriminal (Sickmund, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 304). Yang mengejutkan, hampir 20.000 remaja dirumahkan di dalam penjara-penjara orang dewasa, termasuk sekitar 3.500 remaja tinggal di dalam ruang kehidupan yang sama dengan para narapidana dewasa (Juvenile Court Centennial Initiative, n. d., dalam DuBois & Miley, 2005: 304). Kegagalan untuk memisahkan para remaja dari para narapidana dewasa menyebabkan mereka beresiko atas penyerangan seksual, bunuh diri, dan residivisme. Suatu laporan terbaru, *And Justice for Some*, mendeskripsikan keberagaman rasial yang ada di dalam sistem peradilan remaja: Tiga dari empat remaja yang dipenjarakan adalah kaum remaja minoritas; para remaja yang hak hukumnya dilimpahkan kepada peradilan kriminal pada umumnya ialah para remaja minoritas; dan pemenjaraan adalah bentuk tindakan yang cenderung paling banyak digunakan terhadap para remaja minoritas daripada pelayanan-pelayanan berbasis masyarakat atau parole (Poe-Yamagata & Jones, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 304). Sebanyak 20 persen para remaja yang berada di dalam penjara mengalami gangguan-gangguan kejiwaan yang serius, antara 20 hingga 50 persen mengalami gangguan

hiperaktivitas kekurangan perhatian, 12 persen mengalami keterbelakangan mental, dan lebih dari 30 persen mengalami hambatan-hambatan belajar (Aron & Mears, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 304).

Di banyak negara bagian, para remaja dapat bertanggung jawab atas perilaku buruk yang mereka lakukan yang tidak akan dianggap sebagai perbuatan kriminal apabila mereka sudah dewasa. Pelanggaran-pelanggaran status ini adalah perilaku-perilaku bukan kriminal yang diklasifikasikan sebagai kenakalan. Pelanggaran-pelanggaran status antara lain meliputi lari dari rumah, membolos dari sekolah, perilaku yang tidak dapat diperbaiki lagi, pelanggaran-pelanggaran jam malam, dan pelanggaran-pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan konsumsi alkohol. Para petugas penegakan hukum merujuk kurang sedikit dari setengah dari semua pelanggaran-pelanggaran status kepada sistem peradilan (Sickmund, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 304).

Peradilan remaja mencakup kegiatan-kegiatan pada sistem peradilan kriminal dan sistem kesejahteraan anak. Akibatnya, pekerja sosial memiliki pengaruh dalam perkembangan peradilan remaja. Dewasa ini, pekerja sosial cenderung terlibat di dalam peradilan remaja daripada di dalam lembaga pemasyarakatan orang dewasa.

2. Kejahatan dan hukuman

Sejumlah teori berusaha untuk menjelaskan perilaku kriminal. Karya-karya sebelumnya, seperti yang dihasilkan oleh Cesare Lombroso dan William Sheldon, mendukung suatu hubungan antara gambaran-gambaran fisik dengan kriminalitas. Lombroso mengidentifikasi gambaran-gambaran fisik dan muka yang merupakan ciri dari bentuk-bentuk awal perkembangan yang evolusioner. Ia mengaitkan gambaran-gambaran fisik dan muka manusia ini dengan kecenderungan-kecenderungan perbuatan kriminal. Sheldon mengidentifikasi jenis-jenis tubuh yang khas yang meramalkan kepribadian dan temperamen bahwa orang-orang tertentu memiliki kecenderungan-

kecenderungan untuk melakukan perilaku kriminal. Teori-teori awal ini sudah ditolak dewasa ini.

Penjelasan-penjelasan fisik dan biologis pada awal abad ke-20 tentang perilaku kriminal telah digantikan ketika dukungan bagi penjelasan-penjelasan sosial dan psikologis memperoleh penerimaan. Teori-teori psikologis dan teori-teori pengendalian sosial menyajikan asal-mula perilaku kriminal sebagai gangguan-gangguan kejiwaan atau tindakan-tindakan antisosial.

Ada satu pertanyaan abadi yang menarik untuk diperdebatkan: Apakah suatu perbuatan kriminal harus dihukum atau direhabilitasi? Walaupun tidak ada konsensus tentang bagaimana berhadapan dengan kejahatan, posisi yang kita ambil akan mempengaruhi bagaimana kita memandang perilaku kriminal dan bagaimana kita memperlakukan para pelaku kejahatan dan korban-korban mereka. Posisi-posisi yang menonjol di dalam sejarah kepenjaraan atau pemasyarakatan di Amerika Serikat antara lain meliputi retribusi, deterrensi, rehabilitasi, reintegrasi, dan pengendalian (Champion, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 305).

Retribusi atau balas dendam (retribution) barangkali adalah tujuan tertua dari sistem pemasyarakatan. Suatu motif balas dendam atau doktrin “mata untuk satu mata” menggunakan hukuman untuk memperoleh hasil seri. Retribusi ialah suatu faktor di dalam model pengadilan akhir-akhir ini atau “ganjaran yang adil”. Model ini memberikan hukuman atas kejahatan berat untuk memberikan suatu ganjaran yang adil bagi para pelaku kejahatan dan suatu perlindungan bagi masyarakat.

Idealnya, *deterrensi (deterrence)* ialah suatu strategi untuk mencegah perilaku kriminal. Untuk mencapai tujuan ini, para pembuat hukum menetapkan hukuman yang berat sesuai dengan beratnya suatu kejahatan. Pelaksanaan hukuman menggunakan prinsip keadilan yang distributif atau merata. Filosofi ini mempromosikan pengembangan sanksi-sanksi kriminal

bagi semua pelaku kejahatan, pedoman-pedoman pemberian hukuman yang harus dipatuhi oleh lembaga-lembaga pengadilan.

Sebagai salah satu tujuan pemenjaraan atau pemasyarakatan, *rehabilitasi (rehabilitation)* berasal dari gerakan reformasi pada akhir abad ke-19. Zebulon Reed Brockway, kepala lembaga pemasyarakatan pertama di Elmira State Reformatory di Negara Bagian New York, adalah seorang penggerak reformasi pemenjaraan atau pemasyarakatan yang sangat yakin akan manfaat rehabilitasi yang lebih besar daripada penghukuman. Brockway mengadvokasikan pelatihan pendidikan dan kejuruan, pembatasan pemberian hukuman, dan parole (Champion, 2001; Quam, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 305).

Para pelaku kejahatan diborgol atau ditahan di dalam suatu lembaga penjara untuk membatasi kebebasan mereka dan mereformasi perilaku mereka. Rehabilitasi menekankan pendidikan untuk mengembangkan keterampilan-keterampilan kejuruan. Program-program yang dirancang untuk mencapai tujuan *reintegration (reintegrasi)* dari pemenjaraan membantu para pelaku kejahatan itu, setelah mereka keluar dari penjara, untuk menyesuaikan diri mereka sendiri dengan masyarakat. Rumah-rumah singgah dan pusat-pusat pelayanan lainnya membantu peralihan para pelaku kejahatan itu ke dalam kehidupan masyarakat. Terakhir, program-program yang berbasiskan masyarakat yang menyelenggarakan supervisi dan pemantauan yang intensif dimana kira-kira para pelaku kejahatan berada dan *control (control, pengendalian)* perilaku para pelaku kejahatan yang tetap tinggal di tengah-tengah masyarakat.

3. Sistem peradilan kriminal

Ada tiga komponen utama sistem peradilan kriminal yaitu penegakan hukum, pengadilan, dan pemasyarakatan. *Para petugas penegakan hukum* melayani berbagai wilayah kerja antara lain Kepolisian Sektor (Polsek) Kepolisian Resort (Polres), Kepolisian

Wilayah (Polwil), Kepolisian Daerah Polda), dan petugas penyelidikan lainnya. Para petugas penegakan hukum menyelidiki laporan-laporan tentang kejahatan dan menahan, memenjarakan, dan melakukan sangkaan. Orang-orang yang diduga melanggar hukum memasuki *sistem peradilan* untuk memperoleh dengar pendapat tentang sangkaan awal, dakwaan, dan hukuman. Para petugas di dalam sistem peradilan antara lain terdiri dari jaksa penuntut dan jaksa pembela serta hakim pengadilan. Hakim mengukum orang-orang yang ditemukan bersalah. Opsi-opsi penghukuman antara lain meliputi pemenjaraan, denda, pengawasan pengadilan, dan/atau pelayanan masyarakat (kerja bakti masyarakat). Terakhir, *lembaga-lembaga pemasyarakatan* meliputi rumah tahanan polisi, rumah tahanan jaksa, dan lembaga pemasyarakatan.

4. Peran pekerjaan sosial di dalam peradilan kriminal

Pekerja sosial dapat menelusuri akar-akar ilmu sosialnya pada abad ke-19 ke dalam Konferensi Nasional Amal dan Koreksi dan dengan demikian ke dalam kepedulian terhadap peradilan criminal (Miller, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 307). Sementara penitikberatan terhadap profesi pada awal abad ke-20 bergerak jauh dari bidang pemasyarakatan orang dewasa, para pelopor awal pekerjaan sosial seperti Jane Addams dan Sophonisba Breckenridge, memelopori gerakan untuk memisahkan sistem peradilan para remaja dari sistem peradilan orang dewasa. Usaha-usaha mereka mengarah kepada pengembangan sistem peradilan para remaja di Negara Bagian Illinois, peradilan para remaja pertama di Amerika Serikat.

Perundang-undangan ini menegaskan tiga gambaran yang khas gerakan peradilan para remaja:

- a. pengembangan suatu lembaga peradilan yang terpisah dari anak-anak karena anak-anak adalah berbeda,
- b. pengakuan bahwa peradilan remaja bukanlah suatu peradilan kriminal, tetapi suatu peradilan sipil, yang

- menitikberatkan rehabilitasi dan penyembuhan anak-anak, dan
- c. pengembangan suatu sistem pembebasan bersyarat. (Lathrop, 1917 dalam Roush, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 307).

Para pekerja sosial profesional mengambil bagian dalam masing-masing bidang sistem peradilan kriminal. *Pekerja sosial kepolisian (police social worker)* sering bekerja dengan para petugas penegakan hukum di dalam situasi-situasi yang melibatkan kekerasan dalam rumahtangga, penganiayaan anak, dan jenis-jenis viktimisasi lainnya. Sebagai pekerja sosial forensik atau spesialis di dalam bidang-bidang praktek lainnya, pekerja sosial terdapat untuk memberikan kesaksian pengadilan. Sebagai petugas peradilan remaja, pekerja sosial mensupervisi para pelaku kenakalan, merancang penempatan di lembaga pemasyarakatan remaja, dan bekerja di dalam berbagai program. Di dalam peradilan orang dewasa, pekerja sosial yang merupakan petugas probasi dan parole memantau kegiatan-kegiatan para pelaku kejahatan dan menyiapkan laporan-laporan untuk peradilan dalam rangka rehabilitasi para pelaku kejahatan. Terakhir, pekerja sosial di lembaga-lembaga koreksi atau pemasyarakatan menyelenggarakan kelompok-kelompok penyembuhan dengan para narapidana dan memberikan pelayanan-pelayanan dan rujukan-rujukan keluarga.

a. *Pekerja sosial kepolisian (police social worker)*

Polisi seringkali dipanggil untuk merespons masalah-masalah yang berwana pelayanan social seperti perselisihan keluarga, situasi-situasi kekerasan dalam rumahtangga (penganiayaan anak, pasangan, orangtua), penyerangan seksual, dan jenis-jenis viktimisasi lainnya. Pekerja sosial yang dipekerjakan oleh dinas kepolisian bekerja sama secara erat dengan para petugas penegakan hukum di dalam situasi-situasi yang menuntut kerjasama lintas profesi. Sebagai anggota dari suatu tim penegakan hukum, perkerja sosial menerima rujukan-rujukan atas masalah-masalah yang

berkaitan dengan keluarga. Pertimbangan-pertimbangan khusus bagi rujukan-rujukan para remaja antara lain ialah perilaku lari dari rumah, vandalisme, membolos dari sekolah, kepemilikan obat-obat terlarang, pencurian dan masalah di rumah. Rujukan-rujukan juga mencakup antara lain permintaan orangtua untuk memperoleh bantuan atas perilaku anak-anak mereka, konflik dengan tetangga, pertengkaran, dan dugaan penganiayaan anak dan penganiayaan orangtua (Treger, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 309). Kewenangan badan penegakan hukum benar-benar dapat membantu dalam melakukan rujukan-rujukan kepada badan-badan penegakan hukum yang ada di dalam masyarakat. Tanggung jawab khusus pekerja sosial kepolisian antara lain ialah meliputi:

- 1) mengembangkan relasi kerja yang erat dengan badan-badan yang memberikan pelayanan-pelayanan medis darurat, psikiatrik, dan pekerjaan sosial;
- 2) memberikan asesmen diagnostik awal atas klien yang dirujuk kepada pekerja sosial oleh petugas kepolisian, melakukan rujukan-rujukan yang sesuai kepada badan-badan setempat, dan menindaklanjutinya untuk memastikan bahwa pelayanan-pelayanan telah diberikan;
- 3) memberikan pelatihan dalam-jabatan kepada para petugas kepolisian dalam teknik-teknik intervensi krisis; dan
- 4) bekerja selama 24 jam sehari untuk berfungsi sebagai penyangga sumberdaya bagi para petugas kepolisian laki-laki dan para petugas kepolisian perempuan yang sedang melakukan patroli. (Roberts, 1983: 101, dalam DuBois & Miley, 2005: 309).

Kerjasama dengan petugas pelayanan sosial memudahkan dinas kepolisian untuk memberikan pelayanan-pelayanan intervensi awal yang berorientasikan krisis, untuk memberikan para petugas dinas kepolisian alternatif-alternatif dalam

menghadapi masalah-masalah yang berorientasi sosial, untuk menerima konsultasi dan asesmen pelayanan sosial yang segera, untuk mengembangkan relasi yang efektif antara sistem penegakan hukum dan sistem pelayanan sosial, dan untuk memberikan rujukan-rujukan kepada pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat yang sesuai (Corcoran, Stephenson, Perryman, & Allen, 2001; Dean et al, 2000; Treger, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 309).

b. *Kesaksian pengadilan dan pekerjaan sosial forensik*

Apakah bekerja di dalam peradilan kriminal atau di bidang-bidang praktek lainnya, pekerja soaial dapat dipanggil untuk memberikan kesaksian pengadilan. Untuk mempersiapkan diri mereka dalam berinteraksi dengan sistem peradilan, pekerja sosial harus “ mengetahui lebih banyak bagaimana hukum-hukum dibuat, diubah, dan diperkuat” (Barker & Branson, 2000: 12, dalam DuBois & Miley, 2005: 309). Mereka juga harus memahami landasan prosedur-prosedur pengadilan, peran-peran berbagai petugas yang berkaitan dengan pengadilan, peraturan-peraturan untuk memperoleh bukti, dan persyaratan-persyaratan hukum yang berkaitan dengan relasi dan kewajiban-kewajiban mereka kepada klien mereka.

Sebagai saksi pengadilan, pekerja sosial harus memberikan informasi yang akurat yang didasarkan atas pengetahuan pribadi mereka. Kesaksian yang efektif menyajikan fakta-fakta secara jelas dan menghindari penggunaan jargon. Catatan-catatan yang akurat adalah penting dan kadang-kadang dapat diperiksa sebagai bukti. Sebagai contoh, kasus-kasus perlindungan anak diperdengarkan melalui pengadilan remaja dan pengadilan keluarga. Pekerja sosial kesejahteraan anak memberikan kesaksian pada hal-hal yang berkaitan dengan penganiayaan, penerlantaran, pengakhiran hak-hak pengasuhan, dan perencanaan permanensi (dimana

klien akan tinggal menetap). Untuk mempersiapkan diri tampil di muka pengadilan, pekerja sosial harus mengumpulkan dokumen-dokumen dari kegiatan-kegiatan kasusnya, catatan-catatan studi kasus, bahan-bahan asesmen, dan, demi kredibilitasnya sebagai saksi ahli, daftar riwayat hidup yang menjelaskan pengalaman-pengalamannya.

Pekerja sosial forensik mengkhususkan diri dalam bekerja di dalam sistem hukum, Secara khusus, kegiatan-kegiatannya antara lain meliputi “memberikan kesaksian ahli di dalam pengadilan-pengadilan hukum, menyelidiki kasus-kasus tentang kemungkinan tindakan kejahatan, membantu sistem hukum dalam isu-isu seperti perselisihan pengasuhan anak, perceraian, tidak memberikan bantuan, kenakalan, penganiayaan pasangan atau anak, komitmen rumah sakit jiwa, dan tanggung jawab para kerabat” (Barker & Branson, 2000: 1, dalam DuBois & Miley, 2005: 309).

c. *Pelayanan-pelayanan peradilan remaja*

Sejumlah isu kebijakan utama nampak di muka pengadilan remaja, khususnya yang berkaitan dengan pemrosesan pengadilan formal. Isu-isu ini antara lain ialah program-program pengalihan pengadilan untuk mencegah ketelibat lebih lanjut di dalam sistem pengadilan kriminal, implikasi penahanan dan pemenjaraan para remaja, sifat bukan kriminal dari pelanggaran-pelanggaran status, sanksi hukum dari alternative-alternatif penyembuhan, dan perlindungan sebagai akibat dari proses pengadilan (McNeece, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 310).

Para pengkritisi sistem peradilan remaja mengajukan pendapat dari dua sudut pandang yang berbeda. Beberapa kalangan berpendapat bahwa pengadilan-pengadilan para remaja memanjakan para pelaku kriminal remaja, sementara para pengkritisi lainnya berpendapat bahwa wilayah

kerja pengadilan menstigmatisasikan para remaja dan mendorong perilaku criminal. Para pendukung menyarankan bahwa bantuan dapat dan harus menjadi ranah pengadilan remaja.

Para praktisioner pekerjaan social yang dipekerjakan di seting-seting peradilan remaja membuat keputusan-keputusan penyembuhan, menangani pelangagarn-pelangagran status yang bukan criminal dan maslahmasalah yang berkaitan dengan keuarga, emngadvokasikan hak-hak hokum remaja, dan menciptakan suatu sistem peradilan remaja yang manusiawi dan setara (McNeece, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 310). Para remaja dapat memperoleh manfaat dari program-program pengalihan untuk mereformasikan perilaku mereka dan mencegah keterlibatan penagdilan formal. Pekerja social memberikan supevisi kepada para remaja di dalam program-program pengalihan dan penahanan, mengubungkand engan sistem eksejahteraan anak, sekolah, keluarga, dan memberikan kosneling kepada para remaja.

Pekerja sosial aktif di dalam pencegahan kenakalan melalui berbagai usaha-usaha yang berbasiscan masyarakat. *PuSat Nasional Asesmen Perilaku Remaja dan Pencegahannya* eengidentifikasikan sejumlah pendekatan-pendekatan terhadap pencegahan kenakalan. Strategi-stratega ini antara lain meliputi pengoreksian atau pengendalian kondisi-kondisi biologis dan keadaan-keadaan psikologis yang sulit menyesuaikan diri, mengubah kofdisi-kondisi lingkungan, mengembangkan jejaring sosial, membatasi hubungan atau perjumpaan para remaja yang nakal dengan para pelaku kriminal, memberdayakan para remaja untuk melakukan pemecahan masalah yang lebih dapat diterima secara sosial, meningkatkan peran-peran hukum, memberikan kesemparan-kesempatan kegiatan rekreasi yang positif, meningkatkan pendidikan dan pengembangkn keterampilan, mengidentifikasikan harapan-harapan sosial yang

konsisten, memberikan sumberdaya-sumberdaya ekonomi yang mencukupi, mencegah para remaja dari upaya melakukan tindakan-tindakan kenakalan, dan menghilangkan label remaja yang tidak semestinya sebagai orang nakal (Castelle, 1987, dalam DuBois & Miley, 2005: 310).

d. *Probasi dan parol*

Probation (probasi) ialah suatu opsi atau pilihan penghukuman yang menunda pemenjaraan. Ini menspesifikasikan suatu periode waktu selama mana individu-individu yang sedang berada di bawah supervisi atau pengawasan dapat memperlihatkan perilakunya yang sesuai. Hakim menunda pemenjaraan berdasarkan kondisi bahwa individu-individu memenuhi syarat-syarat probasinya, yang meliputi kunjungan-kunjungan secara berkala ke pengadilan yang ditunjuk oleh petugas probasi (Barker, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 310).

Probasi bermula di Boston, Negara Bagian Massachusetts, Amerika Serikat, pada pertengahan tahun 1800-an melalui usaha-usaha kepeloporan John Augustus dan para reformator sosial serta para filantropis lainnya. Sukarelawan program probasi yang merehabilitasi para pencuri kecil-kecilan dan pemabuk digantikan pada tahun 1878 dengan suatu ketentuan yang memberi kewenangan kepada Walikota Boston untuk mengembangkan suatu program dan menggaji petugas probasi (Champion, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 310).

Petugas pengadilan yang mensupervisi atau mengawasi *probationers and parolees* (para pelaku kenakalan atau kejahatan yang diberikan program probasi dan parol) seringkali adalah pekerja sosial. Akhir-akhir ini, petugas probasi, apakah yang bekerja dengan para remaja atau orang dewasa, mempersiapkan informasi sejarah sosial atau studi kasus untuk memantu dalam pembuatan keputusan resmi. Pekerja sosial juga memberikan supervisi

dan pelayanan-pelayanan casework kepada para pelaku kenakalan atau kejahatan yang sedang berada di bawah pelayanan probasi.

Parole (parol) ialah suatu program yang memberikan jaminan pembebasan awal dari penjara sebelum para pelaku kenakalan atau kejahatan menyelesaikan hukumannya sepenuhnya. Hakim mendasarkan keputusan-keputusannya untuk memberikan parol atas bukti perilaku yang baik dan rehabilitasi. Petugas pengadilan mensupervisi *parolees* (para pelaku kenakalan atau kejahatan yang diberikan program parol) untuk memastikan bahwa mereka menindaklanjuti pelaksanaan kesepakatan-kesepakatan parolnya.

Para petugas probasi dan parol harus berhadapan dengan fungsi ganda mereka yaitu menegakkan hukum dan memberikan pelayanan-pelayanan casework. Mereka bertindak sebagai pelaku pengendalian sosial (*agents of social control*) untuk meresosialisasikan para pelaku kenakalan atau kejahatan melalui pelayanan-pelayanan yang mereka berikan. Di dalam kenyataan, banyak kalangan yang memperdebatkan apakah pekerja sosial ini memiliki hak untuk melakukan sesuatu yang berada di luar kendali atau pengawasan karena hak-hak sipil para pelaku kenakalan atau kejahatan itu (Cunningham, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 311).

Pekerja sosial yang bekerja di bidang pelayanan probasi dan parol—di Indonesia adalah Balai Pemasyarakatan (Bapas), dahulu Bimbingan Sosial Pengentasan Anak (Bispa) di bawah naungan Departemen Hukum dan Hak Azasi Manusia—dapat memfasilitasi solusi-solusi masalah, menghubungkan klien dengan sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang sesuai, dan mengajarkan mereka perilaku-perilaku yang dapat diterima untuk menyesuaikan diri dengan masyarakat yang taat hukum. Bekerja sebagai

seorang petugas pengadilan menyaratkan untuk bekerja di dalam kerangka waktu yang ditentukan secara tegas oleh pengadilan, mempersiapkan dokumen-dokumen hukum, meningkatkan keterampilan-keterampilan kerjasama tim, dan sering mengkoordinasikan berbagai komponen di dalam sistem pelayanan pengadilan. Isu-isu etis muncul di seputar kerahasiaan yang terbatas, sikap tidak menghakimi (khususnya ketika perilaku klien menjijikkan atau kejahatan yang dilakukannya sangat mengerikan), dan lokasi tanggung jawab utama—klien dan/atau masyarakat (Scheurell, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 311).

e. Pekerjaan sosial di bidang koreksi

Para pekerja sosial yang bekerja di lembaga-lembaga pemasyarakatan memberikan dua jenis pelayanan yaitu pelayanan-pelayanan pendukung di dalam lembaga dan melakukan hubungan-hubungan dengan sumberdaya-sumberdaya yang ada di dalam masyarakat (Ivanoff, Smyth, & Finnegan, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 311). Di dalam lembaga-lembaga pemasyarakatan, pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial dapat dimanfaatkan di bidang-bidang kesehatan jiwa, penyalahgunaan obat-obat terlarang, pendidikan, dan rehabilitasi kerja. Keterampilan-keterampilan mengkoordinasikan kasus juga penting karena hakekat masalah-masalah yang berwajah banyak yang menuntut berbagai pelayanan-pelayanan. Pekerja sosial dapat bekerja dengan klien secara individual dan di dalam kelompok-kelompok kecil untuk membantu mereka melakukan perubahan-perubahan perilaku dan menyesuaikan diri dengan kehidupan penjara dengan menghadapi serangkaian masalah-masalah penjara seperti kekerasan, penyerangan seksual, viktimisasi psikologis, pemerasan untuk memperoleh perlindungan, homoseksualitas, perselisihan antarras, dan kecanduan bahan-bahan kimia. Sebagai suatu sumber pemberdayaan, interaksi-interaksi di kalangan perempuan di dalam kelompok-kelompok

memiliki potensi untuk mengubah hal-hal yang negatif, menemukan kekuatan-kekuatan, dan mengidentifikasi sumberdaya-sumberdaya yang akan menguntungkan bagi kaum perempuan di dalam dan di luar penjara (O'Brien, 2001: 48, dalam DuBois & Miley, 2005: 311). Selanjutnya, "setiap orang yang melakukan pekerjaan di dalam penjara harus memahami konteks pemenjaraan kaum perempuan dan tidak seimbangny jumlah orang-orang Afrika-Amerika Serikat dan, di beberapa negara bagian, kaum perempuan Latin yang dipenjarakan".

Pekerja sosial juga memberikan pelayanan-pelayanan di bidang-bidang "advokasi, broker, dan *linkage* (perantaraan) antara individu-individu yang dipenjarakan dengan ikatan-ikatan sosial masyarakat dimana ia menjadi anggotanya" (Ivanoff, Smyth, & Finnegan, 1993: 140, dalam DuBois & Miley, 2005: 311). Pelayanan-pelayanan pembangunan jaringan ini dapat menguntungkan bagi para penghuni penjara itu sendiri dan keluarga mereka. Selain itu, "masukannya pekerja sosial dapat mempengaruhi keputusan-keputusan yang berkaitan dengan gerakan penghuni penjara di dalam dan di antara lembaga-lembaga pemasyarakatan serta keputusan-keputusan yang dibuat oleh dewan parol dan di dalam dengar pendapat yang berkompeten".

Lalu, bagaimana peran pekerjaan sosial dengan keluarga para narapidana? Pekerja sosial dapat dilibatkan dengan keluarga-keluarga para narapidana sebagai anggota keluarga yang berhadapan dengan akibat-akibat dari pemenjaraan. Pada tahun 1999, sebanyak 1,5 juta anak-anak di Amerika Serikat memiliki satu orangtua yang berada di penjara (Mumole, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 311). Keluarga-keluarga dapat mengalami krisis pada saat penangkapan dan penahanan, dimana pemberitahuan dapat ditunda, kunjungan dibatasi, prosedurnya tidak jelas. Pada saat penghukuman, keluarga-keluarga harus

menghadapi kenyataan-kenyataan penahanan pada masa yang akan datang dan kebutuhan untuk merencanakan ketidakadaan satu orangtua atau anggota keluarga lainnya. Selama masa pemenjaraan, keluarga harus meningkatkan peran anggota-anggotanya, dan pada saat yang bersamaan harus berjuang dengan birokrasi penjara yang rumit. Pembebasan anggota keluarga menghasilkan suatu krisis keempat yaitu bagaimana menghadapi kepulangan anggota keluarga yang mantan narapidana itu kembali ke dalam kehidupan keluarga sehari-hari. Pekerja sosial dan petugas pelayanan kemanusiaan lainnya dapat menjadi faktor yang sangat menentukan dalam melakukan intervensi dengan keluarga-keluarga pada saat krisis dengan menawarkan dukungan yang positif, memberikan informasi yang konkret, dan mengantisipasi peristiwa-peristiwa dengan penuh perencanaan (Carlson & Cervera, 1991, dalam DuBois & Miley, 2005: 312).

Bab 12

Pekerjaan Sosial di Bidang Kesehatan, Rehabilitasi, dan Kesehatan Jiwa

Kesehatan ialah batu penjurus kesejahteraan manusia dan merupakan landasan bagi kualitas kehidupan. Suatu masalah kesehatan dapat didefinisikan secara luas sebagai suatu kondisi atau situasi yang mengakibatkan penyakit, kecacatan, kematian, atau kemunduran. Memelihara kesehatan, memperoleh kesembuhan dari penyakit, dan mengatasi kecacatan-kecacatan bergantung pada kemampuan manusia untuk memanfaatkan sumberdaya-sumberdaya yang ada di dalam lingkungan fisik dan sosialnya. Perawatan kesehatan yang tidak terjangkau atau tidak memadai terdiri dari isu-isu kesehatan dan sosial seperti kemiskinan, pengangguran, stres, keterpencilan geografis, dan kurangnya jejaring dukungan sosial memperburuk masalah-masalah kesehatan. Ketika manusia mengalami masalah-masalah kesehatan, tantangan-tantangan di dalam keberfungsian sosial sering muncul.

Lima pernyataan dasar mencerminkan hubungan yang erat antara keberfungsian kesehatan dan sosial (Bracht, 1978, dalam DuBois & Miley, 2005: 316). Pertama, penyakit sering mengganggu keseimbangan dan kemampuan manusia untuk menghadapi penyakit itu sendiri. Institusionalisasi meningkatkan dampak-dampak psikososial dari semua jenis penyakit, apakah itu penyakit yang akut, kronis, atau terminal. Kedua, kondisi-kondisi sosial, budaya, dan ekonomi mempengaruhi kemampuan manusia untuk memperoleh kesembuhan dari penyakit, memelihara kesehatan, dan mencegah penyakit. Ketiga, dukungan sosial dan konseling melengkapi penyembuhan medis. Keempat, masalah-masalah yang berkaitan dengan kemampuan manusia untuk mengakses pelayanan-pelayanan sering menuntut tindakan masyarakat. Dan terakhir, kelima, usaha-usaha kolaboratif dari tim lintas profesi memaksimalkan kemampuan-kemampuan kaum profesional kesehatan untuk mengalamatkan kompleksitas sosial dan lingkungan dari masalah-masalah kesehatan.

Karena kesehatan adalah sentral bagi keberfungsian sosial yang efektif, semua pekerja sosial harus mempertimbangkan aspek-aspek fisik dan sosial dari kesehatan. Lagi pula, banyak pekerja sosial bekerja secara langsung di bidang pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan. Bab ini menguji implikasi umum dari perawatan kesehatan bagi pekerja sosial dan penerapan khusus dari:

- Pekerjaan sosial di dalam sistem kesehatan
- Pekerjaan sosial dan AIDS
- Pekerjaan sosial dan kecacatan fisik
- Pekerjaan sosial dan kecacatan perkembangan
- Pekerjaan sosial dan kesehatan jiwa
- Pekerjaan sosial dan kecanduan zat-zat kimiawi.

A. Pekerjaan Sosial di dalam Sistem Kesehatan

Pada dasarnya setiap bidang keahlian atau spesialis di dalam sistem kesehatan—antara lain pelayanan-pelayanan ruang darurat, onkologi, klinik dokter umum, pengobatan dan bedah umum, perawatan intensif, rehabilitasi, program-program penyalahgunaan obat-obat terlarang, kesehatan publik, dan kesehatan jiwa—mempekerjakan para pekerja sosial. Seiring dengan meningkatnya gerakan pada pengurangan biaya, para perencana sistem kesehatan memberikan penekanan yang lebih besar pada perawatan primer yang berbasiskan masyarakat dan kesehatan rumah tangga (Keigher, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 316). Biro Statistik Tenaga Kerja Amerika Serikat memperkirakan bahwa 30,22 persen dari semua pekerja sosial di Amerika Serikat akan ditempatkan di bidang pelayanan-pelayanan kesehatan pada tahun 2005 (Ginsberg, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 316). Secara lebih spesifik, suatu survei keanggotaan terbaru Ikatan Pekerja Sosial Amerika Serikat (*National Association of Social Workers, NASW*) menunjukkan bahwa 33,5 persen anggota yang dijadikan responden mengidentifikasi bidang prakteknya sebagai kesehatan mental, 12,7 persen sebagai klinik kesehatan, dan 4,4 persen sebagai penyalahgunaan obat-obat terlarang. Subbab ini menjajaki peran pekerjaan sosial di dalam perawatan kesehatan dengan mempertimbangkan sistem perawatan kesehatan dan berbagai bentuk sistem perawatan kesehatan yang menggunakan pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial.

1. Sistem perawatan kesehatan

Sistem perawatan kesehatan adalah suatu jaringan pelayanan-pelayanan yang kompleks, komprehensif, dan lintas disiplin yang terdiri dari kegiatan-kegiatan diagnosis, penyembuhan, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan, dan pencegahan bagi semua manusia dari segala usia dan keadaan. Minat khusus pekerjaan sosial ialah orang-orang yang membutuhkan dukungan-dukungan sosial tambahan ketika menghadapi isu-isu kesehatan, penyakit, dan kecacatan—lanjut usia yang ringkih; perempuan hamil; orang-orang yang mengalami kecacatan atau kecanduan fisik dan jiwa; orang-orang yang mengalami sakit kronis, miskin, tuna wisma, atau tidak memiliki jaminan kesehatan. Pekerja sosial dipekerjakan di berbagai sistem kesehatan antara lain Puskesmas (pusat kesehatan masyarakat), rumah sakit, klinik-klinik kesehatan, lembaga-lembaga pemeliharaan kesehatan, badan-badan perawatan kesehatan yang berbasiskan rumah, rumah-rumah perawatan (panti asuhan), klinik kesehatan jiwa, dan pelayanan-pelayanan rehabilitasi.

2. Sumbangan pekerjaan sosial kepada perawatan kesehatan

Pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial memudahkan manusia yang sakit atau memiliki suatu kecacatan “untuk mempertahankan, memperoleh, atau memperoleh kembali suatu mode kehidupan yang memuaskan baginya dan membantunya memberikan suatu sumbangan yang positif kepada kelompok-kelompok manusia dan masyarakat dimana ia menjadi bagiannya” (Carlton, 1984: 8, dalam DuBois & Miley, 2005: 317). Tujuan pekerjaan sosial di bidang perawatan kesehatan ialah:

membantu individu-individu, keluarganya, dan orang-orang kunci lainnya untuk berfungsi ketika kesakitan, penyakit, atau kecacatan mengakibatkan perubahan-perubahan pada keadaan fisik, keadaan jiwa, atau peran-peran sosialnya; untuk mencegah masalah-masalah sosial dan emosional dari pengaruh kesehatan fisik dan jiwa atau dari penyembuhan yang dibutuhkan; dan untuk mengidentifikasi kesenjangan-kesenjangan yang terdapat di dalam

pelayanan-pelayanan masyarakat dan untuk bekerjasama dengan badan-badan sosial dan lembaga-lembaga sosial yang berbasis masyarakat untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memberikan dukungan-dukungan yang memadai. (NASW, 1999d: 168-169, dalam DuBois & Miley, 2005: 317).

Untuk mencapai tujuan-tujuan di atas, para praktisioner pekerjaan sosial bekerja secara langsung dengan individu-individu, keluarga-keluarga, dan kelompok-kelompok. Sambil tetap menghormati pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat, pekerja sosial yang bekerja di bidang perawatan kesehatan berkonsultasi dengan masyarakat di seputar isu-isu perawatan kesehatan, memberikan bantuan dalam perencanaan program, memberikan pelayanan-pelayanan penjangkauan kepada anggota-anggota masyarakat yang mengalami resiko atas berkembangnya masalah-masalah kesehatan, dan menyelenggarakan program-program pendidikan kesehatan dan pelatihan kebugaran (Dziegielewski, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 317). Sebagai tambahan, para pekerja sosial berpartisipasi dalam pengembangan kebijakan-kebijakan kesehatan lembaga, masyarakat, negara bagian, dan pemerintah pusat; merencanakan dan menatalaksanakan pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan; dan melaksanakan penelitian.

3. Pekerjaan sosial di bidang kesehatan publik

Pada dasarnya kesehatan publik “berkaitan utamanya dengan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dan kondisi-kondisi yang melumpuhkan lainnya” (Moroney, 1995: 1967, dalam DuBois & Miley, 2005: 317). Untuk mencapai ini, prakarsa-prakarsa kesehatan publik sering memfokuskan diri dalam mempromosikan keadilan sosial dan mengurangi kemiskinan (Berliner, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 317). Sebagai anggota tim lintas disiplin, yang antara lain meliputi dokter, perawat, insinyur, pendidik, administrator bisnis, dan pengacara, pekerja sosial memfokuskan diri pada aspek-aspek sosial dari kesehatan dengan mengalamakan kondisi-kondisi sosial di dalam kesehatan dan kebugaran. Setting-setting kesehatan

publik antara lain meliputi klinik-klinik kesehatan ibu dan anak, badan-badan perencanaan kesehatan, Lembaga Nasional Kesehatan, dan, pada tingkat internasional, organ Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang berurusan dengan kesehatan yaitu Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization, WHO).

Pekerja sosial bekerjasama dengan para koleganya dari lintas disiplin untuk mengidentifikasi dan memperbaharui faktor-faktor sosial, psikologis, dan lingkungan yang menyumbang bagi masalah-masalah kesehatan atau yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan-pelayanan kesehatan. Penitikberatan yang pasti pekerjaan sosial di bidang perawatan kesehatan bergantung pada sifat khusus dari misi badan sosial dan mendesaknya pemenuhan kebutuhan-kebutuhan kesehatan masyarakat. Isu-isu kesehatan sosial yang berkembang pada saat ini antara lain ialah kehamilan remaja, sakit jiwa, khususnya meningkatnya kejadian depresi, kekerasan, kelaparan dan gizi buruk; isu-isu yang berkaitan dengan meningkatnya populasi lanjut usia di dunia; dan meluasnya HIV/AIDS. Namun demikian, pada umumnya, pekerjaan sosial di bidang perawatan kesehatan berada di dalam persimpangan jalan antara pencegahan dan promosi kesehatan (Maroney, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 317).

4. Pekerjaan sosial di bidang perawatan kesehatan primer

Perawatan kesehatan primer berkaitan dengan “masalah-masalah umum yang disembuhkan di dalam setting-setting masyarakat termasuk pencegahan” (Oktay, 1995; 1887, dalam DuBois & Miley, 2005: 319). Para praktisioner pekerjaan sosial bekerja di dalam berbagai badan kesehatan perawatan primer seperti asuransi kesehatan keluarga, pusat-pusat kesehatan masyarakat, klinik, praktek dokter, dan organisasi-organisasi pemeliharaan kesehatan lainnya. Banyak kalangan memandang setting-setting ini kurang menstigmatisasikan seperti yang dilakukan oleh pusat-pusat kesehatan jiwa atau bahkan badan-badan kesehatan keluarga.

Walaupun keterlibatan pekerja sosial di dalam pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan primer agar terbatas, para profesional yang bekerja di dalam setting-setting ini adalah pihak pertama yang sering mengidentifikasi masalah-masalah personal dan sosial (Cowles, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 319). Sebagai contoh, pekerja sosial yang bekerja pada suatu program klinik mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan klien untuk mengakses pelayanan-pelayanan yang berbasiskan masyarakat dan kecemasan mereka atas kesehatan sebagai dua pertimbangan yang cenderung mendorong dokter untuk merujuk mereka kepada pelayanan-pelayanan sosial yang berbasiskan klinik (Wilson & Setturlund, 1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 319). Pada dasarnya, pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial antara lain meliputi konseling individu dan keluarga serta pekerjaan sosial kelompok dengan orang-orang yang mengalami tantangan-tantangan seperti konflik orangtua dan anak, kegemukan, kehilangan orang yang mereka kasihi, atau masalah-masalah yang berkaitan dengan orangtua yang sudah lanjut usia. Kegiatan-kegiatan pencegahan masalah kesehatan antara lain ialah mengadakan konsultasi dengan kelompok-kelompok swabantu (*self-help groups*), menyeleksi orang-orang yang mereka identifikasikan sebagai beresiko atas masalah-masalah kesehatan, dan memberikan pendidikan masyarakat.

5. Pelayanan-pelayanan yang berbasiskan rumah sakit

Pekerjaan sosial yang berbasiskan rumah sakit bermula dengan pekerjaan Ida Cannon di Rumah Sakit Umum Massachusetts, Amerika Serikat, pada awal abad ke-20. Berdasarkan atas pengalamannya sebagai Kepala Bidang Pelayanan Sosial, ia mengembangkan prinsip-prinsip pekerjaan sosial medis yang mengalamatkan keterkaitan antara dimensi-dimensi sosial dan fisik dari kondisi-kondisi kesehatan pasien. Menurut Cannon, pekerjaan sosial medis menyembuhkan komplikasi-komplikasi sosial dari penyakit klien dengan menggunakan informai tentang diagnosis kesehatan pasien, situasi sosial pasien, dan prinsip-prinsip sosiologi (Lieberman, 1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 320).

Hakekat pekerjaan sosial di dalam rumah sakit yang memberikan perawatan kesehatan yang parah telah berubah secara drastis dalam menghadapi tuntutan-tuntutan perawatan yang komprehensif untuk memperoleh pengurangan biaya dan pengurangan yang drastis pada jumlah orang yang menerima pelayanan rawat-inap dan lamanya pasien dirawat di rumah sakit (Dziegielewski, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 320). Pekerjaan sosial yang berbasis rumah sakit harus mendefinisikan ulang peran-peran mereka yang telah berkembang pesat sesuai dengan perubahan-perubahan kebijakan dan organisasi ini. Pelayanan-pelayanan masih meliputi suatu kontinum kegiatan-kegiatan, antara lain ialah:

- *Rujukan*—memberikan informasi tentang sumberdaya-sumberdaya masyarakat dan memfasilitasi rujukan-rujukan
- *Persiapan perawatan dan perencanaan tindak lanjut (pre-admission and discharge planning)*—berbicara dengan pasien dan keluarganya tentang masalah-masalah yang berkaitan dengan persiapan perawatan (antara lain biaya) dan perawatan tindak lanjut setelah pasien kembali ke rumah
- *Penemuan kasus atau penyeleksian resiko sosial*—memberikan pelayanan-pelayanan kepada pasien dan keluarganya yang beresiko mengalami kesulitan-kesulitan karena kondisi-kondisi kesehatan
- *Memberikan konseling kepada pasien dan keluarganya*—membantu klien menghadapi isu-isu yang berkaitan dengan kesehatan dan perawatan kesehatan serta memberikan bantuan yang konkret seperti bantuan keuangan, tiket bis atau kereta api, dan cara-cara menyesuaikan diri
- *Evaluasi psikososial*—mengases faktor-faktor psikosisal dan sosial yang berkaitan dengan penyakit dan kesembuhannya
- *Pendidikan kesehatan dan kegiatan-kegiatan masyarakat lainnya*

- *Mengkonsultasikan kasus dengan pihak rumah sakit dan lembaga-lembaga yang ada di dalam masyarakat*—memberikan pengetahuan khusus tentang masalah-masalah psikososial, prosedur-prosedur, atau pelayanan-pelayanan sosial
- *Mengkonsultasikan program dengan pihak rumah sakit*—merekomendasikan perubahan-perubahan dalam kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien dan keluarganya secara lebih efektif dan untuk memastikan hak-haknya
- *Kegiatan-kegiatan perencanaan*—berpartisipasi dalam perencanaan organisasi untuk meningkatkan program-program rumah sakit dan sumberdaya-sumberdaya masyarakat
- *Penelitian*—memanfaatkan metodologi-metodologi penelitian dalam rangka mengases hasil yang telah dicapai oleh klien dan mengevaluasi program (Krell & Rosenberg, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 320).

Rumahsakit-rumahsakit kecil sering mempekerjakan seorang pekerja sosial saja, yang kemudian bertanggung jawab atas semua aspek pelayanan-pelayanan sosial. Rumahsakit-rumahsakit yang besar biasanya mempekerjakan beberapa pekerja sosial, yang mengkhususkan diri dalam bidang-bidang seperti kesehatan anak, pelayanan trauma, rehabilitasi tulang, dialisis ginjal, perawatan intensif anak dan ibu yang baru melahirkan, onkologi, kesehatan perempuan, dan pelayanan-pelayanan ruang kedaruratan. Sebagai contoh pekerjaan sosial di dalam setting-setting yang berbasiskan rumah sakit, kita akan membahas dua spesialisasi atau bidang keahlian—bekerja di dalam pelayanan onkologi dan di dalam ruang-ruang kedaruratan.

a. Pekerjaan sosial dan Onkologi

Penyakit kanker mempengaruhi kehidupan banyak orang. Pada semua tahap, penyakit ini dapat memutuskan proses-proses perkembangan dan mengganggu keberfungsian sosial yang normal setiap hari. Beberapa praktisioner pekerjaan sosial

membantu orang-orang menghadapi krisis penyakit kanker dengan memfasilitasi kelompok-kelompok orientasi bagi keluarga-keluarga pada saat orang-orang yang mereka kasihi itu masuk rumah sakit (Parsonnet & O'Hare, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 321). Kelompok-kelompok ini, yang difasilitasi oleh pekerja sosial dan seorang relawan yang telah sembuh dari penyakit kanker, membiasakan keluarga dengan rutinitas fasilitas, mendidik mereka tentang penyakit kanker dan penyembuhannya, dan memberikan dukungan emosional. Meningkatnya dukungan keluarga dapat mengurangi dampak-dampak stres, dan informasi tentang sumberdaya-sumberdaya membantu keluarga-keluarga dalam menghadapinya secara lebih efektif. Data yang diperoleh dari partisipasi kelompok mengingatkan staf akan keluarga-keluarga yang mengalami resiko, seperti keluarga-keluarga yang sangat terdisorganisasikan (berantakan), memiliki suatu sejarah masalah-masalah emosional, atau keadaan yang mereka tidak inginkan bahwa orang-orang yang mereka kasihi itu tidak diberitahukan tentang penyakit kanker yang dialaminya. Kelompok-kelompok orientasi memberdayakan keluarga-keluarga pada saat keterlibatan keluarga sangat penting.

Walaupun kaum laki-laki dan kaum perempuan sama-sama beresiko mengidap penyakit kanker, para perempuan secara khusus lebih rentan terhadap kanker payudara, ketika kaum perempuan pada saat ini memiliki suatu angka resiko seumur hidup mengidap penyakit kanker 1 dari 8 perempuan (National Cancer Institute, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 321). Mastektomi atau pembedahan bagian-bagian payudara yang terkena penyakit kanker, memiliki sejumlah implikasi psikososial antara lain ialah kehilangan rasa keperempuanan dan harga diri, dampaknya terhadap orang-orang kunci, dan semakin jarang melakukan hubungan seksual. Pekerja sosial memberikan bantuan dan konseling kepada pasien-pasien mastektomi dan keluarganya selama dalam proses pengobatan dan penyembuhan.

b. *Pekerjaan sosial di ruang-ruang darurat*

Di banyak rumah sakit, para praktisioner pekerjaan sosial merupakan suatu bagian yang integral dari tim ruang kedaruratan. Orang-orang yang diperlakukan di dalam ruang kedaruratan pada umumnya berada di dalam suatu keadaan krisis. Dengan menggunakan teknik-teknik intervensi krisis, pekerja sosial membantu orang-orang tersebut memanfaatkan sumberdaya-sumberdaya mereka sendiri dan sumberdaya-sumberdaya yang terdapat di dalam lingkungan sosial mereka.

Orang-orang yang membutuhkan pelayanan-pelayanan ruang kedaruratan itu ialah orang-orang yang mengalami penyakit atau cedera yang parah; penyakit kronis atau menahun yang tidak dapat ditahan lagi; atau trauma yang diakibatkan oleh pemerkosaan, penganiayaan, kekerasan kriminal lainnya, atau bencana. Orang-orang lain yang cenderung menggunakan pelayanan-pelayanan ruang kedaruratan ialah orang-orang yang mencoba bunuh diri; yang mengalami penyakit jiwa yang parah dan kronis; atau yang menderita dampak-dampak dari kemiskinan, ketunawismaan, penyalahgunaan obat-obat terlarang atau bahkan yang kesepian. Individu-individu yang tidak mampu membayar biaya pengobatan dokter praktek atau yang tidak dapat menemukan seorang dokter umum yang akan menerima suatu kartu berobat sering harus menyandarkan diri pada pelayanan-pelayanan ruang kedaruratan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan mereka yang bersifat darurat dan bukan darurat.

Pelayanan-pelatihan pekerjaan sosial di ruang-ruang kedaruratan antara lain ialah memberikan dukungan dan konseling kepada pasien dan keluarganya, berfungsi sebagai seorang anggota dari tim lintas disiplin, dan mempromosikan komunikasi dengan menjelaskan masalah yang dialami oleh pasien kepada petugas kesehatan atau, sebaliknya, rencana kesehatan kepada pasien. Pekerja sosial ruang kedaruratan sering memberikan bantuan yang konkret antara lain

seperti membantu klien memperoleh karcis bis atau kereta api, makanan, pakaian, dan resep obat. Pekerja sosial juga melakukan rujukan-rujukan kepada lembaga-lembaga masyarakat, mengadvokasikan prosedur-prosedur dan kebijakan-kebijakan yang dapat ditempuh, dan memelihara catatan-catatan kasus secara akurat.

6. Pekerjaan sosial di bidang perawatan jangka panjang

Perawatan jangka panjang ialah pemberian perawatan kesehatan yang terus menerus atau sebentar-sebentar, perawatan pribadi, dan pelayanan-pelayanan sosial selama suatu periode waktu yang panjang kepada orang-orang yang karena beberapa hal kemampuannya terbatas untuk mengurus atau merawat dirinya sendiri (Garner, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 322). Keterbatasan-keterbatasan itu antara lain ialah kombinasi dari faktor-faktor fisik, kognitif, emosional, dan sosial yang membutuhkan pemulihan atas kemampuan-kemampuan tertentu, penyembuhan suatu kondisi, atau perubahan lingkungan. Kebanyakan orang-orang yang mengalami keterbatasan-keterbatasan itu ialah para lanjut usia, walaupun setiap orang dapat mengalaminya pada semua tahap perkembangan usia. Proyeksi-proyeksi kependudukan menunjukkan bahwa jumlah orang yang berusia 85 tahun dan lebih—kelompok usia yang paling rentan terhadap kecacatan dan keterbatasan aktivitas-aktivitas—diperkirakan meningkat dari suatu perkiraan sebesar 1,3 persen dari total populasi pada tahun 2005 menjadi 5 persen dari total populasi pada tahun 2050 (U. S. Census Bureau, 2002a; 200b; dalam DuBois & Miley, 2005: 322).

Perawatan jangka panjang meliputi suatu kontinum pelayanan-pelayanan yang antara lain meliputi perawatan kesehatan rumah setting-setting rawat siang bagi para lanjut usia, panti-panti asuhan lanjut usia (sasana tresna werdha), dan program-program *hospice* (proses dan lingkungan penyembuhan bagi pasien-pasien yang hampir meninggal karena penyakitnya tidak tersembuhkan lagi). Kebanyakan orang-orang yang membutuhkan pelayanan-pelayanan

perawatan jangka panjang menerima pelayanan-pelayanan ini di rumahnya sendiri. Para praktisioner pekerjaan sosial menangani semua aspek pelayanan-pelayanan perawatan jangka panjang. Tugasnya antara lain ialah memberikan pelayanan-pelayanan kasus dan manajemen kasus serta perencanaan, pengembangan, evaluasi, dan peraturan-peraturan program (Garner, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 322).

a. *Pekerjaan sosial di bidang perawatan kesehatan rumah*

Tujuan perawatan kesehatan rumah (*home health care*) ialah untuk mengurus orang-orang yang mengalami kecacatan-kecacatan fisik, sosial, atau emosional yang menahun di rumahnya sendiri. Masalah-masalah yang sering dialami oleh orang-orang semacam ini antara lain ialah mengurus atau merawat diri sendiri, relasi keluarga, penyesuaian diri terhadap penyakit, penyesuaian pribadi, kecacatan, dan gizi. Perawatan kesehatan rumah ialah pelayanan perawatan kesehatan yang bertumbuh paling pesat, dua kali lipat lebih banyak sejak tahun 1988 (Goode, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 322). Baru-baru ini, lebih dari 11.000 badan-badan kesehatan rumah memberikan pelayanan-pelayanan kepada hampir 8 juta klien setiap tahun. Dari jumlah ini, 44 persen adalah badan-badan hukum (U. S. Census Bureau, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 322). Pembiayaan total bagi perawatan kesehatan rumah adalah lebih dari \$41 juta pada tahun 2001, dimana asuransi kesehatan (Medicaid) merupakan sumber pembiayaan tunggal yang terbesar. Rata-rata penggunaan meningkat seiring dengan bertambahnya usia; rata-rata penggunaan bagi pemilik asuransi kesehatan yang berusia 85 tahun dan lebih ialah 6 kali lebih tinggi daripada pemilik asuransi kesehatan yang berusia 65 hingga 74 tahun (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 322). Hampir 9.000 pekerja sosial bekerja pada badan-badan sosial pelayanan kesehatan rumah di seluruh Amerika Serikat (National Association of Home Care, 2001, dalam DuBois &

Miley, 2005: 324). Pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial pada perawatan kesehatan rumah mencakup hal-hal sebagai berikut:

- Mengembangkan rencana-rencana yang dapat mengidentifikasi sumberdaya-sumberdaya untuk mempertahankan orang-orang agar tetap tinggal di rumahnya sendiri
- Menghubungkan klien dengan sumberdaya-sumberdaya
- Mengadvokasikan ketersediaan dan keterjangkauan sumberdaya-sumberdaya masyarakat
- Memberikan konseling jangka pendek tentang isu-isu yang berkaitan dengan kesehatan
- Berkolaborasi dengan badan-badan sosial lainnya
- Mempromosikan pendidikan kebugaran dan kesehatan
- Bekerja dengan keluarga-keluarga sambil tetap menghormati isu-isu pemberi pengasuhan
- Melakukan lobi-lobi politik untuk memperjuangkan kebijakan perawatan kesehatan rumah yang lebih memadai (Cowles, 2000; Egan & Kadushin, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 324).

Pengalaman isu-isu penyakit kejiwaan benar-benar merupakan suatu bagian yang signifikan dari pelayanan-pelayanan dan biaya-biaya kesehatan. Perawatan kesehatan rumah dipromosikan sebagai suatu solusi yang murah; namun demikian, perawatan kesehatan rumah dapat menyembunyikan biaya karena memberikan gaji atau upah yang rendah kepada para karyawan yang memberikan pelayanan-pelayanan bagi kelompok-kelompok yang rentan (Kane, 1989, dalam DuBois & Miley, 2005: 324). Usaha-usaha untuk menjaga kualitas perawatan yang berbasis masyarakat menuntut suatu program yang bervariasi, termasuk pelayanan-pelayanan pengganti (*respite services*) dan rawat siang. Penggunaan pelayanan-

pelayanan pengganti yang efektif menuntut penggunaan strategi-strategi dan mendidik para pengasuh dengan suatu cara yang sedemikian rupa sehingga para pengasuh itu dapat memberikan pelayanan-pelayanan terbaik (Gonyea, Seltzer, Gerstein, & Young, 1988, dalam DuBois & Miley, 2005: 324).

Manajemen kasus mengorganisasikan dan menyusun pelayanan-pelayanan serta berusaha mengurangi biaya. Pelayanan-pelayanan yang optimal memfokuskan diri pada strategi-strategi dasar untuk dapat melaksanakan tugas-tugas kehidupan sehari-hari dan menuntut koordinasi yang erat antara perawatan kesehatan, pelayanan-pelayanan sosial, jejaring dukungan, dan promosi kesehatan. Black, Doman, dan Allegrante (1986: 289, dalam DuBois & Miley, 2005: 324) mengusulkan suatu model lintas disiplin bagi penyelenggaraan pelayanan-pelayanan yang menitikberatkan pada pemberdayaan orang-orang yang mengalami penyakit menahun melalui promosi kesehatan. Mereka mengadvokasikan:

membantu individu-individu mempertahankan atau memperbaiki keberfungsian mereka melalui peningkatan kemampuan-kemampuan mereka untuk memahami, menata, dan menghadapi keberhasilan episode yang parah dan kecacatan yang lama sebagai akibat dari penyakit yang dialami. Selain itu, (intervensi pekerjaan sosial) menyadari kebutuhan akan promosi kesehatan untuk memberdayakan orang-orang yang mengalami penyakit menahun dengan memperkuat kemampuan-kemampuan mereka dalam menghadapi pengaruh sosial, ekonomi, dan politik untuk meningkatkan kesempatan-kesempatan hidup mereka dan mendorong perubahan-perubahan di dalam sistem pelayanan perawatan penyakit menahun.

b. Pekerjaan sosial di dalam program-program hospice

Hospice ialah suatu istilah abad pertengahan yang artinya suatu “rumah peristirahatan.” Dewasa ini, hospice memberikan program-program rawat-inap, rawat-jalan, dan pelayanan-pelayanan penghiburan dukacita yang komprehensif bagi orang-orang yang penyakitnya sudah berada pada tahap akhir. Suatu laporan dari National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 324)) memperkirakan program-program hospice melayani sebanyak 775.000 klien pada tahun 2001. Dengan kemajuan asuransi kesehatan bagi pelayanan-pelayanan hospice, kurang sedikit dari setengah program-program hospice ialah organisasi-organisasi yang berbasiskan masyarakat yang mandiri (41 persen); kaum mayoritas yang dikaitkan dengan rumah sakit (32 persen), panti-panti perawatan terampil (1 persen), and lembaga-lembaga kesehatan rumah (22 persen) (National Association of Home Care, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 324). Kebanyakan program-program hospice bersifat nirlaba (72 persen); hampir semuanya bersertifikasikan asuransi kesehatan (92 persen) (NHPCO, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 324). Lebih dari 80 persen klien hospice pada tahun 2001 berada pada usia 65 tahun. Pada dasarnya, tim lintas disiplin—yang antara lain meliputi dokter umum, perawat, pembantu kesehatan rumah, pekerja sosial, rohaniawan, relawan—adalah staf program hospice. Lebih dari 4.000 pekerja sosial lulusan strata dua dipekerjakan pada program-program hospice bersertifikasikan asuransi kesehatan pada tahun 2001 (NAHC, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 324).

Filosofi program-program hospice mencerminkan nilai-nilai yang sama dengan nilai-nilai pekerjaan sosial yang mempromosikan hak klien untuk menentukan nasibnya sendiri, mengkomunikasikan penghormatan, dan menghormati martabat dan harga diri individu-individu. Tujuan keseluruhannya ialah lebih menenangkan dan mengendalikan kesakitan daripada menyembuhkan. Program-program hospice

menitikberatkan urusan dengan martabat melalui dukungan sosial, psikologis, dan spiritual. Program-program ini memberikan pengalaman kematian yang sebanyak mungkin memperkaya bagi orang-orang yang sedang sekarat dan anggota-anggota keluarganya (Cowles, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 325). Gambaran-gambaran kunci lainnya tentang hospice antara lain adalah sebagai berikut:

- Pasien sebagai fokus utama perawatan
- Serangkaian program-program dan pelayanan-pelayanan yang berfokus secara holistik pada dimensi-dimensi fisik, psikososial, dan spiritual
- Menggunakan secara kreatif sumberdaya-sumberdaya yang berbasiskan para profesional, relawan, keluarga, dan masyarakat
- Pengambilan keputusan yang kolaboratif lebih diutamakan daripada pengendalian kaum profesional terhadap keputusan-keputusan medis
- Komuniaksi terbuka di antara pasien, keluarganya, dan staf perawatan kesehatan (NASW, 2002d, dalam DuBois & Miley, 2005: 324).

Suatu studi terbaru tentang individu-individu yang menjalani suatu dialisis (cuci darah) menunjukkan bahwa dari perspektif “perawatan akhir masa kehidupan yang berkualitas meliputi lima bidang: menerima manajemen penderitaan dan gejala yang memadai, menghindari tindakan yang memperlambat kematian yang tidak sesuai, mencapai suatu rasa kendali, meringankan beban, dan memperkuat relasi dengan orang-orang yang kita cintai” (Singer, Martin, & Kelner, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 325). Karena filosofi program-program hospice, program-program ini nampak sebagai pelayanan-pelayanan pilihan bagi perawatan akhir masa kehidupan.

Peran pekerjaan sosial di dalam program-program pelayanan hospice antara lain ialah pelayanan-

pelayanan langsung seperti memfasilitasi rencana-rencana untuk menyesuaikan diri dengan penyakit, mengases sumberdaya-sumberdaya keluarga dan lingkungan, menghubungkan orang-orang dengan sumberdaya-sumberdaya yang berbasis masyarakat yang sesuai, memfasilitasi komunikasi keluarga, memberi konseling, merencanakan pengakhiran relasi, memperluas pelayanan-pelayanan krisis, dan mengadvokasikan akses kepada sumberdaya-sumberdaya perawatan kesehatan (Fish, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 325). Pelayanan-pelayanan tidak langsung antara lain ialah mengembangkan program-program, memberikan dukungan kepada staf, dan mengkoordinasikan sumberdaya-sumberdaya masyarakat. Bagian dari tugas pekerjaan sosial ialah mengases kebutuhan-kebutuhan para pemberi pelayanan dan memberikan bantuan sebelum dan sesudah kematian orang yang kita icintai itu. Faktor-faktor lain yang harus diperhatikan oleh pekerja sosial ialah sistem dukungan, relasi antara para pemberi pelayanan dengan klien, proses-proses komunikasi, persepsi tentang peran para pemberi pelayanan, dan pengalaman-pengalaman masa lalu keluarga dalam kehilangan orang yang dicintai (Cowles, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 325).

Pekerja sosial menghadapi beberapa tantangan dalam program pelayanan-pelayanan hospice. Ia harus mengindari kedekatan emosi, intelektualisasi, dan kesedihan serta kasihan yang berlebihan. Di atas semua itu, kalangan profesional harus berhadapan dengan kecemasan akan kematiannya sendiri.

B. Pekerjaan Sosial dan Genetika

Bidang pelayanan-pelayanan genetika berkembang dengan sangat pesat seiring dengan selesainya proyek genetika manusia untuk mengidentifikasi semua gen pada khromosom manusia dan janji kemajuan di bidang teknologi yang penting bagi penyembuhan gangguan-gangguan genetika. Suatu survei sampel acak tentang pekerja sosial baru-baru ini yang diselenggarakan oleh proyek Human Genome Education Model menemukan bahwa, walaupun hanya 13 persen pekerja sosial

yang dijadikan responden dalam survei mengikuti suatu mata kuliah genetika, 78 persen mendiskusikan genetika dengan kliennya, 27 persen merujuk klien kepada konselor genetik, 20 persen merujuk klien untuk mengikuti pemeriksaan genetik, dan 52 persen memberikan beberapa jenis konseling genetik (Lapham, Weiss, & Allen, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 325).

Untuk bekerja secara efektif di bidang ini, pekerja sosial harus memahami dasar-dasar warisan genetic dan jenis-jenis konisi genetic (NASW, 1999d; 2000b; dalam DuBois & Miley, 2005: 326). Kegiatan-kegiatan praktek yang sangat relevan antara lain ialah penemuan kasus dan asesmen, intervensi krisis dan konseling dukungan, advokasi, pendidikan, perantaraan dengan kelompok-kelompok swabantu, dan pelayanan-pelayanan pendukung lainnya (Rauch & Black, 1995; Taylor-Brown & Johnson, 1998; dalam DuBois & Miley, 2005: 326). Kompetensi-kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh pekerja sosial yang akan berkecimpung di bidang pelayanan-pelayanan genetika ialah:

- Memiliki pengetahuan dasar tentang genetika dan isu-isu etika, hukum, dan sosial yang berkaitan dengan genetika
- Memahami pentingnya privasi dan kerahasiaan informasi genetik termasuk catatan-catatan tentang informasi itu
- Memahami pengaruh etnisitas, kebudayaan, kesehatan, keyakinan-keyakinan, dan ekonomi dalam kemampuan-kemampuan klien untuk memanfaatkan informasi dan pelayanan-pelayanan genetik
- Melakukan rujukan-rujukan yang sesuai kepada kalangan profesional genetik dan kelompok-kelompok pendukung genetik
- Membantu klien menghadapi dampak psikososial dari diagnosis genetik
- Membantu klien dalam membuat keputusan-keputusan tentang pemeriksaan, penelitian, dan penyembuhan genetik
- Memelihara kesadaran akan informasi baru, mengakui keterbatasan-keterbatasan diri sendiri dan kebutuhan akan pembaharuan yang terus menerus

- Mendukung kebijakan-kebijakan yang berfokuskan klien (Lapham, Weiss, & Allen, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 326).

Isu-isu genetika berkembang ke dalam banyak bidang praktek pekerjaan sosial. Pekerja sosial yang bekerja di dalam program-program pelayanan pengangkatan anak memasukkan informasi genetik ke dalam studi kasus dan evaluasi serta memberikan konseling genetik kepada orangtua angkat. Pekerja sosial perlindungan anak barangkali harus berhadapan dengan isu-isu genetik seperti kekerasan prenatal (sebelum kelahiran bayi), suatu isu yang mulai mendapatkan perhatian oleh peraturan perundang-undangan dan pengadilan. Para pelaku pengorganisasian masyarakat (*community organizers*) dan pekerja sosial yang bekecimpung di dalam pelayanan ketenagakerjaan dapat mengambil peran-peran advokasi untuk melindungi anak-anak yang belum lahir dari masalah-masalah kesehatan dan reproduksi yang berkaitan dengan keracunan di dalam lingkungan dan tempat kerja.

Lagi pula, pengetahuan publik tentang genetika dan isu-isu etika yang berkaitan dengan genetika itu cenderung akan meningkatkan tuntutan akan konseling genetika. Klien barangkali akan bertanya tentang sejarah keluarganya dalam kaitan dengan masalah kecacatan lahir, penyalahgunaan obat-obat terlarang dan alkohol, atau gangguan-gangguan kejiwaan (Rauch, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 326). Sebagai suatu pelayanan spesialis, konseling genetik sering hanya ada di pusat-pusat kesehatan yang besar. Keluarga dapat bekerjasama dengan praktisioner pekerjaan sosial yang rumahnya berdekatan untuk menindaklanjuti pelayanan-pelayanan dukungan, konseling, dan koordinasi kasus.

Isu-isu etika apa yang terkandung di dalam penyelenggaraan pelayanan genetik? Dilema etik melekat di dalam pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial yang berkaitan dengan setiap aspek pembuatan anak. Sebagai contoh, bekerja dengan calon orangtua pada periode waktu sebelum kelahiran dapat menimbulkan pertanyaan-pertanyaan etika tentang proses pembuatan anak melalui bayi tabung atau tentang pengakhiran kehamilan melalui aborsi. Pada masing-masing situasi ini, tidak ada satu pun posisi etika yang tunggal. Reamer (1986: 470,

dalam DuBois & Miley, 2005: 326) memunculkan beberapa pertanyaan yang menarik:

Apakah pekerja sosial berkewajiban untuk memosisikan dirinya tetap netral, penganjur yang bebas nilai (sarat nilai), atau mereka diberi hak untuk membujuk calon orangtua membuat suatu keputusan yang penting tentang opsi-opsi yang tersedia pada mereka? Apakah pekerja sosial yang memiliki keyakinan-keyakinan yang dalam dan sungguh-sungguh tentang moralitas aborsi berkewajiban untuk menyimpan keyakinan-keyakinan itu di kantong belakangnya ketika ia sedang bekerja dengan klien, atau bolehkah pekerja sosial mendiskusikan pendapatnya?

Pertanyaan-pertanyaan yang diidentifikasi oleh *Human Genome Project* (Proyek Genome Manusia) antara lain ialah sebagai berikut:

- Siapa yang harus memiliki akses kepada informasi genetik pribadi, dan bagaimana informasi itu akan digunakan?
- Siapa yang memiliki dan mengendalikan informasi genetik itu?
- Bagaimana informasi genetik pribadi itu mempengaruhi persepsi-pesepsi individu dan masyarakat tentang individu itu?
- Apakah petugas perawatan kesehatan memberikan konseling yang benar kepada orangtua tentang resiko-resiko dan keterbatasan-keterbatasan teknologi genetik?
- Bagaimana pemeriksaan-pemeriksaan genetic dapat dievaluasi dan diatur demi akurasi, reliabilitas, dan pemanfaatannya?
- Apakah pemeriksaan tetap dilakukan ketika tidak ada alat penyembuhan? (Human Genome Project, 2003, *Societal Concerns Arising from the New Genetics section*, dalam DuBois & Miley, 2005: 327).

Isu-isu etika terdapat banyak di bidang pelayanan-pelayanan genetik. Bagi klien, isu-isu muncul di seputar implikasi pemeriksaan bagi dirinya sendiri dan keluarganya. Pemeriksaan

genetik memunculkan pertanyaan-pertanyaan tentang batas-batas kerahasiaan dan pentingnya privasi, dan persetujuan klien. Isu-isu lain ialah “diskriminasi, hak klien untuk menentukan nasib atau masa depannya sendiri, dan manfaat segera dari hasil pemeriksaan genetik itu” (NASW, 2000c, dalam DuBois & Miley, 2005: 327). Pekerja sosial harus memainkan suatu peran kunci dalam mengalamatkan isu-isu ini di dalam badan sosialnya dan dalam memastikan bahwa perundang-undangan kebijakan sosial di masa depan responsif terhadap situasi-situasi klien.

C. Pekerjaan Sosial dan AIDS

“Human Immunodeficiency Virus (HIV) ialah suatu virus yang menular melalui hubungan seksual dan pertukaran darah yang mengganggu dan pada akhirnya merusak sistem kekebalan tubuh” (Lloyd, 1995: 1257, dalam DuBois & Miley, 2005: 327). HIV menyebabkan AIDS, yang diidentifikasi oleh kalangan profesional kesehatan sebagai tahap akhir dari penyakit HIV. Orang-orang yang terkena virus HIV dan penyakit AIDS (selanjutnya disebut “Orang Dengan HIV dan AIDS, disingkat ODHA) rentan terhadap penyakit-penyakit yang berbahaya dan infeksi viral, parasitis, atau bakteri lainnya—karena menggerogoti sistem kekebalan tubuhnya—yang tetap mengancam sepanjang kehidupan. “HIV belum dapat disembuhkan sampai saat ini, tetapi harapan ada yaitu dengan menghindari penyakit menahun” (Linsk & Keigher, 1997: 71, dalam DuBois & Miley, 2005: 327) sebagai hasil dari penemuan-penemuan bagaimana mencegah dan menyembuhkan penyakit-penyakit oportunistik yang berkaitan dengan HIV/AIDS dan bagaimana mengkombinasikan obat-obatan antiviral untuk mengurangi perkembangbiakan virus itu sendiri.

1. Prevalensi

Banyak kalangan mengidentifikasi HIV/AIDS sebagai masalah kesehatan global kontemporer yang paling menonjol dewasa ini. Laporan Perserikatan Bangsa-Bangsa PBB) menunjukkan bahwa 3,1 juta orang meninggal karena AIDS dan 5 juta orang baru tertular HIV pada tahun 2002 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNAIDS, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 327). Berdasarkan gambaran-gambaran ini, di seluruh dunia setiap hari sekitar 8.600 orang meninggal karena AIDS dan sekitar 14.999

lebih orang dewasa dan anak-anak meninggal karena tertular HIV. Hampir 25 juta orang telah meninggal karena AIDS sejak permulaan epidemi. Data menunjukkan bahwa baru-baru ini 42 juta orang hidup dengan HIV/AIDS; dari jumlah yang tertular itu, sekitar 19,2 juta adalah perempuan dan 3,2 juta anak-anak di bawah usia 15 tahun (UNAIDS, 2002b, dalam DuBois & Miley, 2005: 327). Pada saat ini, sekitar 13,4 juta anak-anak di seluruh dunia adalah yatim piatu karena kematian orangtua akibat AIDS; perkiraan-perkiraan ini menunjukkan bahwa pada tahun 2010, 25 juta anak-anak akan kehilangan salah seorang atau kedua orangtuanya karena AIDS (United Nations International Children's Fund, Unicef, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Tidak satu negara pun di dunia ini yang terbebaskan dari HIV/AIDS, walaupun wilayah-wilayah sub-Sahara di Afrika terkena imbas yang paling keras hingga pada saat ini; jumlah anak-anak yang menjadi yatim piatu karena AIDS di Asia Selatan dan Asia Tenggara serta Amerika Selatan bertambah secara pesat. Statistik kejadian HIV/AIDS di negara-negara bagian selatan Afrika sangat mengkhawatirkan. Lebih dari sepertiga orang dewasa tertular HIV di Botswana (38,8 persen), Lesotho (31 persen), Swaziland (33,4 persen), dan Zimbabwe (33,7 persen) UNAIDS, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Sebagai tambahan, HIV/AIDS berkembang secara pesat negara-negara di Eropa Timur dan Asia Tengah UNAIDS, 2002c, dalam DuBois & Miley, 2005: 328).

Di Amerika Serikat, perkiraan-perkiraan dari 34 wilayah yang melaporkan menunjukkan bahwa, pada akhir tahun 2001, lebih dari 360.000 anak-anak dan orang dewasa hidup dengan HIV/AIDS. Catatan-catatan kumulatif sepanjang Desember 2001 menunjukkan bahwa lebih dari 800.000 orang tertular HIV/AIDS sejak awal epidemic dan bahwa lebih dari 460.000 orang di Amerika Serikat meninggal karena AIDS (Centers for Disease Control and Prevention, CDC, 2003a, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Pada tahun 2001, HIV/AIDS menduduki peringkat pertama yang menyebabkan kematian di kalangan perempuan Amerika Serikat keturunan Afrika yang berusia 25 hingga 44 tahun dan kaum laki-laki Amerika Serikat

keturunan Afrika yang berusia 35 hingga 44 tahun dan menduduki peringkat ketiga yang menyebabkan kematian di kalangan perempuan Amerika Serikat keturunan Afrika yang berusia 35 hingga 44 tahun dan kaum laki-laki Amerika Serikat keturunan Afrika yang berusia 25 hingga 34 tahun (CDC, 2003b, dalam DuBois & Miley, 2005: 328).

Data menunjukkan terdapat hampir 4.000 anak-anak di Amerika Serikat hidup dengan HIV/AIDS. Dari 175 kasus baru AIDS pada anak-anak yang dilaporkan pada tahun 2001, 86 persen anak-anak memperoleh penyakit itu sejak dari dalam kandungan (CDC, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Penularan HIV sejak dari dalam kandungan menurun sebagai hasil dari pemeriksaan HIV sebelum kelahiran yang bersifat sukarela dan perlakuan tindak lanjut bagi kaum perempuan yang dinyatakan tertular (CDC, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Sebagai hasil dari kemajuan dalam pengobatan antiretroviral dan prosedur-prosedur kelahiran, kaum perempuan hamil dengan HIV yang sadar akan status HIV-nya dan menerima perlakuan pra-kelahiran bagi penyakit itu dapat mengurangi resiko penularan HIV terhadap bayinya yang belum lahir kurang dari 2 persen (Allen et al, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 328).

Kelompok-kelompok populasi minoritas paling banyak tertular HIV/AIDS; penularan HIV telah meluas di kalangan orang-orang Amerika Serikat keturunan Afrika dan Hispanic. Dari jumlah orang dewasa dan remaja yang dilaporkan oleh Centers for Disease Control and Prevention terkena AIDS, sekitar 54 persen adalah kaum Kulit Hitam dan 20 persen adalah kaum Hispanic (CDC, 2003b, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Sekitar tiga per lima perempuan yang dilaporkan terkena HIV/AIDS adalah kaum Kulit Hitam dan seperlima adalah kaum Hispanic.

2. Isu-isu yang dihadapi oleh orang-orang yang mengidap HIV/AIDS

Orang-orang yang mengalami suatu penyakit menahun seperti HIV/AIDS menghadapi sejumlah isu. Tahap perkembangan dan keadaan-keadaan sosial budaya mereka

serta karakteristik penyakit itu sendiri mempengaruhi hakekat yang pasti dari isu-isu ini. Pada mulanya orang-orang harus menghadapi krisis ketika penyakit diberitahukan kepadanya. Kemudian mereka harus menyesuaikan diri dengan kehidupan di dalam konteks penyakit yang menahun itu, dan pada akhirnya, mereka harus menghadapi hari-hari kematian mereka sendiri. Pada umumnya, isu-isu yang mereka hadapi antara lain ialah menghadapi stigma, melanjutkan kehidupan sehari-hari, mengatasi kehilangan, dan membuat rencana-rencana bagi orang-orang yang ia akan tinggalkan. Sementara isu-isu ini sulit untuk dihadapi oleh ODHA, kaum perempuan sering dibiarkan sendiri dalam menghadapi tantangan-tantangan yang khas ini.

a. *Menghadapi stigma*

Orang-orang dengan HIV/AIDS (ODHA) harus berhadapan dengan ketakutan publik, keterasingan, viktimisasi, dan ostrasisme (pemoikotan dari hubungan-hubungan sosial). Perasaan-perasaan tidak berdaya, sulit bergerak ke mana-mana, dan kehilangan kendali sering menimpa mereka (Poindexter & Linsk, 1999; Stephenson, 2000; dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Pengetahuan masyarakat umum akan HIV/AIDS sebagai suatu penyakit dari masyarakat yang termarginalisasikan pada akhirnya menambah runyam kehidupan ODHA. Kaum perempuan Amerika Serikat keturunan Afrika yang tertular HIV/AIDS mengadapi suatu penindasan berlapis tiga yaitu dampak-dampak dari ras, jender, dan stigma akibat penyakit yang menahun itu. Suatu studi kualitatif tentang kesulitan-kesulitan yang dihadapi oleh para orangtua yang merawat anak-anaknya yang dewasa yang tertular HIV/AIDS memperlihatkan betapa parah dampak-dampak dari stigma ini di daerah-daerah pedesaan (McGinn, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 328). Hasil studi itu memperlihatkan bahwa stigma ini membatasi akses mereka kepada pelayanan-pelayanan kesehatan; memutuskan relasi ODHA dari keluarga luas dan teman-temannya; dan hubungan-hubungan sosial mereka diboikot di dalam masyarakat dimana mereka

menjadi anggotanya, di tempat kerja, dan di rumah-rumah ibadah.

b. *Melanjutkan kehidupan sehari-hari*

Orang-orang dengan HIV/AIDS (ODHA) menghadapi sejumlah kesulitan dalam kehidupan mereka sehari-hari antara lain ialah kehidupan di dalam ketidakpastian, membangun masa depan mereka, semuanya sambil mempertahankan rasa harapan (Rose, 1998; Shenoff, 1998; dalam DuBois & Miley, 2005: 329). Kesulitan-kesulitan ini diperburuk oleh hakekat penyakit yang tidak dapat diramalkan. Tantangan-tantangan dalam melanjutkan pekerjaan bagi ODHA antara lain ialah relasi interpersonal dan kegiatan-kegiatan pekerjaan pada saat yang sama mereka dan rekan-rekan kerja mereka menghadapi penyakit menahun dan, pada akhirnya, penyakit yang akan segera mengakhiri kehidupan mereka. Walaupun ODHA dilindungi di dalam Undang-undang Kecacatan di Amerika Serikat, untuk dapat melanjutkan suatu pekerjaan bergantung pada stamina fisik seseorang dan juga tuntutan-tuntutan pekerjaan. Sambil tetap menghormati relasi-relasi interpersonal, keluarga dan teman-teman dapat bereaksi dengan cara terlalu melindungi atau bahkan memberikan tuntutan-tuntutan yang tidak realistis. Namun demikian, untuk dapat menghadapi ketakutan-ketakutan dan berkomunikasi secara terbuka adalah sangat penting untuk memberikan suatu rasa martabat dan harga diri. Terakhir, ODHA, sama seperti orang-orang lain yang mengalami penyakit yang akan segera mengakhiri kehidupan mereka, menghadapi isu-isu eksistensial (keberadaan) atau spiritual yang mencakup pencarian makna di dalam kehidupan mereka dan pencarian nilai dan makna di dalam penderitaan dan kematian. Mereka harus menemukan cara-cara yang memuaskan di dalam konteks kematian.

c. *Menghadapi kehilangan*

Orang-orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sering harus berhadapan dengan rasa kehilangan yang luar biasa dan berangsur-angsur yang tidak biasa dalam tahap

perkembangan mereka. Kehilangan ini antara lain ialah “kehilangan kesehatan, pekerjaan, asuransi kesehatan, perumahan, dan teman-teman ODHA lain” (Taylor-Brown, 1995: 1298, dalam DuBois & Miley, 2005: 329). Kehilangan-kehilangan yang lain antara lain ialah kecacatan, keterbatasan-keterbatasan fisik, dan harga diri. Perubahan-perubahan fisik sering mengakibatkan suatu proses perkebangan untuk menghadapi hilangnya daya tarik diri dan keinginan sosial. Sebagai akibat dari kehilangan relasi interpersonal yang disebabkan oleh kematian pasangan, teman-teman, dan anggota-anggota keluarga atau penarikan diri orang-orang kunci dari jejaring dukungan sosial, ODHA juga harus menghadapi kesepian dan keterkucilan.

d. *Membuat rencana bagi orang-orang yang ia akan tinggalkan*

Orang-orang dengan HIV/AIDS (ODHA) sering menemukan suatu rasa keberlangsungan dan resolusi dalam membuat rencana bagi orang-orang yang mereka akan tinggalkan. Dengan melibatkan diri di dalam suatu proses perencanaan bagi masa depan orang-orang yang mereka akan tinggalkan memberikan mereka suatu kesempatan untuk menghadapi segala kemungkinan-kemungkinan sebagai akibat dari kematian mereka yang segera akan datang. Tugas-tugas ini dapat lebih dikonkretkan antara lain dengan melakukan suatu keinginan, merencanakan pemakaman, menghubungi keluarga dan teman-teman, atau dapat mencakup isu-isu yang subyektif dan interpersonal antara lain seperti menyiapkan pengacara, keinginan hidup, merencanakan keuangan, melaksanakan suatu keinginan, merencanakan pemakaman, menghubungi keluarga dan teman-teman. Persiapan juga dapat meliputi isu-isu yang subyektif dan interpersonal seperti merajut kembali relasi yang sudah berantarkan dan mengerjakan secara rinci rencana-rencana pengasuhan anak-anak yang masih menjadi tanggungan mereka.

e. *Isu-isu khas perempuan*

Di Amerika Serikat dan di seluruh dunia, angka kejadian HIV/AIDS meningkat secara drastis di kalangan perempuan, dan dampaknya terhadap kaum perempuan tetap belum terlihat secara besar-besaran (Peterson, 1995; Tangenberg, 2000; dalam DuBois & Miley, 2005: 329). Faktor-faktor yang menyumbang kepada ketidaknampakan ini antara lain ialah rasisme, ketidaksetaraan jender, kemiskinan, dan ketidakberdayaan, serta spesifikasi medis dari HIV/AIDS yang bersifat diskriminatif, yang mengabaikan banyak kalangan perempuan yang sudah benar-benar tertular HIV/AIDS dari kategori diagnostik HIV, dan dengan demikian, dari kesempatan-kesempatan perlakuan. Hal lain yang memperburuk situasi yang mereka hadapi ialah, banyak kalangan perempuan yang tertular HIV harus berhadapan dengan penyakit mereka di dalam konteks tanggung jawab perawatan/pengasuhan—perawatan/pengasuhan bagi pasangan mereka yang sudah berada pada AIDS tahap akhir dan perawatan/pengasuhan anak-anak, yang beberapa di antaranya juga sudah tertular HIV (Van Loon, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 330). Apabila anak-anak dilibatkan, kaum perempuan sering mengemban tanggung jawab untuk melakukan penjagaan dan pengasuhan (Taylor-Brown, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 330).

Suatu studi kualitatif terbaru yang berskala kecil terhadap delapan perempuan yang tertular HIV/AIDS memperlihatkan beberapa isu penting antara lain ialah kekhawatiran-kekhawatiran kaum perempuan akan stigma dan penolakan, perawatan dalam menghadapi kematian mereka sendiri dan kompleksitas penyakit, kebutuhan mereka akan dukungan sosial sementara pada saat yang bersamaan mereka mengalami ketakutan dikucilkan dari pergaulan-pergaulan sosial seandainya penyakit mereka diketahui oleh orang lain, penyesalan mereka akan kematian mereka sendiri, dan kebutuhan mereka akan informasi yang akurat (Hackl,

Somlai, Kelly, & Kalichman, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 330).

3. Respons pekerjaan sosial terhadap HIV/AIDS

Pernyataan kebijakan Ikatan Pekerja Sosial Amerika Serikat (National Association of Social Workers, NASW) (1999c) tentang HIV/AIDS mendukung penyelenggaraan pelayanan yang meliputi pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan yang komprehensif, akses kepada tambahan asuransi kesehatan yang penuh, pelayanan-pelayanan sosial dan psikologis, advokasi untuk menjamin hak-hak azasi manusia dan sipil, serta program-program pendidikan dan pencegahan. NASW juga mengemban tanggung jawab profesi untuk menyebarkan informasi tentang HIV/AIDS dan mempromosikan praktek yang berkompeten dan sensitif secara budaya melalui kurikulum pendidikan dan kesempatan-kesempatan pendidikan lanjut. Selanjutnya, pernyataan kebijakan mendorong partisipasi pekerja sosial di dalam aksi politik dan lobi-lobi politik.

a. Kontinuum program-program dan pelayanan-pelayanan

Dampak HIV/AIDS menuntut suatu kontinuum pelayanan-pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan yang luas, termasuk prakarsa-prakarsa kesehatan publik bagi pendidikan dan pencegahan, perawatan primer, perawatan rumah sakit, perawatan kesehatan rumah, manajemen kasus, perawatan tindak lanjut bagi anak-anak yang tertular HIV/AIDS, pelayanan-pelayanan yang berkaitan dengan pekerjaan melalui organisasi-organisasi bantuan tenaga kerja, rehabilitasi, program-program hospice, lembaga-lembaga pemasyarakatan, pelayanan-pelayanan lanjut usia, dan kegiatan-kegiatan pendidikan serta pencegahan. Pekerja sosial, sebagai bagian dari tim kesehatan lintas disiplin dan sebagai penyelenggara pelayanan-pelayanan inti, bekerja di dalam semua setting ini (Anderson, 1998; Babcock, 1998; Battjes & Delany, 1998; Brennan, 1998; Goicoechea-Balbona, 1998; Martin, 1998; Pomeroy, Kiam, & Abel, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 330).

Di dalam setting-setting perawatan rawat-inap, pekerja sosial memainkan suatu peran yang sangat penting dalam bekerja dengan ODHA, pasangan, dan keluarganya. Melalui sesi-sesi harian, pekerja sosial mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan psikososial ODHA. Pekerja sosial memberikan informasi dan pendidikan tentang HIV/AIDS serta membangun kelompok-kelompok dukungan untuk mengurangi keterasingan, memperluas jejaring dukungan sosial dan emosional, dan meningkatkan rasa kendali anggota-anggota atas kehidupan mereka (Aronstein, 1998; Edell, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 330). Pekerja sosial juga melakukan rujukan-rujukan kepada sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang tepat dan program-program bantuan keuangan, menyiapkan rencana-rencana keputungan yang sesuai, dan mendukung usaha-usaha advokasi di dalam kebijakan yang berkaitan dengan HIV/AIDS. Strategi-strategi pemberdayaan dapat menghadapi stigma dengan cara memberikan dukungan dan perawatan, membangkitkan harapan, menghubungkan klien dengan masa depan, dan meningkatkan kendali pribadi klien.

Keluarga, pasangan, dan teman-teman dekat ODHA memperoleh manfaat dari partisipasi mereka di dalam kelompok-kelompok dukungan untuk menghadapi kehilangan yang mereka rasakan, keterkucilan, konflik, kemarahan, kelelahan emosional, dan kelelahan fisik (Jankowski, Videka-Sherman, & Laquidara-Dickinson, 1996; Tolliver, 2001; dalam DuBois & Miley, 2005: 330). “Kelompok-kelompok dukungan dapat bermanfaat bagi forum untuk saling berbagi strategi perawatan dan menghadapi tuntutan-tuntutan emosional dari perawatan informal” (Taylor-Brown, 1995: 1300, dalam DuBois & Miley, 2005: 330).

b. *Advokasi*

Jenis isu-isu yang berkaitan dengan HIV/AIDS menuntut penggunaan berbagai strategi-strategi advokasi. Sebagai contoh, pekerja sosial dapat

mengadvokasikan pembiayaan program-program dan pelayanan-pelayanan untuk menjamin kualitas kehidupan bagi ODHA dan perundang-undangan untuk melindungi kebebasan sipil mereka (NASW, 1999f, dalam DuBois & Miley, 2005: 331). Bagi ODHA, kesalahpahaman, stigma, dan kompleksitas penyakit HIV/AIDS mempersulit mereka dalam berurusan dengan birokrasi perawatan kesehatan, asuransi kesehatan, pemeliharaan penghasilan, jaminan sosial, dan sumberdaya-sumberdaya yang berbasis masyarakat lainnya. Pekerja sosial kadang-kadang dapat mendekati sistem-sistem ini secara langsung untuk memohonkan suatu sebab-musebab klien atau dapat menyarankan cara-cara dimana klien dapat menyampaikan secara berhasil kepentingannya sendiri. Diarahkan pada penciptaan perubahan pada level makro, advokasi sebab menitikberatkan “pembiayaan penelitian yang memadai atas semua aspek HIV/AIDS, termasuk pencegahan, intervensi klinis, dan pengembangan vaksin” (NASW, 1999f: 182, dalam DuBois & Miley, 2005: 331).

c. *Isu-isu etika dan hukum*

Dalam perawatan ODHA, tentu saja sering muncul isu-isu yang berlebihan tentang nilai, etika, dan hukum. Dilema etik muncul di seputar konflik antara nilai-nilai pribadi dan nilai-nilai klien; konflik dengan kalangan profesional lain dimana isu-isu pribadi mereka yang bias dan isu-isu pribadi mereka yang tidak terpecahkan merupakan hambatan-hambatan bagi penyelenggaraan pelayanan-pelayanan; isu-isu tentang “hak untuk mengenal/mengetahui” klien yang tertular HIV/AIDS bertentangan dengan hak-hak klien atas privasi; dilema apakah memperlihatkan suatu status HIV klien kepada pasangan seksualnya apabila klien menolak membuka informasi ini; dan berbagai isu-isu hukum yang menuntut pengujian kewenangan, kewajiban untuk menyembuhkan, kerahasiaan, diskriminasi, dan hak-hak pribadi (Patania, 1998; Reamer, 1993; dalam DuBois & Miley, 2005: 331). Fakta bahwa peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan dan HIV/AIDS

bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain selanjutnya memperburuk isu-isu tersebut di atas.

Apabila bekerja dengan ODHA, pekerja sosial harus berhadapan dengan ketakutan tertular; penolakan; ketidaknyamanan membicarakan tentang hubungan seksual, seksualitas, dan perubahan-perubahan dalam perilaku seksual; perasaan-perasaan tidak berdaya, putus asa, kemarahan, dan menyalahkan korban; dan ketakutan akan ketiadaan biaya. Penelitian oleh Gillman (1991 dan oleh Riley dan Greene (199) tentang dampak program-program pelatihan menunjukkan bahwa memiliki suatu landasan informasi yang akurat tentang HIV/AIDS akan mengurangi ketakutan-ketakutan pekerja sosial dan meningkatkan kesediaan mereka untuk bekerja dengan ODHA. Kelompok-kelompok dukungan bagi kalangan profesional yang bekerja dengan ODHA membantu mereka dalam menghadapi stres, mengurangi perasaan-perasaan terkucil, dan memberikan kesempatan-kesempatan bagi mereka untuk menyampaikan perasaan-perasaan mereka tentang banyak isu yang mereka hadapi ketika bekerja di dalam situasi-situasi yang terbebani secara emosional (Schoen, 1998; Warren, 1998; dalam DuBois & Miley, 2005: 331).

D. Pekerjaan Sosial dan Kecacatan Fisik

Ketika orang-orang mengalami berbagai kecacatan sebagai akibat dari kecelakaan, penyakit, atau kelainan-kelainan yang dibawa sejak dari dalam kandungan, mereka mengalami tantangan-tantangan dan gangguan-gangguan yang khas dalam rangka melaksanakan tugas-tugas kehidupan mereka. Berdasarkan kewenangan bagi keadilan sosial, pekerja sosial menegaskan bahwa orang-orang cacat memiliki suatu hak memperoleh kesempatan-kesempatan yang sama untuk berpartisipasi di dalam kehidupan masyarakat dan mengakses pelayanan-pelayanan yang tersedia bagi warganegara lain serta pelayanan-pelayanan spesialis yang dibutuhkan oleh kecacatan mereka yang spesifik itu (NASW, 1999g, dalam DuBois & Miley, 2005: 332).

1. Setting

Pekerja sosial bekerja dengan orang-orang yang mengalami kecacatan fisik dan perkembangan di dalam berbagai setting. Pekerja sosial sekolah merespons kepada Undang-undang tentang Pendidikan bagi Semua Anak Cacat yang diterbitkan pada tahun 1975. Undang-undang ini menetapkan hak semua anak-anak atas pendidikan; memberi kewenangan atas suatu program yang terintegrasikan dan terarusutamakan bagi anak-anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan khusus; dan menetapkan pengembangan rencana-rencana pendidikan yang terindividualisasikan. *Pekerja sosial sekolah* sering berfungsi sebagai anggota suatu tim lintas disiplin yang bekerja dengan anak-anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan khusus dan keluarga mereka. *Pekerja sosial medis* memberikan konseling dan dukungan rehabilitasi kepada individu-individu dan keluarga mereka. Pekerja sosial medis memainkan peran-peran yang penting dalam merencanakan kepulauan klien dari lembaga-lembaga kesehatan dan mengkoordinasikan sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang sesuai. Beberapa pekerja sosial bekerja di dalam program-program konseling rehabilitasi, walaupun peran ini belum begitu berkembang pada saat ini.

2. Data demografis

Statistik menunjukkan bahwa terdapat sekitar lebih dari 50 juta penduduk di Amerika Serikat yang mengalami keterbatasan-keterbatasan kegiatan akibat dari masalah-masalah kesehatan yang menahun (McNeil, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 333); ini berarti bahwa sekitar 1 dari 5 orang memiliki suatu kecacatan. Dari orang-orang ini, sekitar setengahnya memiliki kecacatan yang diklasifikasikan sebagai parah. Proyeksi-proyeksi menunjukkan bahwa prevalensi (angka kejadian) kecacatan akan meningkat karena meningkatnya usia harapan hidup dan jumlah populasi di atas usia 65 tahun. Secara keseluruhan, orang-orang yang memiliki keterbatasan-keterbatasan cenderung mengalami putus sekolah, menganggur, atau memperoleh pekerjaan yang menghasilkan gaji atau upah yang lebih rendah (National Organization on Disability, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 333).

Data memperlihatkan suatu frekuensi kecacatan yang lebih besar di kalangan orang lanjut usia dan orang-orang yang memiliki tingkat penghasilan dan pendidikan yang lebih rendah (Asch & Mudrick, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 333), yaitu kelompok-kelompok populasi yang paling banyak dilayani oleh para pekerja sosial. Dengan demikian, tanggung jawab profesional terhadap kecacatan harus merupakan bagian yang integral dari persiapan bagi praktek pekerjaan sosial.

3. Tantangan-tantangan yang khas

Orang-orang yang memiliki kecacatan-kecacatan fisik cenderung mengalami tantangan-tantangan yang khas. Orang-orang yang mengalami cedera-cedera yang berkaitan dengan stroke atau paralisis dan tulang belakang lainnya sering mengalami perasaan-perasaan bergantung ketika kondisi-kondisi mereka menuntut bantuan atau perawatan total dalam kegiatan-kegiatan kehidupan sehari-hari seperti makan, mandi, dan buang air besar/kecil. Hambatan-hambatan arsitektural dan transportasi selanjutnya membatasi pergerakan orang-orang yang mengalami kecacatan. Gangguan-gangguan komunikasi seperti *aphasia* (kehilangan kemampuan untuk menggunakan atau memahami kata-kata karena kerusakan otak) yang berkaitan dengan stroke, menimbulkan kesulitan-kesulitan dalam memproses informasi verbal atau nonverbal dan atau mengungkapkan suatu respons. Dalam kaitan dengan itu, kehilangan pendengaran dan penglihatan menimbulkan tantangan-tantangan yang khas dalam komunikasi dan pergerakan. Namun demikian, dalam pandangan model sosial kecacatan yang dianjurkan oleh Disability Rights Movement, pekerja sosial harus menyadari bahwa “bagi banyak orang cacat, hambatan-hambatan fisik dan sikap-sikap terhadap pekerjaan, pergerakan dan kegiatan-kegiatan kehidupan lainnya dapat merupakan masalah yang tetap daripada kecacatan-kecacatan yang terdapat di dalam diri mereka dan kecacatan itu sendiri” (Beaulaurier & Taylor, 1999: 169, dalam DuBois & Miley, 2005: 333).

Orang-orang cacat dapat mengalami hambatan-hambatan dalam relasi sosialnya sebagai akibat dari diabaikan

(dicuekin), ditolak, atau yang lebih parah lagi diolok-olok oleh teman-temannya yang tidak cacat. Memperlihatkan simpati yang merendahkan, mengalihkan pandangan, kesengajaan yang dibuat-buat, dan kesunyian yang aneh menimbulkan interaksi-interaksi sosial yang menegangkan. Di dalam kenyataan, relasi-relasi interpersonal antara orang-orang cacat dan orang-orang yang tidak cacat cenderung mengikuti suatu model interaksi sosial yang superior-inferior. Secara lebih jelas, orang-orang cacat ditempatkan pada “posisi-posisi sosial yang terstigmatisasikan” dan rentan terhadap sikap-sikap prasangka buruk, praktek-praktek diskriminasi, dan pemberian stereotip yang negatif” (Scotch, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 333).

Pekerja sosial harus menyadari marjinalitas sosial dan stigma yang dirasakan oleh orang-orang cacat untuk mengorientasikan orang-orang cacat tersebut ke dalam masalah-masalah yang mereka hadapi di dalam interaksi sosialnya dengan keluarga dan masyarakat. Program-program rehabilitasi harus mendiskusikan dampak stigma, memudahkan klien menghadapi perasaan-perasaannya, dan melaksanakan metode-metode yang efektif dalam menghadapi dan menjawab balik dampak-dampak stigma.

4. Pemberdayaan relasi

Sikap-sikap pekerja sosial yang memandang rendah klien akan menciptakan kondisi-kondisi yang mengganggu pemberdayaan. Membatasi harapan-harapan kita terhadap orang-orang yang memiliki kecacatan benar-benar menguatkan identitas diri mereka yang negatif dan merendahkan rasa kendali pribadinya. Penelitian eksploratoris yang memfokuskan diri pada perspektif klien terhadap relasi mereka dengan pekerja sosial mendemonstrasikan ini dengan cara mengidentifikasi beberapa isu yang penting dalam relasi pekerja sosial dengan kliennya yang cacat, termasuk:

- Terburu-buru menilai klien berdasarkan kecacatannya
- Tidak menghargai keunikan setiap klien

- Asumsi tentang situasi yang berkaitan dengan klien lebih banyak didasarkan pada cacatan-catatan daripada pada informasi yang diberikannya
- Penolakan pemahaman akan kemampuan klien
- Kegagalan memanfaatkan keahlian atau kepakaran klien (Gilson, Bricout, & Baskind, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 334).

Kesan-kesan yang diperlihatkan oleh klien dalam menghadapi relasi interpersonal adalah sangat penting dalam pengembangan relasi-relasi profesional dengan orang-orang yang memiliki kecacatan. Relasi-relasi yang memberdayakan akan meningkatkan kompetensi dan keberfungsian sosial orang-orang cacat. Pendekatan-pendekatan kolaboratif yang berfokus pada kekuatan-kekuatan mengakui manusialah yang utama dan bersandar pada keahlian klien untuk mendefinisikan situasi-situasi mereka sendiri, termasuk kebutuhan-kebutuhan, prioritas-prioritas, dan harapan mereka terhadap masa depan mereka sendiri (Gilson, Bricout, & Baskind, 1998; Russo, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 334). “Pekerja sosial harus mulai memfokuskan ulang kegiatan-kegiatannya untuk memulai transisi menuju tujuan-tujuan pemberdayaan: untuk memaksimalkan dan mengembangkan rentang pilihan-pilihan kehidupan klien yang mengalami kecacatan, untuk membantu dan memfasilitasi pengambilan keputusan oleh klien dalam kaitan dengan pilihan-pilihan kehidupan, dan untuk memacu serta mempromosikan pencapaian pilihan-pilihan kehidupan” (Beaulaurier & Taylor, 1999: 173, dalam DuBois & Miley, 2005: 334). Pada dasarnya, kata-kata kita memperlihatkan sikap-sikap kita dan mempengaruhi pemahaman kita terhadap manusia dan situasinya. “Bahasa pertama manusia” mengkomunikasikan penghormatan (Blaska, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 334).

5. Rehabilitasi kerja

Tujuan utama rehabilitasi kerja ialah untuk meningkatkan kemampuan kerja klien, yang menitikberatkan pentingnya pekerjaan yang mampu mencukupi kebutuhan-kebutuhan dirinya sendiri dan mencapai kemandirian. Perencanaan rehabilitasi yang efektif mendorong partisipasi klien di

dalam semua aspek pengambilan keputusan dan memberikan kesempatan-kesempatan bagi klien untuk menyatakan meningkatnya kemandirian dan kebebasan.

Calon-calon yang akan mengikuti pelayanan rehabilitasi dapat mengungkapkan kebutuhan mereka akan pekerjaan dengan menyatakan, “Aku membutuhkan bantuan untuk mendapatkan suatu pekerjaan,” atau mereka dapat menginternalisasikan kebutuhan mereka sebagai suatu masalah, dengan menyatakan misalnya, “Aku tidak dapat menemukan suatu pekerjaan karena aku cacat.” Di dalam situasi-situasi semacam ini, pekerja sosial dan klien harus menentukan alasan-alasan mengapa klien tidak bekerja. Apakah ini disebabkan oleh keterbatasan-keterbatasan fungsional klien atau oleh hambatan-hambatan sosial seperti diskriminasi?

Keterbatasan-keterbatasan yang disebabkan oleh kecacatan dapat mendorong terjadinya seleksi dalam penempatan kerja. Para perencana pelayanan rehabilitasi harus mempertimbangkan keterampilan-keterampilan klien yang dapat ditransfer dan kemampuan mereka untuk melaksanakan pencarian kerja yang berhasil. Para perencana pelayanan rehabilitasi juga mengases faktor-faktor seperti suasana di dalam masyarakat yang mempekerjakan orang-orang cacat dan juga ketersediaan transportasi yang dapat diakses.

Rencana-rencana pelayanan rehabilitasi yang efektif meliputi suatu kombinasi pelayanan-pelayanan yang menargetkan pengalihan hambatan-hambatan yang spesifik menjadi suatu kemampuan kerja. Sebagai contoh, klien dapat menyepakati bahwa ia membutuhkan konseling dan bimbingan untuk mengembangkan tujuan-tujuan kerja yang realistis dan membutuhkan pekerjaan yang cocok. Di dalam situasi-situasi semacam lain, ia barangkali membutuhkan pelayanan-pelayanan yang mengurangi keterbatasan-keterbatasan yang berkaitan dengan kecacatan. Atau, untuk memenuhi persyaratan dalam memperoleh jabatan level dasar, klien yang kekurangan keterampilan-keterampilan kerja yang dapat ditransfer barangkali membutuhkan pelatihan di bengkel-bengkel

kerja atau pelatihan kerja di setting-setting pekerjaan yang mendukung.

Suatu pelayanan rehabilitasi yang terindividualisasikan menjelaskan tujuan-tujuan jangka panjang dan mengidentifikasi pelayanan-pelayanan yang dapat membantu klien mencapai tujuan-tujuannya. Akses kepada pelayanan-pelayanan dapat dibatasi oleh persyaratan-persyaratan elijibilitas, dan pekerja sosial dapat dipaksa oleh hambatan-hambatan kebijakan untuk mempertimbangkan alternatif-alternatif yang hemat biaya atau hemat waktu. Suatu rencana pelayanan rehabilitasi, dengan segala perubahannya, akan mengidentifikasi kerangka waktu kerja dalam mengimplementasikan dan menyelesaikan pelayanan-pelayanan, menspesifikasikan sumber pembayaran, dan mengembangkan peran-peran klien dan pekerja sosial dalam memantau, menindaklanjuti, dan mengevaluasi.

6. Perubahan lingkungan

Apabila kalangan profesional hanya memfokuskan diri pada isu-isu mikro, mereka dapat salah memperhitungkan dampak dari konstruksi sosial kecacatan dan menganggap enteng pengaruh-pengaruh lingkungan terhadap rehabilitasi. Apabila pekerja sosial menitikberatkan perubahan perilaku pribadi dan membuat penyesuaian-penyesuaian, mereka dapat kehilangan arti penting aspek-aspek sosial, psikologis, hukum, dan ekonomi dari kecacatan. Penyesuaian-penyesuaian yang berhasil terhadap kecacatan menuntut klien untuk dapat menghadapi secara efektif kenyataan-kenyataan dunia sosial dan kerja. Dengan demikian, pekerja sosial yang mempromosikan kemampuan klien mempertimbangkan interaksi antara klien dan lingkungan sosial serta fisiknya.

Setiap pertimbangan kecacatan harus memperhitungkan konteks sosialnya. Bukan hanya individu-individu menghadapi keterbatasan-keterbatasan fisik yang disebabkan oleh kondisi-kondisi yang mencacatkan, tetapi mereka juga menderita keterasingan sosial yang disebabkan oleh stereotipe-stereotipe yang merendahkan dan suatu lingkungan yang mencacatkan. Dampak sosial dan

psikologis dari suatu kecacatan sama pentingnya bagi pencapaian keberfungsian sosial yang optimum dengan hakekat kecacatan itu sendiri. Walaupun pelayanan-pelayanan rehabilitasi utamanya berfokus pada penyesuaian pribadi, rehabilitasi juga harus mengalamatkan faktor-faktor sosial dalam rangka menghadapi pelecehan sosial, stigma, marjinalitas sosial, dan tekanan lingkungan, yang semuanya memperbutuk akibat-akibat dari kecacatan. Secara singkat dapatlah dikatakan, kecacatan ialah bagian dari suatu masalah sosial yang menuntut solusi-solusi yang dikonstruksikan secara sosial.

Program-program rehabilitasi di sekolah-sekolah dan dunia kerja harus diarahkan pada usaha-usaha untuk mengatasi sikap-sikap prasangka buruk dan praktek-praktek diskriminasi. Pengintegrasian dan pengarusutamaan yang berhasil para siswa/mahasiswa dan karyawan merupakan suatu kombinasi antara informasi tentang kecacatan dan kontak dengan orang-orang yang mengalami kecacatan, Penelitian menganjurkan bahwa untuk mempengaruhi perubahan-perubahan sikap yang memadai, signifikan, dan konsisten terhadap orang-orang yang mengalami kecacatan dan untuk menciptakan kesempatan-kesempatan kerja menuntut pendidikan dan pelatihan yang memadai bagi pekerja sosial sehingga dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan orang-orang yang mengalami kecacatan itu.

E. Pekerjaan Sosial dan Kecacatan Perkembangan

Sebagaimana didefinisikan oleh undang-undang, *kecacatan perkembangan (developmental disability)* ialah suatu istilah nondiagnostik yang mengacu kepada kriteria yang menentukan elijibilitas seseorang untuk mengikuti program-program yang relevan yang dibiayai oleh pemerintah pusat (DeWeaver, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 339). Dewasa ini, terdapat hampir 4 juta orang di Amerika Serikat yang mengalami kecacatan perkembangan (Administration on Developmental Disabilities, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 339). Kecacatan perkembangan mencakup keterbelakangan mental (*mental retardation*), lumpuh karena gangguan pada otak (*cerebral palsy*), ayun (*epilepsy*), autisme (*autism*), dan kecacatan-kecacatan organik lainnya. Undang-undang tentang Bantuan dan Hak-hak Kecacatan Perkembangan yang

diterbitkan pada tahun 1990 menunjukkan bahwa istilah *kecacatan perkembangan* menyatakan suatu kecacatan yang parah dan menahun yang dialami oleh seseorang yang berusia 5 tahun atau lebih yang:

- disebabkan oleh suatu kecacatan mental atau fisik atau kombinasi dari kecacatan-kecacatan mental dan fisik
- nampak sebelum seseorang mencapai usia 22 tahun
- cenderung berlangsung terus secara tidak pasti
- mengakibatkan keterbatasan-keterbatasan fungsional yang mendasar pada tiga atau lebih bidang kegiatan kehidupan utama sebagai berikut: mengurus diri sendiri, menerima dan mengungkapkan bahasa, belajar, bergerak, mengarahkan diri sendiri, kemampuan untuk hidup mandiri, dan memenuhi kebutuhan diri sendiri
- mencerminkan kebutuhan seseorang akan suatu kombinasi dan rangkaian perawatan, perlakuan, atau pelayanan-pelayanan lain yang spesifik, lintas disiplin atau generik yang berlangsung seumur hidup atau dalam waktu yang lama dan yang direncanakan serta dikoordinasikan secara individual; kecuali syarat di atas, apabila diterapkan kepada bayi dan anak-anak berarti individu-individu sejak dari usia kelahiran hingga usia 5 tahun, termasuk yang mengalami keterlambatan perkembangan yang substansial atau kondisi-kondisi bawaan sejak lahir yang spesifik yang kemungkinan besar mengakibatkan kecacatan-kecacatan perkembangan apabila pelayanan-pelayanan tidak diberikan.

1. Jenis-jenis kecacatan perkembangan

Salah satu jenis utama kecacatan perkembangan ialah keterbelakangan mental (*mental retardation*). Menurut American Association on Mental Retardation (AAMR) (2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 339), keterbelakangan mental ialah suatu kecacatan yang dicirikan oleh keterbatasan-keterbatasan yang signifikan dalam keberfungsian intelektual dan dalam perilaku adaptif seperti yang diperlihatkan dalam keterampilan-keterampilan konseptual, sosial, dan praktis. Kecacatan ini berawal sebelum usia 18 tahun. Asumsi-asumsi yang

mendasari penerapan definisi ini mencakup hal-hal sebagai berikut:

- Keterbatasan-keterbatasan dalam keberfungsian yang terjadi pada saat ini harus dilihat di dalam konteks lingkungan masyarakat yang khas bagi teman-teman seusia dan kebudayaan seseorang.
- Asesmen yang valid mempertimbangkan keberagaman budaya dan bahasa serta perbedaan-perbedaan dalam faktor-faktor komunikasi, sensori, motor, dan perilaku.
- Pada individu, keterbatasan-keterbatasan itu sering muncul bersama-sama dengan kekuatan-kekuatan.
- Suatu tujuan yang pening dalam mendeskripsikan keterbatasan-keterbatasan ialah untuk mengembangkan suatu profil dukungan-dukungan yang dibutuhkan.
- Dengan adanya dukungan-dukungan yang dipersonalisasi secara tepat selama suatu periode waktu tertentu, keberfungsian kehidupan orang-orang yang mengalami keterbelakangan mental pada umumnya akan meningkat (The AAMR, section 3, dalam DuBois & Miley, 2005: 339).

Dengan cara klarifikasi, kecacatan perkembangan ialah suatu kategori global yang mencakup keterbelakangan mental di antara kecacatan-kecacatan lainnya. Dengan demikian, semua orang yang mengalami suatu keterbelakangan mental mengalami suatu kecacatan perkembangan; namun demikian, tidak semua orang yang mengalami suatu kecacatan perkembangan mengalami suatu keterbelakangan mental. Perkiraan-perkiraan menunjukkan bahwa angka terjadinya kecacatan-kecacatan perkembangan ialah 11,28 per 1.000 penduduk di Amerika Serikat (Larson et al., 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 340).

Kelumpuhan, autisme, masalah-masalah tulang, kehilangan pendengaran, ayun, dan gangguan-gangguan belajar adalah subkategori lain dari kecacatan perkembangan. *Kelumpuhan (cerebral palsy)* ialah suatu kondisi yang disebabkan oleh kerusakan pusat

kendali otot pada otak sebelum atau sesudah kelahiran. Orang-orang yang mengalami kelumpuhan memperlihatkan berbagai tingkat kesulitan dalam keberfungsian motor, termasuk masalah-masalah dalam keseimbangan, berjalan, mengendalikan muka, dan berbicara. Walaupun keterbelakangan mental dapat menambah komplikasi dampak dari kelumpuhan, keterbelakangan mental sama sekali bukan suatu komponen yang mutlak.

Autisme (autism) ialah suatu gangguan yang jarang terjadi yang menjadi perhatian publik setelah ditayangkan dalam film *Rainman*. Autisme meliputi gangguan dalam keberfungsian kognitif, perkembangan motor, persepsi sensori, keterlambatan bahasa, dan pengungkapan emosi yang tidak sesuai. Anak-anak yang sering memperlihatkan perilaku autistik beresiko ditempatkan di panti asuhan. *Masalah-masalah ortopedik (orthopedic problems)*, atau masalah-masalah yang meliputi tulang, otot, dan persendian, yang nampak dalam bentuk gangguan-gangguan seperti *spina bifida* dan gangguan pinggul yang merupakan bawan sejak lahir (*congenital hip dislocations*), disebut sebagai kecacatan-kecacatan perkembangan hanya apabila masalah-masalah itu sudah ada sejak lahir dan kondisi-kondisi itu mengganggu keberfungsian anak-anak sekurang-kurangnya dalam tiga bidang kegiatan-kegiatan kehidupan yang tercantum di dalam Undang-undang tentang Kecacatan Perkembangan. *Masalah pendengaran* yang dialami sejak lahir atau yang berkembang pada masa anak-anak ialah suatu kecacatan perkembangan karena berpotensi mengganggu, khususnya mengganggu bicara dan bahasa. Terakhir, kecacatan-kecacatan perkembangan seperti ayan atau epilepsi (*epilepsy*), termasuk *grand and petit mal seizure*, dan *gangguan-gangguan belajar yang spesifik (specific learning disabilities)* dapat dialami sekaligus oleh seorang individu. Menurut definisi, gangguan-gangguan belajar tidak termasuk ke dalam kelompok keterbelakangan mental dan gangguan-gangguan emosi serta gangguan-gangguan penglihatan, pendengaran, dan motor. Gangguan-gangguan belajar menghambat

kegiatan-kegiatan seperti menulis, mengeja, membaca, dan berhitung matematika (DeWeaver, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 340).

2. Pelayanan-pelayanan yang berbasis lembaga atau masyarakat

Penempatan anak-anak yang mengalami keterbelakangan mental di panti-panti asuhan merupakan respons yang khas dari kalangan profesional pelayanan kemanusiaan hingga pada tahun 1960-an. Didirikan pada tahun 1950, Perkumpulan Nasional Anak-anak Terbelakang (*The National Association of Retarded Children*), sekarang telah berubah menjadi Perkumpulan Nasional Warganegara Terbelakang (*National Association of Retarded Citizens*), mendukung keberagaman program-program seperti bengkel-bengkel kerja, pusat-pusat kegiatan, dan alternatif-alternatif hunian, serta mengadvokasikan reformasi undang-undangan (The ARC of the United States, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 341).

Tindakan-tindakan perundang-undangan ada tahun 1960-an dan 1970-an telah memberikan perlindungan lebih lanjut atas hak-hak orang-orang yang mengalami kecacatan-kecacatan perkembangan termasuk pendidikan publik, pemrograman pendidikan yang terindividualisasikan, dan rehabilitasi kerja. Besarnya biaya dan tekanan terhadap penjaminan hak-hak sipil orang-orang yang mengalami kecacatan mempercepat upaya-upaya deinstitutionalisasi (tidak menempatkan orang-orang yang mengalami kecacatan itu di panti-panti asuhan) dan pengembangan lebih lanjut pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat.

Pelayanan-pelayanan residensial masyarakat, kesempatan-kesempatan pendidikan, dan program-program bantuan kerja mempertahankan orang-orang yang mengalami kecacatan mental tetap tinggal di dalam masyarakat dengan gaya hidup yang senormal mungkin. Sesuai dengan kewenangan pelayanan baru ini, pemrograman menitikberatkan kepada pengarusutamaan, penormalisasian, dan pendinstitutionalisasi. Semua upaya-upaya ini--pengarusutamaan, penormalisasian, dan

pendeinstitutionalisasi—berfokus pada memberikan alternative-alternatif yang kurang membatasi dalam pendidikan, pekerjaan, dan perumahan.

Di dalam setting pendidikan, *pengarusutamaan* mendorong keterlibatan anak-anak yang mengalami kecacatan perkembangan di dalam kelas-kelas reguler atau biasa. Sekolah-sekolah memberikan dukungan-dukungan dan sumberdaya-sumberdaya yang special bagi pengintegrasian dan pencapaian pendidikan yang berhasil.

Prinsip *penormalisasian* berarti bahwa orang-orang yang mengalami kecacatan perkembangan berpartisipasi di dalam kegiatan-kegiatan kehidupan setiap hari yang sesuai dengan tingkat usia yang sama seperti orang lain. Para pendukung penormalisasian lebih menghendaki kegiatan-kegiatan “yang normal dan sama” di dalam pendidikan, pekerjaan, dan rekreasi daripada di dalam kegiatan-kegiatan yang “terpisah dan khusus”.

Tujuan *pendeinstitutionalisasi* ialah untuk memberikan perawatan dalam pelayanan-pelayanan yang berbasiskan masyarakat yang kurang membatasi daripada di panti-panti asuhan (institusi-institusi pengasuhan). Setting-setting hunian yang lebih kecil, yang berbasiskan ketetanggaaan, dan mandiri menggantikan setting-setting kelembagaan yang lebih besar yang sebelumnya memisahkan orang-orang yang mengalami kecacatan perkembangan. Teori-teori rehabilitasi sosial, pilihan-pilihan perawatan masyarakat, dan gerakan-gerakan hak-hak sipil sangat mempengaruhi munculnya gerakan-gerakan deinstitutionalisasi di dalam bidang kecacatan-kecacatan perkembangan.

3. Isu-isu penyelenggaraan pelayanan sosial

Pekerjaan sosial memberi sumbangan kepada penyelenggaraan pelayanan-pelayanan sosial bagi orang-orang yang mengalami kecacatan perkembangan. Kegiatan-kegiatan pekerjaan sosial antara lain ialah memberikan pelayanan-pelayanan konseling dengan individu dan keluarga, menyiapkan asesmen dan evaluasi keberfungsian, menata perumahan, mendukung kegiatan-

kegiatan ketenagakerjaan, mengakses sumberdaya-sumberdaya masyarakat, dan mengadvokasikan hak-hak klien di dalam lingkungan kebijakan. Pelayanan-pelayanan yang diberikan kepada orang-orang yang mengalami kecacatan perkembangan bertujuan untuk meningkatkan perkembangan mereka sepanjang kehidupan mereka dari sejak lahir hingga akhir masa dewasa. Tujuan-tujuan itu antara lain ialah mempromosikan kompetensi pribadi, mengembangkan penghormatan diri, memperoleh keterampilan-keterampilan kehidupan, dan mengembangkan kemandirian. Untuk mengalamatkan kebutuhan-kebutuhan dan potensi-potensi yang unik dari setiap orang, pekerja sosial dan klien mengembangkan rencana-rencana tindakan yang terindividualisasikan dan fleksibel. Rencana-rencana ini mempertimbangkan potensi pertumbuhan klien dan memberikan bantuan yang sesuai dengan tingkat kompetensi mereka.

Sepanjang masa kehidupan, berbagai pelayanan memberikan dukungan-dukungan yang terindividualisasikan, yang bervariasi mulai dari bantuan total hingga bantuan peralihan kepada kehidupan yang mandiri. Pelayanan-pelayanan ini menyentuh banyak bidang-bidang kehidupan—perumahan, ketenagakerjaan, pendidikan, kesehatan, keluarga, dan masyarakat. Pekerja sosial memvalidasikan kemampuan-kemampuan klien untuk bertumbuh dan mewujudkan pencapaian-pencapaian dan kemajuan-kemajuan mereka. Pelayanan-pelayanan yang efektif meningkatkan potensi pertumbuhan dan potensi klien sepenuhnya di dalam kehidupan masyarakat dan sumbangan mereka yang sebesar-besarnya kepada masyarakat. Selain itu, “intervensi-intervensi pekerjaan sosial dan kebijakan-kebijakan sosial harus difokuskan kembali pada transaksi-transaksi dan kesesuaian-kesesuaian yang baik antara orang-orang yang mengalami suatu kecacatan dengan lingkungan fisik, sosial, dan politik” (Kropf & DeWeaver, 1996: 179, dalam DuBois & Miley, 2005: 342).

F. Pekerjaan Sosial dan Kesehatan Jiwa

Kita seharusnya tidak menolak keputusan bersalah (diagnosis/asesmen) tetapi menentang hukuman

(prognosis/dampak). Demikian kata Norman Cousins dalam bukunya yang terkenal *Head First: The Biology of Hope*.

Subbab ini meninjau prinsip-prinsip dan prosedur-prosedur penetapan tujuan dan perencanaan perlakuan bagi gangguan-gangguan Aksis I. Aksis I, *Diagnostic and Statistical Manual—edisi DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), ialah untuk melaporkan gangguan-gangguan klinis, termasuk gangguan-gangguan kepribadian dan keterbelakangan mental. Ini berarti Aksis I mencakup 44 diagnosis dalam 16 kategori, sejumlah kondisi-kondisi medis-psikologis dan kondisi-kondisi lain yang barangkali menjadi fokus perhatian klinis. Tanpa memandang keluasan dan perbedaan pada gangguan-gangguan, pengembangan tujuan-tujuan perlakuan dan pengembangan rencana perlakuan didasarkan atas suatu asesmen, diagnosis, dan pemahaman menyeluruh tentang masalah yang dialami oleh klien pada saat ini (*the client's presenting problem*). Dalam kenyataan, prosesnya adalah berurutan, yang bermula dari asesmen biopsikososial-budaya dan diagnosis yang akurat yang, sebaliknya, memfasilitasi pengembangan tujuan-tujuan perlakuan dan menentukan rencana-rencana perlakuan.

1. Asesmen biopsikososial-budaya

Model biopsikososial-budaya didasarkan atas dua premis: (1) masalah-masalah klien adalah multikausal dan mencerminkan usaha mereka untuk menghadapi stresor sesuai dengan kerentanan-kerentanan, lingkungan, dan sumber-sumber yang ada; dan (2) pendekatan-pendekatan perlakuan sebaiknyalah multimodal (menggunakan banyak cara), fleksibel, dan disesuaikan dengan kebutuhan-kebutuhan dan harapan-harapan klien daripada dengan modalitas perlakuan tunggal.

Langkah pertama dalam pengembangan rencana-rencana perlakuan dan suatu rencana perlakuan yang efektif ialah melakukan suatu wawancara klinis yang menggunakan model asesmen biopsikososial-budaya. Secara umum, suatu wawancara kesehatan mental akan berkisar pada tiga bidang diskret: (1) pertautan yang dinamis antara biologi dan psikologi; (2) faktor-faktor sosial dan budaya dalam status kesehatan mental klien pada saat ini; dan (3) riwayat kesehatan mental klien pada masa lalu. Sistem *biologis*

berkaitan dengan anatomi, struktur, dan susunan-susunan molekul penyakit dan dampaknya terhadap keberfungsian biologis. Sistem *psikologis* menjelajahi dampak dari faktor-faktor psikodinamika, jalan buntu perkembangan (*developmental impasse*) atau hubungan-hubungan obyek yang terdistorsi, dan kepribadian terhadap pengalaman dan atau reaksi terhadap penyakit. Sistem *sosiologis* menguji stresor budaya dan lingkungan, kerentanan-kerentanan, sumber-sumber, dan pengaruh-pengaruh keluarga terhadap perasaan dan pengalaman menghadapi penyakit. (Kaplan & Saddock, 1998; Sperry, Gudeman, Blackwell, & Faulkner, 1992). Ketiga bidang ini akan dibahas di bawah ini.

- a. Diawali dengan aspek *bio* dari biopsikologis-budaya dalam wawancara, pekerja sosial mengumpulkan informasi tentang status kesehatan pada saat ini (misalnya, hipertensi) dan riwayat kesehatan masa lalu (misalnya, diabetes) atau kecelakaan (misalnya, cedera otak). Informasi tambahan meliputi penggunaan obat pada saat ini (misalnya, allopathic dan homeopathic), dan perilaku sehat serta gaya hidup (misalnya, olahraga, gizi, pola tidur, penggunaan obat bius). Riwayat kesehatan keluarga juga sebaiknya diperoleh. Alat-alat skrining sebaiknya meliputi bagan tidur dan ukuran sehat (bab 35, volume ini; McDowell & Newell, 1996). Sebagai tambahan, genogram adalah alat yang sangat berguna untuk menelusuri riwayat kesehatan keluarga (misalnya, kanker) dan gangguan genetik tertentu (skizofrenia, penyalahgunaan obat-obat terlarang, gangguan-gangguan suasana hati), dan untuk mengases pola-pola keluarga yang dapat mempertahankan masalah atau memfasilitasi pencapaian tujuan-tujuan perlakuan. Informasi tambahan tentang genogram dapat ditemukan dalam bab 42, volume ini. Genogram juga memfasilitasi pemahaman akan jejaring sosial sebagai bagian dari rencana perlakuan aktual dan mengilustrasikan bagaimana asesmen dan alat-alat pengidentifikasian masalah digunakan dalam seluruh proses perlakuan. Informasi tambahan tentang jejaring sosial ditemukan dalam bab 73, volume ini.
- b. Sekali pekerja sosial telah memperoleh informasi kesehatan, ia sebaiknya menjelajahi status *psikologis*

klien. Informasi ini akan mencakup sejumlah besar topik, yang meliputi penampilan dan perilaku, ucapan dan bahasa, proses dan isi pemikiran, suasana hati dan perasaan, serta keberfungsian kognitif (yang mencakup orientasi, konsentrasi, ingatan, pandangan, dan kecerdasan umum). Suatu bidang kritis ialah penentuan resiko bunuh diri atau membunuh dan kebutuhan yang memungkinkan bagi suatu rujukan yang segera. Alat-alat skrining yang lazim ialah laporan buatan sendiri atau *self-reports* (misalnya, lihat bab 35, volume ini) dan uji status mental. Secara khusus, status mental merupakan suatu usaha untuk secara obyektif menggambarkan perilaku, pemikiran, perasaan, dan persepsi klien selama wawancara (Shea, 1988).

- c. Bagian akhir dari wawancara asesmen biopsikososial-budaya meliputi informasi tentang pengalaman-pengalaman *sosial budaya* klien. Secara umum, pekerja sosial mengumpulkan informasi tentang latar belakang budaya (misalnya, suku, bahasa, asimilasi, akulturasi, dan keyakinan spiritual); hal-hal yang berkaitan dengan lingkungan (misalnya, ikatan-ikatan masyarakat, kondisi-kondisi kehidupan, tetangga, status ekonomi, dan ketersediaan makanan dan perumahan); dan relasi-relasi sosial (misalnya, hal-hal yang berkaitan keluarga, teman-teman, atasan di tempat kerja, orang-orang asing, dan pengalaman-pengalaman dengan rasisme atau diskriminasi). Alat-alat asesmen yang berguna ialah ekomap, yang mirip dengan genogram, yang memfasilitasi suatu pemahaman bagaimana lingkungan sosial mempertahankan masalah-masalah dan dapat membantu atau menghambat pencapaian tujuan.

2. **Diagnosis yang akurat**

Langkah kedua dalam mengembangkan tujuan-tujuan perlakuan dan rencana-rencana perlakuan ialah mendiagnosis secara akurat kondisi-kondisi kesehatan mental. Salah satu aspek dari asesmen biopsikososial-budaya yang paling berguna ialah bahwa model itu mendorong pekerja sosial untuk mempertimbangkan berbagai perspektif yang membantu dalam merumuskan suatu gambaran diagnostic. Untuk mencapai tujuan ini, biasa menggunakan *DSM-IV-TR* (APA, 2000).

Pendekatan konvensional untuk merumuskan suatu diagnosis bermula dengan mengembangkan suatu profil klien dengan menggunakan Aksis I hingga V dari *DSM*. Secara singkat, Aksis I mengacu kepada gangguan-gangguan klinis atau kondisi-kondisi lain yang dapat merupakan fokus perhatian klinis—yaitu, kode V. Aksis II digunakan untuk mencatat gangguan-gangguan kepribadian dan keterbelakangan mental. Aksis III digunakan bagi kondisi-kondisi kesehatan umum. Aksis IV mengacu kepada masalah-masalah psikososial dan lingkungan yang memperparah gangguan. Dan Aksis V mengacu kepada asesmen keberfungsian global, yang ditetapkan bagi keadaan klien pada saat ini dan level keberfungsian tertinggi pada tahun sebelumnya.

Secara keseluruhan, Aksis I hingga V mencerminkan suatu perspektif holistik klien dan memungkinkan pekerja sosial untuk menggunakan manfaat sepenuhnya pengetahuan yang menjadi dasar model biopsikososial-budaya. Karena bab ini memfokuskan diri pada tujuan-tujuan dan perencanaan perlakuan bagi Aksis I, para pekerja sosial sebaiknya menggunakan semua kelima aksis ini. Sebagaimana tabel 53.1 mengilustrasikan, Aksis I memiliki tiga kategori diagnosis: gangguan-gangguan klinis, kondisi-kondisi psikologis dan medis, serta kode V; dua kategori yang terakhir ini merupakan “kondisi-kondisi lain yang dapat merupakan fokus perhatian klinis.” Gangguan-gangguan klinis pada umumnya mengacu kepada kondisi-kondisi kesehatan mental yang mengakibatkan ketegangan atau kecacatan yang lebih besar daripada yang diharapkan dari lingkungan kehidupan. Aksis I gangguan-gangguan klinis mencakup 15 kategori diagnostik yang berbeda.

Selain diagnosis suatu gangguan klinis, pekerja sosial sebaiknya mempertimbangkan 30 opsi diagnostik yang berbeda di bawah kategori “kondisi-kondisi lain yang dapat merupakan fokus perhatian klinis.” Kadang-kadang kategori ini digunakan apabila kondisi medis dikacaukan dengan diagnosis psikiatrik atau tidak ada gangguan mental dan klien sedang menghadapi multistresor.

Tabel 12.1 Tiga Kategori untuk Aksis I Gangguan

Diagnosis AXIS I	Kondisi Lain Yang Dapat Merupakan Fokus Perhatian	
Gangguan-gangguan Klinis	Psikologis dan Medis	Kode V
<ul style="list-style-type: none"> •Gangguan-gangguan biasanya pertama kali didiagnosis pada masa bayi, masa anak-anak, atau masa remaja (tidak termasuk keterbelakangan mental, yang didiagnosis pada Axis II) •Delirium, Dementia, dan Amnestic serta Gangguan-gangguan Kognitif lainnya •Gangguan-gangguan Mental yang disebabkan oleh Kondisi Medis Umum •Gangguan-gangguan yang Berkaitan dengan Obat Bius •Skizofrenia dan Gangguan-gangguan Psikotik Lainnya •Gangguan-gangguan Suasana Hati •Gangguan-gangguan Kecemasan •Gangguan-gangguan Somatoform •Gangguan-gangguan Disasosiatif •Gangguan-gangguan Seksual dan Identitas Jender •Gangguan-gangguan Makan •Gangguan-gangguan Tidur •Gangguan-gangguan Pengendalian Impuls Yang Tidak Diklasifikasikan Dimana-mana •Gangguan-gangguan Penyesuaian •Kondisi-kondisi Lain Yang 	<p><i>Faktor-faktor Psikologis Yang Mempengaruhi Kondisi Medis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •(316) <ul style="list-style-type: none"> -gangguan-gangguan mental -gejala psikologis -sifat-sifat kepribadian atau gaya menghadapi situasi -perilaku sehat yang maladaptif -respons psikologis yang berkaitan dengan stres -faktor-faktor psikologis lain/yang tidak dispesifikasikan <p><i>Gangguan-gangguan Pergerakan Yang Disebabkan Oleh Pengobatan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •(331.1) Parkinson Yang Disebabkan Oleh Neuroleptic •(339.92) Neuroleptic Malignant Syndrome •(337.7) Distonia Akut Yang Disebabkan Oleh Neuroleptic •(339.99) Dyskinesia Tardive Yang Disebabkan Oleh Neuroleptic •(331.1) Tremor Postural Yang Disebabkan Oleh Pengobatan •(331.90) Medication-Induced Movement Disorder NOS <p><i>Gangguan-gangguan Yang</i></p>	<p><i>Masalah-masalah Relasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •(V61.9) Masalah-masalah Relasi yang berkaitan dengan suatu gangguan mental atau kondisi umum •(V61.20) Masalah Relasi Orangtua-Anak •(V61.1) Masalah Relasi Pasangan •(V61.8) NOS Masalah Relasi <p><i>Masalah-masalah yang Berkaitan dengan Penyiksaan atau Peng Catatan: Bagi ANAK-ANAK, spesifikasi kodifikasi apabila fokusnya pada korban; kalau tidak kodifikasi mengacu kepada pelaku</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •(V61.21) Penganiayaan Anak secara Fisik •(V61.21) Penganiayaan Anak secara Seksual •(V61.21) Pengabaian Catatan: Bago ORANG DEWASA, spesifikasi kodifikasi 995 apabila fokusnya pada korban; kalau tidak kodifikasi mengacu kepada pelaku •V61.21) Penganiayaan Orang Dewasa secara Seksual •Penganiayaan Orang Dewasa secara Seksual <p><i>Kondisi-kondisi Tamb.</i></p>

<p>Dapat Merupakan Fokus Perhatian Klinis</p>	<p><i>Disebabkan Oleh Pengobatan Lain</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (995.2) Adverse Effects of Medication NOS 	<p><i>Yang Dapat Merupakan Fokus Perhatian Klinis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •(V15.81) Ketidaksih perlakuan •(V65.2) Pura-pura sal •(V71.01) Perilaku Ar Orang Dewasa •(V71.02) Perilaku Ar Anak/Remaja •(780.9) Penurunan Ki yang Berkaitan deng •(V62.82) Kehilangan tercinta •(V62.3) Masalah Ak •(V62.2) Masalah Pek •(313.82) Masalah Ide •(V62.89) Masalah Keagamaan atau Spir •(V62.4) Masalah Akt •(V62.89) Fase Masal: Kehidupan
---	---	---

Seperti dalam setiap asesmen biopsikososial-budaya, pekerja sosial mencocokkan informasi dengan mempertimbangkan status psikologis dan medis klien. Ketika mengases bidang-bidang ini, pekerja sosial sebaiknya menjelajahi faktor-faktor psikologis yang mempengaruhi kondisi medis (misalnya, gangguan depresi serius yang menghambat kesembuhan dari myocardial infraction). Persamaannya, gangguan-gangguan pergerakan yang disebabkan oleh pengobatan dan gangguan-gangguan lain yang disebabkan oleh pengobatan adalah pertimbangan asesmen yang penting karena pentingnya pengobatan itu dalam manajemen pengobatan (misalnya, gangguan kecemasan vs neuroleptic malignant syndrome).

Kode V merupakan kondisi yang tidak ada kaitannya dengan suatu gangguan mental yang namun demikian menjadi fokus intervensi terapeutik. Contohnya meliputi:

- Masalah-masalah relasional (misalnya, masalah relasional pasangan)
- Masalah-masalah yang berkaitan dengan penganiayaan atau pengabaian (misalnya, penganiayaan anak secara fisik)
- Kondisi-kondisi tambahan (misalnya, ketidaktaatan terhadap perlakuan)

Pembaca dirujuk kepada manual *DSM* untuk suatu tinjauan menyeluruh tentang kriteria atas kategori-kategori ini.

Pekerja sosial dapat menggunakan kategori “kondisi-kondisi lain” apabila:

1. Masalah merupakan fokus diagnosis dan perlakuan serta individu tidak mengalami gangguan mental (misalnya, V61.1, masalah relasional pasangan yakni tidak satu pun pasangan mengalami gangguan mental).
2. Individu mengalami suatu gangguan mental, akan tetapi gangguan itu tidak ada kaitannya dengan masalah (misalnya, V61.20, ketika seorang pasangan mengalami suatu fobia dalam kasus mana keduanya dapat diberi kode).
3. Individu mengalami suatu gangguan mental yang ada kaitannya dengan masalah, akan tetapi masalahnya sangat parah sehingga membutuhkan perhatian klinis yang independen (misalnya, V61.9, individu dengan skizofrenia kronis yang sedang dalam proses penyembuhan dapat mengalami ketegangan perkawinan).

C. Mengembangkan tujuan-tujuan perlakuan

Sekali asesmen sudah dilakukan dan suatu diagnosis sudah ditetapkan, pekerja sosial dan klien bersiap-siap untuk mengembangkan tujuan-tujuan perlakuan. Kami mengusulkan lima pedoman untuk mengembangkan tujuan-tujuan perlakuan. Tujuan-tujuan sebaiknya: (1) bersumber dari asesmen dan diagnosis; (2) menyaratkan partisipasi yang maksimum dari klien; (3) dinyatakan dalam istilah-istilah yang positif; (4) fisibel, realistik, dan sesuai dengan sumber-sumber yang ada pada klien; dan (5) didefinisikan dengan baik, dapat diamati, dan dapat diukur.

1. *Tujuan-tujuan perlakuan sebaiknya bersumber dari asesmen dan diagnosis masalah klien.* Sebaiknya ada suatu nexus antara asesmen/diagnosis dengan tujuan-tujuan. Sebagai contoh, apabila asesmen dan diagnosis menyatakan bahwa klien sedang mengalami kekurangan tidur sekunder (*sleep deprivation secondary*) hingga suatu gangguan kecemasan, tujuan-tujuan perlakuan (jangka pendek dan jangka panjang) sebaiknya berfokus pada penstabilisasian pola-pola tidur sambil tetap mengurangi kecemasan dan gejala-gejalanya.
2. *Pengembangan suatu tujuan perlakuan sebaiknya meliputi partisipasi aktif dari klien.* Suatu tujuan tidak boleh dianggap bersumber dari klien. Klien yang berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan tujuan-tujuan perlakuan lebih termotivasi untuk mematuhi rencana perlakuan. Partisipasi yang aktif meliputi pekerjaan rumah yang dikerjakan dan diselesaikan di luar setting klinis. Perlakuan-perlakuan yang meliputi tugas-tugas pekerjaan rumah cenderung untuk meningkatkan kepatuhan klien dan memfasilitasi penggeneralisasian perilaku yang berubah terhadap lingkungan lain.
3. *Tujuan-tujuan perlakuan sebaiknya dinyatakan dalam istilah-istilah yang positif.* Sebagai contoh, klien lebih termotivasi untuk meningkatkan frekuensi dan intensitas peristiwa-peristiwa yang menyenangkan daripada menghentikan peristiwa-peristiwa yang mengakibatkan depresi. Persamaannya, seorang pengguna obat bius tidak hanya sekedar akan berhenti menggunakan obat-obatan berbahaya akan tetapi untuk meningkatkan durasi antara penggunaan dan jumlah hari bersih dan sober. Suatu tujuan yang dinyatakan secara positif memiliki manfaat inheren bagi peningkatan kepatuhan terhadap rencana perlakuan dan mendorong klien untuk berpartisipasi dalam apa yang mereka inginkan dan anggap baik.
4. *Suatu tujuan perlakuan sebaiknya fisibel agar dapat dicapai oleh klien.* Apabila tujuan tidak jelas atau terlalu ambisius, hasilnya kemungkinan besar adalah kegagalan. Alih-alih keberfungsian sosial meningkat, klien dapat mengalami suatu kurang berhasil,

kekecewaan, dan erosi kepercayaan diri (Wood, 1978). Oleh karena tujuan tidak boleh terlalu ambisius, tujuan juga sebaiknya menantang dan realistik. Tujuan-tujuan yang spesifik dan menantang kemungkinan besar lebih dapat dicapai daripada tujuan-tujuan yang tidak jelas dan mudah. Pekerja sosial juga sebaiknya menguji sumber-sumber apa yang klien miliki untuk mencapai tujuan-tujuan yang disepakati. Sebagai contoh, apakah klien memiliki ongkos bis atau bantuan rawat siang (*day-care help*) untuk mengikuti kelompok terapi yang dijadwalkan?

5. *Akhirnya, tujuan perlakuan sebaiknya dapat diamati.* Klien, pekerja sosial, atau orang-orang lain yang relevan sebaiknya dapat mengamati perubahan. Salah satu cara terbaik untuk mengamati tujuan-tujuan ialah dengan instrumen asesmen yang membantu merumuskan asesmen dan diagnosis.

Sebagai tambahan, banyak gangguan mental yang diklasifikasikan pada Aksis I diberi rentang keparahan dengan asesmen yang dicatat sebagai digit kelima kode *DSM*. Ini dikenal sebagai koding digit kelima. Keparahan (*severity*) didefinisikan sebagai 1 (ringan), 2 (sedang), 3 (parah tetapi tanpa tanda-tanda psikotik), dan 4 (parah dan ada tanda-tanda psikotik). Salah satu tujuan yang tidak jelas dari setiap intervensi ialah mengurangi parahnya ketegangan klien dengan tujuan mengubah beberapa perilaku. Dengan mengases keparahan sebelum, selama dan sesudah perlakuan kode digit kelima memberikan suatu asesmen yang luas tentang efektivitas perlakuan.

Tujuan-tujuan perlakuan yang didefinisikan dengan baik, dapat diamati, dan dapat diukur memberikan sejumlah keuntungan, termasuk mengurangi ketidaksepakatan antara klien dan klinisi, yang memberikan arah bagi rencana perlakuan (yang dengan demikian mencegah pemborosan waktu dan sumber-sumber), dan berfungsi sebagai ukuran suatu hasil yang efektif (Hepworth, Larsen, & Rooney, 1997; juga lihat bab 55, volume ini). Suatu definisi operasional yang didefinisikan dengan baik tentang tujuan perlakuan ialah suatu kondisi yang penting bagi suatu rencana perlakuan yang efektif. Lagi pula, jauh lebih mudah

untuk mengembangkan suatu rencana perlakuan yang nampaknya efektif apabila tujuan perlakuan itu sendiri didefinisikan dengan baik, eksplisit, dan dapat diamati.

D. Unsur-unsur suatu rencana perlakuan yang efektif

Sekali tujuan-tujuan sudah ditentukan, langkah terakhir ialah mengembangkan suatu rencana perlakuan. Suatu rencana perlakuan seringkali dideskripsikan kepada klien sebagai suatu peta jalan yang tujuannya sudah ditentukan melalui kolaborasi bersama. Rencana-rencana perlakuan yang efektif memiliki karakteristik sebagai berikut: (1) rencana-rencana perlakuan memberikan spesifisitas, (2) rencana-rencana perlakuan dipandu oleh standard perlakuan, dan (3) rencana-rencana perlakuan memperlihatkan mutualitas.

Suatu rencana perlakuan yang efektif sebaiknya memiliki spesifisitas. *Spesifisitas (specificity)* mengacu kepada suatu rencana intervensi dengan komponen-komponen yang didefinisikan dengan baik yang diorganisasikan dalam urutan yang bermakna. Dengan kata lain, intervensi menggariskan seperangkat prosedur yang menggambarkan apa yang akan terjadi baik di dalam maupun di luar setting perlakuan. Sperry dan rekan-rekannya (1992) mengidentifikasi enam faktor yang sebaiknya dispesifikasikan dalam perencanaan perlakuan: setting (misalnya, krisis, pasien-rawat jalan, rumahsakit pasien-rawat-jalan dan siang), format intervensi (misalnya, individu, kelompok, kelompok pengobatan, perkawinan.keluarga, perlakuan kombinasi), durasi (jangka pendek dengan tanggal terminasi), frekuensi kontak (misalnya, seminggu, dua bulan, sebulan, dan lain-lain), strategi perlakuan (misalnya, perilaku, kognitif, dukungan/realitas, interpersonal), dan perlakuan somatik (misalnya, antidepresan, neuroleptic, anxiolytic).

Pekerja sosial sebaiknya membuat ukuran-ukuran untuk memantau dampak-dampak intervensi. Komponen yang integral dari suatu rencana perlakuan yang efektif ialah suatu metode yang sistematis untuk memantau perubahan klien dan mengevaluasi efektivitas perlakuan. Dengan demikian, rencana perlakuan sebaiknya menggambarkan instrumen

apa yang akan digunakan untuk memantau kondisi dan proses perlakuan klien. Pengamatan-pengamatan ini sebaiknya diintegrasikan secara sistematis ke dalam intervensi sebagai umpan-balik reguler dan sebagai suatu penguat bagi kemajuan. Derajat spesifisitas yang ditambahkan ini membantu menjamin bahwa klien dan pekerja sosial mengimplementasikan secara akurat rencana perlakuan yang sudah disepakati bersama.

Sebagaimana dianjurkan oleh faktor-faktor ini, ada yang lebih ditekankan kepada rencana perlakuan daripada hanya sekedar prosedur terapan. Namun demikian, ini seringkali merupakan bidang keprihatinan terbesar bagi pekerja sosial. Ini merupakan bagian dari rencana perlakuan yang memberitahukan kepada pekerja sosial dan klien apa yang akan dilakukan untuk mengimplementasikan suatu intervensi. Tugas ini difasilitasi oleh standard-standard perlakuan yang mencakup penggunaan manual perlakuan (*treatment manuals*) dan pedoman praktek. Manual adalah penggambaran/penjelasan langkah demi langkah/sesi demi sesi yang khas tentang suatu protokol perlakuan yang spesifik. Protokol perlakuan ditemukan dalam protokol langkah demi langkah LeCroy (bab 74, volume ini) bagi perkembangan keterampilan sosial anak-anak, dan perlakuan multikeluarga kelompok langkah demi langkah dan sesi demi sesi Van Noppen (bab 60, volume ini) bagi gangguan obsesif-kompulsif (OCD). Suatu pedoman praktek, sebaliknya, ialah suatu kondisi perlakuan yang nampaknya memiliki dukungan empiris yang cukup memadai untuk mengajurkan apa yang sebaiknya dimasukkan dalam praktek oleh pemberi perlakuan (*provider*) yang cakap dan dapat dipercaya. Baru-baru ini terdapat banyak pedoman praktek yang dipublikasikan untuk sejumlah gangguan kesehatan mental. Beberapa di antaranya terdapat dalam suatu kompendium (ringkasan) dari Asosiasi Psikiatri Amerika Serikat, di web site Medscapes di internet, dan beberapa yang baru-baru ini dikembangkan dipublikasikan secara rutin dalam *American Journal of Psychiatry*.

Karakteristik terakhir suatu rencana perlakuan yang efektif ialah mutualitas (*mutuality*). Dengan *mutualitas* kami maksudkan suatu perjumpaan pikiran-pikiran antara klien

dan pekerja sosial tentang seluruh kegiatan praktek. Rencana perlakuan sebaiknya mencerminkan mutualitas ini sebagai suatu kontrak yang eksplisit antara klien dan pekerja sosial. Kontrak ini sebaiknya memperlihatkan mutualitas relasi profesional dan menyebutkan satu per satu siapa yang akan melakukan apa, sejauh mana, dalam kondisi apa, kapan dan apa maksud atau tujuannya.

Secara keseluruhan, pekerja sosial sebaiknya mengingat bahwa ada variabilitas yang sangat besar di antara gangguan-gangguan yang berbeda (misalnya, skizofrenia dibandingkan dengan dysthymia), ekspresi simptom (misalnya, remisi vs aktif), dan keberfungsian (misalnya, gangguan serius vs kesulitan sedang). Ada juga variabilitas yang sangat besar yaitu perlakuan apa yang digunakan untuk orang-orang yang berbeda dengan dignosis yang sama. Sebagai contoh, seseorang yang mengalami dysthymia barangkali membutuhkan suatu intervensi kognitif melalui pelatihan keterampilan sementara orang lain barangkali membutuhkan pengobatan dan suatu program kepatuhan yang mengikutkan anggota-anggota keluarga. Intervensi yang benar diimplementasikan secara benar atas masalah yang salah cenderung tidak efektif, yang menggarisbawahi pentingnya memantau perubahan klien bagi asesmen sepanjang kegiatan perlakuan.

Satu contoh bagaimana menerapkan intervensi yang benar terhadap suatu situasi multimasalah diilustrasikan dalam Bagan 53.2 – Rencana Perlakuan Sampel. Rencana perlakuan ini mendeskripsikan elemen-elemen sekuensial dari proses perlakuan yang dibahas dalam bab ini. Elemen-elemen ini dimulai dengan model asesmen (misalnya, biopsikososial-budaya), menerapkan alat-alat skrining (RAI, Rapid Assessment Instruments), merumuskan suatu diagnosis, mengembangkan tujuan-tujuan perlakuan (misalnya, jangka pendek dan jangka panjang), dan diakhiri dengan merumuskan rencana perlakuan (misalnya, setting, format, durasi, frekuensi, strategi, dan perlakuan somatik).

E. Menggunakan perspektif kekuatan-kekuatan dalam mengembangkan tujuan-tujuan dan perencanaan perlakuan

Sebagaimana didiskusikan dimana-mana oleh Cowger, Rapp, dan Sullivan, perspektif kekuatan-kekuatan berfokus pada kemampuan-kemampuan klien dalam asesmen dan menekankan penemuan sumber-sumber di dalam diri klien dan lingkungannya. Dalam pandangan kami, perspektif berbasis kekuatan-kekuatan memiliki nilai yang sangat besar apabila diterapkan dalam rangka pengembangan tujuan-tujuan dan perencanaan perlakuan bagi individu-individu yang mengalami gangguan-gangguan Aksis I. Secara umum, suatu tujuan sebaiknya dapat dicapai oleh klien, dan jalan termudah mencapainya ialah dengan menggunakan dan mengembangkan kekuatan-kekuatan klien. Proses ini meliputi kolaborasi mutual antara pekerja sosial dan klien untuk mengembangkan tujuan-tujuan yang meringkaskan gagasan pengembangan harapan-harapan baru, mengembangkan kesempatan-kesempatan baru bagi individu dan keluarganya, dan menemukan sumber-sumber baru di dalam dirinya dan lingkungannya (Saleebey, 1997). Tanpa memandang diagnosis, pengembangan tujuan-tujuan perlakuan yang menggunakan perspektif kekuatan-kekuatan meliputi penemuan sumber-sumber di dalam diri klien, lingkungannya, dan relasi serta hubungan kekuatan-kekuatan ini dengan rencana perlakuan.

Suatu perspektif berbasis kekuatan-kekuatan diintegrasikan ke dalam rencana perlakuan dengan membantu klien mengingat bagaimana ia telah berhasil di masa lalu (misalnya, langkah-langkah apa yang ia telah lakukan), memperkuat keberhasilan dan kemampuan-kemampuan sebelumnya (misalnya, keterampilan-keterampilan menghadapi situasi), dan menentukan keterampilan-keterampilan, perilaku-perilaku, motivasi-motivasi dan aspirasi-aspirasi apa yang diterapkan untuk menghasilkan perubahan. Bersama-sama, klien dan pekerja sosial mencari lingkungan bagi kekuatan-kekuatan yang memperkuat kesempatan-kesempatan hidup sambil tetap mendukung hak klien menentukan bagi diri sendiri dan tanggung jawab sosial (Saleebey, 1997). Secara singkat, model berbasis

kekuatan-kekuatan berguna apabila diterapkan kepada tujuan-tujuan dan pendekatan perlakuan khusus untuk mencapai tujuan-tujuan ini. Rencana-rencana pencapaian tujuan yang menggunakan kekuatan-kekuatan klien menggambarkan suatu nexus alamiah yang meningkatkan kemungkinan keberhasilan perlakuan.

F. Kesimpulan

Pengembangan tujuan-tujuan perlakuan dan rencana-rencana perlakuan merupakan suatu bagian yang integral dari proses yang bermula dengan asesmen dan diagnosis. Tujuan-tujuan perlakuan dan rencana-rencana perlakuan tersebut meningkatkan kemungkinan bahwa klien akan berubah. Tujuan ini difasilitasi oleh lima pedoman sebagai berikut:

1. Tujuan-tujuan perlakuan dan rencana-rencana perlakuan menyaratkan suatu asesmen biopsikososial-budaya menyeluruh dan diagnosis masalah yang akurat.
2. Tujuan-tujuan perlakuan sebaiknya dispesifikasikan dalam arti dapat diamati pada permulaan perlakuan.
3. Intervensi ditentukan oleh tujuan-tujuan dan sebaiknya memiliki kriteria yang spesifik bagi pencapaian tujuan-tujuan.
4. Intervensi sebaiknya direfcanakan dan mencakup suatu penggambaran yang dijelaskan dengan baik tentang apa yang akan terjadi dan kapan kegiatan perlakuan berakhir.
5. Tujuan-tujuan perlakuan dan rencana perlakuan sebaiknya membentuk kontrak-kontrak yang eksplisit untuk membantu klien berubah dan sebaiknya diimplementasikan sesuai dengan parameter-parameter rencana yang disepakati bersama-sama.

Pedoman ini membentuk suatu urutan kasar tentang proses perlakuan dan membantu pekerja sosial memberi asistensi secara efektif dan efisien kepada klien.

Tabel 11.2 (Contoh) Rencana Perlakuan

Nama Klien: Ralph C. *Usia:* 45 tahun

Alasan untuk Meminta Perlakuan: Bapak C ialah seorang laki-laki bujangan, berkulit putih yang bekerja sebagai supir bis. Ia menyatakan bahwa majikannya mengatakan kepadanya agar ia “mencarikan bantuan atau jangan datang kembali bekerja.” Bapak C melaporkan ia mengidap insomnia (“hanya tidur 2-3 jam semalam”) dan merasa cemas akan kehilangan pekerjaan walaupun memiliki catatan kinerja pekerjaan yang baik. Ia baru-baru ini mengeluh kepada rekan-rekan sesama supir bis tentang kesulitan tidur yang ia alami dan khawatir kecelakaan bis karena mengantuk sewaktu mengemudikan bis. Ia menyatakan bahwa pekerjaannya telah menjadi hidupnya sekarang dan bahwa ia telah benar-benar mengabaikan sahabat-sahabatnya, kegemarannya membaca, dan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan gereja. Ia merasa bahwa ia berada dalam suatu lingkaran setan dari semua pekerjaannya dan tidak pernah bermain-main serta nampaknya tidak dapat keluar dari lingkaran setan itu. Ia tidak mengonsumsi alkohol atau obat-obatan dan ia baru-baru ini mundur dari klub kesehatan sehingga ia dapat berkonsentrasi pada tanggung jawab pekerjaannya.

Riwayat Perlakuan Masa Lalu: Bapak C tidak menerima perlakuan kesehatan mental apa pun di masa lalu. Tidak ada riwayat medis yang mencurigakan. Menerima pemeriksaan dan laporan fisik tahunan tanpa komplikasi.

Model Asesmen →	Alat-alat Skrining →	Tujuan Perlakuan		Rencana Perlakuan (Setting, format, durasi, frekuensi, strategi, dan somatik tx)
		Jangka Pendek →	Jangka Panjang →	
<i>BIO</i> →	Genogram			sesi tx individual selama 8 minggu menggunakan catatan kegiatan tidur; mengevaluasi Sinequan; mengevaluasi apnea tidur
<i>PSI</i> →	Status Mental	2.Mengurangi kecemasan	2.Mempertahankan teknik-teknik	2.Pasien rawat-jalan, tx individual selama 8

	Skala Kecemasan Klinis		pengurangan stres kerja	sesi menggunakan perilaku-kognitif
<i>SOS</i> →	Ekomap	3.Meningkatkan kontrak-kontrak sosial di luar pekerjaan	3.Mempertahankan jadwal rekreasi/waktu luang	3.Merujuk ke kalender kegiatan komunitas dan klub kesehatan; membangun keterampilan berteman
<i>BUDAYA</i> →	Ekomap	4.Mendorong kembali ke kegiatan-kegiatan sosial gereja	4.Meningkatkan keterlibatan dengan kelompok-kelompok spiritual/sosial baru	4.Merujuk ke kalender komunitas dan memberi bibliografi
Bagan tidur	1.Menstabilisasikan pola tidur	1.Mempertahankan siklus tidur rutin	1.Setting pasien rawat-jalan,	

DIAGNOSIS

AKSIS I: 300.02 Gangguan Kecemasan Umum (Fokus utama perlakuan)

V62.2 Masalah Pekerjaan sekunder hingga gangguan kecemasan

R/O 307.42 Insomnia Utama

AKSIS II: V71.09 Tidak ada Diagnosis pada Aksis II

AKSIS III Tidak ada tetapi mengevaluasi apnea tidur

AKSIS IV: Masalah Pekerjaan—tidak cocok dengan rekan-rekan sesama supir bis

AKSIS V: GAI: 60 (sedang; kesulitan dalam pekerjaan)

G. Pekerjaan Sosial dan Kecanduan Zat Kimiawi

Penggunaan obat-obatan dan alkohol pada dasarnya bukanlah suatu gangguan; akan tetapi, penggunaannya dapat menyebabkan ketergantungan psikologis atau fisik yang pada akhirnya menimbulkan masalah. Penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol mengganggu pemikiran orang-orang dan kemampuan-kemampuan mereka dalam melaksanakan peran-peran dan kewajiban-kewajiban sosial mereka. Orang-orang yang kecanduan obat-obatan dan alkohol sering menolak akibat-akibat dari kecanduan mereka, tanpa memperhitungkan akibat-akibat negatif dari perilaku mereka, dan mengembangkan suatu

jarak yang dekat dengan obat-obatan dan alkohol. Walaupun pelayanan-pelayanan penyembuhan khusus tersedia untuk membantu orang-orang yang menghadapi isu-isu kecanduan bahan-bahan kimiawi, masalah-masalah yang berkaitan dengan penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol serta kecanduan obat-obatan dan alkohol melintasi semua bidang-bidang praktek.

1. Ketergantungan alkohol dan obat-obatan

Obat-obatan psikoaktif mengubah keberfungsian normal otak. Depresan seperti alkohol, barbiturat, dan heroin mematikan respons tubuh. Alkohol adalah obat-obatan depresan yang paling banyak digunakan secara umum. Selanjutnya, alkohol memiliki suatu potensi yang sangat kuat untuk kecanduan. Penelitian menunjukkan bahwa beberapa kalangan rentan terhadap kecanduan alkohol karena warisan genetik mereka. Berbeda dengan depresan, stimulan meningkatkan intensitas reaksi. Stimulan seperti amfetamin dan kokain sangat mencandukan. Penggunaan methamfetamin dan kokain sangat umum terjadi. Penggunaan stimulan dapat menyebabkan halusinasi, delusi, dan gejala-gejala paranoid skizofrenia lainnya, suatu gangguan kejiwaan yang serius. Jenis ketiga obat-obatan psikoaktif, halusinogen—termasuk ganja (marijuana) dan lysergic acid diethylamide (LSD)—mengubah kesadaran dan mengganggu mekanisme-mekanisme pemrosesan informasi. Terakhir, ketergantungan zat-zat kimiawi juga dapat berasal dari penyalahgunaan obat-obatan yang tidak sesuai dengan resep dokter. Obat tidur, pil diet, cairan yang dihisap atau disemprotkan ke dalam lobang hidung, dan obat-obat demam dapat mengakibatkan “kecanduan apotik,” suatu bentuk penyalahgunaan obat-obatan yang tersembunyi.

DSM IV mengembangkan kriteria untuk menentukan apakah seseorang mengalami ketergantungan obat-obatan. Menurut DSM IV-TR, seseorang dinyatakan mengalami ketergantungan obat-obatan apabila memenuhi sekurang-kurangnya tiga kriteria berikut ini terjadi pada suatu waktu dalam periode waktu 12 bulan yang sama:

- Toleransi berkembang apabila penggunaan berlanjut terus
- Gejala-gejala menarik diri dialami apabila penggunaan dikurangi atau dihentikan
- Penggunaan dalam jumlah yang besar pada suatu periode waktu tertentu lebih lama dari yang dimaksudkan sebelumnya
- Keinginan yang lemah dan ketidakmampuan untuk mengendalikan penggunaan obat-obatan
- Kegiatan-kegiatan sehari-hari berpusat pada upaya memperoleh, menggunakan, dan memulihkan diri dari akibat-akibat penggunaan obat-obatan
- Kegiatan-kegiatan mengkonsumsi obat-obatan menggantikan kegiatan-kegiatan sosial, pekerjaan, atau hobi yang diharapkan
- Terus menerus menggunakan walaupun sudah mengetahui bahaya kecacatan fisik dan psikologis yang ditimbulkannya (American Psychiatric Association, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 350).

Penyalahgunaan obat-obatan tidak termasuk ciri-ciri ketergantungan obat-obatan sebagaimana didefinisikan oleh DSM IV-TR. Penyalahgunaan obat-obatan berkaitan dengan penggunaan obat-obatan yang berulang-ulang yang mengakibatkan munculnya satu atau lebih perilaku sebagai berikut: timbul kesulitan-kesulitan dalam berperan di dalam pekerjaan, sekolah, atau rumah, seperti absenteisme atau menerlantarkan anak; mengendarai kendaraan ketika sedang mabuk; berperilaku aneh; dan melawan serta masalah-masalah interpersonal lainnya (American Psychiatric Association, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 350).

Apabila orang-orang bergantung secara psikologis kepada suatu obat-obatan atau alkohol, mereka menggunakan obat-obatan atau alkohol, sebagai suatu cara untuk mengurangi ketegangan sehari-hari. Apabila orang-orang kecanduan atau bergantung secara fisik kepada obat-obatan atau alkohol, tubuh mereka mengembangkan suatu toleransi atas obat-obatan atau alkohol. Tubuh mereka menuntut dosis

yang lebih tinggi dan lebih tinggi lagi untuk mencapai efek tertentu. Apabila mereka menghentikan penggunaan obat-obatan atau alkohol, mereka menderita gejala-gejala menarik diri. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization) mengelompokkan kecacatan-kecacatan yang berkaitan dengan alkohol ke dalam tiga jenis masalah dalam keberfungsian yaitu, pertama, masalah-masalah fisik seperti penyakit liver; kedua, masalah-masalah psikologis seperti kecemasan atau kecacatan-kecacatan intelektual; dan ketiga, masalah-masalah sosial seperti kejahatan, relasi yang menegangkan, atau masalah-masalah di tempat kerja.

2. Prevalensi penyalahgunaan obat-obat terlarang

Survei Nasional Rumahtangga tentang Penyalahgunaan Obat-obatan (*The National Household Survey on Drug Abuse*), suatu proyek yang dikembangkan oleh Administrasi Pelayanan-pelayanan Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Obat-obatan (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA*), melaporkan prevalensi dan insidensi penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol di kalangan penduduk Amerika Serikat pada usia 12 tahun dan lebih. Menurut hasil survei pada tahun 2000 itu, diperkirakan sebanyak 15,9 juta penduduk menyalahgunakan obat-obatan dan alkohol selama periode survei. Angka penyalahgunaan obat-obatan di kalangan kelompok-kelompok ras dan etnis utama “di kalangan orang Kulit Hitam 7,4 persen, Kulit Putih 7,2 persen, dan Hispanic 6,4 persen. Penyalahgunaan obat-obatan akhir-akhir yang tertinggi ialah di kalangan orang Indian Amerika Serikat dan penduduk asli Alaska (9,9 persen)” dan di kalangan orang-orang yang memiliki ras ganda (12,6 persen) (SAMHSA, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 351).

Sekitar 48,3 persen orang-orang yang berusia 12 tahun dan lebih dilaporkan meminum alkohol selama periode survei (SAMHSA, 2002a, dalam DuBois & Miley, 2005: 351). Dari subkelompok sampel itu, hampir seperlima berpartisipasi di dalam minum yang mabuk-mabukan—lima kali minum atau lebih dalam kesempatan yang sama (SAMHSA, 2002b, dalam DuBois & Miley, 2005: 351). Dengan angka prevalensi 67,5 persen, usia 21 tahun ialah

usia yang paling rawan bagi penggunaan alkohol akhir-akhir ini, minum yang mabuk-mabukan, dan penggunaan alkohol yang sangat banyak (minum yang mabuk-mabukan yang berulang-ulang). Angka minum yang mabuk-mabukan dan penggunaan alkohol yang sangat banyak adalah yang tertinggi di kalangan orang-orang yang menganggur daripada orang-orang yang bekerja purna waktu. Para pakar pada umumnya menyimpulkan bahwa sekitar 10 persen populasi yang mengkonsumsi alkohol di Amerika Serikat adalah alkoholik. Grant (2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 351) melaporkan bahwa sekitar satu dari empat anak-anak (28,6 persen) terlibat dalam ketergantungan alkohol (alkoholik) atau penyalahgunaan alkohol di dalam keluarga dekat mereka.

Ketergantungan alkohol dan obat-obatan memiliki implikasi yang serius bagi individu dan masyarakat. Penyalahgunaan obat-obatan berkaitan dengan masalah-masalah kesehatan fisik dan kejiwaan yang signifikan, kehancuran keluarga, kejahatan, dan kenakalan. Selanjutnya, studi-studi penelitian memperlihatkan implikasi penyalahgunaan alkohol dalam kekerasan dalam rumahtangga, masalah-masalah kesehatan jiwa, kesulitan-kesulitan keluarga, penganiayaan dan penerlantaran anak, kejahatan, dan kenakalan (Barnes, Welt, & Hoffman, 2002; Caetano, Craig, Field, & Nelson, 2003; Johnson, Brems, & Burke, 2002; Schumacher, Fals-Stewart, & Leonard, 2003; Thomson, 2003; dalam DuBois & Miley, 2005: 351).

3. Populasi khusus dan penyalahgunaan alkohol

Penggunaan obat-obatan dan alkohol mempengaruhi manusia dari semua jalan kehidupan; akan tetapi, Anderson (1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 351) membedakan beberapa subkelompok yang mengalami kerentanan tertentu, termasuk para remaja, orang-orang lanjut usia, kaum perempuan, lesbian dan laki-laki gay, dan kalangan minoritas etnis. Karena para remaja sering mencoba-coba alkohol, program intervensi harus diarahkan pada usaha-usaha untuk mengurangi penggunaan alkohol itu. Orang-orang yang mengalami ketergantungan cenderung memiliki masalah-masalah di sekolah, bergaul dengan teman-teman

yang menggunakan obat-obatan, dan berasal dari keluarga yang memiliki sejarah penyalahgunaan obat-obatan.

Walaupun orang-orang lanjut usia cenderung tidak mengalami kecanduan, studi-studi menunjukkan bahwa 10 persen orang-orang yang berusia lebih dari 65 tahun adalah peminum alkohol yang bermasalah, dan sekitar 8 persen kecanduan alkohol (Vinton & Wambach, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 351). Masalah-masalah yang berkaitan dengan alkohol cenderung berlangsung seumur hidup atau suatu reaksi terhadap stres dan kehilangan-kehilangan yang berkaitan dengan usia lanjut. Pada kasus di atas, ketergantungan alkohol memperburuk komplikasi keberfungsian fisik dan psikososial.

Bagi kaum perempuan, alkoholisme berkaitan dengan stres kehidupan dan depresi, kemunculannya di kemudian hari, dan penyembuhannya harus sebelumnya. Keprihatinan khusus ialah banyaknya jumlah kaum perempuan yang berusia sedang mengasuh bayi (meneteki bayi) yang mengkonsumsi alkohol dan bayinya berpotensi mengalami sindrom alkohol fetal (janin mabuk alkohol). Penelitian terbaru memperlihatkan bahwa seringnya minum alkohol di kalangan kaum perempuan meningkat secara tajam (Centers for Disease Control and Prevention, 2003c, dalam DuBois & Miley, 2005: 352).

Stres kehidupan yang dialami oleh para lesbian dan laki-laki gay dipandang dapat meningkatkan kerentanan mereka terhadap alkoholisme. Selanjutnya, pemulihan dapat semakin terkomplikasikan oleh kurangnya program-program intervensi yang dirancang untuk para lesbian dan laki-laki gay yang alkoholik. Keengganan mereka untuk menceritakan isu-isu pribadi yang berkaitan dengan orientasi seksual mereka selama rangkaian penyembuhan atas ketergantungan bahan-bahan kimiawi dapat menambah komplikasi pemulihan mereka.

Perbedaan-perbedaan juga terjadi dalam kaita dengan status minoritas etnis. Orang-orang Amerika Serikat asli barangkali adalah yang paling serius dihindangi oleh alkoholisme. Perkiraan-perkiraan menunjukkan bahwa

angka alkoholisme di kalangan orang-orang Amerika Serikat asli jauh lebih tinggi daripada angka populasi umum (Beauvais, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 352). Bagi semua kaum minoritas etnis dan ras, pekerja sosial yang sensitif secara budaya mengembangkan program-program intervensi yang sesuai secara budaya.

4. Program pencegahan penyalahgunaan obat-obat terlarang

Pemrograman pencegahan berfokus pada usaha memperkuat individu-individu dan keluarga serta meningkatkan norma-norma masyarakat dalam melawan penggunaan obat-obatan. Program-program pencegahan juga menitikberatkan “faktor-faktor perlindungan” dan mengalihkan atau mengurangi faktor-faktor resiko yang diketahui (NIDA, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 353). Suatu paradigma ketahanan atau keunggulan (*a resilience paradigm*) bagi pencegahan remaja dari penyalahgunaan obat-obatan menitikberatkan suatu pendekatan yang berorientasikan kekuatan-kekuatan yang berbeda dengan intervensi tradisional yang berorientasikan faktor resiko. Dalam tinjauan kepustakaan mereka tentang model ketahanan atau keunggulan, Kaplan dan Turner (1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 353) mengidentifikasi factor-faktor pribadi, keluarga, sekolah, dan masyarakat yang berkaitan dengan ketahanan individu:

Faktor-faktor individual

- Temperamen yang lembut
- Kemampuan intelektual
- Ketangguhan diri sendiri
- Penilaian yang realistik terhadap lingkungan sosial
- Keterampilan-keterampilan pemecahan masalah bagi relasi sosial
- Memiliki arah yang jelas
- Memahami dan merespons perasaan-perasaan orang lain
- Humor
- Menjaga jarak dari orang-orang yang menimbulkan kesulitan

Faktor-faktor perlindungan keluarga

- Relasi yang positif dengan orang yang memperdulikan
- Lingkungan keluarga yang positif
- Harapan-harapan orangtua yang realistik
- Tanggung jawab di dalam rumahtangga
- Modeling ketahanan yang efektif dari orangtua
- Jejaring dukungan keluarga luas

Faktor-faktor perlindungan sekolah

- Keterlibatan dalam pengambilan keputusan sekolah
- Harapan prestasi siswa/mahasiswa yang tinggi secara realistik
- Suasana yang mendukung

Faktor-faktor perlindungan masyarakat

- Norma-norma masyarakat yang positif
- Sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang memadai bagi anak-anak dan keluarga

5. Peran pekerja sosial

Para praktisioner pekerjaan sosial yang bekerja di berbagai setting penyalahgunaan obat-obatan memberikan konseling individu dan keluarga serta rujukan-rujukan kepada pelayanan-pelayanan di bidang industri, pendidikan, hukum, dan sistem kesehatan. Badan-badan penyembuhan obat-obatan dewasa ini cenderung mempekerjakan pekerja sosial karena mereka memiliki lisensi dan peraturan-peraturan yang ketat, menggunakan asuransi untuk membiayai perawatan kesehatan, dan menekankan peningkatan para profesional yang disertifikasikan.

Ada beberapa syarat yang dibutuhkan untuk bekerja dengan orang-orang yang mengalami ketergantungan bahan-bahan kimiawi. Pertama, harus memiliki komitmen terhadap hak klien untuk menentukan nasibnya sendiri dan alat-alat penyembuhan yang meningkatkan hak klien untuk membuat pilihan-pilihan. Berikut ini adalah pedoman praktis untuk berpraktek di bidang kecanduan obat-obatan dan alkohol:

- Memahami faktor-faktor biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang berkaitan dengan kecanduan
- Menyadari tujuan penyembuhan yang berdimensi dua yaitu menghentikan penggunaan obat-obatan dan alkohol pada satu sisi, dan pada sisi lain memulihkan keberfungsian yang produktif pada keluarga, tempat kerja, dan masyarakat
- Menggunakan suatu pendekatan ekologis dalam perencanaan asesmen dan penyembuhan yang mempertimbangkan faktor-faktor seperti pengaruh-pengaruh sosial budaya, ras dan etnisitas, usia, jender, dan ketersediaan dukungan-dukungan sosial
- Mempromosikan strategi-strategi untuk meningkatkan motivasi pribadi dan dukungan sosial dalam rangka mendorong klien menyelesaikan program-program penyembuhan
- Menjamin transisi-transisi yang efektif bagi kelangsungan atau tindak lanjut program-program pasca penyembuhan awal
- Menerima fakta bahwa orang yang mengalami kecanduan sering membutuhkan pengalaman-pengalaman penyembuhan ganda dan berkala dalam proses pemulihannya

Bab 13

Pekerjaan Sosial dengan Keluarga dan Pemuda

Album foto keluarga pada tahun 2000-an tentu saja berbeda dari album foto pada tahun 1900-an. Di dalam album baru itu kita dapat melihat perubahan-perubahan di dalam struktur dan ukuran keluarga, serta kemajuan-kemajuan teknologi dalam pengambilan foto itu sendiri. Sepanjang abad yang lalu, perubahan-perubahan yang berlangsung dalam ekonomi dan angkatan kerja yang disebabkan oleh industrialisasi dan urbanisasi telah mengubah struktur keluarga. Sebagai contoh, dewasa ini banyak kaum perempuan bekerja di luar rumah, jumlah orangtua tunggal meningkat secara tajam, dan komposisi keluarga tidak lagi keluarga batih tradisional. Namun demikian, satu gambaran tidak berubah: Relasi primer di dalam keluarga tetap merupakan landasan bagi kesejahteraan makhluk manusia. Keluarga membesarkan dan mensoalisasikan anak-anak. Sebenarnya, keluarga adalah bagian yang integral dari perkembangan semua manusia, keberfungsian badan-badan sosial lain, dan masyarakat sebagai keseluruhan.

Untuk mendeskripsikan peran pekerjaan sosial dalam kaitan dengan keluarga, bab ini menyajikan informasi tentang keluarga kontemporer atau modern termasuk bentuk-bentuk, peran-peran, dan pelayanan-pelayanan yang berpusatkan keluarga; anak salah asuh; bermacam jenis pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak; pekerjaan sosial sekolah; dan pelayanan-pelayanan bagi pemuda-remaja.

A. Keluarga Modern

Konsep keluarga telah berubah dari suatu kelompok kekerabatan dasar yang terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, atau sekelompok orang-orang yang diikat oleh darah, perkawinan, atau adopsi, menjadi suatu konsep yang lebih inklusif. Baru-baru ini, istilah *keluarga* mencakup sekelompok yang terdiri dari dua atau lebih orang yang memandang relasi mereka sebagai keluarga dan mengemban tanggung jawab serta kewajiban yang berkaitan dengan keanggotaan keluarga (NASW, 1999h, dalam DuBois & Miley, 2005: 359). Dengan demikian, suatu keluarga dapat terdiri dari sekelompok orang yang tidak berkaitan satu sama lain

yang namun demikian mendefinisikan diri mereka sebagai suatu keluarga karena ikatan emosional mereka. Penjajakan perubahan-perubahan dalam bentuk-bentuk keluarga, fungsi-fungsi, peran-peran, dan siklus kehidupan keluarga membantu kita memahami isu-isu tentang keluarga modern.

1. Variasi-variasi bentuk keluarga

Banyak kalangan memandang komposisi keluarga batih tradisional yang terdiri dari ayah dan ibu serta anak-anak mereka sebagai struktur yang normal dari suatu keluarga. Namun demikian, gambaran Biro Sensus Amerika Serikat menunjukkan bahwa 82 persen laki-laki dan 67 persen perempuan berusia 20 hingga 24 tahun tidak pernah menikah, dan 29 persen laki-laki dan 19 persen perempuan berusia 30 hingga 34 tahun belum pernah menikah (Kreider & Field, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 359). Data terbaru menunjukkan bahwa sekitar 50 persen laki-laki yang menikah berakhir dengan perceraian; banyak pasangan yang menikah memutuskan untuk tidak memiliki anak. *Cohabitation* (kohabitasi, hidup bersama dalam serumah, kumpul kebo) juga mengubah kehidupan keluarga (Scommegna, 2002: 1, dalam DuBois & Miley, 2005: 359). “Diperkirakan 40 persen anak-anak di Amerika Serikat tinggal dengan ibu mereka yang tidak menikah dan pacar ibunya beberapa waktu sebelum ulang tahunnya yang ke-16”. Perceraian dan pernikahan ulang benar-benar sangat mengubah struktur keluarga. Keluarga saat ini terdiri dari berbagai bentuk, termasuk keluarga campuran (*blended family*), orangtua tunggal, keluarga gay dan lesbian, dan keluarga multigenerasi.

2. Fungsi-fungsi keluarga

Walaupun keluarga-keluarga orangtua tunggal, campuran, gay dan lesbian, dan multigenerasi berbeda dengan keluarga-keluarga batih tradisional, namun demikian keluarga-keluarga tersebut di atas merupakan alternatif yang terus dapat memenuhi syarat-syarat peran dan harapan-harapan fungsional keluarga. Sementara bentuk-bentuk keluarga berubah, fungsi-fungsi dan peran-peran keluarga tetap relatif konstan.

Keluarga merupakan unit dasar suatu masyarakat yang melaksanakan tanggung jawab fungsional dalam produksi ekonomi, pembuatan anak, pengasuhan anak, pendidikan, dan sosialisasi. Lebih dari dua abad yang lalu, perubahan dari suatu masyarakat yang pada dasarnya agraris menjadi suatu ekonomi yang diarahkan oleh pasar membuat keluarga-keluarga menjadi konsumen yang mencari nafkah. Ketergantungan ekonomi pada tenaga kerja di dunia kerja, seiring dengan naik-turunnya pasar, telah menggantungkan kemandirian ekonomi. Walaupun lembaga-lembaga masyarakat mengemban lebih banyak tanggung jawab bagi pendidikan, pemeliharaan kesehatan, dan distribusi barang-barang serta pelayanan-pelayanan, sistem keluarga tetap sentral dalam organisasi masyarakat.

Walaupun persekolahan publik saat ini melayani fungsi pendidikan, sosialisasi dini anak-anak terus merupakan fungsi keluarga. Keluarga merupakan konteks sosial utama bagi pengembangan kepribadian, pembelajaran perilaku prososial, meningkatkan keterampilan-keterampilan sosial, dan mengembangkan pola-pola komunikasi. Dewasa ini, keluarga terus memberikan lingkungan yang nyaman dan aman untuk menjamin kesejahteraan fisik dan emosional bagi semua anggotanya. Secara optimal, keluarga berfungsi sebagai penyangga antara anggota-anggotanya dan masyarakat, suatu tempat pengasingan diri yang aman dimana anggota-anggota keluarga dapat berkumpul kembali dan memulihkan semangat.

3. Peran-peran keluarga

Semua anggota keluarga harus memenuhi peran-peran tertentu untuk menjamin keberfungsian keluarga yang efektif. Peran-peran anggota keluarga mendefinisikan pola-pola perilaku yang penting bagi interaksi keluarga yang berkompeten. Pembagian peran-peran kepada anggota-anggota keluarga tertentu bergantung pada variabel-variabel kebudayaan, jenis kelompok keluarga, dan posisi keluarga di dalam siklus kehidupannya.

Keluarga dapat mengakses dukungan-dukungan pelayanan sosial apabila, apa pun alasan-alasannya, mereka tidak mampu memenuhi syarat-syarat peran mereka masing-masing (Kadushin & Martin, 1988, dalam DuBois & Miley, 2005: 364).

Orangtua, anak-anak dan masyarakat masing-masing memiliki peran-peran dan kewajiban-kewajiban yang khas di dalam jaringan keluarga. Pada umumnya, peran pengasuhan menuntut orangtua memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar anak-anak mereka, termasuk makanan, perumahan, perawatan kesehatan, dan keselamatan, serta kebutuhan-kebutuhan emosional. Orangtua harus mendorong perkembangan intelektual, sosial, dan spiritual anak-anak mereka. Orangtua juga mensosialisasikan anak-anak mereka dengan memberikan interaksi dan disiplin keluarga yang tepat.

Anak-anak memainkan suatu peran dalam sosialisasinya sendiri. Anak-anak memiliki suatu kewajiban untuk mempelajari sikap-sikap dan nilai-nilai, mengembangkan perilaku yang dapat diterima, dan bekerjasama dengan orangtuanya dan anggota-anggota keluarga lainnya:

Ketika kemampuan anak memungkinkan untuk melaksanakan peran dan kewajiban ini, orangtua, bukan tidak mungkin, mengharapkan untuk mengembangkan respons timbal balik dari anak-anak yang memberikan kasih sayang, kenikmatan, dan kenyamanan kepada orangtua. Anak-anak yang terus menerus menahan diri dari, atau tidak mampu, merespons perasaan kepada orangtua yang memperlihatkan kasih sayang dapat menimbulkan bahaya bagi bertumbuhnya ketidakpuasan orangtua dalam relasi dengan anak-anak mereka. (Kadushin & Martin, 1988: 14, dalam DuBois & Miley, 2005: 364).

Peran masyarakat dapat mewakili kepentingan-kepentingan anak-anak. Kewajiban masyarakat nampak dalam bentuk melindungi anak-anak melalui tindakan-tindakan seperti mengatur atau memberi lisensi

pelayanan-pelayanan rawat siang dan melarang penganiayaan anak serta mencegah tindakan yang mempekerjakan anak. Masyarakat menyediakan sumberdaya-sumberdaya bagi anak-anak melalui program-program seperti asuransi sosial, berbagai bentuk bantuan publik, perawatan eksehatan, sekolah, dan program-program rekreasi. Apabila masyarakat gagal memenuhi kewajiban-kewajiban ini, tindakan sosial dibutuhkan (Kadushin & Martin, 1988: 14, dalam DuBois & Miley, 2005: 365).

Kegagalan anggota-anggota keluarga memenuhi syarat-syarat peran mereka dapat menyebabkan kehancuran dalam keberfungsian keluarga. Kadushin dan Martin (1988, dalam DuBois & Miley, 2005: 365) mengidentifikasi delapan jenis masalah yang dapat menghambat pemenuhan kebutuhan akan pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak:

- *Peran orangtua yang kosong.* Ketiadaan salah satu orangtua, apakah sementara atau selamanya, meninggalkan suatu kekosongan di dalam peran pengasuhan. Ketiadaan salah satu orangtua mempengaruhi kemampuan keluarga untuk berfungsi tanpa menyesuaikan diri dengan sistem orangtua-anak. Peran-peran yang kosong ini dapat terjadi karena kematian salah satu orangtua, dirawat di rumah sakit, ditahan di penjara, bekerja di luar negeri, mengikuti dinas kemiliteran, bercerai, atau perkawinan tidak sah.
- *Ketidakmampuan orangtua.* Orangtua tidak mampu melaksanakan perannya selaku orangtua secara memuaskan karena ketidakmampuan fisik, kejiwaan, atau emosional. Ketidakmampuan-ketidakmampuan ini meliputi ketidakdewasaan emosional, sakit, kendala fisik, keterbelakangan, ketergantungan bahan-bahan kimiawi, dan kurangnya informasi yang memadai tentang pengasuhan anak. Orangtua yang tidak mampu memberikan pengasuhan kepada anak-anak dapat memperoleh pelayanan dari sumberdaya-sumberdaya perbaikan, pendidikan, dan pengganti.

- *Penolakan peran.* Penolakan peran orangtua yang tiba-tiba, baik karena sudah dipikirkan sebelumnya maupun melalui pelepasan peran yang pasif, cenderung terjadi ketika orangtua merasa terbelenggu atau terbebani oleh tugas-tugas pengasuhan anak. Hasilnya ialah sikap acuh tak acuh, penerlantaran, penganiayaan, pengabaian, dan melarikan diri tanggung jawab pengasuhan.
- *Konflik antar-peran.* Konflik-konflik antar-peran terjadi karena ketidaksepakatan antara ibu dan ayah tentang tanggung jawab pengasuhan anak dan harapan-harapan yang bertentangan tentang gaya pengasuhan. Beberapa contoh dari konflik-konflik semacam ini antara lain ialah perdebatan antara pemberian pengasuhan versus pencari nafkah, dilema kasih sayang versus penanaman disiplin, dan keseimbangan antara kebutuhan anak versus energi pengasuhan.
- *Konflik inter-peran.* Kadang-kadang orang-orang mengalami konflik antara peran-peran pengasuhan dan peran-peran kedinasan atau sosial lainnya. Tuntutan-tuntutan kedinasan, kewajiban-kewajiban social, dan harapan-harapan pengasuhan antargenerasi dapat menimbulkan konflik dengan tugas-tugas dan kewajiban-kewajiban pengasuhan anak.
- *Masalah transisi peran.* Transisi-transisi atau peralihan-peralihan yang dihadapi oleh orangtua mempengaruhi pelaksanaan peran-peran mereka. Perubahan-perubahan dalam status perkawinan, pekerjaan, susunan keluarga, atau gaya-gaya hidupnya emuanya memberikan tantangan-tantangan penyesuaian yang dapat menimbulkan gangguan-gangguan peran.
- *Ketidakmampuan atau hambatan anak.* Anak-anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan khusus antara lain seperti anak-anak yang mengalami penyakit

fisik, keterbelakangan mental, angguia emosional, atau kondisi-kondisi lain yang membutuhkan pengasuhan yang intensif, menempatkan tuntutan-tuntutan peran yang luar biasa pada anggota-anggota keluarganya. Anak semacam ini menimpakan kepada orangtuanya suatu beban pengasuhan, pengetahuan khusus, kesabaran dan pengendalian yang luar biasa yang dalam keadaan normal seharusnya mereka harapkan disediakan oleh masyarakat, dan kemungkinan dikurangnya pemenuhan kebutuhan-kebutuhan anak. Anak-anak juga dapat merupakan sumber masalah-masalah keluarga apabila keluarga menolak peran-peran mereka atau sebaliknya mengalami konflik-konflik peran—sebagai contoh, antara tuntutan orangtuanya versus tuntutan teman-teman sebayanya.

- *Kekurangan sumberdaya-sumberdaya masyarakat.* Kondisi-kondisi masyarakat dan tekanan-tekanan lingkungan seperti perumahan yang tidak memadai, pengangguran, kemiskinan, diskriminasi, pelayanan-pelayanan kesehatan dan kemanusiaan yang tidak terjangkau sebaliknya dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk berfungsi.

4. Pelayanan-pelayanan berpusat keluarga

Badan-badan sosial pelayanan keluarga mencakup sejumlah besar program-program dan pelayanan-pelayanan yang mencerminkan misinya yang berpusatkan keluarga. Pelayanan-pelayanan keluarga antara lain meliputi konseling keluarga, individu, dan kelompok; pendidikan kehidupan keluarga; bantuan keuangan; program asistensi kerja; dan advokasi keluarga serta perubahan social. Persoalan-persoalan yang dialamatkan oleh pelayanan-pelayanan keluarga antara lain mencakup kekerasan dalam rumahtangga, feminisasi kemiskinan; kecanduan; akibat-akibat dari susunan keluarga alternatif termasuk keluarga-keluarga orangtua tunggal dan campuran; akibat-akibat ketegangan di dalam keluarga; dan pola-pola komunikasi yang tidak dapat menyesuaikan diri. Orang-orang tertarik bekerja di dalam pelayanan-pelayanan keluarga

membutuhkan pengetahuan khusus tentang sistem keluarga dan proses-proses komunikasi, dampak susunan keluarga alternatif (keluarga-keluarga orangtua tunggal dan campuran) terhadap keberfungsian keluarga, dan pengaruh peralihan-peralihan di dalam kehidupan keluarga.

5. Perspektif sistem keluarga

Intervensi dengan sistem keluarga berfokus pada keluarga sebagai suatu unit. Pendekatan sistem mempertimbangkan dinamika relasi di antara anggota-anggota keluarga dan di antara anggota-anggota keluarga dengan lingkungannya. Ketegangan-ketegangan muncul ketika individu anggota keluarga mengalami kesulitan, ketika anggota-anggota keluarga mengalami kesulitan dalam menghadapi anggota-anggota keluarga satu sama lain, atau ketika keluarga atau salah seorang anggotanya mengalami masalah-masalah yang bersumber dari lingkungan. Idealnya, keluarga memberikan suatu keseimbangan antara ketegangan pada satu sisi dan kemampuan anggota-anggota keluarga untuk saling menyesuaikan diri pada sisi lain.

Ketika mempertimbangkan *sistem keluarga antargenerasi*, pekerja sosial menjajaki cara-cara dimana kekuatan-kekuatan antargenerasi membentuk interaksi-interaksi keluarga. Penjajakan semacam dapat dengan cara mempelajari pengaruh sistem keluarga antargenerasi terhadap relasi dan perilaku serta dapat mencakup suatu rencana untuk membedakan generasi yang satu dari generasi yang lain secara lebih tajam.

Tujuan pendekatan ini ialah untuk memahami relasi struktural keluarga sebagai suatu unit dan pola-pola komunikasi di antara anggota-anggota keluarga. Dinamika struktural di dalam keluarga antara lain meliputi peran-peran yang dilaksanakan oleh setiap anggota keluarga, peraturan-peraturan yang mengatur keberfungsian umum keluarga, dan jejaring komunikasi keluarga.

Seperangkat relasi interpersonal yang rumit pasti terjadi di dalam sistem keluarga. *Batas-batas peran* mendefinisikan perilaku-perilaku yang spesifik dan diharapkan dari masing-masing anggota keluarga. Masalah-masalah keluarga muncul ketika batas-batas ini tidak jelas atau dibuat terlalu ketat. Seks, usia, dan generasi sering mendefinisikan bagaimana keluarga melaksanakan peran-perannya. Sebagai contoh, membiarkan fungsi-fungsi pengasuhan orangtua hanya pada ibu dapat menciptakan pertengkaran keluarga ketika ibu mencari pekerjaan di luar rumah atau ingin melanjutkan sekolah/kuliah kembali. Begitu pula, anggota-anggota keluarga yang memiliki dua pekerjaan sekaligus barangkali harus meningkatkan peran pengasuhannya sebagai pencari nafkah dan harapan-harapan mereka yang wajar. Keluarga-keluarga lain barangkali tidak mampu melaksanakan peran-peran pengasuhan karena sesuatu hal. Sebagai contoh, ketika keluarga gagal melaksanakan peran-peran pengasuhan atau kurang memahami peran-peran pengasuhan, anak-anak tidak terurus dengan baik atau bahkan mengalami penerlantaran.

Peraturan-peraturan keluarga merupakan alat ukur perilaku bagi anggota-anggota keluarga dan bagi masyarakat. Ketika peraturan-peraturan semacam itu tidak ada, akibatnya ialah ketidakjelasan atau kebingungan. Pada satu sisi, ketika anggota-anggota keluarga menegakkan peraturan-peraturan secara kaku, kemarahan dan permusuhan dapat meletus. Peraturan-peraturan keluarga menspesifikasikan harapan-harapan perilaku; peraturan-peraturan itu seharusnya tidak boleh digunakan untuk mengendalikan secara paksa anggota-anggota keluarga.

Komunikasi yang efektif di dalam keluarga bersumber dari garis-garis komunikasi yang terbuka dan fleksibel di antara semua anggota-anggota keluarga. Komunikasi yang tertutup, seperti mendiamkan, satu arah,, atau pesan berantai, adalah tidak efektif. Dalam usaha mereka meningkatkan komunikasi, keluarga dan pekerja sosial dapat menargetkan untuk mengubah pola-pola

komunikasi yang tertutup yang mendorong koalisi dan aliansi, relasi segitiga, dan agenda tersembunyi (maksud-maksud terselubung). Dalam suatu pendekatan perlakuan keluarga, intervensi-intervensi merajut kembali struktur keluarga, menciptakan pola-pola komunikasi yang lebih efektif, dan mengembangkan batas-batas struktural yang realistik. Pada akhirnya, tujuan perlakuan keluarga ialah untuk mencapai kesatuan keluarga.

Dalam praktek yang berpusatkan pada keluarga, sejumlah prinsip-prinsip ekologi memandu pekerja sosial dan klien secara bersama-sama. Pekerja sosial memandang masalah-masalah yang dialami oleh keluarga-keluarga sebagai kesulitan-kesulitan dalam transaksi-transaksi di antara sistem-sistem sosial, atau sebagai gangguan-gangguan perkembangan:

- Intervensi bergerak dari suatu model sebab tunggal yang sederhana atau solusi tunggal kepada suatu model umpan balik perubahan.
- Pengalaman-pengalaman kehidupan dan jejaring pemberian bantuan alamiah keluarga merupakan abgian yang integral dari proses perubahan. Strategi-strategi intervensi harus memandang keluarga sebagai sumberdaya-sumberdaya dan memanfaatkan partisipasiaktif anggota-anggota keluarga untuk meningkatkan level keberfungsian yang berkompeten keluarga.
- Perspektif ekosistem memandang bahwa perubahan-perubahan di dalam suatu lingkungan keluarga atau pada suatu perilaku anggota keluarga dapat menimbulkan perubahan-perubahan yang signifikan di dalam sistem keluarga sebagai suatu keseluruhan.
- Dalam memilih strategi-strategi atau metodologi-metodologi intervensi, adalah penting untuk memperhatikan prinsip-prinsip keseimbangan, yang menyatakan bahwa terdapat banyak cara yang menghasilkan hasil yang sama. (Hartman & Laird, 1983, dalam DuBois & Miley, 2005: 370).

Sesuai dengan prinsip-prinsip ekologi ini, praktek pekerjaan sosial yang berpusatkan pada keluarga memandang perubahan di dalam keberfungsian keluarga atau anggota-anggotanya, di dalam struktur sosial di atas mana keluarga-keluarga bergantung pada sumberdaya-sumberdaya dan kesempatan-kesempatan untuk bertumbuh dan di dalam relasi-relasi transaksional di antara berbagai sistem sosial.

6. Dukungan pekerjaan sosial kepada keluarga

Ikatan Pekerja Sosial Amerika Serikat (*National Association of Social Workers, NASW*) mengadvokasikan kebijakan-kebijakan berikut ini yang memberikan dukungan kepada keluarga:

- Pekerjaan penuh dan setara
- Pendidikan masa awal anak-anak dan kehidupan keluarga
- Pemberian pengasuhan yang berkualitas kepada anak-anak dan anggota-anggota keluarga yang lanjut usia
- Perumahan yang terjangkau dan terbeli
- Pemberian uang cuti kepada keluarga untuk membayar biaya pengobatan
- Pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan yang komprehensif
- Bantuan penghasilan dan pajak yang mencerminkan kesetaraan jender
- Pencegahan yang berpusatkan keluarga dan pelayanan-pelayanan yang berorientasikan perlakuan untuk mengalamatkan isu-isu yang berkaitan dengan penganiayaan dan penerlantaran (NASW, 1999h, dalam DuBois & Miley, 2005: 370).

Sebagaimana dikatakan oleh Briar-Lawson (1998), “ketika sistem-sistem yang dirancang untuk melayani keluarga-keluarga gagal, keluarga-keluarga tidak dapat berhasil” (DuBois & Miley, 2005: 370). Keluarga-keluarga membutuhkan jejaring keselamatan sosial dan ekonomi; oleh karena itu, pekerja sosial harus berada di

garis terdepan dalam mengadvokasikan kebijakan-kebijakan publik yang responsif terhadap keluarga.

Kebijakan dukungan keluarga yang dikembangkan oleh pekerjaan sosial dibangun di atas sejumlah prinsip yang berkaitan dengan relasi di antara keluarga-keluarga dan lembaga-lembaga sosial. Dukungan-dukungan yang fundamental bagi keluarga-keluarga antara lain meliputi hak-hak ekonomi dan sosial seperti bantuan-bantuan penghasilan, ketenagakerjaan, pendidikan, dan perawatan kesehatan. Akses kepada pelayanan-pelayanan harus disediakan tanpa bias atau pelanggaran hak-hak sipil, dengan demikian menegaskan pluralisme kebudayaan. Dalam rangka mengalamatkan hakekat keluarga dan kebutuhan-kebutuhan keluarga yang kompleks, sistem-sistem membutuhkan para profesional yang berkompeten di dalam sektor publik dan privat untuk menyelenggarakan pelayanan-pelayanan dalam kemitraan dengan keluarga-keluarga. Pelayanan-pelayanan harus mencakup sejumlah besar pilihan-pilihan yang siap diakses. Di atas semua itu, kesejahteraan keluarga harus merupakan fokus sentral dari semua lembaga-lembaga sosial termasuk sekolah, dunia kerja, lembaga-lembaga kesehatan, rumah-rumah ibadah, dan media.

B. Anak Salah Asuh

Baru-baru ini saja salah asuh anak (*child maltreatment*) menerima pengakuan sebagai suatu masalah sosial, walaupun sejarah penganiayaan dan penerlantaran anak sudah lama sekali. Salah asuh anak berlangsung sepanjang semua ras, etnis, dan kelompok-kelompok keagamaan dan ditemukan pada semua lapisan masyarakat. Statistik kejadian salah asuh anak meningkat, tetapi tidak mengagetkan, yang mempertimbangkan memburuknya kekerasan di dalam masyarakat kita. Dimana sekali keluarga menjauhkan anggota-anggotanya dari kekerasan masyarakat, kekerasan yang terjadi dewasa ini menghantui relasi-relasi keluarga dan merusak tempat perlindungan keluarga yang aman dan nyaman bagi anak-anak.

1. Definisi hukum penganiayaan dan penerlantaran anak

Undang-undang Pencegahan dan Perlakuan Penganiayaan Anak Amerika Serikat, yang sudah diamandemen pada tahun 1996, mendefinisikan penganiayaan dan penerlantaran anak sebagai suatu tindakan atau kegagalan untuk bertindak:

- Yang mengakibatkan resiko luka yang serius dan tetap, kematian, luka fisik atau emosional yang serius, penganiayaan seksual, atau eksploitasi
- Terhadap seorang anak (seseorang yang berusia di bawah 18 tahun, kalau tidak undang-undang perlindungan anak negara bagian dimana anak membuktikan usia yang lebih muda untuk kasus yang tidak melibatkan penyaniiaan seksual)
- Oleh orangtua atau pengasuh (termasuk petugas suatu panti asuhan atau orang lain yang menyelenggarakan pengasuhan luar panti) yang bertanggung jawab atas kesejahteraan anak-anak (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 372).

Undang-undang negara bagian menerbitkan definisi hukum tentang penganiayaan dan penerlantaran anak. Undang-undang sipil “mendeskripsikan keadaan-keadaan dan kondisi-kondisi yang mewajibkan para pelapor yang diberi kewenangan untuk melaporkan kasus-kasus penganiayaan yang diketahui atau diduga, dan mereka memberikan definisi yang dibutuhkan kepada pengadilan remaja/keluarga untuk mengasuh seorang anak yang diduga mengalami salah asuh” (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 372). Undang-undang kriminal menggunakan keadaan-keadaan dimana salah asuh anak mengakibatkan tindakan di dalam peradilan kriminal.

Semua 50 negara bagian dan Districk of Columbia telah menerbitkan suatu undang-undang pelaporan yang menjelaskan penganiayaan anak, mengindikasikan apa yang harus dilaporkan, dan rincian prosedur pelaporan. Walaupun undang-undang tentang penganiayaan dan penerlantaran anak bervariasi dari satu negara bagian ke negara bagian lain, undang-undang ini semuanya

menyaratkan pekerja sosial dan para profesional lain untuk melaporkan dugaan penganiayaan dan penerlantaran anak kepada pihak yang berwenang. Pekerja sosial harus menyadari kewajiban-kewajiban hukum dan potensi dilema etik yang terjadi dalam melaporkan penganiayaan anak. Sebagai contoh, beberapa peraturan memberi kewenangan untuk melaporkan “sebab yang masuk akal yang diyakini” atau “dugaan yang masuk akal” sementara peraturan-peraturan lain hanya menyaratkan orang yang melaporkan “mengetahui atau menduga” (Smith, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 372). Selanjutnya, ada akibat-akibat hokum apabila gagal melaporkan: “Kebanyakan negara bagian telah mengkriminalisasikan kegagalan untuk melaporkan penganiayaan anak dan untuk derajat yang lebih kecil, beberapa negara bagian juga memungkinkan gugatan sipil yang didasarkan atas kegagalan seseorang untuk melaporkan” (McLeod & Polowy, 2000: 12, dalam DuBois & Miley, 2005: 372). Di bawah ini disajikan beberapa langkah praktis yang dapat ditempuh oleh pekerja sosial untuk menyiapkan diri dalam berpraktek di bidang pelayanan penganiayaan dan penerlantaran anak:

- Mengidentifikasi ketentuan-ketentuan hukum negara bagian tertentu yang dapat diterapkan
- Mengenal indikator-indikator penganiayaan dan penerlantaran anak
- Memahami proses-proses dan prosedur-prosedur pelaporan
- Memelihara catatan-catatan yang rinci dan akurat
- Mengidentifikasi prosedur-prosedur badan sosial, konsultan supervisor, dan sumberdaya-sumberdaya konseling hukum (McLeod & Polowy)

2. Jenis-jenis penyaniayaan dan penerlantaran anak

Penganiayaan dan penerlantaran anak ialah salah asuh anak oleh para pelaku pengasuhan primer. Salah asuh anak pada dasarnya masuk ke dalam kategori-kategori

penyaniayaan fisik, penyaniayaan emosional, penerlantaran fisik, dan penerlantaran emosional.

- *Penganiayaan fisik* meliputi suatu cedera yang diinginkan atau yang tidak disengaja yang bersumber dari tindakan yang membahayakan oleh orangtua atau pengasuh, seperti meninju, memukul, menggoyang, menendang, membakar, atau mencubit. Indikator-indikator penganiayaan fisik dalam pengasuhan meliputi suatu cerita tentang cedera yang tidak sesuai dengan fakta, menunda pemebrian perlakuan, dan bukti cedera ganda dalam berbagai tahap penyembuhan.
- *Penganiayaan emosional* ialah perilaku orangtua atau pengasuh yang secara sadar bermaksud menyakiti anak-anak secara emosional. Contoh dari perilaku semacam ini antara lain menolak, meneror, mengabaikan, mengkambinghitamkan, mengucilkan, atau mengkorupsi anak-anak.
- *Penerlantaran fisik* ialah suatu kegagalan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar anak-anak atau kurangnya pengawasan yang dalam beberapa hal mempertaruhkan kesehatan dan keselamatan anak-anak. Kategori-kategori penerlantaran antara ialah pengabaian fisik (misalnya, pengabaian atau kegagalan memberikan perawatan eksehatan), pengabaian pendidikan (misalnya, membolehkan tidak bersekolah selama bertahun-tahun atau kegagalan mendaftarkan anak di sekolah), dan penerlantaran emosional (misalnya, kegagalan memberikan pengasuhan dan kasih sayang yang memadai atau membolehkan anak menyaksikan penganiayaan pasangan). Penerlantaran dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan, hambatan belajar, hambatan perkembangan fisik, kegagalan dalam melaksanakan sesuatu, dan berbagai macam masalah-masalah kesehatan.
- *Penganiayaan seksual*, yang sering didiamkan oleh pelaku orang dewasa yang mengintimidasikan

ancaman-ancaman dan penggunaan kekuatan kepada anak, antara lain meliputi berbagai tindakan seksual yang termasuk menyentuh kemaluan, bersanggama, perkawinan sedarah, pemerkosaan, sodomi, dan pornografi anak.

3. Faktor-faktor yang menyumbang bagi salah asuh anak

Model ekologis mempertimbangkan suatu interaksi yang kompleks di antara factor-faktor yang terdapat di dalam berbagai level sistem (Bethea, 1999; Hansen, Sedlar, & Warner-Rogers, 1999; Wiehe, 1996; dalam DuBois & Miley, 2005: 374). Karakteristik orangtua yang menyumbang bagi salah asuh anak antara lain ialah rendahnya harga diri, terbatasnya toleransi terhadap frustrasi, kesepian atau keterasingan, harapan-harapan yang tidak sesuai dan erring kaku terhadap perilaku anak-anak, keyakinan-keyakinan yang ebrkaitan dengan hukuman, kurangnya empati terhadap anak-anak, serta pengetahuan yang kurang memadai tentang tingkat-tingkat perkembangan anak. Alkohol dan obat-obatan memainkan suatu peran yang signifikan dalam salah asuh anak. Perkiraan menunjukkan bahwa “anak-anak yang orangtuanya menyalahgunakan alkohol dan obat-obatan cenderung tiga kali lebih sering dianiaya dan empat kali lebih sering diterlantarkan daripada anak-anak yang orangtuanya tidak menyalahgunakan alkohol dan obat-obatan” (Child Welfare League of America, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 374). Kosumsi alkohol dapat mengakibatkan orangtua mengabaikan norma-norma perilaku dan mengabaikan tanggung jawab pengasuhannya.

Relasi dan jejaring kekerabatan merupakan sumberdaya-sumberdaya yang penting bagi keluarga. Kekuatan relasi-relasi interpersonal dan dukungan-dukkungan sosial dapat mengurangi penganiayaan; kurangnya dukungan social menambah ketegangan dan keterkucilan, dua faktor yang dapat meningkatkan salah asuh anak. Konflik atas perubahan harapan-harapan peran dan konflik khususnya karena anak-anak nampaknya memperparah kekerasan. Stres, pengangguran, masalah-masalah perkawinan,

isolasi sosial, dan sejarah kekerasan keluarga juga dapat memainkan suatu peran.

Sambil tetap mempertimbangkan pengaruh-pengaruh level mikro, faktor-faktor sosial seperti kualitas masyarakat dan ketetangaan, kepolisian, sistem peradilan kriminal, badan-badan sosial yang terdapat di dalam sistem penyelenggaraan pelayanan sosial, dan dunia kerja semuanya mempengaruhi keluarga. Temuan-temuan penelitian menunjukkan bahwa stres akibat pengangguran memicu semua jenis penganiayaan. Masyarakat sebaliknya menyumbang bagi penganiayaan apabila masyarakat merespons secara tidak efektif terhadap masalah. Faktor-faktor seperti tingginya tingkat kekerasan di dalam masyarakat, termasuk kekerasan dalam rumah tangga, cenderung menyumbang bagi salah asuh anak. Kemiskinan disebut sebagai masalah kedua setelah keterlibatan dalam penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan menurut para pejabat kesejahteraan anak (Children's Defense Fund, 2000a, dalam DuBois & Miley, 2005: 375). Selanjutnya, "pemahaman bahwa orangtua memiliki hak untuk mengasuh anak-anaknya sesuai dengan kemampuannya, di dalam privasi rumahnya, merupakan suatu tradisi yang berakar dalam di dalam sejarah Amerika Serikat" (Vondra, 1990: 25, dalam DuBois & Miley, 2005: 375).

4. Efek psikologis salah asuh anak

Efek-efek psikologis dari penganiayaan dan penerlantaran terhadap anak-anak sangat luar biasa (Lowenthal, 1999; Thomas, Leicht, Hughes, et al., 2003; dalam DuBois & Miley, 2005: 374). Sebagai contoh, anak-anak yang mengalami penganiayaan dapat mengalami kesulitan-kesulitan dalam mengatur dan mengungkapkan emosinya; menghindari hubungan-hubungan sosial yang erat dengan cara menarik diri, menghindari kontak mata, dan perilaku-perilaku yang hiperaktif atau tidak sesuai; dan berperilaku provokatif dan agresif. Mereka juga dapat mengalami gangguan-gangguan dalam memelihara hubungan-hubungan sosial yang erat dan kesulitan-kesulitan dalam belajar. Anak-anak yang mengalami salah asuh sering berpikir secara

negatif tentang dirinya sebagai pembelajar, mengalami harga diri yang rendah, dan memperlihatkan tingkat motivasi yang rendah dalam pencapaian sekolah (Lowenthal).

5. Penganiayaan seksual anak-anak

Penganiayaan seksual mencakup serangkaian tindakan yang salah memperlakukan dan menyalahgunakan seksual (*sexual maltreatment and misuse*) oleh anggota-anggota keluarga dan orang lain. Penganiayaan seksual mencakup pencabulan, pemerkosaan, pornografi anak, perkawinan sedarah, dan pelacuran anak. Melalui berbagai undang-undang hak-hak azasi manusia internasional, masyarakat dunia searang menyadari bahwa semua anak-anak memiliki suatu hak yang fundamental terhadap perlindungan dari penganiayaan seksual (Levesque, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 375).

Di Amerika Serikat, gambaran-gambaran yang didasarkan atas suatu hasil survei Gallup yang berskala nasional pada tahun 1995 terhadap 1000 orangtua “mengungkapkan bahwa 1,1 juta anak-anak per tahun dipaksa untuk melakukan hubungan seksual, pernah disentuh secara seksual, atau pernah dipaksa melakukan sentuhan seksual oleh orang dewasa atau anak yang lebih tua” (American Medical Association, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 375). The American Academic of Pediatrics (2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 376) melaporkan bahwa sekurang-kurangnya 1 dari 5 orang perempuan dewasa dan 1 dari 10 orang laki-laki dewasa dilaporkan pernah dianiaya secara seksual pada masa anak-anak. Perbandingan proyeksi kejadian ini dengan angka aktual yang dilaporkan menyatakan bahwa hanya sebagian kecil penganiayaan seksual anak-anak dilaporkan kepada pihak-pihak yang berwenang.

Penganiayaan seksual anak-anak mencakup perilaku seksual yang menggunakan kekerasan yang melibatkan seorang anak dan kegiatan seksual antara seorang anak dan seseorang yang “lebih tua” (misalnya, berusia 5 tahun atau lebih) daripada anak sebagai pemuasan

seksual orang yang lebih tua (Browne & Finkelhor, 1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 375). Perilaku-perilaku seksual dapat mencakup kontak seksual, kontak mulut dan alat kelamin, dan hubungan seksual. Perkawinan sedarah (*incest*), atau penganiayaan antarkeluarga, mengacu kepada kontak seksual apabila orang-orang yang terlibat itu masih berkaitan keluarga; serangan seksual dan penyalahgunaan di luar keluarga adalah istilah-istilah yang digunakan apabila pelaku penganiayaan tidak berkaitan keluarga dengan anak. Dalam kasus-kasus perkawinan sedarah, tindakan itu biasanya hasil dari “otoritas” orang dewasa (Damon & Card, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 375).

Sejumlah faktor resiko telah diidentifikasi berkaitan dengan penganiayaan seksual anak-anak; namun demikian, tidak satu pun dari faktor-faktor itu memiliki hubungan yang cukup kuat dengan terjadinya penganiayaan dimana adanya hubungan itu dapat memainkan suatu peran yang menerangkan atau mengaburkan pengidentifikasian kasus-kasus actual” (Finkelhor, 1993: 67, dalam DuBois & Miley, 2005: 375). Faktor-faktor resiko yang dimaksudkan ialah:

- usia sebelum remaja
- perempuan
- adanya kehadiran ayah tiri
- tidak adanya orangtua (salah satu orangtua) kandung
- ibu cacat, sakit, atau bekerja
- relasi yang buruk antara orangtua dan anak yang korban
- konflik atau kekerasan orangtua (Finkelhor)

Suatu tinjauan penelitian di bidang penganiayaan seksual anak-anak memperlihatkan bahwa dampak-dampak awal dari penganiayaan seksual anak-anak dapat mencakup perasaan-perasaan ketakutan, kemarahan dan permusuhan, serta bersalah dan ragu-ragu (Browne & Finkelhor, 1986; Graverholtz, 2000; dalam DuBois & Miley, 2005: 375). Gejala-gejala perilaku menunjukkan

kecemasan dan ketegangan, serta meliputi perilaku seksual yang tidak senonoh. Masalah-masalah di sekolah, membolos dari sekolah, lari dari rumah, dan kenakalan sering muncul sebagai suatu reaksi terhadap penganiayaan seksual. Respons-respons yang nampak meliputi perasaan-perasaan dikhianati, stigmatisasi, atau ketidakberdayaan. Dampak-dampak jangka panjang meliputi depresi, perilaku yang menghancurkan diri sendiri, bunuh diri, kecemasan, dan rendahnya harga diri. Selain itu, orang-orang dewasa yang pernah dianiaya secara seksual mengalami kesulitan-kesulitan dalam relasi-relasi interpersonal baik dengan laki-laki maupun dengan perempuan, mempercayai orang lain, hubungan intim secara seksual, dan pengasuhan. Mereka juga dapat lebih rentan terhadap viktimisasi lebih lanjut di dalam relasi-relasi lain. Pengalaman dianiaya secara seksual pada masa anak-anak meningkatkan kemungkinan terlibat dalam pelacuran dan penyalahgunaan obat-obat terlarang.

Tinjauan Browne dan Finkelhor (1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 375). juga menyatakan faktor-faktor yang menyumbang bagi respons anak-anak terhadap penganiayaan seksual. Penelitian menunjukkan bahwa dampaknya lebih buruk apabila pelaku penganiayaan itu adalah ayah atau ayah tiri dari anak tersebut, apabila relasinya melibatkan kontak alat kelamin, apabila pelaku penganiayaan itu menggunakan paksaan atau memasuki anak, dan apabila sistem perlindungan anak memindahkan anak dari rumahnya.

C. Pelayanan-pelayanan Kesejahteraan Anak

Pada umumnya kesejahteraan anak mencakup pelayanan-pelayanan yang berkaitan dengan semua aspek kesejahteraan anak, termasuk melindungi dan mempromosikan perkembangan kesehatan, sosial, dan psikologisnya, memperkuat keluarga, dan mengalamatkan kondisi-kondisi sosial yang buruk yang mengganggu perkembangan kesehatan anak (Liederman, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 376). Profesi pekerjaan sosial mendominasi di dalam bidang sistem penyelenggaraan pelayanan sosial ini. Pekerja sosial yang ingin bekerja di bidang kesejahteraan anak membutuhkan

pengetahuan spesialis tentang perkembangan anak yang normal dan yang tidak normal serta tentang faktor-faktor kontekstual yang mempengaruhi perkembangan, bagaimana anak-anak merespons terhadap trauma dan stres, dan undang-undang kesejahteraan anak.

Masyarakat memiliki campur tangan atas hak-hak pengasuhan dan kewenangan di dalam setiap situasi dimana salah asuh anak terjadi. Campur tangan yang diberi kewenangan sosial ini meliputi mengalokasikan sumberdaya-sumberdaya bagi intervensi-intervensi pelayanan yang berbasis keluarga dan membatasi atau bahkan mencabut hak-hak orangtua untuk mengasuh anak-anaknya secara otonomi. Pada dasarnya pelayanan-pelayanan menuntut koordinasi pengadilan remaja dan unit pelayanan perlindungan suatu Instansi Sosial (Dinas Sosial).

1. Undang-undang kesejahteraan anak

Sistem kesejahteraan anak ialah suatu jaringan pelayanan-pelayanan publik dan privat yang dipengaruhi undang-undang kesejahteraan anak pemerintah pusat dan pemerintah negara bagian. Pelayanan-pelayanan langsung meliputi konseling, rawat siang yang memberikan perlindungan dan bukan perlindungan, pelayanan-pelayanan pengangkatan anak, pelayanan-pelayanan penyelidikan dan perlindungan penganiayaan anak, pengasuhan rumah atau kelompok, perlakuan panti asuhan, program-program para remaja yang sudah menjadi orangtua, dan pendidikan kehidupan keluarga. Badan-badan sosial kesejahteraan anak juga mengamalkan pengembangan perencanaan dan program serta mengadvokasikan perubahan sosial yang akan meningkatkan perkembangan kesehatan anak-anak. Dengan menelusuri perubahan-perubahan selama periode 20-an tahun, kita dapat mengidentifikasi perubahan-perubahan yang signifikan dalam filosofi dan prioritas-prioritas perundang-undangan.

Undang-undang Bantuan Adopsi dan Kesejahteraan Anak tahun 1980 menitikberatkan perencanaan permanensi. Undang-undang itu mengarahkan kembali usaha-usaha bangsa untuk memperkuat keluarga dalam

mengurus anak-anak mereka sendiri dan mengembangkan penempatan yang permanen yang sesuai apabila pengasuhan keluarga tidak memungkinkan. Reformasi dalam sistem kesejahteraan sosial anak ini mendorong para profesional untuk meyakini bahwa tidak ada anak yang boleh diadopsi, dan usaha-usaha untuk menemukan rumah permanen bagi anak-anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan khusus telah membeikan suatu makna baru di dalam penyelenggaraan pelayanan-pelayanan. Filosofi ini memandu pemrograman pelayanan-pelayanan:

- Idealnya, anak harus tetap tinggal di rumahnya dengan dukungan pelayanan keluarga yang sesuai.
- Apabila keselamatan anak mengharuskannya untuk tinggal sementara di luar rumah, usaha-usaha pelayanan harus menitikberatkan “reunifikasi” anak dengan keluarganya secepat mungkin.
- Pekerja sosial harus mulai mencabut hak-hak pengasuhan dan mengusahakan rencana-rencana permanen bagi anak apabila usaha-usaha reunifikasi gagal.

Undang-undang yang sama menegaskan pelayanan-pelayanan untuk mejamin keberhasilan usaha-usaha perencanaan permanensi, termasuk pelayanan-pelayanan yang berbasis rumah, pelayanan-pelayanan pengangkatan anak, orangtua asuh, dan pelayanan-pelayanan yang berbasis panti.

Undang-undang tentang penganiayaan anak bermula dengan pengesahan Undang-undang Pencegahan dan Perlakuan Penganiayaan Anak pada tahun 1974. Undang-undang ini telah direvisi dan diubah beberapa kali. Pelayanan-pelayanan yang dijamin di dalam amandemen tahun 1996 merinci suatu pendekatan yang komprehensif yang

- Mengintegrasikan pekerjaan badan-badan dan lembaga-lembaga pelayanan sosial, hukum, kesehatan, kesehatan jiwa, pendidikan, dan penyalahgunaan obat-obatan

- Memperkuat koordinasi di antara semua tingkat pemerintahan dengan badan-badan privat; organisasi-organisasi masyarakat, keagamaan, dan profesional; dan para relawan individual
- Menitikberatkan kebutuhan akan pencegahan penyalahgunaan dan penerlantaran, asesmen, penyelidikan, dan perlakuan pada tingkat masyarakat lokal
- Memberikan dukungan pelatihan yang memadai dengan pengetahuan yang spesial untuk melaksanakan tugas-tugasnya dalam perlindungan anak
- Sensitif terhadap keberagaman etnis dan kebudayaan (Administration for Children and Families, n.d., dalam DuBois & Miley, 2005: 378).

2. Pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak

Kadushin dan Martin (1988, dalam DuBois & Miley, 2005: 378) mengorganisasikan pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak yang banyak ini ke dalam suatu kerangka kerja dukungan, tambahan, dan pengganti (lihat Tabel 13.1).

Pelayanan-pelayanan dukungan (supportive services) bagi keluarga ialah dukungan-dukkungan pelayanan sosial ring satu yang mengalami masalah-masalah dalam kesejahteraan anak. Pelayanan-pelayanan ini meningkatkan relasi anak dan orangtua serta memperkuat kemampuan-kemampuan orangtua untuk mempertahankan atau memperkuat keluarga dan mempertahankan anak tetap tinggal di rumahnya sendiri. Keluarga dapat mengakses pelayanan-pelayanan dukungan dari badan-badan sosial yang memberikan konseling keluarga, klinik bimbingan anak, dan pelayanan-pelayanan kesehatan jiwa masyarakat.

Bagi keluarga yang anaknya diambil dari rumahnya, pelayanan-pelayanan dukungan memfasilitasi reunifikasi keluarga. Tujuan yang ingin dicapai di dalam situasi-situasi perlindungan ini ialah memperkuat peran-peran pengasuhan sehingga orangtua dapat mengurus anaknya secara memadai, dengan cara-cara yang dapat diterima

secara sosial. Contoh tambahan dari pelayanan-pelayanan dukungan ialah pendidikan kehidupan keluarga dan pelayanan-pelayanan lain bagi orang dewasa yang memberikan mereka informasi untuk mendukung mereka dalam melaksanakan peran-eran pengasuhan.

Pelayanan-pelayanan pelengkap (supplementary services) memenuhi beberapa bagian dari pengasuhan orangtua yang hilang. Pelayanan-pelayanan pelengkap merupakan “pertahanan ring dua yang dibutuhkan apabila pengasuhan orangtua tidak dapat dilaksanakan secara memadai tetapi susunan keluarga dengan pelayanan-pelayanan pelengkap semacam itu maka anak dapat terus tinggal di rumah tanpa membahayakan” (Kadushin, 1980: 27, dalam DuBois & Miley, 2005: 379). Sebagai contoh, pelayanan-pelayanan pemeliharaan rumah, perlindungan keluarga, dan pelayanan-pelayanan perlindungan rawat siang yang meningkatkan fungsi-fungsi pengasuhan anak. Idealnya, para penyelenggara pelayanan-pelayanan pelengkap bergabung dengan orangtua untuk meningkatkan kemampuan-kemampuan orangtua dalam mengasuh anak. Program-program pemeliharaan penghasilan, khususnya program-program asuransi sosial membantu orangtua dalam melaksanakan tanggung jawab memperoleh penghasilan.

Pelayanan-pelayanan pengganti (substitutive services) menggantikan peran-peran pengasuhan di dalam keluarga. Penggantian oleh keluarga atau ketentuan-ketentuan tinggal lain berarti bahwa “ada orang lain yang mengambil alih semua aspek-aspek peran pengasuhan” (Kadushin, 1980: 313, dalam DuBois & Miley, 2005: 379). Pelayanan-pelayanan pengganti sering menuntut suatu perubahan dalam pengasuhan anak secara hukum, perubahan sistem pengasuhan, keputusan tanggung jawab pengasuhan, atau pencabutan hak-hak pengasuhan. Contoh pelayanan-pelayanan pengganti antara lain ialah penempatan di luar rumah, orangtua asuh, adopsi, dan pelayanan-pelayanan rumah singgah atau panti asuhan bagi anak-anak.

Tabel 13.1
Pelayanan-pelayanan Keluarga

Pelayanan-pelayanan	Tujuan	Asumsi	Contoh
Pelayanan-pelayanan yang memelihara atau memperkuat keluarga	Mendukung orangtua dalam memenuhi peran-peran pengasuhan	Keluarga memiliki hak untuk mengasuh anaknya sendiri	Pelayanan-pelayanan yang berbasisan rumah: konseling keluarga, pendidikan orangtua, pengasuhan pengganti
Pelayanan-pelayanan yang meningkatkan keefungsian keluarga	Melengkapi peran-peran pengasuhan apabila terdapat kekurangan-kekurangan	Anak memiliki hak untuk berkembang di dalam lingkungan keluarga yang sehat	Pembantu orangtua, pelayanan-pelayanan pemeliharaan rumah, pelayanan-pelayanan perlindungan rawat siang, pemeliharaan penghasilan
Pelayanan-pelayanan yang memberikan penempatan anak sementara atau permanent di luar rumah	Menggantikan orangtua apabila orangtua tidak dapat memenuhi peran-peran pengasuhan	Anak memiliki hak atas pengasuhan yang memadai dan lingkungan yang aman	Orangtua asuh, pengasuhan kelompok, rumah singgah, pengasuhan rumah, panti asuhan, perencanaan permanensi

3. Pencegahan primer

Usaha-usaha pencegahan di dalam pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak memperoleh pengakuan dengan disahkannya Undang-undang Pencegahan dan Perlakuan

Penyalahgunaan Anak pada tahun 1974. Undang-undang ini secara khusus menuntut suatu usaha yang berskala nasional dan terkoordinasi untuk mengidentifikasi, memperlakukan, dan mencegah salah asuh anak. Undang-undang ini juga mengesahkan kebijakan-kebijakan bagi pengumpulan data tentang kejadian salah asuh anak, menciptakan suatu komisi penyebarluaran informasi tentang pencegahan dan perlakuan penganiayaan dan penerlantaran anak, dan menyaratkan pelatihan bagi para petugas kesejahteraan anak. The National Center on Child Abuse and Neglect didirikan untuk mengimplementasikan tujuan undang-undang, memantau prakarsa-prakarsa pemerintah pusat dan pemerintah negara bagian di dalam pencegahan dan perlakuan penganiayaan dan penerlantaran anak, dan mendukung program-program penelitian serta pencegahan primer yang inovatif.

Semua keluarga memperoleh keuntungan dari pelayanan-pelayanan yang diarahkan pada pencegahan kehancuran keluarga dan salah asuh anak serta mempromosikan keberfungsian keluarga yang sehat. Model-model promosi menitikberatkan penguasaan dan pengembangan kemampuan-kemampuan. “Dengan membangun berdasarkan kekuatan-kekuatan, bukan hanya memperbaiki kerusakan-kerusakan, orang-orang semakin dapat menyesuaikan diri bukan hanya dalam menghadapi peristiwa-peristiwa kehidupan yang sulit tetapi juga dalam mengembangkan tujuan-tujuan yang berorientasikan pertumbuhan dan mencapai aspirasi-aspirasi pribadi” (Dunst, Trivette, & Thompson, 1991: 31, dalam DuBois & Miley, 2005: 379).

Pencegahan primer memperkuat kemampuan-kemampuan keluarga, mempromosikan praktek-praktek pengasuhan anak yang positif, dan mengembangkan sumberdaya-sumberdaya masyarakat untuk mempertahankan keberfungsian keluarga yang sehat. Pencegahan penganiayaan anak bertujuan untuk mengurangi angka kejadian salah asuh anak. Bidang-bidang program yang menyumbang bagi suatu strategi pencegahan yang sehat ialah sebagai berikut:

- Program-program dukungan bagi orangtua baru, yang memberikan pendidikan dalam perkembangan anak, relasi orangtua dan anak, serta relasi orang dewasa; informasi tentang sumberdaya-sumberdaya masyarakat; dan program-program yang meningkatkan ikatan batin orangtua dan anak serta stimulasi anak;
- Pendidikan bagi orangtua yang diarahkan pada pengembangan jejaring social dan kelangsungan pemberian pelatihan dalam pengasuhan anak dan perkembangan anak, pelayanan-pelayanan kunjungan rumah, dan program-program dukungan pendidikan spesial;
- Pemeriksaan dan perlakuan anak dan keluarga sejak dini dan secara teratur;
- Kesempatan-kesempatan pengasuhan anak, termasuk pengasuhan kedaruratan, pengganti, dan yang berorientasikan krisis;
- Pelatihan keterampilan-keterampilan kehidupan bagi anak-anak dan dewasa muda dalam bidang-bidang perkembangan anak, manajemen keluarga, perkembangan diri, metode-metode pemberian bantuan, pendidikan seks, keluarga berencana, dan isu-isu yang berkaitan dengan pengasuhan;
- Kelompok-kelompok swabantu dan dukungan-dukungan masyarakat lainnya;
- Pelayanan-pelayanan dukungan keluarga, termasuk program-program pengasuhan krisis, program-program yang berbasis rumah, pelayanan-pelayanan konseling, informasi sumberdaya masyarakat, dan perawatan kesehatan;
- Kegiatan-kegiatan pengorganisasian masyarakat;
- Informasi dan pendidikan publik tentang pencegahan penganiayaan anak. (Family Resource Coalition, n.d., Families and Child Abuse Prevention section, dalam dalam DuBois & Miley, 2005: 380).

4. Sistem dukungan dan pemeliharaan keluarga

Tujuan hibah pemerintah pusat bagi pelayanan-pelayanan dukungan keluarga dan pemeliharaan keluarga ialah dua hal--untuk memperkuat keluarga dan mencegah penganiayaan anak. Pelayanan-pelayanan dukungan keluarga ialah pelayanan-pelayanan propaktif yang berbasiskan masyarakat yang dirancang untuk mengurangi ketegangan dan membantu orangtua mengasuh anak-anak mereka sebelum krisis terjadi. Pelayanan-pelayanan pencegahan ini bervariasi dari satu pengasuhan pengganti kepada pendidikan kesehatan kepada pemeriksaan perkembangan kepada program-program lain yang dapat membantu orangtua melakukan kegiatan-kegiatan pengasuhan anak. Pelayanan-pelayanan pemeliharaan keluarga adalah pelayanan-pelayanan yang berbatas waktu, berpusatkan keluarga, dan berbasiskan rumah yang membantu keluarga menghadapi krisis atau masalah yang mengganggu kemampuan-kemampuan orangtua dalam menghadapi anak-anak mereka secara efektif. Pelayanan-pelayanan pemeliharaan keluarga ini bertujuan untuk mencegah penempatan anak-anak di luar rumah dengan cara menjamin keselamatan anak-anak di dalam keluarganya sendiri (Roditti, 1995; Tracy, 1995; dalam dalam DuBois & Miley, 2005: 380).

Didasarkan atas suatu perspektif yang berorientasikan kekuatan-kekuatan dan yang berfokuskan keluarga, The Children's Bureau mengemukakan prinsip-prinsip bagi prakarsa-prakarsa dukungan keluarga dan pemeliharaan keluarga:

- Kesejahteraan dan keselamatan anak-anak dan semua anggota keluarga harus dipertahankan sambil tetap memperkuat dan mempertahankan keluarga sedapat mungkin. Menkung keluarga adalah cara terbaik dalam mempromosikan perkembangan anak-anak yang sehat.
- Pelayanan-pelayanan berfokus pada keluarga sebagai suatu keseluruhan, yang berusaha mengidentifikasi, meningkatkan, dan menghormati kekuatan-kekuatan keluarga; bukan berfokus pada kelemahan-kelemahan atau

disfungsi-disfungsi keluarga. Para penyelenggara pelayanan bekerja dengan keluarga sebagai mitra dalam mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan-kebutuhan individu dan keluarga.

- Pelayanan-pelayanan diakses dengan mudah (sering diselenggarakan di dalam setting-setting yang berbasis rumah atau masyarakat, yang menggunakan jadwal yang cocok dengan jadwal orangtua) dan diselenggarakan sedemikian rupa dengan cara yang menghormati perbedaan-perbedaan kebudayaan dan masyarakat.
- Pelayanan-pelayanan fleksibel dan responsif terhadap kebutuhan-kebutuhan nyata keluarga. Hubungan-hubungan dengan berbagai dukungan dan pelayanan yang lebih luas di luar sistem kesejahteraan anak (misalnya, perumahan, perlakuan penyalahgunaan obat-obat terlarang, kesehatan jiwa, kesehatan, pelatihan kerja, pengasuhan anak) pada dasarnya sangat penting dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dan anak-anak.
- Pelayanan-pelayanan adalah berbasis masyarakat dan melibatkan organisasi-organisasi masyarakat dan warga masyarakat (termasuk orangtua) sesuai dengan rancangan dan cara penyampaiannya.
- Pelayanan-pelayanan cukup intensif untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dan menjaga keselamatan anak-anak. Tingkat intensitas yang disyaratkan untuk mencapai tujuan-tujuan ini sangat bervariasi antara pelayanan-pelayanan pencegahan (dukungan keluarga) dan pelayanan-pelayanan krisis. (Roditti, 1995: 1048-1049, dalam DuBois & Miley, 2005: 382).

Program-program pemeliharaan keluarga sangat bervariasi; namun demikian, kebanyakan mencakup bantuan-bantuan jangka pendek, pekerjaan yang intensif dengan keluarga dan beban kasus yang jumlahnya sedikit, tersedia 24 jam, dan serangkaian pelayanan-pelayanan yang mencakup pendidikan, koseling, advokasi, pelatihan keterampilan-keetrampilan, dan

rujukan kepada sumberdaya-sumberdaya masyarakat lainnya. Beberapa program menggunakan suatu pendekatan tim, yang menyatukan kepakaran para profesional pekerjaan sosial, paraprofesional, dan keluarga.

5. Rawat siang

Rawat siang (*day care*) menyaratkan penyesuaian-penyesuaian lebih sedikit di dalam kehidupan sehari-hari anak-anak dan merupakan suatu bagian yang integral dari dukungan keluarga dan pemeliharaan keluarga (Roditti, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 385). Pelayanan-pelayanan rawat siang bagi anak-anak dapat bersifat *perlindungan (protective)*—memberikan pengasuhan kepada anak-anak yang dianiaya dan diterlantarkan—atau bersifat bukan *perlindungan (nonprotective)*—memberikan pengasuhan kepada anak-anak yang orangtuanya bekerja atau sebagai pengasuhan pengganti dari tanggung jawab pengasuhan. Rawat siang mencakup serangkaian program-program, yang termasuk bantuan-bantuan bagi anak-anak yang orangtuanya bekerja; bagi dukungan-dukkungan selama peralihan-peralihan kehidupan yang normal; bagi sumberdaya-sumberdaya dan dukungan-dukkungan tambahan seperti program pengasuhan dan pengasuhan pengganti; bagi asistensi spesialis, termasuk pelayanan-pelayanan yang berbasiskan keluarga, program-program bagi remaja yang sudah menjadi orangtua, dan pengasuhan krisis; dan bagi pelayanan-pelayanan pelengkap di dalam konteks pemeliharaan keluarga dan pelayanan-pelayanan perlindungan anak. Pelayanan-pelayanan dapat diebrikan pada pusat-pusat rawat siang, di dalam rumah-rumah pribadi yang memiliki izin usaha, atau di dalam rumah-rumah kelompok. Perlakuan siang (*day treatment*) ialah suatu jenis khusus rawat siang yang memberikan terapi yang intensif bagi populasi sasaran tertentu, seperti anak-anak yang mengalami masalah-masalah perilaku dan gangguan-gangguan kejiwaan.

Pengasuhan krisis (crisis nurseries) mempertahankan kapasitas 24 jam untuk merespons kebutuhan-kebutuhan krisis atau pengganti keluarga untuk mencegah salah

asuh anak. Pengasuhan-pengasuhan krisis memberikan orangtua suatu kesempatan untuk meninggalkan anaknya di suatu tempat yang aman selama krisis jangka pendek. Pengasuhan-pengasuhan semacam ini berfungsi sebagai sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang tidak menghukum yang mencegah terjadinya penganiayaan dan penerlantaran anak pada saat dilanda ketegangan.

6. Keluarga asuh

Penempatan anak-anak di panti-anti asuhan an jenis pengasuhan luar rumah lainnya seperti rumah-rumah kelompok dan fasilitas-fasilitas residensial kecil adalah suatu pilihan pengasuhan pengganti yang bersifat sementara. Keluarga asuh memberikan rencana-rencana atau persiapan-persiapan tinggal yang bersifat jangka pendek bagi anak-anak di dalam suatu setting rumah keluarga ketika anak-anak tidak dapat tinggal dengan keluarganya dengan aman.

Penempatan anak-anak di dalam rencana-rencana atau persiapan-persiapan tinggal di luar rumah keluarganya terjadi karena sejumlah alasan, antara lain:

- Ketidakmampuan dan ketidakmauan orangtua untuk melanjutkan tanggung jawab pengasuhannya
- Membahayakan anak yang disebabkan oleh penganiayaan atau penerlantaran
- Ketiadaan orangtua yang disebabkan oleh kematian, pengabaian, atau dipenjarakan
- Orangtua mengalami sakit fisik atau jiwa yang serius
- Kesulitan-kesulitan orangtua yang disebabkan masalah-masalah alkohol dan obat-obatan
- Masalah-masalah perilaku, kepribadian, atau fisik anak-anak

Tanpa memandang masalah yang mendorong penempatan keluarga asuh, anak-anak mengalami kebingungan dan trauma apabila mereka dipisahkan dari keluarga alamiahnya. Pelayanan-pelayanan keluarga asuh memberikan suatu jaring keselamatan kedaruratan

bagi anak-anak yang dianiaya dan diterlantarkan ketika keluarganya bekerja menuju reunifikasi.

7. Pengasuhan rumah dan pengasuhan panti

Pekerja sosial menyusun alternatif-alternatif bagi pengasuhan keluarga apabila kebutuhan-kebutuhan anak menuntut pengasuhan spesialis yang hanya diberikan melalui pelayanan-pelayanan luar rumah. “Pelayanan-pelayanan pengasuhan kelompok sering diberikan di bawah naungan badan-badan sosial publik, sukarela, nirlaba, dan milik pribadi, di dalam sistem kesejahteraan anak, kesehatan mental anak, dan peradilan remaja, yang sama dengan populasi pemuda/remaja” (Whittaker, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 391). The Child Welfare League of America (1981, dalam DuBois & Miley, 2005: 391) mendeskripsikan tiga jenis pengasuhan kelompok bagi anak-anak:

- *Pengasuhan kelembagaan (institutional care)* bagi anak-anak meliputi perlakuan di dalam panti-panti (lembaga-lembaga, balai-balai) pengasuhan total yang besar bagi anak-anak yang memperlihatkan masalah-masalah perilaku dan emosional yang parah. Pada dasarnya, panti-panti ini adalah panti-panti (lembaga-lembaga, balai-balai) masyarakat remaja atau kesehatan mental anak yang diselenggarakan oleh negara bagian. Melayani suatu populasi negara bagian keseluruhan, panti-panti ini melayani sejumlah besar anak-anak di suatu lokasi yang sentral. Program-program panti mencakup semua aspek kehidupan sehari-hari, membeikan pengasuhan dan perlakuan, bekerja dengan orangtua seama penempatan, dan memebrikan kegiatan-kegiatan pasca-penempatan untuk membantu anak-anak ketika kembali kepada keluarga dan masyarakat dengan penuh keberhasilan.
- *Perlakuan residensial (residential treatment)* memberikan suatu lingkungan kelompok terapeutik bagi anak-anak yang mengalami gangguan-gangguan emosional yang tidak dapat dilayani secara efektif di dalam pelayanan-pelayanan keluarga pengganti yang

kurang intensif. Pada dasarnya fasilitas-fasilitas perlakuan residensial ditempatkan di dalam masyarakat setempat. Badan-badan sosial nirlaba mensponsori banyak program ini. Seperti pelayanan-pelayanan luar rumah, fasilitas-fasilitas perlakuan residensial memberikan pemrograman residensial yang berbasiskan masyarakat kepada para pemuda/remaja dan keluarganya.

- *Pelayanan-pelayanan rumah kelompok (group home care)* diberikan di bawah naungan badan-badan pelayanan rumah kelompok. Banyak rumah-rumah kelompok memberikan suatu lingkungan yang mirip rumah dalam rumah-rumah tiruan yang ditempatkan di pemukiman umum. Masing-masing rumah kelompok melayani sejumlah kecil anak-anak atau remaja. Atas alasan apa pun, pengasuhan keluarga asuh tidak sesuai bagi anak-anak. Karena kebutuhan-kebutuhan mereka, populasi yang muda ini memperoleh keuntungan dari suatu kombinasi antara pelayanan kehidupan kelompok dan pelayanan-pelayanan spesialis.

8. Pengangkatan anak

The Child Welfare League of America menegaskan bahwa adopsi atau pengangkatan anak ialah suatu cara menemukan keluarga bagi anak-anak, bukan menemukan anak bagi keluarga (Cole, 1985, dalam DuBois & Miley, 2005: 392). Anak-anak memenuhi persyaratan untuk diangkat sebagai anak apabila orangtua biologisnya, atas alasan apa pun, melepaskan hak-haknya secara sukarela atau apabila tindakan-tindakan pengadilan mencabut hak-hak pengasuhannya. Kerabat biologis mengangkat sejumlah besar anak yang memenuhi persyaratan untuk diangkat. Pihak penengah atau perantara, seperti badan-badan sosial yang memiliki izin usaha, merencanakan penempatan dan pengangkatan anak-anak. Badan-badan sosial penengah yang sah itu semuanya berstatus nirlaba. Di dalam kenyataan, pengangkatan anak yang bertujuan mencari keuntungan adalah ilegal atau tidak sah di semua wilayah hukum di Amerika Serikat.

Jumlah anak-anak, khususnya bayi, yang siap untuk diangkat sebagai anak berkurang. Tidak ada lagi perasaan bahwa suatu stigma dilekatkan atas kelahiran diluar pernikahan, banyak perempuan memilih membesakan anaknya daripada memberikannya kepada orang lain untuk diangkat sebagai anak. Penitikberatan pada hak-hak orangtua untuk memperoleh pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak mendukung usaha-usaha mereka dalam memberikan pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak kepada anak-anak mereka sendiri.

Pada dasarnya proses pengangkatan anak meliputi delapan langkah yang antara lain meliputi:

- Mengidentifikasi seorang anak yang cocok untuk diangkat sebagai anak
- Membebaskan anak untuk diangkat secara hukum
- Membuat persiapan-persiapan pengangkatan anak
- Memilih keluarga angkat
- Menempatkan anak
- Memberikan dukungan-dukungan pelayanan pasca-penempatan
- Memantapkan pengangkatan anak secara hukum
- Memberikan pelayanan-pelayanan pasca-pengangkatan anak kepada anak angkat (Cole, 1985, dalam DuBois & Miley, 2005: 392).

Sebelumnya, kalangan profesional yakin bahwa peran mereka akan berakhir seiring dengan selesainya aspek-aspek hukum dari serangkaian panjang proses pengangkatan anak. Akan tetapi, baru-baru ini banyak kalangan mempelajari pelayanan-pelayanan pasca-pengangkatan anak sebagai suatu cara untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga angkat yang berlangsung terus menerus (Watson, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 393). Pelayanan-pelayanan pasca-pengangkatan anak secara hukum meliputi bekerja dengan keluarga selama periode peralihan permulaan atau apabila timbul kesulitan, memberikan pelayanan-pelayanan yang mengantisipasi kebutuhan-kebutuhan perkembangan anak angkat pada tahap-tahap kunci di dalam

perkembangan kehidupan mereka, dan memberikan bantuan apabila anak yang diangkat itu ingin ditempatkan pada orangtua biologisnya. Dukungan-dukunagn sosial formal dan informal nampaknya memainkan suatu peran yang sangat penting dalam pengangkatan anak yang berhasil (Groze, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 393).

9. Kontinuum pelayanan-pelayanan kesejahteraan anak

Kontinuum pilihan-pilihan pelayanan keluarga bervariasi mulai dari usaha-usaha pendidikan masyarakat yang menjangkau semua keluarga hingga pelayanan-pelayanan penempatan spesialis bagi anak-anak yang mengalami kebutuhan-kebutuhan khusus (Laird & Hartman, 1985, dalam DuBois & Miley, 2005: 393). Kontinuum ini meliputi program-program pencegahan primer yang menguntungkan semua keluarga, pelayanan-pelayanan intervensi dini bagi keluarga-keluarga yang beresiko, pelayanan-pelayanan perlindungan bagi anak-anak yang dianiaya dan diterlantarkan, dan penempatan-penempatan luar rumah yang bersifat sementara atau permanen bagi anak-anak yang membutuhkan pengasuhan pengganti. Untuk memelihara dan mereunifikasikan keluarga, pekerja sosial harus menggunakan teknik-teknik intervensi yang kurang mengganggu dan menggunakan lingkungan-lingkungan rumah yang kurang membatasi.

10. Pendekatan kesejahteraan anak yang berpusatkan keluarga

Baru-baru ini, pelayanan-pelayanan kesejahteraan keluarga mencerminkan suatu pendekatan praktek yang berpusatkan keluarga. Dikembangkan di atas suatu keyakinan akan kekuatan-kekuatan keluarga, pendekatan yang berpusatkan keluarga ini berfokus pada pemeliharaan atau perkuatan keluarga dan perlindungan anak. Karena kehidupan keluarga demikian penting bagi anak-anak, usaha-usaha kesejahteraan anak menitikberatkan pemeliharaan anak-anak di dalam keluarganya sendiri daripada merekomendasikan

rencana-rencana kehidupan alternatif yang memisahkan anggota-anggota keluarga. Prinsip-prinsip bagi praktek yang berpusatkan keluarga dalam sistem kesejahteraan anak antara lain meliputi:

- Memusatkan perhatian pada unit-unit keluarga
- Memperkuat kemampuan-kemampuan keluarga untuk berfungsi secara efektif
- Melibatkan keluarga dalam mengembangkan kebijakan-kebijakan dan pelayanan-pelayanan yang berpusatkan keluarga, serta mengevaluasi program-program
- Menghubungkan keluarga dengan berbagai jejaring dukungan-dukungan dan pelayanan-pelayanan yang berpusatkan keluarga (National Child Welfare Resource Center, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 395).

Dalam konteks ini, pelayanan-pelayanan keluarga merupakan suatu jaring keselamatan (*safety net*) bagi anak-anak ketika praktek-praktek pengasuhan anak tidak memadai atau membahayakan. Apabila keadaan memungkinkan penempatan anak di luar rumahnya sementara atau permanen, pekerja sosial pelayanan keluarga harus memberikan suatu rasa permanen di dalam renacan-rencana atau persiapan-persiapan kehidupan, dan juga keberlangsungan relasi dengan orangtua angkat dan para pengasuh anak lainnya. Asumsi kesejahteraan anak ialah bahwa semua anak berhak menikmati relasi keluarga.

D. Pekerjaan Sosial di Sekolah

Bekerja secara kolaboratif dengan guru-guru kelas dan staf pendukung, pekerja sosial sekolah memberikan pelayanan-pelayanan pendukung bagi anak-anak dan keluarganya di dalam konteks setting sekolah. Pekerja sosial sekolah dapat dipekerjakan oleh kerjasama pendidikan yang terdiri dari sejumlah rayon sekolah dan bekerja pada satu atau lebih rayon sekolah itu, atau pekerja sosial sekolah dapat diupah secara langsung oleh satu rayon sekolah saja untuk bekerja pada satu lokasi.

Persyaratan bagi jabatan pekerja sosial sekolah ialah memiliki pengetahuan khusus antara lain tentang:

- Psikologi perkembangan
- Psikologi sosial pembelajaran
- Penerapan-penerapan dan teknik-teknik pengubahan perilaku
- Sistem keluarga
- Kebudayaan, komunikasi, dan perubahan organisasi
- Kebijakan-kebijakan sekolah dan peraturan perundang-undangan pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota), seperti Undang-undang tentang Sistem Pendidikan Nasional, Undang-undang tentang Kesejahteraan Anak, dan Undang-undang tentang Perlindungan Anak.

Pekerjaan sosial sekolah telah berubah dari suatu pendekatan casework-klinis menjadi suatu pendekatan yang mencerminkan perantaraan (*liaisons*) keluarga-sekolah-masyarakat (Allen-Meares, Washington, & Welsh, 1996; Schrenzel, 1994, dalam DuBois & Miley, 2005: 396). Pendekatan yang lebih berbasiskan ekologi ini menegaskan pentingnya kemitraan antara sekolah, keluarga, dan masyarakat dan menitikberatkan peran pekerja sosial sebagai mitra kolaboratif..

1. Jenis program dan pelayanan

Pekerja sosial sekolah memberikan banyak program-program dan pelayanan-pelayanan (Alameda-Lawson & Lawson, 2002; Allen-Meares, Washington, & Welsh, 1996; Altshuler, 2003; Freeman, 1995; dalam DuBois & Miley, 2005: 396). Ia bekerja dengan anak-anak yang memiliki kesulitan-kesulitan dalam peralihan-peralihan kehidupan atau yang nakal, dianiaya, diterlantarkan, atau dianiaya secara seksual. Ia berhadapan dengan isu-isu pendidikan, seperti rendahnya motivasi belajar, kurang berprestasi, membolos sekolah, sulit diajari, dan tidak bergairah. Ia bekerja dengan anak-anak yang mengalami kebutuhan-kebutuhan atau masalah-masalah pendidikan khusus dengan ketergantungan bahan-bahan kimiawi, atau yang mengalami ketegangan-ketegangan ganda

yang mempengaruhi pencapaian pendidikan mereka. Ia juga mengalami faktor-faktor di dalam konteks sosial anak-anak yang mempengaruhi prestasi mereka di sekolah, seperti kemiskinan, ketunawismaan, diskriminasi, pelecehan seksual, mobilitas, ehamilan remaja, penganiayaan anak dan kekerasan dalam rumahangga, kekerasan gang pemuda/remaja, dan isu-isu kesehatan termasuk HIV/AIDS.

2. Anak-anak dengan kebutuhan-kebutuhan pendidikan khusus

Pekerja sosial di sekolah sering bekerja dengan anak-anak yang memiliki kebutuhan-kebutuhan pendidikan khusus, seperti gangguan-gangguan belajar, gangguan kesulitan memberi perhatian, perilaku bermasalah dan keterampilan-keterampilan sosial yang kurang matang, kebutuhan-kebutuhan terapi bicara, dan keterbelakangan mental. Contoh dari pelayanan-pelayanan pekerjaan sosial sekolah antara lain ialah:

- Mengembangkan prosedur-prosedur rujukan yang berbasiskan masyarakat untuk menempatkan anak-anak yang memenuhi persyaratan memperoleh pelayanan-pelayanan pendidikan
- Menyiapkan asesmen yang didasarkan atas pengamatan-pengamatan dan wawancara-wawancara dengan anggota-anggota keluarga
- Berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan staf lintas disiplin di dalam pertemuan mana anggota-anggota staf mempersiapkan suatu program pendidikan individual bagi setiap anak yang dilibatkan di dalam suatu program pendidikan spesial
- Memantau kemajuan untuk memastikan bahwa program pendidikan individual tetap diperbaharui dan mencerminkan perencanaan yang menghasilkan lingkungan yang sedapat mungkin kurang membatasi
- Memastikan bahwa orangtua memahami hak-hak mereka dan menengahi konflik-konflik yang barangkali berkembang di antara orangtua dan pegawai sekolah

- Mendorong partisipasi orangtua dalam penempatan dan pemrograman keputusan-keputusan
- Bekerja secara kolaboratif dengan anggota-anggota tim lintas disiplin untuk mengevaluasi dan memperbaharui program-program dan pelayanan-pelayanan

3. Pemeriksaan perkembangan dini

Sejumlah tanda-tanda perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial menunjukkan kemajuan perkembangan. Puskesmas-puskesmas, klinik-klinik kesehatan, atau dokter-dokter praktek memberikan pemeriksaan pendengaran, penglihatan, keterampilan-keterampilan motor, dan perkembangan bicara dan bahasa. Pemeriksaan anak-anak pra-sekolah dapat menunjukkan kebutuhan akan pemeriksaan diagnostik lebih lanjut bagi penyakit masa anak-anak, keterbelakangan mental, gangguan-gangguan perilaku, gangguan-gangguan perkembangan, atau keterlambatan-keterlambatan perkembangan.

Pekerja sosial berpraktek di banyak setting yang memberikan pemeriksaan dini bagi masalah-masalah perkembangan, termasuk setting-setting kesehatan, klinik bayi, dan sekolah. Yang lazim pada masing-masing setting ialah peran bekerja dengan orangtua karena mereka berhadapan dengan hasil-hasil pemeriksaan dan menghubungkan orangtua dengan sumberdaya-sumberdaya bagi pendidikan khusus, terapi bicara, dan kelompok-kelompok pendukung bagi orangtua. Pekerja sosial memberikan informasi dan pendidikan kepada orangtua untuk meningkatkan keterampilan-keterampilan pengasuhan dan memperkaya lingkungan pembelajaran dini anak-anak.

E. Pelayanan-pelayanan Khusus bagi Remaja

Para pemuda remaja di Amerika Serikat sangat beresiko. Resiko yang mereka alami berasal dari isu-isu seperti kemiskinan, kurangnya akses kepada perawatan kesehatan, penganiayaan dan penerlantaran anak, eksploitasi seksual, kehamilan remaja, penyalahgunaan alkohol dan obat-obat

terlarang, kejahatan, kekerasan, keterlibatan dalam gang, dan kegagalan akademik (McWhirter, McWhirter, McWhirter, & McWhirter, 1998; Splittgerber & Allen, 1996; Stephens, 1997; dalam DuBois & Miley, 2005: 399). Dalam studi terbaru oleh The Carnegie Council on Adolescent Development menunjukkan besarnya resiko para pemuda di Amerika Serikat. Temuan-temuan itu menyatakan bahwa

hampir 7 juta dari 28 juta anak-anak muda yang bersekolah di sekolah-sekolah menengah pertama dipandang beresiko gagal bersekolah dan berpartisipasi di dalam perilaku-perilaku yang sangat membahayakan seperti penyalahgunaan alkohol dan obat-obat terlarang serta kegiatan seksual yang terlalu dini dan tidak terlindungi. Selain itu, banyak anak-anak muda cenderung terlibat di dalam perilaku kekerasan, baik sebagai korban maupun sebagai pelaku. Banyak juga anak-anak muda yang memiliki sedikit akses kepada pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Sebanyak 7 juta lagi anak-anak muda mengalami resiko ringan. Mereka merupakan subkelompok yang mengalami masalah-masalah akademik, sosial, dan pribadi. (Splittgerber & Allen, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 399).

Anak-anak muda “kehilangan harapan masa depan. Mereka beralih kepada teman-teman sebaya untuk memperoleh perhatian; mereka beralih kepada senjata untuk memperoleh perlindungan, keamanan, dan status; dan mereka beralih kepada seks dan obat-obat terlarang untuk memperoleh kenyamanan dan kelegaan dari kebosanan. Gang cukup sering menjadi ‘keluarga’ mereka—satu-satunya tempat dimana mereka memperoleh perhatian dan persetujuan” (Stephens, 1997: 1, dalam DuBois & Miley, 2005: 399).

1. Faktor-faktor yang meningkatkan ketahanan dan promosi kompetensi

Terbukanya anak-anak muda terhadap faktor-faktor resiko itu sendiri tidak meramalkan hasil. Faktor-faktor yang meningkatkan ketahanan dan mempromosikan kompetensi nampaknya merupakan sumberdaya-sumberdaya perlindungan yang penting dan sumberdaya-sumberdaya yang memberikan kesempatan-kesempatan

bagi pilihan-pilihan kehidupan yang positif. Suatu profil ketahanan antara lain meliputi karakteristik para anak-anak muda itu sendiri dan lingkungan sosial mereka, termasuk keluarga, sekolah, dan masyarakat dimana mereka menjadi anggotanya (Bernard, 1992; (McWhirter, McWhirter, McWhirter, & McWhirter, 1998; dalam DuBois & Miley, 2005: 400).

Karakteristik pribadi anak-anak muda yang memiliki ketahanan meliputi faktor-faktor yang berkaitan dengan kompetensi sosial, keterampilan-keterampilan pemecahan masalah, otonomi, dan rasa memiliki tujuan dan masa depan (Bernard, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 400). *Kompetensi sosial* anak-anak muda meliputi kemampuan-kemampuan mereka dalam berelasi dan berkomunikasi dengan orang lain secara efektif. Ini sering meliputi syarat-syarat seperti “responsivitas, fleksibilitas, empati dan kepedulian, keterampilan-keterampilan komunikasi, rasa humor, dan perilaku-perilaku prososial lainnya” (h. 400). Selain itu, anak-anak muda yang lebih fleksibel dan dapat menyesuaikan diri, dan yang memiliki rasa humor “cenderung mengembangkan relasi yang lebih positif dengan orang lain, termasuk persahabatan dengan teman-teman sebaya” (h. 400). *Keterampilan-keterampilan pemecahan masalah* meliputi kemampuan-kemampuan anak-anak muda dalam memecahkan masalah-masalah sosial dan kognitif dengan berpikir “secara abstrak, reflektif, dan fleksibel” (h. 400) dan kemauan serta kemampuan untuk menjajaki solusi-solusi alternatif. *Otonomi* mengacu kepada rasa “identitas dan kemampuan untuk bertindak secara bebas dan memiliki beberapa kendali atas lingkungannya” (h. 400). Terakhir, *rasa memiliki tujuan dan masa depan* meliputi “harapan-harapan yang sehat, mengarah kepada tujuan, berorientasi keberhasilan, memiliki motivasi berprestasi, memenuhi aspirasi-aspirasi pendidikan, tabah, penuh pengharapan, tangguh, memiliki keyakinan akan suatu masa depan yang cerah, rasaantisipasi, rasa masa depan yang mendorong, dan rasa masuk akal” (h. 400). Suatu rasa memiliki tujuan dan masa depan adalah “peramal yang paling kuat terhadap hasil yang positif” (h. 400).

Keluarga dari anak-anak muda yang memiliki ketahanan memperlihatkan kualitas yang berbeda. Pertama, mereka menciptakan suatu suasana yang mempedulikan dan mendukung; anak-anak muda yang memiliki ketahanan cenderung melaporkan memiliki suatu ikatan yang erat dengan sekurang-kurangnya seorang di dalam keluarga mereka. Kedua, anggota-anggota mengkomunikasikan harapan-harapan mereka yang tinggi terhadap perilaku dan pencapaian anak-anak muda itu—“Kau memiliki segala-galanya yang kau butuhkan untuk berhasil—dan kau pasti dapat melakukannya!” (Bernard, 1992: 6, dalam DuBois & Miley, 2005: 400). Keluarga dari anak-anak muda yang memiliki ketahanan itu memperlihatkan kepercayaan diri yang tinggi. Mereka mengkomunikasikan kepada anak-anak muda itu suatu perspektif bahwa kesulitan-kesulitan dapat diatasi; meningkatkan harga diri anak-anak muda; memberikan pedoman kepada anggota-anggota keluarga yang masih muda itu melalui harapan-harapan yang jelas dan aturan-aturan serta syarat-syarat yang dapat diramalkan; dan menanamkan pada diri anak-anak muda suatu rasa makna dan tujuan kehidupan. Dan ketiga, keluarga dari anak-anak muda yang memiliki ketahanan mendorong anak-anak muda untuk berpartisipasi dalam dan menyumbang bagi kehidupan keluarga.

Sekolah-sekolah yang mendorong ketahanan bagi anak-anak muda memperlihatkan karakteristik yang serupa. Pertama, sekolah-sekolah mendemonstrasikan kepedulian dan dukungan mereka kepada siswa, yang mengetahui bahwa suasana ini meningkatkan motivasi siswa untuk berprestasi. Kedua, sekolah-sekolah mengkomunikasikan harapan-harapan mereka yang tinggi terhadap pencapaian siswa seperti dibuktikan oleh “prestasi akademik, harapan-harapan dan ketentuan-ketentuan yang jelas oleh guru, partisipasi siswa yang tinggi, dan alternatif yang banyak dan bervariasi kepada sumberdaya-sumberdaya” (Bernard, 1992: 8, dalam DuBois & Miley, 2005: 400). Penelitian baru-baru ini tentang keberhasilan program bagi para siswa yang beresiko kegagalan akademik memperlihatkan secara

jelas bahwa suatu sekolah yang mengembangkan iklim harapan-harapan yang tinggi merupakan suatu faktor yang penting dalam mengurangi kegagalan akademik dan meningkatkan jumlah siswa yang mau melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi” (h. 400). Dan ketiga, sekolah-sekolah yang mendorong ketahanan menitikberatkan partisipasi dan keterlibatan siswa dengan “memberikan mereka kesempatan-kesempatan untuk berpartisipasi dan terlibat secara bermakna serta melaksanakan peran-peran tanggung jawab di dalam lingkungan sekolah” (h. 400).

Masyarakat juga mempengaruhi ketahanan anak-anak muda. Karakteristik masyarakat yang berkompeten serupa dengan karakteristik keluarga-keluarga dan sekolah-sekolah yang berkompeten yang mempromosikan ketahanan (Bernard, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 400). Pertama, masyarakat yang berkompeten memperlihatkan kepedulian dan dukungan mereka kepada anggota-anggota masyarakat, termasuk anak-anak muda. Masyarakat membangun jejaring sosial untuk “mempromosikan dan mempertahankan ikatan sosial” (h. 400), memiliki sumberdaya-sumberdaya yang tersedia dan terjangkau bagi anggota-anggota masyarakat, serta memiliki cara-cara untuk membangun jejaring sosial yang responsif terhadap berbagai kebutuhan anggota-anggota masyarakat. Kedua, masyarakat mendemonstrasikan harapan-harapan yang tinggi terhadap anak-anak muda. Yang menarik, “di dalam kebudayaan-kebudayaan yang memiliki norma menghargai anak-anak muda sebagai sumberdaya, bukan sebagai beban atau masalah, anak-anak muda cenderung tidak mau terlibat di dalam semua perilaku-perilaku bermasalah” (h. 401). Secara lebih spesifik lagi dalam kaitan dengan penyalahgunaan alkohol, “negara-negara dimana mabuk lebih dapat diterima secara sosial cenderung memiliki angka penyalahgunaan alkohol yang lebih tinggi” (h. 401). Dan ketiga, masyarakat yang berkompeten menciptakan “kesempatan-kesempatan bagi anak-anak muda untuk berpartisipasi di dalam kehidupan masyarakat” (h. 401).

2. Program-program model

Mengenal faktor-faktor yang meningkatkan ketahanan dan mempromosikan kompetensi bagi anak-anak muda dan lingkungan sosial mereka memberikan suatu orientasi bagi program-program dan pelayanan-pelayanan bagi anak-anak muda. “Apabila kita dapat menentukan sumberdaya-sumberdaya kompetensi sosial dan kebugaran bagi pribadi dan lingkungan, kita dapat merencanakan secara lebih baik intervensi-intervensi pencegahan yang berfokus pada penciptaan dan peningkatan ciri-ciri pribadi dan lingkungan yang berfungsi sebagai kunci terhadap perkembangan yang sehat” (Bernard, 1992: 3, dalam DuBois & Miley, 2005: 401). Program-program pencegahan yang berhasil “berfokus pada peningkatan dan penciptaan konteks-konteks lingkungan yang positif—keluarga, sekolah, dan masyarakat yang, pada gilirannya, memperkuat perilaku-perilaku positif” (h. 3). Termasuk pencegahan sebagai suatu komponen kunci dalam sistem peradilan remaja yang efektif adalah suatu kebutuhan yang mutlak (Bilchik, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 401).

Ada sejumlah contoh program-program dan pelayanan-pelayanan bagi anak-anak muda yang berfokus pada ketahanan dan kompetensi. Stephens (1997) menganjurkan sejumlah besar pelayanan-pelayanan bagi anak-anak muda yang beresiko termasuk penguatan positif; pendidikan orangtua yang memberikan orangtua kesempatan-kesempatan untuk mempelajari teknik-teknik pengasuhan yang efektif; program-program pendidikan yang sehat yang mengalamatkan relasi ibu-bayi; program-program pembimbingan yang memberikan model-model peran orang dewasa yang positif; program-program yang mengajarkan keterampilan-keterampilan bagi pemecahan konflik-konflik tanpa kekerasan; kemitraan masyarakat-sekolah; pendidikan karakter untuk mempromosikan nilai-nilai universal seperti kejujuran, keadilan, toleransi, tanggung jawab; program-program pelayanan masyarakat yang berorientasikan anak-anak muda; program-program keadilan yang mempolisikan dan memulihkan masyarakat. Davis (1994) menyajikan suatu model

program yang berfokus pada anak-anak muda yang beresiko menyalahgunakan obat-obat terlarang. Schroeder (1995) menggarisbawahi penggunaan program-program manajemen kemarahan dan resolusi konflik. Furstenberg dan Hughes (1995) melaporkan hasil studi longitudinal mereka terhadap 252 remaja yang sudah menjadi ibu untuk mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan-kemampuan anak-anak muda dalam mengatasi masalah-masalah sosial—dengan suatu fokus yang spesifik terhadap peran-peran modal sosial yang berbasis keluarga dan berbasis masyarakat. Mereka menemukan bahwa “sejauhmana orangtua dan anak-anak terikat di dalam suatu jaringan sosial perlindungan dan sejauhmana mereka merupakan suatu unit yang terikat secara erat yang memiliki harapan, kepercayaan, dan kesetiaan satu sama lain” berkaitan dengan tahap-tahap perkembangan yang berhasil dilampaui pada masa remaja.

Bowen dan Chapman (1996) melaporkan temuan-temuan dari studi mereka tentang partisipasi siswa di dalam suatu program yang berbasis sekolah yang dirancang untuk meningkatkan ingatan bersekolah. Temuan-temuan mereka menunjukkan bahwa dukungan sosial, khususnya dukungan orangtua, memainkan suatu peran khusus yang sangat penting dalam perkembangan dan penyesuaian diri para remaja. Dukungan dari guru-guru dan tetangga adalah faktor-faktor lain yang meramalkan penyesuaian diri individu dan memainkan suatu peran yang lebih signifikan daripada dukungan dari teman-teman sebaya. Temuan-temuan itu ialah tentang partisipasi dalam suatu program yang beresiko yang dirancang untuk meningkatkan ingatan bersekolah. Splittgerber dan Allen (1996) juga melaporkan tentang hasil dari suatu program pembimbingan yang berbasis sekolah. “The Partnership for School Success” (Kemitraan bagi Keberhasilan Sekolah ialah suatu program pencegahan putus sekolah di Minneapolis, Negara Bagian Minnesota. Salah satu komponen program melibatkan pembimbing yang bertemu dengan anak-anak muda sekurang-kurangnya sekali seminggu untuk mengembangkan suatu persahabatan dan berbicara

dengan anak-anak muda seputar isu-isu sekolah. “Proyek itu memperluas pembimbingan tradisional untuk mencakup pemeriksaan perilaku-perilaku siswa yang konsisten terus menerus dan menghubungkan segera siswa dengan intervensi-intervensi yang sesuai. Bagi Splittgerber dan Allen, “tantangan besar yang dihadapi oleh para pendidik, orangtua dan tokoh-tokoh masyarakat ialah menerjemahkan waktu luang sekolah itu ke dalam pengalaman-pengalaman yang konstruktif yang mempromosikan perkembangan pribadi dan sosial yang sehat.”

3. Kehamilan remaja

Walaupun angka melahirkan anak bagi remaja di Amerika Serikat telah berkurang, angka ini masih melampaui angka di negara-negara maju lainnya (Annie E. Casey Foundation, 2003a, dalam DuBois & Miley, 2005: 402). Penelitian yang membandingkan para remaja di Amerika Serikat dan Eropa menemukan benar-benar tidak ada perbedaan pada tingkat kegiatan-kegiatan seksual remaja, tetapi diidentifikasi suatu perbedaan yang cukup menyolok dalam penggunaan alat kontrasepsi. Sebagai contoh, 20 persen remaja yang aktif secara seksual di Amerika Serikat tidak menggunakan alat pengendalian kehamilan, bandingkan dengan hanya 4 persen di Inggris Raya. Gambaran yang paling baru menunjukkan bahwa “angka melahirkan anak bagi remaja turun dari 37 kelahiran per 1.000 perempuan yang berusia 15 hingga 17 tahun pada tahun 1990 menjadi 27 kelahiran per 1.000 perempuan pada tahun 2000” h. 402). Walaupun keseluruhan angka melahirkan anak bagi remaja itu menurun, ada perbedaan-perbedaan yang menyolok di antara negara-negara bagian dan daerah-daerah perkotaan yang besar. Negara-negara Bagian New Hampshire dan Vermont memiliki angka yang paling rendah—10 kelahiran per 1.000 perempuan yang berusia 15 hingga 17 tahun; Negara Bagian Mississippi memiliki angka tertinggi—44 kelahiran per 1.000 perempuan. Di daerah-daerah metropolitan yang besar, angka Miami adalah 174 kelahiran per 1.000 perempuan, dan San Francisco serta Seattle memiliki angka yang paling rendah—20

kelahiran per 1.000 perempuan. “Lebih sedikit dari setengah (51 persen) ayah dari anak-anak yang dilahirkan oleh perempuan yang berusia di bawah 18 tahun adalah berusia 20-an tahun” (h. 402).

Kehamilan remaja adalah suatu masalah sosial yang kritis. Statistik menunjukkan bahwa bayi-bayi yang dilahirkan oleh kaum perempuan remaja cenderung beresiko. Bayi-bayi itu nantinya cenderung putus sekolah, cenderung kurang berhasil menemukan pekerjaan, dan cenderung melahirkan bayi sendiri sebelum mereka berusia 20 tahun. Selanjutnya, bayi-bayi yang dilahirkan oleh para remaja—khususnya remaja muda—cenderung mengalami resiko kesejahteraan kesehatan dan psikososial remaja.

Kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak dikehendaki sering mengganggu pendidikan dan rencana-rencana karir remaja, meningkatkan resiko-resiko kesehatan, dan memperburuk masalah ekonomi (Berk, 2004, dalam DuBois & Miley, 2005: 402). Selain kehilangan kesempatan-kesempatan pendidikan, kaum remaja yang hamil sering harus mengalami kehilangan dalam relasi sosial dan identitas sosial, khususnya penampilan fisik mereka. Resiko-resiko kesehatan itu antara lain ialah komplikasi kehamilan, melahirkan bayi yang berat badannya rendah, dan kematian bayi (Combs-Orme, dalam DuBois & Miley, 2005: 402).

4. Bunuh diri remaja

Bunuh diri adalah sebab peringkat ketiga yang mengakibatkan kematian di kalangan anak-anak muda yang berusia 15 hingga 24 tahun, suatu angka 11,1 kematian karena buruh diri per 1.000 anak muda. Bunuh diri mewakili 13,5 persen kematian pada kelompok usia ini (Centers for Disease Control and Prevention, 2002b; 2002c; dalam DuBois & Miley, 2005: 402). Walaupun statistik menyembunyikan masalah yang sebenarnya, dalam arti setiap kematian karena buruh diri, perkiraan menunjukkan ada 50 hingga 150 usaha bunuh diri. Laporan yang belum pasti kebenarannya itu menunjukkan bahwa sepertiga remaja Amerika Serikat

mengatakan mereka pernah mempertimbangkan untuk bunuh diri, 15 persen berpikir untuk bunuh diri secara serius, dan 6 persen benar-benar berusaha bunuh diri (McGready, 1991, dalam DuBois & Miley, 2005: 403). Studi-studi menunjukkan bahwa angka bunuh diri bahkan lebih tinggi di kalangan laki-laki gay dan biseksual (2 hingga 3 peristiwa bunuh diri dari 10 orang laki-laki gay dan biseksual), dibandingkan dengan angka di kalangan laki-laki heteroseksual (1 peristiwa bunuh diri dari 10 laki-laki heteroseksual) (Dempsey, 1994; Proctor & Groze, 1994; dalam DuBois & Miley, 2005: 403).

Faktor-faktor yang berkaitan dengan bunuh diri antara lain ialah depresi; stres, khususnya stres yang berkaitan dengan kegagalan bersekolah atau perubahan-perubahan kehidupan yang drastis; dan gangguan-gangguan keluarga, perselisihan, dan disintegrasi. Faktor-faktor lain antara lain ialah persoalan-persoalan yang berkaitan dengan identitas seksual, perilaku bunuh diri sebelumnya, putus asa, dan penyalahgunaan obat-obat terlarang dan alkohol (Garland & Zigler, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 403). Variabel-variabel seperti konteks sosial budaya, pengaruh-pengaruh keluarga, dan tingkat-tingkat perkembangan juga merupakan pertimbangan-pertimbangan yang penting (Zayas, Kaplan, Turner, Romano, & Gonzalez-Ramos, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 403).

Studu-studi mengindikasikan bahwa anak-anak muda ingin mempelajari indikator-indikator bunuh diri, sehingga usaha-usaha pencegahan harus diintegrasikan dengan usaha-usaha pendidikan. Faktor-faktor yang penting lainnya antara lain ialah mengatasi perasaan tidak berdaya di kalangan anak-anak muda, putus asa, dan rendahnya harga diri. Usaha-usaha pencegahan menggunakan teknik-teknik pemecahan masalah dan pengembangan keterampilan untuk meningkatkan keterampilan-keterampilan menghadapi masalah, menggunakan intervensi-intervensi keluarga untuk meningkatkan keterampilan-keterampilan komunikasi dan resolusi konflik, dan untuk memperbaiki relasi-relasi

teman-teman sebaya dengan cara meningkatkan keterampilan-keterampilan interpersonal dan citra diri remaja (Ciffone, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 403).

5. Gangguan makan

Karena masyarakat mengagungkan citra tubuh bahwa langsing itu menarik di kalangan anak-anak muda kita, maka tidaklah mengherankan apabila gangguan makan lebih banyak terjadi pada masa remaja daripada pada masa-masa lain di dalam perkembangan kehidupan manusia. Sekali waktu gangguan makan pernah dianggap sebagai masalah di kalangan kaum perempuan saja, tetapi studi-studi baru-baru ini menunjukkan bahwa gangguan makan banyak juga terjadi di kalangan kaum laki-laki seperti yang diduga sebelumnya. Orang-orang yang mengalami *anorexia nervosa* sangat membatasi makanan yang masuk ke dalam perutnya, yang mengakibatkan ia kehilangan berat badan 15 hingga 25 persen dari berat badan idealnya. “Anorexia hampir selalu bermula dengan suatu keinginan yang kuat untuk kurus dan akhirnya melakukan diet (*dieting*), dan berakhir dengan suatu kondisi yakni para remaja nampak tidak mau atau tidak mampu makan secara normal” (Lefrancois, 1995: 513, dalam DuBois & Miley, 2005: 404). Yang lebih umum dari anorexia ialah *bulimia* yang meliputi episode makan banyak, dan beberapa lama kemudian memuntahkannya. Karena tidak mengancam kehidupan, bulimia tidak menimbulkan akibat-akibat psikologis dan emosional yang serius (Kuntz, Groze, & Yates, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 404).

6. Anak-anak muda sebagai sumberdaya pengembangan masyarakat yang berkompeten

Memandang anak-anak muda sebagai individu-individu yang memiliki kekuatan-kekuatan dan sumberdaya-sumberdaya bagi pembangunan masyarakat yang berkompeten sangat berbeda dari pandangan anak-anak muda sebagai beban yang penuh dengan masalah atau korban dari keadaan-keadaan yang penuh resiko (Checkoway, Finn, & Pothukuchi, 1995; Finn & Checkoway, 1998; dalam DuBois & Miley, 2005: 404).

Partisipasi anak-anak muda ialah “suatu proses melalui mana anak-anak muda memecahkan masalah-masalah dan melaksanakan rencana-rencana yang menghasilkan manfaat-manfaat yang nyata dan meningkatkan keterlibatan mereka di dalam masyarakat” (Checkoway, Finn, & Pothukuchi, 1995: 190, dalam DuBois & Miley, 2005: 404). Untuk memfasilitasi proses ini, pekerja sosial bekerja dengan anak-anak muda untuk mendorong kegiatan-kegiatan yang menggunakan refleksi dan tindakan yang mengarah kepada perubahan masyarakat. Beberapa kegiatan yang direncanakan dan diimplementasikan oleh anak-anak muda antara lain ialah strategi-strategi aksi sosial, perencanaan masyarakat, advokasi, prakarsa-prakarsa pendidikan publik, dan perluasan pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat. Anak-anak muda memberi komentar yang positif tentang manfaat-manfaat dari partisipasi mereka: “Karena adanya pusat kegiatan, aku mampu melakukan banyak hal dan menjadi bagian dari banyak kegiatan-kegiatan kepemimpinan yang membantu aku menjadi seorang pemimpin, pendengar, dan sahabat yang lebih baik” (h. 404). Peran-peran yang dititikberatkan oleh pekerja sosial ialah memandang anak-anak muda sebagai memiliki kekuatan-kekuatan, bekerjasama secara kolaboatif dengan anak-anak muda sebagai mitra penuh, dan membangun kemampuan-kemampuan anak-anak muda.

Bab 14

Pelayanan-pelayanan Orang Dewasa dan Lanjut Usia

Masa dewasa merentang hampir setengah abad. Kebutuhan-kebutuhan pelayanan selama dasawarsa ini berkaitan dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga dan peralihan-peralihan kehidupan. Orang dewasa mengakses pelayanan-pelayanan sosial dari berbagai setting dan pada dasarnya di dalam setiap bidang praktek—pelayanan-pelayanan keluarga, pekerjaan sosial medis, pekerjaan sosial industri, kecanduan, dan kesehatan jiwa. Memfokuskan diri pada pelayanan-pelayanan bagi lanjut usia, bab ini merinci hal-hal sebagai berikut: pelayanan-pelayanan khusus bagi orang-orang dewasa seperti pekerjaan sosial industri, kekerasan pasangan intim, penganiayaan lanjut usia, dan program-program serta pelayanan-pelayanan bagi lanjut usia termasuk pekerjaan sosial gerontologi.

A. Pelayanan-pelayanan Orang Dewasa

Kita sudah memahami banyak kesulitan-kesulitan yang dihadapi oleh orang-orang lanjut usia antara lain kemiskinan, diskriminasi, ketunawismaan, kekerasan dalam rumahtangga, tantangan-tantangan kesehatan dan rehabilitasi, penyakit jiwa, kecanduan, dan masalah-masalah keluarga serta pengasuhan. Subbab ini menjelajahi beberapa isu-isu tambahan seperti kemandulan, masalah keuangan, mengasuh orangtua yang lanjut usia, dan perkabungan. Karena pentingnya tempat kerja di dalam dunia orang dewasa, bab ini juga menyajikan pekerjaan sosial industri sebagai suatu bidang penting di dalam arena pelayanan-pelayanan bagi orang dewasa.

1. Konseling kemandulan

Masyarakat Amerika Serikat bagi Kesehatan Reproduksi (*The American Society for Reproductive Medicine*) melaporkan bahwa 9 persen orang-orang yang berusia reproduktif di Amerika Serikat, atau sekitar 5,3 juta orang, adalah infertil atau mandul (National Women's Health Information Center, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 407). Karena orang-orang menganggap

bahwa mereka masih akan memiliki kemampuan untuk bereproduksi, mereka memandang kemandulan suatu kedaruratan pribadi dan kesehatan. Reaksi-reaksi yang diperlihatkan berbeda-beda dan dapat meliputi gangguan-gangguan seperti depresi, dihantui oleh perasaan sedih akibat kemandulan yang dialaminya, hilangnya minat dalam membina relasi, dan kesulitan-kesulitan perkawinan. Secara lebih spesifik, suatu studi tentang perempuan yang terpaksa oleh suatu keadaan tidak memiliki anak, menunjukkan bahwa mereka:

- mengartikan kemandulan sebagai negatif atau menstigmatisasikan,
- memperlihatkan suatu komitmen pribadi yang kuat untuk menjadi ibu,
- mengidentifikasi rasa keibuan yang kuat sebagai sesuatu yang penting dalam peran kaum perempuan di dalam masyarakat,
- memperlihatkan dukungan yang kuat bagi terus tersedianya donor kehamilan buatan dan ibu wali (ibu bayi tabung)
- memperlihatkan kepuasan yang dalam atas pengangkatan anak tetapi terus menyesali kemandulan yang dialaminya dan kebutuhan untuk mengalami kehamilan dan melahirkan anak atau untuk menghasilkan anak biologis, dan
- mengalami ketidaknyamanan dalam kaitan dengan pemahaman akan reuni kelahiran sambil tetap mendukung kebutuhan akan pendaftaran pengangkatan anak. (Miall, 1989: 49, dalam DuBois & Miley, 2005: 407).

Dewasa ini, teknologi reproduksi memberikan kepada banyak manusia harapan akan memiliki seorang anak biologis. Pembuahan secara *in vitro* (*in vitro fertilization*), suatu prosedur dimana sperma dan ovum dipersatukan di laboratorium dan embrionya kemudian ditanamkan di dalam kandungan ibu biologisnya, ialah suatu pilihan yang cukup kuat bagi banyak kalangan yang mandul yang menginginkan anak.

Pekerja sosial yang ingin berkecimpung dengan isu-isu kemandulan cenderung mencarikan pekerjaan di pusat-pusat kesehatan dengan program pembuahan in vitro. Peran-peran pekerja sosial meliputi berpartisipasi di dalam program-program orientasi; mempersiapkan evaluasi psikososial; memberikan konseling dukungan bagi pasangan di dalam program; menyajikan alternatif-alternatif, seperti pengangkatan anak, apabila prosedur pembuahan anak tidak berhasil; memfasilitasi kelompok-kelompok dukungan; dan membantu pasangan dalam isu-isu asuransi (Needleman, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 408). Pekerjaan sosial kelompok secara khusus dan berhasil digunakan untuk meningkatkan pemahaman pasangan akan kemandulan, mengatasi depresi yang sering dikaitkan dengan kemandulan, dan mengurangi keterasingan (Goodman & Rothman, 1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 407).

Suatu isu kunci ialah berkaitan dengan luka dan stigma yang dikaitkan dengan kemandulan dan teknologi reproduksi (Schaffer & Diamond, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 407). Perspektif yang dianut oleh orangtua yang memandang rendah pengangkatan anak sebagai suatu pilihan kedua, ialah alternatif terakhir. Dalam kaitan dengan ini, pekerja sosial harus menghadapi isu-isu yang lebih luas yang berkaitan dengan kemandulan, pengangkatan anak, dan teknologi reproduksi baru, yang memungkinkan pasangan yang mandul memasuki kehidupan sosial yang didukung dan bermakna tanpa mempersoalkan pilihan-pilihan yang mereka lakukan” (Miall, 1989: 50, dalam DuBois & Miley, 2005: 407).

2. Masalah keuangan

Masalah keuangan merupakan salah satu isu dari isu-isu yang paling sering dihadapi oleh keluarga-keluarga yang berkonsultasi dengan pekerja sosial (Chatterjee & Farkas, 1992, dalam DuBois & Miley, 2005: 408). Beberapa badan sosial pada saat ini mempekerjakan konselor keuangan untuk memberikan konsultasi bagi klien-klien yang mengalami masalah-masalah keuangan

yang serius (Wollan & Bauer, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 408). Pelayanan-pelayanan ekonomi yang ditawarkan kepada klien antara lain ialah:

- Mengembangkan keterampilan-keterampilan penyusunan anggaran dan penggunaan kartu kredit secara bijaksana
- Memberikan informasi tentang sumberdaya-sumberdaya keuangan dan natura (makanan, pakaian, bahan bangunan, alat kerja, bibit tanaman, anak ternak, dan seterusnya)
- Menghubungkan klien dengan sumberdaya-sumberdaya yang sesuai
- Berbicara dengan klien untuk mengembangkan rencana pembayaran utang yang berlangsung terus
- Membantu klien menemukan resolusi masalah-masalah yang berkaitan dengan majikan, perumahan, dan bank

Penelitian tentang pelayanan-pelayanan ini memiliki implikasi yang menarik untuk dipraktekkan oleh pekerja social (Wollan & Bauer, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 408). Menghubungkan keluarga-keluarga dengan sumberdaya-sumberdaya luar lainnya dikaitkan dengan hasil-hasil konseling keuangan yang positif. Sumberdaya-sumberdaya ini meliputi program bantuan keuangan seperti bantuan publik; kompensasi pengangguran; bantuan natura seperti kupon santunan makanan, makanan, transportasi, dan menutupi kekurangan biaya energi (listrik, gas, air); dan jenis-jenis hibah serta pinjaman lainnya. Temuan-temuan penelitian menunjukkan kebutuhan akan pengidentifikasian dan rujukan sejak dini bagi orang-orang yang mengalami kesulitan-kesulitan keuangan; Orang-orang yang mengalami masalah-masalah yang parah cenderung tidak dapat dibantu.

3. Mengasuh orangtua yang lanjut usia

Sehubungan dengan meningkatnya usia harapan hidup dan meningkatnya kemungkinan mengalami penyakit menahun seiring dengan meningkatnya usia, menjadi

jelastlah bahwa orang-orang dewasa muda akan menghadapi perubahan kebutuhan-kebutuhan orangtuanya yang lanjut usia. Walaupun beberapa kalangan orang dewasa muda tinggal berjauhan dari orangtuanya, nampaknya orangtuanya yang lanjut usia itu ditemani oleh sekurang-kurangnya seorang anak dewasa yang tinggalnya berdekatan. Suatu survei telefon berskala nasional yang diselenggarakan baru-baru ini terhadap sejumlah sampel acak rumahtangga di Amerika Serikat menemukan bahwa anggota-anggota dari satu dari empat rumahtangga memberikan pengasuhan kepada seorang kerabat atau teman yang berusia 50 tahun atau lebih pada suatu waktu selama 12 bulan terakhir (National Alliance for Caregiving, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 409). Ini berarti bahwa lebih dari 22, 4 juta rumahtangga terlibat dalam tugas-tugas pengasuhan keluarga setiap tahun. Sekitar 5 juta rumahtangga memberikan pengasuhan kepada orang-orang yang mengalami masalah-masalah yang berkaitan dengan demensia. Perkiraan kasar menempatkan nilai pengasuhan informal sebesar \$196 juta pada tahun 1997 (Arno, Levine, & Memmott, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 409). Studi berskala nasional juga menemukan bahwa 64 persen pengasuh adalah karyawan, sekitarnya setengahnya adalah karyawan purna waktu. Tidak terhindarkan, para pengasuh harus pintar-pintar mengatur energi dan waktu antara tuntutan memberikan pengasuhan dan kewajiban pekerjaan.

4. Konseling perkabungan

Karena tempatnya di dalam siklus kehidupan, orang dewasa sering berhadapan dengan kehilangan dan perkabungan. Sebagai contoh, orang dewasa muda sering mengalami kematian orangtuanya atau pada akhirnya kematian pasangan, teman-teman sepekerjaan, atau teman-teman sebayanya. Orang-orang sering menggunakan sumberdaya-sumberdaya dari jejaring dukungan-dukungan sosial yang ada atau melengkapi sumberdaya-sumberdaya ini dengan dukungan dari kelompok-kelompok swabantu seperti arisan keluarga, arisan ibu-ibu PKK, atau arisan masyarakat sekampung.

Orang-orang yang berkabung karena kehilangan orang yang dicintainya harus menerima kenyataan kehilangan itu. Mereka dapat merasa mati rasa akibat kehilangan itu, menghadapi kepedihan atas kehilangan itu, mengalami disorganisasi (kekacauan) dan keputusasaan, dan pada akhirnya mereorganisasikan dan mengarahkan kembali energi emosionalnya kepada relasi-relasi lain (Parkes, 1998, dalam DuBois & Miley, 2005: 411). Pada dasarnya, orang-orang tentu saja mengalami efek-efek fisik dan psikologis dari kehilangan itu selama suatu periode tertentu. Konteks sosial budaya—termasuk dimensi-dimensi spiritual, keadaan-keadaan ekonomi dan sosial, pengaruh-pengaruh kebudayaan, serta dampak-dampak penindasan dan diskriminasi yang memarjinalisasikan—juga mempengaruhi proses-proses perkabungan (Berzoff, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 411).

Kubler-Ross (1969, dalam DuBois & Miley, 2005: 411) mengidentifikasi lima respons emosional yang sering dialami dalam proses-proses perkabungan yaitu penolakan (*denial*), tawar-menawar (*bargaining*), kemarahan (*anger*), depresi (*depression*), dan akhirnya, penerimaan (*acceptance*). Faktor-faktor seperti tingkat perkembangan, kondisi-kondisi kehilangan, dan makna pribadi dari kehilangan itu mempengaruhi bagaimana seseorang yang berkabung itu menjalani perkabungannya. Komplikasi tambahan dari perkabungan itu meliputi antara lain:

- Kematian mendadak yang terlalu cepat, seperti bunuh diri, pembunuhan, bencana besar, dan kematian yang menimbulkan kehebohan atau malu
- Kehilangan ganda yang mengakibatkan semakin beratnya perkabungan
- Kurangnya dukungan sosial yang diterima (Berk, 2004, dalam DuBois & Miley, 2005: 411).

Studi-studi menunjukkan terdapat persamaan-persamaan yang menyolok pada cara orang-orang menghadapi perkabungan antara kebudayaan yang satu dengan kebudayaan lain yang berbeda; akan tetapi, ada juga

perbedaan-perbedaan yang tajam. Sebagai contoh, perbedaan-perbedaan terjadi antara kebudayaan yang satu dengan kebudayaan lain dalam sejauhmana keterbukaan mereka dalam mengungkapkan rasa berkabung mereka. Memahami perbedaan-perbedaan kebudayaan membantu mencegah asumsi-asumsi etnosentris bahwa pengalaman seseorang dengan perkabungan memberikan suatu landasan data yang valid untuk memahami pengalaman orang lain. Mungkin saja suatu kebudayaan menganggap normal tetapi kebudayaan lain menganggapnya sebagai penyimpangan.

5. Pekerjaan sosial industri

Banyak tantangan yang dialami oleh lanjut usia nampak di tempat kerja dan, pada akhirnya, isu-isu yang berkaitan dengan pekerjaan dapat menciptakan masalah-masalah atau ketegangan tambahan di dalam kehidupan mereka. Sebagai contoh, kecanduan, krisis keluarga, kekerasan dalam rumahtangga, dan isu-isu pengasuhan anak-anak yang masih dalam tanggungan semuanya cenderung mempengaruhi produktivitas dan stres yang berkaitan dengan pekerjaan, dan adanya atau tidak adanya kebijakan-kebijakan pekerjaan yang seperti keluarga-teman semuanya cenderung mempengaruhi kehidupan keluarga. Karena demikian pentingnya pekerjaan di dalam kehidupan orang dewasa, bisnis dan industri sering merespons terhadap kebutuhan-kebutuhan karyawannya melalui program-program bantuan karyawan. Para majikan mengemban lebih banyak tanggung jawab bagi kesejahteraan karyawan melalui dukungan mereka terhadap program-program bantuan karyawan.

Pekerjaan sosial industri (*occupational social work*) memainkan suatu peran yang penting dalam program-program bantuan karyawan. Pekerjaan sosial industri merupakan “*bidang praktek dimana pekerja sosial mengusahakan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan kemanusiaan dan sosial karyawan di dalam dunia kerja dengan cara merancang dan melaksanakan intervensi-intervensi yang sesuai untuk menjamin individu-individu dan lingkungan-lingkungan yang lebih sehat*” (Googins

& Godfrey, 1985: 396, dalam DuBois & Miley, 2005: 412). Isu-isu pekerja sosial industri bergerak melampaui isu-isu perilaku-perilaku masalah individu hingga isu-isu “perubahan organisasi dan lingkungan untuk mendorong organisasi-organisasi dan masyarakat yang lebih sehat dan menyehatkan” (Smith & Gould, 1993: 9, dalam DuBois & Miley, 2005: 412). Untuk berfungsi secara efektif, pekerja sosial industri membutuhkan pengetahuan khusus tentang:

- Makna psikologis suatu pekerjaan
- Stres dan kejenuhan yang berkaitan dengan pekerjaan
- Dampak dari struktur dan program-program organisasi terhadap keberfungsian sosial
- Kecanduan di tempat kerja dan konseling penyalahgunaan obat-obat terlarang
- Pensiun dan perencanaan pensiun
- Implikasi psikologis dari pemutusan hubungan kerja atau pengangguran
- Peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pekerjaan

B. Kekerasan Pasangan Intim

Anak salah `su(membicarAkan suatu warisan kekerasan terhadap anak-anak. Akan tetapi, ini bukallah satu,catunya jenis kekerasan di kalangan anggota-anggota keluarga yang muncul: kekerasan pasalgan intim juga bagian dari struktur kecerasan keluarga&

1. 1. _)-480_adjustrightDimensi internasional

Angka kekerasan terhadap kaum perempuan di selueuh dunia meninfkat, sebaglimana laporan memperlihatkan bahwa “sekUralg-kuran'nya satu dari tiga orang perempuan pernah dipukul, dikerasi secara se+s, atau sebaliknya dianiaya sepanjang kehidupannya” (H%ise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999: 1, dalam DuBois & Miley, 2005: 417). Sebagai suatu kesaksian ataS pengakuan internasional bahwa kekerasan terhadap kaum perempuan adalah diskriminataf dan melafggar hak-hak azasi mereka, Perserikatan Bangsa-Bangsa mengadopsi *Declaration on the Elimination of Violence agains*

Women. Protokol opsional terhadap konvensi ini, yang diadopsi pada tahun 1999, menyatakan “hak-hak kaum perempuan untuk menguraikan perbaikan atas kekerasan-kekerasan terhadap hak-hak azasi mereka, termasuk kekerasan yang berbasis gender” (United Nations, 2000, Response by the International Community Section, 2, dalam DuBois & Miley, 2005: 417). Menurut Kofi Annan, Sekretaris Jenderal Perserikatan Bangsa-Bangsa, “kekerasan terhadap kaum perempuan barangkali adalah pelanggaran hak-hak azasi manusia yang paling memalukan. Kita tahu tidak ada batas geografis, kebudayaan, dan kekayaan. Seandainya kekerasan masih berlangsung terus, kita tidak dapat menuntut untuk membuat kemajuan yang nyata menuju kesetaraan, perkembangan, dan perdamaian” (DuBois & Miley, 2005: 417). Kekerasan pasangan intim merupakan isu hak azasi manusia yang serius.

2. Dinamika kekerasan pasangan intim

Di dalam situasi-situasi rumahtangga, adalah lebih lazim bagi kaum laki-laki untuk menganiaya pasangan perempuannya daripada dianiaya oleh pasangan perempuannya. Di dalam kenyataan, data baru-baru ini menunjukkan bahwa 85 persen orang-orang yang dijadikan korban oleh kekerasan pasangan intim adalah kaum perempuan. Pada tahun 1999, angka per 1.000 perempuan dan laki-laki secara berturut-turut adalah 7,7 dan 1,1 (Rennison & Welchans, 2000, DuBois & Miley, 2005: 417).

Penelitian menunjukkan bahwa kaum laki-laki dan kaum perempuan dalam relasi perkawinan dan sebelum perkawinan melibatkan diri dalam perilaku kekerasan, tetapi motivasi mereka berdua berbeda-beda. Bagi kaum perempuan, penggunaan kekerasan paling sering terjadi dalam bentuk tindakan membela diri, reaksi terhadap situasi-situasi kekerasan, atau membalas dendam atas penganiayaan yang dilakukan terhadap mereka (Flynn, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 417). Kaum laki-laki, pada sisi lain, cenderung melakukan kekerasan untuk mengintimidasi pasangan mereka atau melakukan

pengendalian terhadap mereka. Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization) (2002, dalam DuBois & Miley, 2005) melaporkan bahwa pemicu kekerasan dalam relasi intim serupa di semua bagian di seluruh dunia. Peristiwa-peristiwa pemicu kekerasan meliputi tindakan-tindakan seperti “tidak taat terhadap atau bertengkar dengan laki-laki, bertanya soal uang atau teman perempuan, tidak siap makanan pada waktunya, tidak merawat anak-anak atau rumah secara memadai, menolak berhubungan seks, dan laki-laki menduga perempuan tidak setia” (h. 417).

Kekerasan ialah suatu cara untuk memperoleh kekuasaan dan kendali. Pelaku kekerasan menggunakan strategi-strategi intimidasi, penghinaan, pengucilan, penciptaan rasa bersalah, ketergantungan ekonomi, kekerasan, dan ancaman-ancaman untuk meningkatkan kekuasaan dan kendali mereka sendiri dan untuk melucuti kekuasaan dan kendali pasangan mereka.

Kekerasan terhadap pasangan sering berlangsung di dalam suatu siklus sulit diramalkan (Walker, 1984, dalam DuBois & Miley, 2005: 417). “Kekerasan antar-pasangan intim selalu semakin memburuk walaupun barangkali ada masa-masa tenang dan bahkan perbaikan-perbaikan sementara selama periode intervensi-intervensi hukum atau luar hukum dan psikologis” (Walker, 1984: 697, dalam DuBois & Miley, 2005: 417). Pada mulanya, ada suatu periode dimana muncul ketegangan-ketegangan, suatu periode ketika kaum perempuan berpikir mereka memiliki beberapa kendali atas penganiayaan itu. Mereka yakin bahwa dengan melayani pasangan-pasangan mereka maka mereka dapat mengurangi kejadian penganiayaan, sementara menolak memenuhi tuntutan-tuntutan pasangan mereka akan mengundang penganiayaan. Tentu saja penganiayaan berlangsung di dalam suatu ledakan kekerasan atau di dalam suatu kejadian akut yang memanas. Walaupun fase ini singkat, kekerasan fisik cenderung meningkat.

Suatu pengurangan ketegangan menyusul meledaknya kekerasan memperkuat perilaku penganiayaan fisik.

Penyesalan yang dalam atau hanya sekedar saat dimana tidak ada ketegangan mencirikan fase ketiga. Banyak faktor yang memperkuat mengapa kaum perempuan tetap bertahan di dalam relasi-relasi kekerasan. Rasa tidak ada bantuan, tidak berdaya, dan harga diri yang rendah mengurangi kemungkinan kaum perempuan akan meninggalkan pasangan-pasangan mereka.

Pada dasarnya, kaum perempuan mengembangkan keterampilan-keterampilan yang meminimisasikan penderitaan mereka yaitu menolak adanya kekerasan (*denial*), menarik diri atau disosiasi (*dissociation*), berpisah ranjang/rumah (*splitting*) membantu mereka untuk tetap bertahan bersama pasangan dan dapat melangsungkan kehidupan. Bagi banyak perempuan, pelayanan-pelayanan dari sistem-sistem yang mereka anggap sebagai tidak responsif dan cenderung mengecam tidak memberikan alternatif-alternatif yang baik bagi perubahan situasi-situasi mereka.

3. Undang-undang tentang kekerasan terhadap perempuan

Pada tahun 2000, Presiden Clinton menandatangani pengesahan kembali perundang-undangan yang menonjol yaitu Undang-undang tentang Kekerasan terhadap Kaum Perempuan. Undang-undang ini menggunakan suatu pendekatan yang komprehensif terhadap isu-isu hukum di seputar kekerasan dalam rumahtangga dan kekerasan seksual. Pengesahan ulang ini meliputi gambaran-gambaran seperti peningkatan pembiayaan bagi pemukiman- pemukiman darurat dan perumahan peralihan (rumah singgah), pembiayaan bagi pelayanan-pelayanan hukum dan sipil kepada kaum perempuan yang menjadi korban kekerasan dalam rumahtangga dan kekerasan seksual, perlindungan bagi kaum perempuan imigran yang mengalami penganiayaan, pelayanan-pelayanan kepada kaum perempuan cacat yang mengalami kekerasan dalam rumahtangga, dan pelatihan bagi para pekerja sosial dan hakim tentang pelayanan perlindungan anak (Family Violence Prevention Fund, 2003, DuBois & Miley, 2005: 417). Undang-undang asli menetapkan suatu perkuatan

perlindungan berskala nasional terhadap aturan-aturan penganiayaan, suatu jalur bebas hambatan National Domestic Violence, dan suatu Dinas Kekerasan Terhadap Perempuan di Kementerian Kehakiman (U. S. Department of Justice, n.d. dalam DuBois & Miley, 2005: 417).

4. Respons pelayanan terhadap kekerasan pasangan intim

Perhatian media masa terhadap krisis kekerasan dalam rumahtangga meningkatkan kesadaran publik dan mengintensifkan respons-respons kalangan profesional. Masyarakat cenderung memberikan pelayanan-pelayanan, seperti tim tanggap krisis lintas disiplin dan penegakan hukum, pemukiman-pemukiman darurat, program-program bagi kaum wanita yang mengalami penganiayaan dan anak-anaknya, dan konseling bagi pasangan yang mengalami penganiayaan. Isu-isu kekerasan pasangan intim yang bersifat multidimensional membutuhkan suatu pendekatan intervensi yang lintas disiplin. Klien sering membutuhkan suatu kombinasi dari pelayanan-pelayanan kesehatan, hukum, keuangan, pendidikan, dan sosial.

Pelayanan-pelayanan kedaruratan dan peralihan sering merupakan titik masuk pertama ke dalam sistem penyelenggaraan pelayanan sosial bagi kaum perempuan yang mengalami penganiayaan. Pelayanan-pelayanan tersebut meliputi:

- Informasi dan rujukan
- Petugas ruang gawat darurat rumah sakit
- Kepolisian
- Rohaniawan, dokter keluarga, dokter gigi, atau pengacara
- Pelayanan-pelayanan jalur bebas biaya dan hambatan (*hotlines*) serta intervensi krisis
- Program-program bantuan korban
- Supervisi di tempat kerja

Pada dasarnya, sumberdaya rujukan utama kepada pemukiman-pemukiman krisis bagi kaum perempuan yang mengalami penganiayaan ialah petugas kepolisian atau petugas pelayanan jalur bebas biaya dan hambatan untuk kekerasan dalam rumahtangga. Pemukiman-pemukiman memberikan lingkungan yang aman dan mendukung bagi kaum perempuan yang mengalami penganiayaan dan anak-anak mereka. Petugas pemukiman memberikan pelayanan-pelayanan dukungan, seperti konseling dan perlakuan kelompok. Petugas tersebut sering merujuk klien kepada pelayanan-pelayanan masyarakat lainnya atas kebutuhan-kebutuhan hukum dan kesehatan mereka dan atas pekerjaan, perumahan, rawat siang, dan pelayanan-pelayanan konseling yang berlangsung terus menerus (Roberts & Roberts, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 420). Tentu saja ada beberapa kalangan yang meragukan pentingnya pemukiman-pemukiman. Sebagai ukuran-ukuran perlindungan, para penentang itu menawarkan perumahan darurat dan akses kepada bantuan keuangan, pendidikan dan pelatihan kerja, dan pelayanan-pelayanan hukum.

Banyak prakarsa-prakarsa kekerasan dalam rumahtangga termasuk advokasi di dalam kontinum pelayanan-pelayanan yang mereka tawarkan. Walaupun peran yang pasti dari advokasi bervariasi dari satu program dengan program lainnya, pada dasarnya advokasi melibatkan pelayanan-pelayanan penjangkauan, pendidikan masyarakat, pelayanan-pelayanan tindak lanjut dengan kaum perempuan pasca-intervensi oleh kepolisian. Di dalam konteks pelayanan-pelayanan dukungan, prakarsa-prakarsa itu memberikan informasi tentang sistem hukum, memberikan konseling tambahan pelayanan-pelayanan advokasi, membantu kaum perempuan dalam memperoleh ketentuan-ketentuan perlindungan, dan berdiskusi dengan klien tentang berbagai keputusan-keputusan pengadilan (Weisz, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 420). “Hadirnya seseorang yang dekat dengan mereka secara fisik dan emosional dapat membantu korban menerima dan bertindak berdasarkan informasi yang diberikan. Karena dukungan ini,

beberapa perempuan melanjutkan terus dengan tindakan-tindakan hukum, seperti memperoleh ketentuan-ketentuan perlindungan dan memberi kesaksian di dalam sidang penuntutan pelaku kekerasan dalam rumahtangga” (Weisz, 1999: 140, dalam DuBois & Miley, 2005: 420). Asesmen tentang suatu program advokasi menyatakan bahwa “pembela menandatangani pada adanya empati yang mendukung dan dimilikinya informasi yang berharga. Relasi pembela dengan para korban memudahkan mereka mengambil tindakan-tindakan hukum lebih lanjut terhadap para pelaku kekerasan dalam rumahtangga” (Weisz, 1999: 138, dalam DuBois & Miley, 2005: 420). Tentu saja kaum perempuan yang menggunakan pelayanan-pelayanan advokasi ini mengalami pemberdayaan melalui relasi-relasi yang informatif.

Tujuan-tujuan yang berorientasikan pemberdayaan yang akan dicapai dalam bekerja dengan orang-orang yang mengalami kekerasan pasangan intim mencakup menanamkan kembali perasaan-perasaan pribadi yang berharga dan suatu rasa kendali dan, pada tingkat yang lebih makro, menciptakan untuk mempengaruhi perubahan masyarakat dan sosial. Pekerja sosial yang berorientasikan pemberdayaan menghindari pendekatan intervensi yang berorientasikan kelemahan atau menyalahkan karena tindakan ini akan mereviktimisasi orang-orang yang mengalami penganiayaan. Suatu fokus pada kekuatan-kekuatan, kompetensi, dan keterlibatan klien di dalam semua aspek proses dapat melawan balik pengaruh-pengaruh viktimisasi yang luar biasa yang berkaitan dengan kekerasan pasangan intim.

Empat prinsip dasar dalam membantu orang-orang yang telah diviktimisasi mengalami pemberdayaan (Kopp, 1989, dalam DuBois & Miley, 2005: 421). Pertama, klien harus memandang dirinya sebagai pelaku sebab dalam mencapai suatu solusi atas masalah. Kedua, klien harus memandang pekerja sosial sebagai sosok yang memiliki pengetahuan dan keterampilan-keterampilan yang dapat membantu. Ketiga, usaha pemecahan

masalah harus merupakan suatu kemitraan antara pekerja sosial dan klien. Dan keempat, klien harus menggunakan sejumlah struktur kekuasaan yang berpengaruh (jejaring keluarga, jejaring bantuan, jejaring pribadi, dan jejaring-jejaring lainnya) untuk mencapai suatu pemerataan kekuasaan.

Kelompok-kelompok dukungan memberikan kesempatan-kesempatan kepada orang-orang yang diviktimisasikan oleh kekerasan pasangan intim dengan cara mengungkapkan perasaan-perasaan pribadi mereka, mempertimbangkan pilihan-pilihan alternatif, dan mengevaluasi keputusan-keputusan. Sesi-sesi-kelompok sering memudahkan orang-orang yang diviktimisasikan itu untuk menjajaki isu-isu yang berkaitan dengan perspektif mereka sendiri dan cara-cara membina relasi dengan orang lain. Kelompok-kelompok dukungan memberikan suatu forum untuk menghadapi stres dan kemarahan serta memecahkan masalah-masalah relasi. Mereka memberikan suatu kerangka dasar untuk mempromosikan perubahan masyarakat dan sosial.

Dalam menerapkan suatu model pemberdayaan ke dalam usaha-usaha mereka dengan kaum perempuan yang mengalami kekerasan dalam rumahtangga, Nosko dan Breton (1997-1998: 46, 62-63, dalam DuBois & Miley, 2005: 421) menemukan bahwa penghormatan, hak menentukan nasib sendiri, dan individualisasi yang diperlihatkan berkaitan dengan elemen-elemen kunci dari praxe pekerjaan sosial dengan kelompok. Sebagai contoh, dalam kaitan dengan perencanaan, pekerja sosial yang menganut suatu perspektif pemberdayaan “tidak lagi memandang bahwa tanggung jawab ada pada mereka untuk menggambarkan apa yang dibutuhkan di dalam kelompok, sekarang mereka bertanya secara langsung kepada anggota-anggota kelompok” (h. 421). Pada dasarnya, mereka mengarahkan dengan cara mengikuti petunjuk-petunjuk kliennya. Dengan suatu pendekatan yang berorientasikan pemberdayaan, kekuasaan beralih kepada klien. Sebagai contoh, Nosko dan Breton menunjukkan mereka “bekerja dengan perempuan untuk belajar tentang penganiayaan bukan untuk

memperlihatkan diri mereka sebagai pakar karena mereka mengetahui teori-teori tentang penganiayaan” h. 420).

5. Reaksi anak-anak terhadap kekerasan dalam rumahtangga

Perkiraan baru-baru ini menyatakan bahwa, di Amerika Serikat sendiri, sekitar 3,3 juta anak-anak mengalami kekerasan dalam rumahtangga setiap tahun (Fantuzzo & Mohr, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 422). Tentu saja tidak semua anak-anak yang mengalami kekerasan di dalam keluarga mereka mengembangkan gangguan-gangguan perilaku dan emosional, mereka juga tidak secara otomatis menjadi orang dewasa yang menganiaya orang lain. Namun demikian, kekerasan di dalam keluarga memiliki efek-efek yang jauh melampaui jangkauan.

Beberapa kalangan memandang penampakan anak-anak terhadap kekerasan dalam rumahtangga sebagai suatu perlakuan yang salah secara psikologis. Sebagai contoh, anak-anak dari kaum perempuan yang mengalami penganiayaan memiliki suatu kesempatan yang lebih besar untuk mengalami penganiayaan. Dan anak-anak yang menyaksikan penganiayaan dan menjadi korban penganiayaan mengalami kesulitan-kesulitan psikologis yang lebih besar. Penelitian menunjukkan bahwa bahkan bayi mengalami ketegangan, seperti menangis, merasa terluka, gangguan-gangguan tidur, ketegangan emosional, dan isu-isu kedekatan relasi apabila mereka ditampakkan kepada kekerasan dalam rumahtangga mereka (Edleson, 1999; Asofsky, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 423). Apabila anak-anak yang lebih besar ditampakkan kepada kekerasan semacam itu, mereka cenderung mengembangkan sejumlah pola-pola perilaku bermasalah, seperti kecemasan, depresi, harga diri yang rendah, level empati yang rendah, dan perilaku-perilaku agresif (Carter, Weithorn, & Behran, 1999; Osofsky, 1999; dalam DuBois & Miley, 2005: 423). Mereka juga cenderung mengalami dampak-dampak yang negatif di dalam reasi teman-teman sebaya dan penampilan sekolah.

Tidak semua anak-anak merespons secara negatif karena beberapa faktor meredakan akibat-akibat dari menyaksikan kekerasan. Faktor-faktor itu antara lain adanya orang dewasa yang mengasuh, “tempat perlindungan yang aman” di dalam masyarakat, seseorang yang turut campur demi kepentingan mereka, dan karakteristik individual, seperti ketahanan emosional dan perasaan-perasaan penguasaan dan kompetensi pribadi.

Pelayanan-pelayanan kekerasan dalam rumahtangga yang komprehensif meliputi pemrograman bagi anak-anak, yang mewakili setengah dari semua penghuni rumah singgah (Carter, Weithorn, & Behrman, 1999: 7, dalam DuBois & Miley, 2005: 423). Program-program tersebut antara lain ialah prakarsa-prakarsa seperti koneseling individual dan kelompok. Kegiatan-kegiatan yang berkaitan membantu anak-anak mengembangkan respons-respons yang dapat menyesuaikan diri, mempelajari teknik-teknik pemecahan masalah yang efektif dan aman, menguji sikap-sikap mereka terhadap relasi, menerima tanggung jawab atas perilaku mereka sendiri, menghadapi isu-isu yang berkaitan dengan kemarahan, mempelajari akibat-akibat negatif dari kekerasan dalam mengatasi konflik, dan mengembangkan harga diri yang lebih positif. Advokasi anak ialah suatu tambahan yang lebih baru terhadap program-program rumah singgah. Para pembela hak-hak anak “membantu anak penghuni rumah singgah mengakses manfaat-manfaat dan pelayanan-pelayanan yang mereka butuhkan, memastikan bahwa perlindungan-perindungan hukum tersedia ketika dibutuhkan oleh anak-anak, dan memberikan pelatihan bagi petugas rumah singgah tentang perkembangan anak dan dampak kekerasan dalam rumahtangga terhadap anak-anak” (h. 423).

C. Penganiayaan Orang Lanjut Usia

Penganiayaan berlangsung sepanjang siklus kehidupan; namun demikian, masalah penganiayaan lanjut usia baru-baru ini saja disadari.

1. Jenis-jenis penganiayaan orang lanjut usia

Berbagai definisi tentang penganiayaan orang lanjut usia ditemukan di dalam peraturan perundang-undangan, seperti Amandemen Undang-undang Lanjut Usia Amerika Serikat tahun 1987, Undang-undang Negara Bagian, dan Pusat Nasional bagi Penganiayaan Orang Lanjut Usia (National Center for Elder Abuse, NCEA). “*Penganiayaan orang lanjut usia (elder abuse)* ialah suatu istilah yang mencakup semua aspek yang merupakan semua jenis salah perlakuan atau perilaku penganiayaan terhadap orang lanjut usia,” seperti penganiayaan, penerlantaran, atau perilaku yang mengeksploitasikan (Wolf, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 424). Jenis-jenis penganiayaan orang lanjut usia antara lain ialah sebagai berikut:

- a. *Penerlantaran (neglect)* ialah penolakan atau kegagalan memenuhi kewajiban atau tanggung jawab seseorang atas seorang dewasa tanggungan atau orang lanjut usia
- b. *Penganiayaan psikologis (psychological abuse)* mengakibatkan gangguan, penderitaan emosional, atau penderitaan melalui tindakan-tindakan verbal dan/atau nonverbal
- c. *Penganiayaan fisik (physical abuse)* meliputi kekerasan atau kekuatan fisik yang mengakibatkan luka fisik, penderitaan, atau kecacatan
- d. *Penganiayaan seksual (sexual abuse)* terjadi apabila orang lanjut usia atau orang tanggungan dipaksa melakukan hubungan seksual dalam bentuk apa pun
- e. *Eksplorasi keuangan (financial exploitation)* meliputi derma atau pemberian-pemberian yang tidak sah dan tidak patut yang bersumber dari aset, investasi, atau harta kekayaan seorang lanjut usia atau seorang dewasa tanggungan
- f. *Pengabaian (abandonment)* terjadi apabila orang yang mengemban tanggung jawab pengasuhan terhadap seorang lanjut usia meninggalkan orang lanjut usia itu
- g. *Penerlantaran sendiri (self-neglect)* terjadi apabila tindakan-tindakan seorang lanjut usia mengancam keselamatan dan kesejahteraannya.

(NCEA, 2003b, dalam DuBois & Miley, 2005: 425).

2. Dinamika penganiayaan lanjut usia

Orang-orang lanjut usia dianiaya oleh pengasuh keluarga, pengasuh bergaji, anggota keluarga, dan pasangan hidup mereka. Studi-studi tentang laporan-laporan penganiayaan orang lanjut usia yang dilaksanakan pada tahun 1996 oleh Pusat Nasional bagi Penganiayaan Orang Lanjut Usia (National Center for Elder Abuse (2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 425) menemukan bahwa anak-anak yang sudah dewasa yang cenderung menjadi pelaku penganiayaan (47,3 persen), diikuti oleh pasangan (19,3 persen), dan anggota-anggota keluarga lainnya (8,8 persen). Penelitian lain menantang citra dominan yang sudah ada sebelumnya tentang penganiayaan orang lanjut usia, bahwa anak-anak yang sudah dewasa yang menganiaya orangtua mereka. Temuan-temuan atas studi berskala besar yang dilakukan oleh Pillemer dan Finkelhor (1988)—suatu survei yang berbasiskan masyarakat terhadap orang-orang yang berusia lebih dari 65 tahun—menunjukkan bahwa para pelaku penganiayaan utamanya adalah pasangan (58 persen), dibandingkan dengan anak-anak yang sudah dewasa (24 persen). Suatu survei yang lebih baru di 50 negara bagian tentang pelayanan-pelayanan perlindungan anak menemukan bahwa mayoritas pelaku penganiayaan adalah anggota-anggota keluarga—baik pasangan intim (30 persen) maupun anak-anak yang sudah dewasa (18 persen) (Teaster, 2001, dalam DuBois & Miley, 2005: 425). Hasil ini menganjurkan bahwa penganiayaan orang lanjut usia juga merupakan perluasan dari penganiayaan pasangan.

Anggota-anggota keluarga yang merupakan pengasuh utama dapat menimbulkan gangguan pada diri orang lanjut usia sebagai akibat dari stres dan frustrasi. Mereka dapat merasa terbebani oleh tanggung jawab pengasuhan baik yang mereka inginkan maupun yang mereka tidak harapkan. Walaupun stres pengasuh dapat memainkan peran di dalam penganiayaan orang lanjut

usia, dinamika, sama seperti bentuk-bentuk kekerasan dalam keluarga lainnya, sering berakar pada suatu kebutuhan untuk memperoleh dan mempertahankan kendali atas orang lanjut usia atau orang dewasa tanggungan (Brandl, 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 425).

Orang lanjut usia yang ringkih dan menjadi tanggungan rentan terhadap penganiayaan oleh anggota-anggota keluarga dan bukan keluarga yang mengalami masalah perilaku atau gangguan kejiwaan. Sebagai contoh, orang yang mengalami kecanduan alkohol dan obat-obat terlarang atau ketidakseimbangan jiwa dapat memperlihatkan berbagai macam penganiayaan orang lanjut usia (Kosberg, 1990, dalam DuBois & Miley, 2005: 425).

Penganiayaan orang lanjut usia terjadi di dalam panti-panti pengasuhan jangka panjang seperti panti-panti asuhan. Faktor-faktor yang menyumbang bagi penganiayaan orang lanjut usia di panti-panti asuhan orang lanjut usia antara lain ialah petugas yang tidak terlatih, kekurangan petugas, dan karena kesalahpahaman akan kebutuhan-kebutuhan dan perilaku-perilaku lanjut usia.

3. Pengidentifikasian penganiayaan lanjut usia

Beberapa faktor dapat menambah kerumitan dalam mengidentifikasikan penganiayaan orang lanjut usia. Orang-orang lanjut usia yang lemah cenderung diasuh di rumah daripada diasuh di luar rumah di dalam masyarakat di bawah perhatian publik. Lagi pula, orang-orang lanjut usia yang menjadi tanggungan sering enggan mengadukan para pengasuhnya. Mereka dapat menerima penganiayaan untuk menghindari apa yang mereka anggap sebagai suatu alternatif yang tidak dapat dipertahankan, seperti suatu penempatan di panti asuhan, atau bahkan menganggap bahwa mereka sendiri akan disalahkan atas perilaku penganiayaan itu.

Pekerja sosial yang lebih waspada akan indikator-indikator penganiayaan dan penerlantaran orang lanjut

usia lebih mampu mendeteksi perlakuan salah oleh pengasuhnya. Tanda-tanda penganiayaan dan penerlantaran orang lanjut usia antara lain ialah:

- Pengasuh tidak memberikan suatu kesempatan kepada orang lanjut usia untuk berbicara kepada atau untuk tinggal sendirian sebentar saja dengan pekerja sosial.
- Pengasuh acuh tak acuh kepada atau marah kepada orang lanjut usia.
- Pengasuh tidak memberikan bantuan yang memadai atau alat-alat yang disesuaikan dengan kondisi orang lanjut usia yang lemah.
- Penjelasan-penjelasan tentang terjadinya luka-luka baru tidak konsisten.
- Pengasuh tidak menjelaskan luka-luka yang nampak pada pemeriksaan fisik.
- Pengasuh atau klien sering berganti-ganti dokter atau petugas kesehatan.
- Masa antara munculnya penyakit dan meminta bantuan kesehatan cukup lama.
- Pengasuh memperlihatkan emosi yang dingin terhadap atau mengancam orang lanjut usia.
- Laporan atau cerita tentang luka tidak masuk akal.
- Interaksi-interaksi yang genit antara orang lanjut usia dengan pengasuh dapat menandakan suatu hubungan seksual. (Quinn & Tomita, 1986, dalam DuBois & Miley, 2005: 426).

D. Pelayanan-pelayanan bagi Orang Lanjut Usia

Orang-orang lanjut usia semakin menarik perhatian karena jumlah mereka yang semakin banyak. Ketika ledakan jumlah bayi (*baby boomers*) bertumbuh semakin besar, kita benar-benar mengalami suatu “*graying of America (pemuaan Amerika Serikat.*” Pada tahun 2002, sebanyak 12,4 persen populasi di Amerika Serikat berusia 65 tahun dan lebih. Pada tahun 2030, sebanyak 20 persen populasi Amerika Serikat akan berusia 65 tahun dan lebih (Administration on Aging, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 427). Bahkan penambahan yang lebih dramatis akan terlihat dalam jumlah populasi yang berusia di atas 85 tahun, lapisan masyarakat

yang lebih tua dari 65 tahun yang pertumbuhannya paling pesat. Proyeksi menunjukkan hampir 18,9 juta orang yang berusia 85 tahun dan lebih pada tahun 2050, suatu penambahan kumulatif yang lebih dari 400 persen. Selanjutnya, jumlah *centenarians* (sentenarian, atau penduduk berusia 100 tahun dan lebih) telah bertambah dua kali lipat pada dasawarsa yang lalu.

Kelompok populasi berusia di atas 65 tahun juga semakin beragam. Persentase orang-orang lanjut usia yang merupakan anggota dari kelompok-kelompok populasi minoritas diharapkan bertambah dari 16,4 persen pada tahun 2000 menjadi 25,4 persen pada tahun 2030—suatu penambahan 81 persen di kalangan orang lanjut usia Kulit Putih dan 219 persen penambahan di kalangan kelompok-kelompok kaum minoritas orang lanjut usia (AoA, 2002, dalam DuBois & Miley, 2005: 428). Para pakar demografi atau kependudukan mengantisipasi angka pertumbuhan paling pesat di kalangan orang Hispanic Amerika Serikat; proyeksi menganjurkan 328 persen pertumbuhan pada jumlah orang Hispanic Amerika Serikat yang berusia lebih dari 65 tahun pada tahun 2030.

Kecenderungan-kecenderungan yang sama dalam populasi yang semakin menua terjadi di seluruh dunia (United Nations, Population Division, 2003, dalam DuBois & Miley, 2005: 428). Perkiraan menunjukkan angka akan bertambah hingga sekitar 1,9 juta pada tahun 2050. Pada waktu itu, para pakar mengharapkan populasi dunia yang berusia di atas 60 tahun akan sama dengan jumlah anak-anak. Implikasi penuaan populasi dunia semakin bertambah jelas apabila kita melihat kembali proyeksi pertumbuhan populasi. Di seluruh dunia, jumlah sentenarian akan bertambah dari sekitar 167.000 orang pada tahun 2000 menjadi 3,4 juta orang pada tahun 2050. Dari jumlah sentenarian itu pada tahun 2050, sebanyak 471.000 orang akan tinggal di Amerika Serikat. Selain itu, pada tahun 2050, sekurang-kurangnya 10 persen populasi pada hampir 21 negara diharapkan berusia 80 tahun atau lebih. Mirkin dan Weinbeger (2000: 4, dalam DuBois & Miley, 2005) menyimpulkan “akan ada sedikit keraguan bahwa perubahan-perubahan dalam persebaran usia memiliki implikasi-implikasi sosial dan ekonomi yang kompleks pada level masyarakat dan individu (h. 428).

1. Lanjut usia yang berhasil

Menurut Rowe dan Kahn (1998: xiii, dalam DuBois & Miley, 2005: 428), “para gerontologis milenium baru akan semakin berfokus pada bagaimana mempromosikan *penuaan yang berhasil*, atau bagaimana orang-orang lanjut usia dapat mempertahankan kemampuan untuk berfungsi di dalam lingkungan mereka ketika mereka semakin tua” (h. 429). Berdasarkan hasil studi MacArthur Foundation tentang penuaan, mereka menyimpulkan bahwa tiga gambaran mencirikan lanjut usia yang berhasil:

- Menghindari penyakit dan kecacatan
- Terus melibatkan diri dengan kehidupan, termasuk relasi sosial dan kegiatan yang produktif
- Mempertahankan keberfungsian mental dan fisik (h. 429).

Orang-orang lanjut usia yang mengalami lanjut usia yang berhasil melakukan langkah-langkah yang proaktif untuk mencegah penurunan dan menemukan cara-cara untuk menyesuaikan diri secara kreatif dengan perubahan-perubahan yang dapat terjadi sehingga meminimisasikan dampaknya terhadap kehidupan mereka.

Temuan-temuan studi MacArthur Foundation tentang penuaan (Rowe dan Kahn, 1998: 13-33, dalam DuBois & Miley, 2005) memberikan data yang mengkonfrontasikan sejumlah salah pengertian yang negatif tentang penuaan, termasuk hal-hal sebagai berikut:

- “*Orang lanjut usia itu pasti sakit*” (h. 429): Orang-orang lanjut usia masa kini lebih sehat daripada orang-orang lanjut usia pada generasi sebelumnya. Pada usia 65 tahun, kebanyakan kaum perempuan akan hidup 20 tahun lagi, dan kaum laki-laki 15 tahun lagi. Selanjutnya, kebanyakan orang-orang lanjut usia dapat berharap untuk tetap aktif dan produktif sepanjang hayat mereka.

- *“Anda tidak bisa mengajarkan trik-trik baru kepada anjing yang tua”* (h. 429): Stereotip yang sudah lama dianut tentang orang-orang lanjut usia menyatakan bahwa mereka tidak dapat belajar, dan lebih-lebih lagi, cenderung mengalami penurunan memori yang pesat. Angka aktual penyakit-penyakit degeneratif seperti penyakit Alzheimer menyatakan bahwa kurang dari 10 persen orang-orang yang berusia lebih dari 65 tahun terkena gangguan ini. Penelitian mengindikasikan bahwa orang-orang dari segala kelompok usia, karena meluasnya kesempatan-kesempatan, dapat mempelajari keterampilan-keterampilan baru. Faktor-faktor yang membantu orang-orang mempertahankan keberfungsian mental antara lain ialah kegiatan olahraga yang teratur, jejaring dukungan sosial, dan keyakinan akan kemampuan diri sendiri.
- *“Kuda sedang keluar dari gudang”* (h. 429): Banyak orang yakin bahwa, apabila mereka sudah tua, membuat perubahan-perubahan gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan tidak akan menghasilkan suatu perbedaan dalam kesejahteraan mereka. Di dalam kenyataan, tidak pernah terlambat untuk membuat perubahan-perubahan gaya hidup yang dapat mengurangi resiko-resiko kesehatan dan meningkatkan kualitas kehidupan.
- *“Rahasia penuaan yang berhasil ialah memilih orangtua secara bijaksana”* (h. 429): Genetika dapat memainkan suatu peran di dalam usia panjang; namun demikian, penelitian menyarankan bahwa faktor-faktor gaya hidup dan lingkungan memainkan suatu peran yang lebih penting daripada faktor-faktor genetika.
- *“Lampu menyala tetapi voltasenya menurun”* (h. 429): Walaupun kegiatan seksual dapat menurun seiring dengan penuaan, orang-orang dapat membutuhkan kemesraan dan tetap berhubungan seksual sepanjang hayat mereka.

- “Orang lanjut usia tidak dapat menarik berat badannya” (h. 429): Menyamakan orang lanjut usia dengan ketidakproduktifan benar-benar tidak akurat. Yang menarik, hampir sepertiga dari semua orang lanjut usia bekerja purna waktu atau paruh waktu. Selanjutnya, walaupun karyawan yang digaji bukan merupakan bagian dari rutinitas sehari-hari banyak orang lanjut usia, ini tidak berarti bahwa kehidupan mereka kosong. Hari-hari mereka cenderung diisi dengan kegiatan-kegiatan yang bermakna, seperti melakukan tugas-tugas sukarela, mengasuh, dan bekerja di rumah mereka sendiri.

Gambaran penuaan yang berhasil memberikan kita suatu pandangan yang lebih optimistik tentang orang-orang lanjut usia. Salah satu studi menggambarkan unsur-unsur kunci yang menyumbang bagi pencapaian tujuan penuaan yang berhasil ini (Fisher & Specht, 1999, dalam DuBois & Miley, 2005: 429). Responden mengidentifikasi faktor-faktor seperti memiliki interaksi yang positif dengan orang lain, kesempatan-kesempatan bagi pertumbuhan, rasa tujuan, dan kemandirian. Studi ini juga menemukan suatu hubungan antara kreativitas dan penuaan yang berhasil. Seorang perempuan berusia 69 tahun mengatakan, “Kalau anda ingin mengalami penuaan yang berhasil, anda harus dapat menghadapi penuaan itu sendiri. Kreativitas meliputi apa saja yang anda lakukan—suatu peniruan emosional atau mental. Kehidupan itu sendiri ialah persoalan kreativitas khususnya apabila anda sudah tua karena anda memiliki waktu untuk berpikir tentang tantangan-tantangan dan datang dengan solusi.” Atau, menurut seorang perempuan berusia 78 tahun, “Penuaan memberikan anda suatu minat, sesuatu yang anda akan tuju, sesuatu yang akan mengisi pikiran dan hari-hari anda. Aku pikir anda harus memiliki suatu minat. Tidak ada yang lebih menggembirakan daripada memiliki suatu kegiatan yang baru.” Jelaslah, pekerja sosial dapat memainkan suatu peran dalam kegiatan-kegiatan pencegahan yang mempromosikan penuaan yang berhasil.

Gutheil dan Congress (2000: 42, dalam DuBois & Miley, 2005: 430) mengingatkan bahwa melebihi-lebihkan penuaan yang berhasil dapat mendorong kita mengevaluasi orang-orang lanjut usia itu dengan kecacatan dan kelemahan-kelemahan kognitif yang negatif. Barangkali bagus juga bahwa individu-individu mendemonstrasikan kekuatan-kekuatan, daya suai, dan ketahanan yang luar biasa dalam menghadapi kesulitan-kesulitan ini. “Ketahanan (*resilience*) pada usia lanjut dapat dipandang sebagai kemampuan untuk mempertahankan kehidupan dan mengatasi sejumlah stresor utama, termasuk penyakit, kecacatan, dan serangkaian kehilangan utama lainnya” h. 430). Faktor-faktor yang menyumbang bagi ketahanan antara lain ialah strategi-strategi menghadapi tantangan-tantangan yang dapat memberikan makna stres, rasa penguasaan, fleksibilitas, dan akses kepada dukungan social. Sejumlah studi mengindikasikan bahwa rasa kendali pribadi, bukan kesehatan saja, memainkan suatu peran yang signifikan dalam mempromosikan suatu rasa kesejahteraan psikologis yang positif (Smith et al., 2000, dalam DuBois & Miley, 2005: 430). “Ketahanan didorong oleh ketergantungan dengan orang lain dan didasarkan pada kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan yang berubah” Gutheil dan Congress (2000: 44-45, dalam DuBois & Miley, 2005: 430-431). Memodifikasikan lingkungan agar sesuai dengan kebutuhan-kebutuhan individu juga memainkan suatu peran dalam mendorong ketahanan. Prinsip-prinsip praktek yang mempromosikan ketahanan antara lain ialah sebagai berikut:

- Mengidentifikasi indikator kekuatan-kekuatan dan ketahanan pada diri klien
- Melibatkan klien dalam mengidentifikasi bidang-bidang ketahanan
- Membantu klien mengidentifikasi bidang-bidang apa yang ia masih dapat kendalikan
- Membantu klien mengesampingkan apa yang ia tidak dapat kendalikan

- Mengidentifikasi dan mendorong dukungan formal dan informal dalam mendorong ketahanan
- Mengidentifikasi bidang-bidang kekuatan baru yang belum dimanfaatkan dan ketahan-ketahanan yang baru muncul
- Mengidentifikasi dan bekerja untuk meningkatkan atau mengubah aspek-aspek lingkungan fisik baik yang mendukung maupun yang menghambat ketahanan
- Mengevaluasi ulang ketahanan yang didasarkan atas tingkat-tingkat kemampuan yang berubah. (h. 431).

2. Isu-isu dalam bekerja dengan orang lanjut usia

Pekerja sosial yang bekerja dengan orang-orang lanjut usia harus menguji sikap-sikapnya sendiri tentang penuaan, penyakit, dan kematian. Ini sangat menantang, karena isu-isu masa dewasa orang lanjut usia berada di luar pengalaman-pengalaman kehidupan kebanyakan pekerja sosial profesional. “Dalam bekerja dengan orang lanjut usia, pekerja sosial harus menghadapi isu-isu pribadi tentang penuaan, kecacatan, dan kematian. Apabila pekerja sosial mengalami isu-isunya sendiri yang tidak terselesaikan tentang kematian, kecacatan, atau penuaan, ia menghambat kemajuan dan pekerjaan” (Barry, 1988: 451, dalam DuBois & Miley, 2005: 431). Orang-orang yang dipengaruhi oleh isu-isu penuaan sering menganggap bahwa orang-orang lanjut usia tidak dapat berubah; namun demikian, pemahaman ini ditentang oleh suatu perspektif yang kompeten yang menyatakan bahwa semua manusia memiliki kemampuan untuk berubah sepanjang siklus kehidupan (Berk, 2004). Pekerja sosial dapat mengambil langkah-langkah untuk meningkatkan efektivitasnya dan meningkatkan kepekaan mereka terhadap keberagaman penuaan:

- Mengubah stereotip dan citra negatif
- Menyadari pengaruh keanggotaan di dalam suatu kelompok usia tertentu
- Menyadari banyaknya perbedaan-perbedaan di kalangan orang-orang lanjut usia

- o Belajar bagaimana status minoritas etnis, agama, dan jender mempengaruhi pengalaman penuaan. (Toseland, 1995: 153-154, dalam DuBois & Miley, 2005: 433).

Pekerja sosial yang berbasiskan kompetensi bekerja secara kolaboratif dengan orang-orang lanjut usia, bukan hanya sekedar memberikan sumberdaya-sumberdaya konkret yang mengalamatkan masalah-masaah yang didefinisikan secara sempit dan spesifik. Penggunaan bahasa yang positif dalam merangkaikan percakapan-percakapan dengan orang-orang lanjut usia mempromosikan kompetensi dan menitikberatkan kekuatan-kekuatan (Chapin & Cox, 2001; Cox, 2002; Kivnick & Murray, 2001; Miley, 2002; Thompson & Thompson, 2001; dalam DuBois & Miley, 2005: 433).

3. Kontinuum pelayanan-pelayanan

Pada dasarnya pelayanan-pelayanan formal bagi orang-orang lanjut usia dimasukkan ke dalam tiga kategori taitu dukungan dukungan social bagi orang-orang lanjut usia yang sehat, pelayanan-pelayanan masyarakat bagi orang-orang lanjut usia yang mengalami kesehatan yang buruk, dan pengasuhan panti berjangka panjang bagi orang-orang lanjut usia yang tidak lagi dapat hidup mandiri bahkan dengan dukungan anggota-anggota keluarga dan pelayanan-pelayaan yang berbasiskan masyarakat (Tabel 14.1).

Tabel 14.1
Sumberdaya-sumberdaya bagi Orang-orang Lanjut usia

Bantuan penghasilan	Pemeliharaan penghasilan Asuransi sosial
Perawatan kesehatan	Asuransi kesehatan Kesehatan rumah/bantuan perawatan rumah
Gizi	Kupon bahan makanan Program komoditas bahan makanan

Perumahan	Makan bersama-sama dan diantarkan kerumah Perumahan yang disubsidi oleh publik Perumahan bebas pajak bagi pemilik perumahan Rencana rahabilitasi perumahan
Transportasi	Pengurangan ongkos bis Pelayanan bis per telepon Bis khusus
Sosialisasi	Pusat-pusat lanjut usia pelayanan multiguna Rawat siang orang lanjut usia Program penguatan per telepon Program relawan Program pendidikan orang dewasa
Pelayanan-pelayanan hukum	Bantuan hukum Isu-isu hukum: pengasuhan, perwalian, dan kemauan hidup

Kebutuhan-kebutuhan pengasuhan berjangka panjang bagi orang-orang lemah, memiliki kecacatan-kecacatan fungsional, dan membutuhkan bantuan kehidupan sehari-hari menuntut pelayanan-pelayanan berbasis masyarakat atau panti asuhan yang mengalamatkan sejumlah besar kebutuhan-kebutuhan perawatan kesehatan, pribadi, dan sosial.

Menghadirkan bersama-sama berbagai pelayanan-pelayanan, seperti bantuan keuangan, transportasi, perumahan, bantuan listrik rumah, informasi dan rujukan, rehabilitasi, jejaring pelayanan melalui telepon, dan konseling, yang berada di bawah badan-badan sosial publik dan privat menuntut koordinasi program-program dan kebijakan-kebijakan sosial yang tertata baik. Bahwa pelayanan-pelayanan bagi orang-orang lanjut usia yang dimasukkan ke dalam naungan berbagai ketentuan hukum, sumber-sumber pembiayaan, dan badan-badan administrasi selanjutnya akan menambah komplikasi penyelenggaraan pelayanan.

Pekerja sosial yang berfungsi sebagai manajer kasus di dalam setting-setting pelayanan tersebut di atas sering memberikan pelayanan-pelayanan antara lain pelayanan-pelayanan kesehatan rumah, pelayanan-pelayanan perlindungan orang lanjut usia dan program-program bagi para pengasuh keluarga, badan-badan sosial pelayanan keluarga, dukungan-dukungan kelompok, fasilitas-fasilitas berkumpul bersama-sama dan jenis-jenis program perumahan orang lanjut usia lainnya, pelayanan rawat siang dan pengasuhan pengganti, panti-panti asuhan, dan pusat-pusat pelayanan orang lanjut usia multiguna.

4. Pelayanan-pelayanan manajemen kasus bagi orang lanjut usia

Manajer kasus ialah seorang profesional yang berkolaborasi dengan klien untuk mengases kebutuhan-kebutuhannya, menempatkan dan menghubungkannya dengan program-program dan pelayanan-pelayanan yang sesuai, serta mengevaluasi hasilnya (Rose & Moore, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 433). Manajer kasus mengkoordinasikan dan memelihara jejaring sumberdaya-sumberdaya formal dan informal untuk “mengoptimalisasikan keberfungsian dan kesejahteraan orang-orang yang mengalami kebutuhan-kebutuhan ganda” (Moxley, 1989: 21, dalam DuBois & Miley, 2005: 433). Pelayanan-pelayanan manajemen kasus sangat tepat manakala situasi-situasi klien menuntut pelayanan-pelayanan ganda. Sebagai advokat (pembela, pendamping), manajer kasus berada di dalam suatu posisi untuk memastikan bahwa klien memiliki akses kepada program-program dan pelayanan-pelayanan yang merupakan haknya dan untuk meningkatkan isu-isu yang berkaitan dengan jejaring penyelenggaraan pelayanan sosial yang terkotak-kotak (Sunley, 1997, dalam DuBois & Miley, 2005: 433). Manajemen kasus ialah gelombang masa depan di dalam banyak bidang praktek berdasarkan iklim konservatisme fiskal dan akses kepada pelayanan-pelayanan yang birokratis (Austin & McClelland, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 433). Bagi orang-orang lanjut usia, pelayanan-pelayanan manajemen kasus memainkan suatu peran yang sangat

penting dalam menghubungkan orang-orang lanjut usia dan keluarganya dengan jejaring dukungan yang berbasis masyarakat, dengan demikian mengurangi kemungkinan penempatan yang terlalu dini di panti-anti asuhan lanjut usia.

Dalam bidang pelayanan-pelayanan orang lanjut usia, manajer kasus dapat dijumpai di badan-badan sosial publik, badan-badan sosial privat nirlaba, dan badan-badan sosial privat waralaba. “Orang lanjut usia yang lemah sering mengalami masalah-masalah kesehatan, kecacatan-kecacatan fungsional, dan kehilangan-kehilangan sosial yang bersifat ganda—situasi-situasi kompleks yang menuntut asesmen multidimensional yang komprehensif bagi perencanaan pengasuhan dan pelayanan-pelayanan yang efektif” (Austin, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 434). Selain bekerja dengan klien secara individual, manajer kasus berada di dalam suatu posisi yang sangat penting “untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan dampak-dampak, batas-batas, dan kendala-kendala penyelenggaraan pelayanan sosial yang bersumber dari level sistem, khususnya dalam kebijakan-kebijakan fiskal dan operasional” (Austin, 1993: 457, dalam DuBois & Miley, 2005: 434). Tujuan-tujuan yang berorientasikan klien dan yang berorientasikan sistem bagi pelayanan-pelayanan manajemen kasus dalam pengasuhan jangka panjang menspesifikasikan tujuan manajemen kasus:

Tujuan-tujuan yang berorientasikan klien:

- Memastikan pelayanan-pelayanan yang sesuai
- Memantau situasi klien dan memastikan pelayanan-pelayanan yang sesuai dan berkelanjutan
- Meningkatkan akses kepada kontinum pelayanan-pelayanan pengasuhan jangka panjang sepenuhnya
- Memberikan dukungan-dukungan bagi pengasuh
- Berfungsi sebagai tokoh penghubung antara program-program dan pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat serta program-program dan pelayanan-pelayanan yang berbasis panti

Tujuan-tujuan yang berorientasikan sistem:

- Mendorong pengembangan pelayanan-pelayanan yang berbasis masyarakat yang saling melengkapi sepenuhnya
- Memastikan pelayanan-pelayanan berkualitas yang dapat dijangkau dan efisien
- Memperkuat penyelenggaraan pelayanan-pelayanan pengasuhan jangka panjang yang terkoordinasikan
- Menghindarkan penempatan yang tidak sesuai di panti asuhan melalui usaha-usaha yang ditujukan kepada orang lanjut usia yang paling beresiko penempatan
- Mengimplementasikan rencana-rencana yang mengendalikan biaya (Austin, 1996, dalam DuBois & Miley, 2005: 435).

Fungsi-fungsi yang paling menonjol dalam manajemen kasus dengan klien individual antara lain ialah penjangkauan, asesmen, perencanaan kasus, mengases sumberdaya-sumberdaya, advokasi, pemantauan, dan evaluasi (Abramson & Rosenthal, 1995; Austin & McClelland, 1996; Greene, 1992 Nelson, 1995; dalam DuBois & Miley, 2005: 435). Manajer kasus menghubungkan klien dengan sumberdaya-sumberdaya dan mengkoordinasikan pelayanan-pelayanan untuk mengembangkan rencana-rencana yang menyatukan alternatif-alternatif yang memungkinkan yang kurang membatasi. Didalam pelayanan ring satu (garis depan) ini, pekerja sosial memberikan informasi kepada orang lanjut usia dan keluarganya tentang kontinum pelayanan-pelayana yang tersedia bagi bantuan dukungan atau pelengkap. Pekerja sosial menyesuaikan keadaan-keadaan individu dengan sumberdaya-sumberdaya yang ia butuhkan, seperti pelayanan-pelayanan makan, transportasi, perumahan, program-program pelayanan melalui telepon, kelompok dukungan, pengasuhan rawat siang, pengasuhan pengganti, dan kegiatan-kegiatan pusat pelayanan lanjut usia.

5. Pelayanan rawat siang dan pelayanan pengganti

Pelayanan rawat siang (*day care service*) dan pelayanan pengganti (*respite service*) orang lanjut usia merupakan

opsi-opsi yang relatif baru bagi orang-orang lanjut usia. Pusat pelayanan rawat siang dan pelayanan pengganti ini memberikan pelayanan-pelayanan kesehatan dan sosial kepada orang lanjut usia penghuni panti selama periode waktu yang sangat panjang (Rathbone-McCuan, 1990; Streets, 1995; dalam DuBois & Miley, 2005: 438). Orang-orang lanjut usia yang menggunakan pusat-pusat rawat siang orang lanjut usia barangkali mengalami hambatan-hambatan fisik dan mental yang membutuhkan suatu “lingkungan yang aman” dan bantuan serta pengawasan (supervisi) sepanjang hari atau setengah hari. Beberapa pusat rawat siang orang lanjut usia memberikan program-program khusus bagi orang-orang lanjut usia yang mengalami penyakit Alzheimer, AIDS, atau penyakit mental yang parah (Gordon, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 438). Pusat rawat siang orang lanjut usia memberikan suatu alternatif pelayanan yang tidak mahal atas pelayanan individual bersamaam dengan kemungkinan-kemungkinan sosialisasi, rehabilitasi, dan kegiatan-kegiatan yang lebih luas.

Pusat-pusat rawat siang bagi orang-orang lanjut usia tidak hanya berfungsi sebagai alternatif bagi penempatan panti asuhan bagi orang-orang lanjut usia yang lemah, tetapi juga memberikan pelayanan-pelayanan pengganti atau pendukung bagi para pengasuh keluarga. Pelayanan-pelayanan ini memungkinkan para pengasuh keluarga bebas dari beban pengasuhan sehari-hari. Beberapa masyarakat memberikan pelayanan-pelayanan pengganti per individu, yang memungkinkan para pengasuh keluarga bebas tugas dari tanggung jawabnya. Alternatif pelayanan pengganti lainnya meliputi penempatan sementara di keluarga asuh, kelompok rumah, atau panti asuhan.

Pusat-pusat rawat siang pada dasarnya menggabungkan suatu komponen pelayanan sosial (Gordon, 1995, dalam DuBois & Miley, 2005: 438). Pekerja sosial dilibatkan di dalam setting-setting rawat siang orang lanjut usia dengan berbagai cara antara lain mengadministrasikan program-program, mengkoordinasikan pelayanan-pelayanan yang berbasis rumah, konseling,

memfasilitasi kelompok-kelompok dukungan para pengasuh, an menyelenggarakan pelatihan-pelatihan dalam-jabatan dan pendidikan masyarakat. Sebagai seorang anggota yang integral dari tim rawat siang, pekerja sosial sering terlibat dengan para peserta pelayanan rawat siang sejak dari prakarsa permohonan pelayanan, pemantauan rencana pelayanan dan pemantauan dukungan bagi peserta dan keluarganya, secara individual dan di dalam kelompok.

6. Pekerjaan sosial di panti sosial lanjut usia

Apabila kita mendengar istilah *nursing homes* (*panti asuhan lanjut usia*), kita selalu berpikir tentang orang-orang dewasa lanjut usia. Orang-orang dewasa lanjut usia yang berbeda etnis menghadapi tantangan-tantangan khusus apabila mereka memasuki suatu panti asuhan lanjut usia yang didominasi oleh suatu kebudayaan utama karena berpotensi kehilangan koneksi dengan keluarga, kebudayaan dan masyarakatnya. Pekerja sosial dapat menggunakan strategi-strategi advokasi untuk menengahi perbedaan-perbedaan kebudayaan. Perbedaan-perbedaan bahasa dan kebudayaan menuntut penyesuaian-penyesuaian untuk memfasilitasi komunikasi antar-staf dan penghuni.

Kebanyakan panti asuhan orang lanjut usia adalah waralaba, walaupun beberapa di antaranya nirlaba yang disponsori oleh badan-badan sosial keagamaan, organisasi-organisasi persaudaraan, atau pemerintah. Fungsi utama pekerja sosial di panti asuhan orang lanjut usia ialah:

- Memfasilitasi proses penerimaan
- Mengembangkan rencana-rencana pelayanan yang terindividualisasikan
- Meningkatkan kesejahteraan sosial dan psikologis penghuni panti asuhan dan keluarganya
- Melibatkan seluruh panti asuhan alam memenuhi kebutuhan-kebutuhan psikososial
- Merencanakan terminasi untuk memastikan ketepatan dan keberlangsungan pengasuhan bagi

transfer di dalam dan terminasi dari panti asuhan (NASW, 1993, dalam DuBois & Miley, 2005: 440).

7. Para relawan yang juga lanjut usia

Dari 59 juta relawan di Amerika Serikat, 15 juta adalah orang lanjut usia, yang mewakili hampir setengah dari warganegara yang berusia lebih dari 65 tahun (AoA, 2003b; BLS, 2002d; dalam DuBois & Miley, 2005: 440). Orang-orang lanjut usia memenuhi persyaratan-persyaratan bagi posisi-posisi relawan atas satu alasan utama: Apabila mereka pensiun, mereka memiliki waktu untuk melakukan kegiatan-kegiatan relawan. Koordinator melakukan suatu kesesuaian yang berhasil antara kemampuan-kemampuan relawan pada satu sisi dan kebutuhan-kebutuhan pelayanan badan sosial dan masyarakat pada sisi lain. Pelayanan-pelayanan relawan yang bereorientasikan pemberdayaan berdasarkan sumberdaya-sumberdaya, kekuatan-kekuatan, dan keterampilan-keterampilan para relawan.

Orang-orang lanjut usia yang tertarik melakukan kegiatan-kegiatan sukarela dapat menemukan kesempatan-kesempatan untuk melakukannya di berbagai setting formal dan informal, serta program-program yang disponsori secara lokal dan program-program yang berskala nasional. Contoh dari kegiatan-kegiatan relawan antara lain ialah:

- Membantu pelayanan makan di panti asuhan dan pengantaran makanan siap saji ke rumah klien
- Menemani klien yang membutuhkan bantuan kepada pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan
- Mengunjungi klien yang tinggal di rumahnya
- Melakukan perbaikan rumah dan pemanas/penyejuk udara
- Memberikan pelayanan-pelayanan konseling tentang topik promosi kesehatan, gizi, keuangan
- Melayani sebagai pengawas klien di panti asuhan untuk memastikan kesejahteraan mereka

- Membantu dalam program-program seperti pusat lanjut usia dan rawat siang (Administration on Aging, 2003b, dalam DuBois & Miley, 2005: 443).

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, R. E., Carter, I., & Lowe, G. (1999). Human behavior in the social environment: A social systems approach (5th ed.). New York: Aldine De Gruyter.
- Barker, R. L. (2003). The social work dictionary (5th ed.). Washington, DC: NASW Press.
- Breton, M. (1994). On the meaning of empowerment and empowerment-oriented social work practice. *Social Work with Groups*, 17(3), 23-37.
- Brieland, D. (1995). Social work practice: History and evolution. In R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work: Vol. 3* (19th ed.) (pp. 2247-2258). Washington, DC: NASW Press.
- Brill, N. I., & Levine, J. (1998). *Working with people: The helping process* (6th ed.). New York: Longman.
- Compton, B., & Galaway, B. (1999). Social work processes (6th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Council on Social Work Education. (2001). Educational policy and accreditation standards. Alexandria, VA: Author.
- Day, P. J. (2003). A new history of social welfare (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Devore, W., & Schleisinger, E. G. (1999). *Ethnic-sensitive social work practice* (5th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- DiNitto, D. M. & McNeece, C. A. (1990). *Social Work: Issues and Opportunities in a Challenging Profession*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- DuBois, B., & Miley, K. K. (5th ed.). (2005). *Social work: An empowering profession*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1980). The life model of social work practice. New York: Columbia University Press.
- Germain, C. (1979). Social work practice: People and environments. New York: Columbia University Press.
- Germain, C. (1981). The physical environment and social work practice. In A. N. Maluccio (Ed.), *Promoting competence in clients: A newfold approach to social work practice* (pp. 103-124). New York: The Fress Press.
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2001). Dimensions of social welfare policy. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldstein, H. (1973). *Social work practice: A unitary approach*. Columbia, SC: University of South Carolina Press.
- Green, J. W. (1999). *Cultural awareness in the human services: A multi-ethnic approach* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Heffernan, J., Shuttlesworth, G., & Ambrosino, R. (1987). *Social Work and Social Welfare: An Introduction* (2nd Edition). St. Paul, Minnesota: West Publishing Company.
- Hepworth, D. H. & Larsen, J. O. (1986). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills* (3rd Edition). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Hepworth, D., Rooney, R. H., & Larsen, J. A. (1997). *Direct social work practice* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hollis, F. (1964). *Casework: A psychosocial therapy*. New York: Random House.
- Holmes, G. E., & Saleebey, D. (1993). Empowerment, the medical model and the politics of clienthood. *Journal of Progressive Human Services*, 4(1), 61-78.
- Johnson, L. C. (1998). *Social work practice: A generalist approach* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Karger, H. J., & Stoesz, D. (2002). *American social welfare policy: A pluralist approach* (4th ed.). New York: Longman.
- Lee, J. A. B. (2001). *The empowerment approach to social work practice* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Lin, A. M. (1995). Mental health overview. In R. L. Edwards (Ed.), *Encyclopedia of social work: Vol. 2* (19th ed.) (pp. 1705-1711). Washington, DC: NASW Press.
- Lum, D. (2004). *Social work practice and people of color: A process-stage approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Maluccio, A. N. (1981). Competence oriented social work practice: An ecological approach. In A. N. Maluccio (Ed.), *Promoting competence in clients: A New/old approach to social work practice* (pp. 1-24). New York: The Free Press.
- Maluccio, A. N. (1983). Planned use of life experiences. In A. Rosenblat & D. Waldfogel (Eds.), *Handbook of clinical social work* (pp. 134-154). San Francisco: Jossey-Bass.
- McGoldrick, M. (1989). Women through the family life cycle. In M. McGoldrick, C. M. Anderson, & F. Walsh (Eds.), *Women*

- in families: A framework for family therapy* (pp. 200-226). New York: W. W. Norton.
- Meyer, C. H. (1988). The eco-systems perspective. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigm of clinical social work* (pp. 275-294). New York: Brunner/Mazel.
- Miley, K., O'Melia, M., & DuBois, B. (2004). *Generalist social work practice: An empowering approach* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- National Association of Social Workers. (2003). About NASW. Retrieved July 2, 2003, from www.socialworkers.org/nasw/default.ap.
- Reamer, F. G. (1999). *Social work values and ethics*. New York: Columbia University Press.
- Roberts, A. R., & Greene, G. J. (Eds.) (2002). *Social workers' desk reference*. New York: Oxford University Press.
- Ruch, G. (2005). From triangle to spiral: Reflective practice in social work education, practice and research. *Social Work Education, 21*(2), 199-216.
- Schaefer, R. T. (1998). *Racial and ethnic groups* (7th ed.). New York: Longman.
- Smalley, R. E. (1967). *Theory for social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Staub-Berasconi, S. (1991). Social action, empowerment and social work—An integrative theoretical framework for social work and social work with groups. *Social Work with Groups, 14*(3/4), 35-51).
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention, 8*, 71-94.
- Trattner, W. L. (1999). *From poor law to welfare state: A history of social welfare in America* (6th ed.). New York: The Free Press.
- Working definition of social work practice. (1958). *Social Work, 3*(2), 5-9.

DAFTAR ISTILAH

- Akomodasi ialah suatu kehidupan berdampingan yang damai, dimana setiap kelompok menerima begitu saja sistem nilai kelompok lain dan kedua kelompok menerima rasionalisasi yang sama atas pola-pola kaum dominan dan kaum minoritas yang ada.
- Akulturasi ialah proses menggabungkan diri kaum minoritas itu sendiri ke dalam kebudayaan yang dominan dengan cara mengadopsi sikap-sikap, nilai-nilai, dan norma-norma kaum mayoritas.
- Asimilasi ialah proses mengintegrasikan diri suatu kelompok minoritas ke dalam kelompok yang dominan.
- Eligibilitas ialah kriteria kelaikan atau kelayakan yang ditetapkan oleh suatu lembaga pelayanan sosial bagi klien yang akan menerima pelayanan sosial.
- Etika ialah keyakinan-keyakinan yang tersirat atau tersurat tentang apa yang manusia pandang sebagai tepat atau benar.
- Hak-hak manusia ialah hak-hak yang melekat yang melindungi kehidupan manusia, menjamin kebebasan, dan menjamin kebebasan pribadi.
- Hak-hak sipil melindungi warganegara dari penindasan oleh masyarakat atau dari penaklukan oleh kelompok-kelompok masyarakat.
- Hak-hak warganegara mempromosikan kualitas kehidupan melalui akses warganegara kepada sumberdaya-sumberdaya masyarakat yang merupakan haknya.
- Kebijakan sosial ialah prinsip-prinsip dan rangkaian-rangkaian tindakan yang mempengaruhi kualitas kehidupan menyeluruh dan keadaan-keadaan individu di dalam kelompok serta relasi intersosialnya
- Kelompok swabantu atau tolong menolong dicirikan oleh suatu pertukaran dan berbagi di antara teman-teman atas masalah bersama dan saling menolong.
- Klien ialah individu, keluarga, kelompok, organisasi, komunitas (RT, RW, Desa/Kelurahan) atau masyarakat (orang miskin) yang menerima pelayanan sosial.
- Lembaga pelayanan sosial ialah lembaga yang menyelenggarakan pelayanan sosial misalnya panti asuhan

- Lembaga sukarela ialah lembaga nirlaba yang terbentuk bukan oleh mandat pemerintah, dan disponsori oleh organisasi-organisasi keagamaan, persaudaraan, buruh, budaya, sosial, atau sipil.
- Marjinalisasi ialah usaha kaum minoritas untuk diterima oleh kelompok yang lain, bahkan berusaha melebihi kelompok itu, namun tetap terpinggirkan oleh kelompok yang dominan.
- Nilai-nilai ialah keyakinan-keyakinan yang tersirat atau tersurat tentang apa yang manusia pandang sebagai baik.
- Paraprofesional (*paraprofessionals*) ialah orang-orang yang memiliki beberapa pengetahuan khusus dan pelatihan teknis yang disupervisi oleh dan bekerjasama dengan profesional, yang merupakan proporsi staf yang cukup besar dalam jejaring penyelenggaraan pelayanan sosial.
- Pekerjaan sosial generalis merupakan suatu pandangan yang komprehensif dan meliputi dari sudut pandang yang luas tentang masalah. Pendekatan ini menggabungkan kebutuhan-kebutuhan individual, organisasi, dan masyarakat, serta isu-isu yang tetap muncul dalam penyelenggaraan pelayanan sosial dan kebijakan-kebijakan sosial.
- Pekerjaan sosial ialah kegiatan profesional membantu individu, kelompok atau masyarakat untuk meningkatkan atau memulihkan kemampuan keberfungsian sosial mereka dan menciptakan kondisi-kondisi sosial yang sesuai dengan pencapaian tujuan tersebut.
- Pekerja sosial independen ialah seseorang yang mempraktekkan keseluruhan atau sebagian profesinya di luar lembaga pemerintah atau sukarela, yang bertanggung jawab atas prakteknya sendiri dan menciptakan kondisi pertukarannya sendiri dengan klien dan mengidentifikasikan dirinya sebagai praktisioner pekerjaan sosial.
- Pemberdayaan ialah proses menambah kekuatan personal, interpersonal, atau politik sehingga individu, keluarga, dan masyarakat dapat melakukan aksi untuk memperbaiki situasi-situasi mereka.
- Penerlantaran fisik ialah suatu kegagalan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar anak-anak atau kurangnya pengawasan yang dalam beberapa hal mempertaruhkan kesehatan dan keselamatan anak-anak.
- Penganiayaan emosional ialah perilaku orangtua atau pengasuh yang secara sadar bermaksud menyakiti anak-anak secara emosional.

Penganiayaan fisik meliputi suatu cedera yang diinginkan atau yang tidak disengaja yang bersumber dari tindakan yang membahayakan oleh orangtua atau pengasuh, seperti meninju, memukul, menggoyang, menendang, membakar, atau mencubit.

Penganiayaan seksual suatu tindakan seksual yang termasuk menyentuh kemaluan, bersanggama, perkawinan sedarah, pemerkosaan, sodomi, dan pornografi anak.

Penolakan (*rejection*) ialah penolakan satu kelompok minoritas terhadap kebudayaan yang dominan.

Profesional (*professional*) ialah praktek yang menyaratkan keterampilan praktek profesional, pengetahuan teoritik, dan nilai-nilai yang pada umumnya tidak diperoleh dari pengalaman kerja sehari-hari tetapi yang diperoleh melalui pendidikan formal profesional pekerjaan sosial.

Profesional (*professionals*) ialah orang-orang yang memiliki keterampilan praktek profesional, pengetahuan teoritik, dan nilai-nilai yang pada umumnya tidak diperoleh dari pengalaman kerja sehari-hari tetapi yang diperoleh melalui pendidikan formal profesional pekerjaan sosial.

Relawan (*volunteers*) ialah orang-orang yang memberikan pelayanan sosial tanpa gaji, yang memainkan peran penting dalam penyelenggaraan pelayanan sosial.

Setting organisasi berupa lembaga atau asosiasi tempat pekerja sosial mempraktekkan profesinya.

Sistem sosial ialah suatu keseluruhan yang terorganisasi yang terdiri dari komponen-komponen yang berinteraksi secara berbeda dari interaksinya dengan satuan-satuan lain dan yang berlangsung terus menerus selama periode waktu tertentu.

Pemberdayaan ialah proses menambah kekuatan personal, interpersonal, atau politik sehingga individu, keluarga, dan masyarakat dapat melakukan aksi untuk memperbaiki situasi-situasi mereka

ISBN 978-602-8320-88-7

ISBN 978-602-8320-91-7

Buku ini telah dinilai oleh Badan Standar Nasional Pendidikan (BSNP) dan telah dinyatakan layak sebagai buku teks pelajaran berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 45 Tahun 2008 tanggal 15 Agustus 2008 tentang Penetapan Buku Teks Pelajaran yang Memenuhi Syarat Kelayakan untuk digunakan dalam Proses Pembelajaran.

HET (Harga Eceran Tertinggi) Rp. 17.314.00

Diunduh dari BSE.Mahoni.com