

BAB II

KAJIAN KONSEPTUAL

1.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu merupakan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dan diakui. Penelitian terdahulu ini merupakan salah satu referensi dan dasar dalam merancang penelitian ini. Kemudian Penelitian terdahulu juga memiliki kontribusi yang sangat penting dalam menyumbangkan ide, gagasan dan teori dalam penelitian ini. Adapun peneliti telah menganalisis empat penelitian terdahulu, yakni sebagai berikut:

2.1.1. Efikasi Diri Penyalahguna NAPZA di Yayasan Kesatuan Peduli Masyarakat Mandiri

Penelitian skripsi program sarjana terapan pekerjaan sosial Poltekesos Bandung yang dilakukan oleh Galuh Maulva Mutianjani pada tahun 2019 ini bertujuan untuk memperoleh deksripsi mendalam mengenai efikasi diri penyalahguna NAPZA yang meliputi: 1) karakteristik informan, 2) tingkatan (*level*), 3) kekuatan (*strength*), dan 4) generalitas (*generality*). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kualitatif, kemudian penentuan informan dilakukan dengan *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi.

Hasil dari penelitian ini adalah bahwa kurangnya efikasi diri penyalahguna NAPZA, yang ditandai dengan kurangnya keyakinan pada dua aspek utama yaitu kekuatan (*strength*) dan generalitas (*generality*).

Permasalahan yang ditemukan meliputi kurangnya keyakinan dalam menetapkan tujuan pasca rehabilitasi, kurangnya kesiapan dalam menghadapi lingkungan sosial pasca rehabilitasi dan kurang optimalnya peran keluarga dalam proses rehabilitasi.

2.1.2. Penyesuaian Diri Pasien Terhadap Pekerjaan Pasca Amputasi di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, Surakarta

Penelitian ini merupakan skripsi yang diterbitkan pada tahun 2019 dari program studi sarjana terapan pekerjaan sosial Poltekkesos Bandung, disusun oleh Dian Lestari, yang mana penelitian bertujuan untuk memperoleh gambaran secara empiris mengenai: 1) karakteristik pasien, 2) penyesuaian pribadi pasien terhadap pekerjaan pasca amputasi, 3) penyesuaian sosial pasien terhadap pekerjaan pasca amputasi, 4) faktor – faktor yang mempengaruhi penyesuaian diri pasien terhadap pekerjaan pasca amputasi. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus terhadap 4 kasus, dengan 8 orang informan yakni 4 orang pasien dan 4 orang keluarga yaitu suami, istri, dan orang tua pasien yang ditentukan dengan *purposive sampling*.

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi. Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan adalah uji kredibilitas data, keteraliha, ketergantungan, dan kepastian. Kemudian untuk teknik analisis data menggabungkan model Spradley dan model Miles & Hubberman. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian pasien mampu menyesuaikan

diri dalam waktu singkat. Pasien mampu menerima kenyataan amputasi dan menggunakan kekuatan yang dimiliki untuk mengatasi kesulitan, serta mampu memelihara kembali aktivitas sosial dalam melakukan penyesuaian pekerjaan. Pasien tidak melakukan alih pekerjaan pasca amputasi namun menyesuaikan dengan aktivitas dalam pekerjaan tersebut. Dukungan keluarga dan keyakinan menjadi faktor yang mempermudah penyesuaian diri mereka. Sebagian pasien membutuhkan waktu yang lama untuk menyesuaikan diri. Ketakutan yang berlebihan akibat dari trauma dan kurangnya informasi menjadi penghambat penyesuaian diri mereka.

2.1.3. Efikasi Diri Orang Dengan *Human Immunodeficiency Virus* di Yayasan Victory Plus Yogyakarta

Penelitian ini adalah skripsi yang disusun oleh Anisa Dewi Setyowati pada tahun 2022 di Poltekesos Bandung program sarjana terapan pekerjaan sosial. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran secara empiric mengenai pentingnya efikasi diri yang dimiliki oleh orang dengan HIV demi kelangsungan dan kualitas hidupnya. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, dengan sumber data primer dan sekunder, dengan penentuan sumber data menggunakan *simple random sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuisioner, observasi, dan studi dokumentasi. Alat ukur yang digunakan adalah *rating scale* dengan ukuran ordinal. Uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach*, dengan teknik analisis data menggunakan uji validitas konstruk. Hasil penelitian menunjukkan bahwa efikasi diri

responden secara keseluruhan berada pada tingkat sedang. Secara lebih rinci tingkat rendah pada aspek keyakinan terhadap kemampuan manajemen terapi dan kepatuhan berobat, dan sedang.

2.1.4. Kuterima Kekuranganku (Studi Fenomenologis Deskriptif tentang Pengalaman Psikologis Penderita Diabetes Melitus Pasca Amputasi)

Penelitian ini termasuk dalam jurnal empati Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro yang terbit pada Januari 2017, penelitian ini adalah studi fenomenologis deskriptif mengenai pengalaman psikologis penderita diabetes mellitus pasca mengalami tindakan amputasi. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat bagaimana pengalaman psikologis penderita diabetes mellitus pasca menjalani tindakan amputasi, dengan menggunakan metode kualitatif pendekatan studi fenomenologi. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam kepada tiga orang subjek yang dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa ketiga subjek pada saat sebelum hingga sesudah amputasi memiliki pengalaman psikologis, seperti: pengambilan keputusan untuk diamputasi, yang mana ketiga subjek memutuskan untuk diamputasi karena adanya faktor internal dan faktor eksternal. Amputasi juga memengaruhi pandangan ketiga subjek akan kondisi fisiknya, yang mana ketiga subjek harus menerima kondisi fisiknya yang tidak sempurna seperti dulu. Ketiga subjek juga harus beradaptasi dengan lingkungannya maupun dengan kondisi fisiknya dalam menjalankan sehari-hari.

Peneliti menguraikan ketiga penelitian terdahulu di atas berdasarkan persamaan dan penelitian terdahulu dengan penelitian ini, dalam bentuk tabel sebagai berikut.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Persamaan	Perbedaan
1.	Galuh Maulva Mutianjani 2019	Efikasi Diri Penyalahguna NAPZA di Yayasan Kesatuan Peduli Masyarakat Mandiri	Metode Kualitatif	<ol style="list-style-type: none"> Variabel yang digunakan adalah Efikasi Diri Menggunakan Teori Efikasi Diri dari Albert Bandura Metode Kualitatif 	<ol style="list-style-type: none"> Lokasi penelitian di Yayasan Kesatuan Peduli Masyarakat Mandiri Sasaran penelitian adalah Penyalahguna NAPZA di Yayasan Kesatuan Peduli Masyarakat Mandiri
2.	Dian Lestari 2019	Penyesuaian Diri Pasien Terhadap Pekerjaan Pasca Amputasi di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, Surakarta	Metode Kualitatif	<ol style="list-style-type: none"> Sasaran Penelitian adalah Pasien Post-Amputasi Metode Kualitatif 	<ol style="list-style-type: none"> Variabel Penelitian adalah Penyesuaian Diri Lokasi penelitian yaitu di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, Surakarta

1	2	3	4	5	6
3.	Anisa Dewi Setyowati 2022	Efikasi Diri Orang Dengan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> di Yayasan Victory Plus Yogyakarta	Metode Kuantitatif	Variabel yang digunakan adalah Efikasi Diri	1. Sasaran Penelitian adalah ODHA 2. Lokasi Penelitian yaitu di Yayasan Victory Plus Yogyakarta 3. Metode Kuantitatif
4.	Grace Tabita Sonya dan Ika Febrian Kristiana 2017	Kuterima Kekuranganku (Studi Fenomenologis Deskriptif tentang Pengalaman Psikologis enderita Diabetes Melitus Pasca Amputasi)	Metode Kualitatif	Sasaran Penelitian kepada pasien pasca amputasi	Variabel Penelitian adalah Pengalaman Psikologis

Sumber: Analisis Penelitian 2023

Berdasarkan tabel 2.1, bahwa terdapat beberapa hal dari penelitian terdahulu yang memberikan kontribusi terhadap penelitian ini seperti penggunaan teori, yaitu teori *Self-Efficacy* oleh Albert Bandura kemudian terdapat persamaan dan perbedaan antara keempat penelitian terdahulu dengan penelitian yang dilakukan saat ini, yakni pada aspek variabel, sasaran, serta metode penelitian yang digunakan. Namun yang menjadi pembeda dalam penelitian ini dengan penelitian-penelitian terdahulu adalah sasaran dan lokasi,

dimana sasaran penelitian ini adalah Pasien Post-Amputasi yang mendapatkan layanan pekerja sosial medis, dan penelitian ini berlokasi di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Hasan Sadikin, Kota Bandung. Adapun perbedaan lainnya yakni metode penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif.

Penelitian ini memiliki kesamaan dari segi variabel yang digunakan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mutianjani yakni menggunakan variabel *Self-Efficacy* atau Efikasi Diri, serta menggunakan metode kualitatif deskriptif. Perbedaan dalam penelitian ini dengan penelitian terdahulu oleh Mulyanjani, terletak pada sasaran dan lokasi penelitian, dimana penelitian sebelumnya berlokasi di Yayasan Kesatuan Peduli Masyarakat Mandiri dengan sasaran penelitian Penyalahguna NAPZA.

Penelitian ini menggunakan variabel yang sama juga dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Setyowati yakni variabel *Self-Efficacy* atau Efikasi Diri. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya, terletak pada lokasi dan sasaran, serta metode penelitian. Setyowati menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan sasaran penelitian Orang Dengan *Human Immunodeficiency Virus* yang berlokasi di Yayasan Victory Plus Yogyakarta.

Kemudian penelitian ini memiliki persamaan dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Lestari, yang terletak pada metode penelitian yaitu kualitatif deskriptif, dan sasaran penelitian kepada pasien pasca/ post-amputasi, namun penelitian ini memfokuskan sasaran pada pasien post-

amputasi yang yang mendapatkan layanan pekerja sosial medis, dengan perbedaan lainnya yaitu lokasi, penelitian sebelumnya berlokasi di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso, Surakarta.

Terdapat persamaan sasaran subjek penelitian yaitu terhadap individu yang mengalami tindakan amputasi, namun secara khusus pada penelitian oleh Grace dan Ika memilih penderita diabetes melitus pasca mengalami amputasi, dengan metode kualitatif dan pendekatannya menggunakan pendekatan studi fenomenologis, sedangkan penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan metode penelitian kualitatif.

Kelebihan dari penelitian ini adalah memberikan sumbangan pemikiran terhadap ilmu pengetahuan melalui informasi dan pengetahuan dan menjawab permasalahan seputar peningkatan dan penguatan *Self-Efficacy* pasien post-amputasi. Selain itu penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif sehingga dapat diperoleh gambaran secara mendalam *Self-Efficacy* pasien post-amputasi pasca memperoleh layanan pekerja sosial medis.

Konsep Tentang Self-Efficacy

a. Definisi *Self-Efficacy*

Self-Efficacy merupakan keyakinan seseorang tentang kemampuannya untuk menghasilkan kinerja yang baik, mempunyai pengaruh atas peristiwa yang mempengaruhi kehidupannya. Keyakinan bagaimana menentukan seseorang dalam merasa, berpikir, memotivasi diri dan perilakunya (Bandura, 1997).

Self-Efficacy ini merupakan konstruk yang pertama kali diperkenalkan oleh Albert Bandura. Menurut Bandura (1997:31) *Self-Efficacy* atau efikasi diri adalah suatu keyakinan seseorang akan kemampuannya untuk mengatur dan melaksanakan rangkaian tindakan yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas tertentu. Efikasi berperan penting dalam kehidupan sehari-hari, seseorang akan mampu menggunakan potensi dirinya secara optimal apabila efikasi diri mendukungnya.

Menurut Alwisol (2012: 287) efikasi diri merupakan penilaian diri sendiri tentang apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, tepat atau salah, bisa atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Baron dan Bryne (Ghuffron & Rini, 2017) mendefinisikan *Self-Efficacy* sebagai evaluasi seseorang mengenai kemampuan atau kompetensi dirinya untuk melakukan tugas tertentu, mencapai suatu tujuan, dan mengatasi hambatan.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, *Self-Efficacy* atau efikasi diri merupakan penilaian diri tentang bagaimana keyakinan atas kemampuannya dalam mengatur dan melaksanakan rangkaian tindakan untuk melakukan tugas atau aktivitas tertentu, mengatasi hambatan dan ketekunan dalam mencapai tujuan dengan situasi tertentu. Efikasi Diri berpengaruh terhadap peristiwa dalam kehidupan, orang yang memiliki efikasi diri yang baik akan mampu mengoptimalkan potensi dirinya.

b. Sumber *Self-Efficacy*

Bandura (1997) sumber-sumber keyakinan seseorang terhadap efikasi dirinya, yang terdiri atas empat sumber, yaitu:

1) Pengalaman yang telah dilalui (*enactive mastery experience*)

Pengalaman merupakan informasi yang pengaruhnya besar dalam *Self-Efficacy* individu karena didasarkan pada pengalaman – pengalaman pribadi individu yang nyata berupa keberhasilan atau kegagalan. Pengalaman keberhasilan dapat meningkatkan efikasi diri, sedangkan pengalaman kegagalan dapat menurunkannya.

Namun efikasi diri dapat berkembang kuat melalui serangkaian keberhasilan serta dampak negatif dari kegagalan yang umum dan berkurang, Kegagalan dapat diatasi dengan usaha tertentu yang dapat memperkuat motivasi diri apabila hal ini ditemukan dari pengalaman bahwa hambatan tersulit pun dapat diatasi melalui usaha yang tekun (Ghuffron & Rini: 2017).

2) Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

Pengalaman orang lain dapat mempengaruhi *Self-Efficacy* dengan cara melihat apa yang telah dicapai dan dilalui oleh orang lain. Yang mana dalam konteks ini terjadi proses *modelling* yang dinilai efektif untuk meningkatkan efikasi diri seseorang. Disisi lain pengalaman orang lain juga dapat melemahkan keyakinan individu dalam melakukan sesuatu ketika melihat seseorang yang memiliki kemampuan yang tinggi namun gagal dalam melakukan sesuatu (Bandura: 1997: 87).

3) Persuasi verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi Verbal merupakan penguatan yang diperoleh dari orang lain bahwa seseorang memiliki kemampuan untuk meraih apa yang ia ini lakukan. Efikasi diri seseorang akan meningkat ketika seseorang menghadapi kesulitan dan terdapat orang yang meyakinkan bahwa ia mampu melaksanakan tuntutan tersebut. Orang yang mendapatkan persuasi verbal cenderung lebih banyak mengerahkan usaha dibandingkan orang yang mendapatkan perkataan yang meragukan dirinya. Adanya persuasi verbal ini meningkatkan *Self-Efficacy* mengarahkan seseorang untuk berusaha lebih giat (Bandura, 1997:93).

4) Keadaan fisiologis dan emosi (*physiological and affective states*)

Kondisi fisik akan mempengaruhi kinerja seseorang dalam menyelesaikan tugas tertentu. Kondisi emosi atau *psychological states* juga mempengaruhi persepsi seseorang terhadap *self-efficacy*. Oleh karena itu Efikasi diri dapat ditingkatkan dengan meningkatkan kesehatan dan kebugaran fisik, serta mengurangi tingkat stress serta kecenderunga emosi negatif (Bandura, 1997:101).

Berdasarkan yang telah dikemukakan oleh Albert Bandura (1997), sumber-sumber *Self-Efficacy* terdiri atas empat hal, yaitu pengalaman yang telah dilalui (*enactive mastery experience*), pengalaman orang lain (*vicarious experience*), persuasi verbal, serta kondisi fisiologis dan

psychological states, dimana hal-hal tersebut dapat bersifat positif maupun negatif terutama pada pengalaman pribadi dan pengalaman orang lain, yang pada umumnya sumber efikasi diri yang bersifat positif dapat meningkatkan *Self-Efficacy* individu, dan apabila sumber yang diperoleh individu bersifat negatif dapat menurunkan tingkat *Self-Efficacy* nya. Namun tidak menutup kemungkinan pada kondisi tertentu, sumber negative yang diperoleh individu dapat membangkitkan dan meningkatkan *Self-Efficacy* nya.

c. Dimensi *Self-Efficacy*

Menurut Bandura (1997), terdapat tiga dimensi *self-efficacy*, yang terdiri atas dimensi generalitas (*generality*), dimensi tingkatan (*level*), dan dimensi kekuatan (*strength*). Adapun dijelaskan sebagai berikut.

1) Dimensi Generalitas (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam melaksanakan berbagai aktivitas atau situasi yang bervariasi. Keberagaman aktivitas ini menuntut individu untuk yakin atas kemampuannya terhadap banyak bidang atau hanya pada beberapa bidang tertentu.

Dimensi Generalitas (*generality*) adalah salah satu cara dalam memandang *Self-Efficacy* melalui sejauh mana individu meyakini kemampuannya dalam menghadapi berbagai situasi tugas atau aktivitas

yang mencakup keyakinan dalam menjalani aktivitas yang sudah bisa dilakukan, aktivitas atau situasi yang belum pernah dilakukan, sampai dengan serangkaian aktivitas atau situasi yang sulit dan beragam. Dalam dimensi ini individu menunjukkan perasaan kemampuannya pada konteks aktivitas atau situasi yang berbeda melalui kognitif, afektif, dan tingkah laku.

2) Dimensi Tingkatan (*Level*)

Dimensi ini berkaitan dengan tingkat kesulitan tugas dimana individu merasa mampu atau tidak untuk melakukannya, karena setiap individu berbeda dalam mempersepsikan setiap tingkatan kesulitan dengan kemampuan dan kondisi individu yang juga berbeda-beda. Konsep dimensi ini terletak pada keyakinan individu atas kemampuannya terhadap tingkat kesulitan tugas, mulai dari tugas-tugas yang dirasa mudah, menengah, hingga sulit.

Keyakinan individu berimplikasi pada pemilihan perilaku berdasarkan hambatan atau tingkat kesulitan suatu tugas atau aktivitas. Individu cenderung akan mencoba perilaku yang dianggap mampu dilakukannya, dan menghindari perilaku yang berada diluar batas kemampuannya. Rentang kemampuan individu yang berbeda ini dapat dilihat dari hambatan atau kesulitan yang bervariasi pula dari suatu tugas atau aktivitas tertentu. Adapun menurut oleh Zimmerman (2000) bahwa dimensi *level* dalam *Self-Efficacy* terbagi menjadi tiga bagian, yaitu:

- a) Analisa pilihan perilaku yang akan dilakukan, seberapa besar keyakinan individu akan kemampuannya untuk menyelesaikan tugas dengan pilihan perilaku yang akan dipilih dengan baik.
- b) Individu cenderung menghindari pada situasi atau aktivitas yang dirasa melampaui kemampuannya.
- c) Menyesuaikan serta menghadapi secara langsung aktivitas atau situasi yang dianggap sulit.

3) Dimensi Kekuatan (*Strength*)

Dimensi ini merupakan cara pandang terhadap *Self-Efficacy* diri yang berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau ekspektasi individu terhadap kemampuannya. Harapan yang lemah akan mudah goyah oleh pengalaman yang tidak mendukung. Namun sebaliknya apabila individu memiliki harapan yang mantap maka akan mendorong dirinya tetap bertahan dalam menekuni usahanya, meskipun mungkin ditemukan pengalaman yang kurang mendukung, Dimensi *strength* ini biasanya berkaitan langsung dengan *level*, dimana semakin tingginya taraf kesulitan tugas, semakin lemah keyakinan yang dirasakan untuk menyelesaikannya.

Self-Efficacy apabila ditinjau dari dimensi *strength* juga berkaitan dengan ketekuna dan ketahanan individu dalam penyelesaian aktivitas

atau menghadapi situasi tertentu. Apabila individu memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuannya untuk menghadapi aktivitas atau situasi tersebut, maka ia akan gigih dan terus bertahan dengan usahanya meskipun dihadapkan dengan berbagai kesulitan dan tantangan.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dimensi *Self-Efficacy* meliputi keyakinan terhadap kemampuan dalam menghadapi aktivitas atau tugas yang beragam (*generality*), tingkat kesulitan tugas (*level*) yang dihadapi individu, derajat kemantapan atau kekuatan individu terhadap keyakinan akan kemampuannya (*strength*).

d. Proses *Self-Efficacy*

Bandura (1997:116) mengemukakan *Self-Efficacy* memiliki dampak pada perilaku manusia melalui berbagai proses, yaitu:

1) Proses kognitif (*cognitive process*)

Bandura (1997) menjelaskan bahwa serangkaian tindakan yang dilakukan oleh manusia awalnya dikonstruksi dalam pikirannya. Pemikiran ini kemudian memberikan arahan bagi tindakan yang akan dilakukan oleh manusia, Keyakinan seseorang akan efikasi dirinya mempengaruhi bagaimana seseorang akan menafsirkan situasi lingkungan, antisipasi yang akan diambil dan perencanaan yang akan dikonstruksi. Seseorang yang menilai bahwa mereka tidak akan mampu menafsirkan situasi tertentu sebagai hal yang penuh resiko dan cenderung gagal dalam

membuat perencanaan. Proses kognitif inilah dimana efikasi diri seseorang mempengaruhi tindakannya.

2) Proses motivasi (*motivational process*)

Keyakinan terhadap *Self-Efficacy* ini memainkan peran kunci dalam pengaturan motivasi diri, Sebagian besar motivasi manusia dihasilkan oleh kognitifnya. Orang – orang membentuk keyakinan tentang mereka melalui latihan pemikiran. Mereka membentuk keyakinan tentang apa yang bisa dilakukan, mengantisipasi kemungkinan hasil dari tindakan yang dilakukannya dan menetapkan tujuan untuk dirinya serta program rencana aksi yang dirancang untuk mewujudkan masa depannya dihargai (Bandura. 1997:3).

3) Proses afeksi (*affectional process*)

Self-Efficacy mempengaruhi seberapa banyak tekanan yang dialami ketika menghadapi suatu tugas. Orang yang percaya dan yakin bahwa dirinya dapat mengatasi situasi akan merasa tenang dan tidak cemas, sebaliknya apabila orang yang tidak yakin akan kemampuannya dalam mengatasi situasi maka akan mengalami kecemasan. Bandura menjelaskan bawa orang yang memiliki efikasi dalam mengatasi masalah menggunakan strategi dan mendesain kegiatan untuk merubah keadaan. Dalam konteks ini, *Self-Efficacy* mempengaruhi stress dan kecemasan melalui *coping behavior*. Individu yang efikasnya baik akan menganggap sesuatu bisa diatasi, sehingga mengurangi kecemasannya (Bandura, 1997: 141).

4) Proses seleksi (*selection process*)

Keyakinan terhadap efikasi diri berperan dalam menentukan tindakan dan lingkungan yang akan dipilih individu untuk menghadapi suatu tugas tertentu. Pilihan dipengaruhi oleh keyakinan seseorang akan kemampuannya (*efficacy*). Seseorang yang mempunyai tingkat efikasi rendah akan memilih tindakan dan menghadapi suatu tugas apabila ia mempunyai keyakinan bahwa ia mampu untuk mengatasinya. Semakin tinggi *Self-Efficacy* seseorang maka semakin menantang aktivitas yang akan dipilih orang tersebut (Bandura, 1997:160).

Dapat disimpulkan bahwa *Self-Efficacy* menurut Bandura (1997) melalui empat proses yaitu proses kognisi, proses motivasi, proses afeksi, dan proses seleksi, dimana pada setiap prosesnya akan menciptakan persepsi, motivasi, reaksi emosional, dan pemilihan perilaku yang akhirnya akan dilakukan oleh individu, hal-hal tersebut pada akhirnya menentukan *self-efficacy* individu tersebut berada pada tingkatan tinggi ataukah rendah.

e. Faktor-Faktor yang mempengaruhi *Self-Efficacy*

Dalam Bandura (1997) *Self-Efficacy* setiap individu sangat bervariasi. Hal tersebut disebabkan adanya faktor-faktor yang berpengaruh dalam pembentukan *self-efficacy*, dan proses individu dalam mempersepsikan kemampuan dirinya. Adapun menurut Bandura (1997) terdapat hal-hal yang mempengaruhi *self-efficacy*, adalah sebagai berikut:

1) Jenis Kelamin

Bandura (Zimmerman, 2000) mengemukakan bahwa ada perbedaan kompetensi dan perkembangan laki-laki dan perempuan. Saat laki-laki sangat berusaha untuk membanggakan dirinya, perempuan lebih sering meragukan kemampuan mereka. Hal tersebut bermula dari orang tua yang memandang bahwa anak perempuan lebih sulit untuk mengikuti pelajaran dibanding laki-laki, meskipun dalam prestasi akademik sebenarnya tidak terlalu berbeda.

Ketika perempuan semakin menerima perlakuan stereotip gender ini, maka semakin rendah pula penilaian mereka terhadap kemampuan dirinya. Pada bidang-bidang pekerjaan tertentu para laki-laki memiliki *Self-Efficacy* yang lebih tinggi dibanding perempuan, dan berlaku sebaliknya dimana perempuan lebih unggul dalam beberapa bidang pekerjaan dibanding laki-laki.

2) Usia

Self-Efficacy terbentuk melalui proses belajar sosial yang berlangsung selama masa kehidupan. Rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu permasalahan yang terjadi cenderung dimiliki oleh individu yang lebih tua. Sedangkan individu yang lebih muda mungkin memiliki lebih sedikit pengalaman dan peristiwa yang terjadi dalam hidupnya. Individu yang berusia lebih tua akan lebih mampu dalam menghadapi rintangan dalam hidupnya dibandingkan dengan individu yang lebih muda. Hal ini juga berkaitan

dengan pengalaman-pengalaman yang dimiliki setiap individu sepanjang rentang kehidupannya.

3) Tingkat Pendidikan

Proses belajar yang membentuk *Self-Efficacy* setiap individu dapat diperoleh juga dari tingkat pendidikan formal. *Self-Efficacy* yang tinggi biasanya dimiliki oleh individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, karena pada dasarnya mereka lebih banyak belajar dan lebih banyak menerima pendidikan formal. Adapun kesempatan belajar dan mengatasi berbagai persoalan, lebih banyak juga didapatkan oleh individu dengan jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

4) Pengalaman

Proses belajar sosial yang membentuk *Self-Efficacy* dapat terjadi pada suatu organisasi ataupun lingkungan tempat individu bekerja. Efikasi diri yang terbentuk sebagai suatu proses adaptasi dan pembelajaran dalam situasi di lingkungan kerja tersebut. Semakin lama seseorang bekerja, maka semakin tinggi *Self-Efficacy* yang dimiliki individu tersebut dalam bidang pekerjaan tertentu, namun tidak menutup kemungkinan bahwa *Self-Efficacy* yang dimiliki individu tersebut bisa saja menurun atau cenderung stagnan. Hal tersebut bergantung juga pada bagaimana individu menghadapi kegagalan dan keberhasilan yang ia alami selama bekerja di lingkungan tersebut.

Konsep Tentang Perkembangan Kognitif

Kognitif merupakan kemampuan intelektual seseorang dalam mengetahui, berpikir, dan memecahkan masalah. Kognitif berkaitan dengan persoalan yang menyangkut kemampuan untuk mengembangkan kemampuan otak atau akal rasionalnya. Jean Piaget lebih menekankan pembahasannya mengenai struktur kognitif, dimana teori kognitif ini cenderung memberatkan pada proses atau upaya untuk mengoptimalkan kemampuan aspek rasional yang dimiliki oleh seseorang. Yang mencakup aspek-aspek sebagai berikut: pengetahuan (*knowledge*), pemahaman (*comprehention*), penerapan (*application*), analisa (*analysis*), sintesa (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

Menurut Piaget perkembangan kognitif merupakan interaksi antara pengaruh lingkungan dan kematangan organisme. Aspek perkembangan kognitif menurut Piaget:

- a. Kematangan, hasil perkembangan susuna saraf
- b. Pengalaman, hubungan timbal balik antara organisme dengan dunianya
- c. Interaksi sosial, pengaruh yang diperoleh dalam hubungannya dengan lingkungan sosial.
- d. Ekulibrasi, adanya kemampuan atau sistem mengatur dalam diri organisme supaya selalu mampu mempertahankan keseimbangan dan penyesuaian diri terhadap lingkungannya.

Adapun proses-proses penataan dan adaptasi terdapat empat konsep dasar menurut Piaget, yaitu:

a. Skema

Skema, atau skemata merupakan istilah piaget unyuk menjelaskan mengapa seseorang memberikan respon terhadap suatu stimulus dan menjelaskan banyak hal yang berhubungan dengan ingatan. Skema adalah struktur kognitif yang digunakan oleh manusia untuk mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan secara intelektual. Dimana adaptasi ini terdiri atas proses yang saling mengisi antara asimilasi dan akomodasi.

Skema atau struktur kognitif adalah proses atau cara mengorganisir dan merespons berbagai pengalaman. Hal ini juga dapat diartikan bahwa kognisi individu memiliki suatu pola sistematis dari tindakan, perilaku, pikiran, dan strategi pemecahan masalah yang memberikan suatu kerangka pemikiran dalam menghadapi berbagai tantangan dan jenis situasi. Contohnya, gerakan refleks menghisap pada bayi, ada gerakan otot pada pipi dan bibir yang menimbulkan gerakan menghisap.

b. Asimilasi

Asimilasi merupakan suatu proses kognitif, dengan asimilasi seseorang mengintegrasikan bahan-bahan persepsi atau stimulus ke dalam skema yang ada atau tingkah laku yang ada. Asimilasi berlangsung setiap saat. Seseorang tidak hanya memproses satu stimulus saja, melainkan memproses banyak stimulus. Secara teoritis, asimilasi tidak menghasilkan perubahan skemata, tetapi asimilasi mempengaruhi pertumbuhan skemata. Dengan demikian asimilasi adalah bagian dari proses kognitif, dengan

proses itu individu secara kognitif mengadaptasi diri terhadap lingkungan dan menata lingkungan itu, yakni Integrasi antara elemen-elemen eksternal (dari luar) terhadap struktur yang sudah lengkap pada organism. Asimilasi terjadi ketika individu menggunakan informasi baru ke dalam pengetahuan mendalam yang sudah ada. Contohnya adalah seorang bayi yang menghisap puting susu ibunya atau dot botol susu, akan melakukan tindakan yang sama (menghisap) terhadap semua objek baru

c. Akomodasi

Akomodasi dapat diartikan sebagai penciptaan skemata baru atau perubahan skemata lama. Asimilasi dan akomodasi terjadi sama-sama saling mengisi pada setiap individu yang menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Proses ini perlu untuk pertumbuhan dan perkembangan kognitif. Antara asimilasi dan akomodasi harus ada keserasian dan disebut oleh Piaget adalah keseimbangan, yakni menciptakan langkah baru atau memperbarui atau menggabung-gabungkan istilah lama untuk menghadapi tantangan baru. Akomodasi kognitif berarti mengubah struktur kognitif yang telah dimiliki sebelumnya untuk disesuaikan dengan objek stimulus eksternal. Misalnya adalah ketika bayi melakukan tindakan yang sama terhadap ibu jarinya, yaitu menghisap. Ini berarti bahwa bayi telah mengubah puting susu ibu menjadi ibu jari.

Konsep tentang Amputasi

a. Definisi Amputasi

Amputasi yang berasal dari bahasa latin dari kata “*Amputare*” yang dalam teks romawi berarti pemotongan tangan penjajah. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Amputasi berarti pemotongan (anggota badan) terutama kaki dan/ atau tangan, untuk menyelamatkan jiwa seseorang. Amputasi merupakan pengangkatan anggota tubuh yang melibatkan pemotongan sebagian atau seluruh anggota badan (Nugroho. 2018).

Menurut Daryadi (Nugroho. 2018), Amputasi diartikan sebagai sebuah tindakan untuk memisahkan bagian tubuh baik sebagian ataupun seluruh bagian *ekstremitas* (anggota badan), dimana tindakan ini merupakan tindakan yang dilakukan pada kondisi pilihan terakhir jika organ yang terjadi pada ekstremitas sudah tidak mungkin dapat diperbaiki melalui teknik lain, atau jika kondisi organ dapat membahayakan keselamatan tubuh pasien secara utuh atau dapat merusak organ tubuh lainnya, misalnya dapat menimbulkan komplikasi infeksi. Menurut Timby & Smith (2010) dalam Asuhan Keperawatan Pasien Amputasi 2018, Amputasi merupakan penghilangan anggota tubuh yang mungkin terjadi sebagai akibat dari trauma yaitu trauma amputasi, atau dalam upaya untuk mengendalikan penyakit atau kecacatan yaitu amputasi terapi.

Berdasarkan definisi diatas, amputasi merupakan pemisahan anggota tubuh yang terjadi akibat trauma atau mengendalikan penyakit dengan tujuan menyelamatkan jiwa atau bagian tubuh seseorang.

b. Tujuan Amputasi

Merujuk pada Asuhan Keperawatan Pasien Pasca Amputasi, tujuan dari tindakan amputasi adalah sebagai berikut:

1) Live saving

Tujuan dari amputasi ini adalah untuk menyelamatkan jiwa, contohnya pada trauma yang disertai keadaan yang mengancam jiwa seperti pendarahan dan infeksi.

2) Limb saving

Tujuan dari amputasi ini adalah untuk memanfaatkan kembali fungsi ekstremitas yang gagal, secara maksimal. Contohnya seperti pada kelainan kongenital dan keganasan.

Maka terdapat dua tujuan dari tindakan amputasi yakni untuk menyelamatkan jiwa dan menyelamatkan bagian tubuh yang masih berfungsi dan memanfaatkan fungsinya secara maksimal.

c. Klasifikasi

Terdapat beberapa klasifikasi dalam tindakan amputasi, yakni sebagai berikut:

1) Berdasarkan pelaksanaan

Berdasarkan pelaksanaannya, amputasi menurut Brunner & Suddart (Nugroho. 2018), dibedakan menjadi:

a) Amputasi elektif/ terencana

Amputasi jenis ini dilakukan pada penyakit yang terdiagnosis dan mendapat penanganan yang baik serta

terpantau secara terus-menerus. Amputasi dilakukan sebagai salah satu tindakan alternatif terakhir.

b) Amputasi akibat trauma

Merupakan amputasi yang terjadi sebagai akibat trauma dan tidak direncanakan. Kegiatan tim kesehatan adalah memperbaiki kondisi lokasi amputasi serta memperbaiki kondisi umum klien.

c) Amputasi darurat

Amputasi yang dilakukan secara darurat oleh tim kesehatan. Biasanya merupakan tindakan yang memerlukan kerja yang cepat seperti pada trauma dengan patah tulang multiple dan kerusakan/kehilangan kulit yang luas.

Berdasarkan poin-poin diatas bahwa klasifikasi amputasi berdasarkan pelaksanaannya terdiri atas tiga, yaitu amputasi yang dilakukan secara terencana yakni pada penyakit yang terdiagnosis, amputasi akibat trauma yang juga tidak direncanakan, dan amputasi darurat yang perlu dilakukan segera dan tidak terencana.

2) Berdasarkan ekstremitas

Berdasarkan ekstremitas, amputasi terbagi menjadi 2 jenis yaitu:

a) Amputasi ekstremitas bawah

Contohnya yaitu pada amputasi Atas Lutut (AL), Disartikulasi Lutut, amputasi Bawah Lutut (BL), dan *Syme*.

b) Amputasi ekstremitas atas

Contohnya yaitu pada amputasi Atas Siku (AS) dan Bawah Siku (BS).

Berdasarkan ekstremitas (bagian tubuh), tindakan amputasi diklasifikasikan menjadi dua, yaitu berdasarkan amputasi ekstremitas bawah atau tubuh bagian bawah, dan amputasi ekstremitas atas atau anggota tubuh bagian atas.

Konsep tentang Pekerja Sosial Medis

a. Definisi Pekerja Sosial Medis

Friedlander, Friedlander (1980) dalam Adi Fahrudin (2009), mendefinisikan pekerjaan sosial medis sebagai pelayanan yang bercirikan pada bantuan sosial dan emosional yang mempengaruhi pasien dalam hubungannya dengan penyakit dan penyembuhannya.

Pengertian lain diberikan oleh Barker (1995) dalam Adi Fahrudin (2009), yang menyatakan bahwa pekerjaan sosial medis yaitu:

“the social work practice that occurs in hospital and others health care setting to facilitate good health, prevent illness, and aid physically patients and their families to resolve the social and psychological problems related to the illness”.

Pekerja Sosial Medis merupakan praktik pekerjaan sosial dalam bidang medis terutama untuk melaksanakan intervensi penyembuhan terhadap penyakit pasien sesuai dengan domain pekerjaan sosial, yang intervensinya diarahkan untuk memberikan fasilitas pelayanan yang memadai, mencegah penyakit dan memberikan bantuan kepada

sasarannya yaitu pasien, keluarga pasien dan lingkungan masyarakat. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kehidupan yang sehat, mencegah timbulnya berbagai penyakit serta memecahkan masalah sosial dan psikologis yang berkaitan dengan penyakit.

Kemudian menurut Skidmore, Thackeray dan Farley (1994) dalam Fahrudin (2009) yang menyatakan bahwa praktik pekerjaan sosial adalah:

“Pekerjaan sosial medis sebagai upaya dalam pemeliharaan kesehatan yang merupakan bagian dari praktik kerjasama pekerja sosial dalam bidang kesehatan dan dalam program-program pelayanan kesehatan masyarakat. Praktik pekerjaan sosial dalam bidang pelayanan kesehatan mengarah pada penyakit yang disebabkan atau berhubungan dengan tekanan-tekanan sosial yang mengakibatkan kegagalan-kegagalan dalam pelaksanaan fungsi relasi-relasi sosial”.

Pekerja Sosial medis menurut Bratch dalam Fahrudin (2009), sesuai dengan perkembangannya digantikan dengan istilah pekerja sosial dalam bidang pemeliharaan kesehatan (*Social Work in Health Care*), karena dianggap lebih fleksibel dan luas dibandingkan dengan istilah pekerjaan sosial medis yang maknanya berkonotasi pada penyembuhan (*Medicine*).

Bedasarkan pengertian – pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa Pekerja Sosial Medis atau Pekerja Sosial dalam Bidang Kesehatan adalah praktik pekerjaan sosial yang memberikan fasilitas pelayanan kesehatan pada penyakit yang disebabkan atau berhubungan dengan tekanan sosial dan kegagalan relasi, yang tujuannya untuk meningkatkan kehidupan sehat dan memecahkan permasalahan psikososial yang berkaitan dengan penyakit.

b. Tujuan Pekerja Sosial Medis

Tujuan Pekerja Sosial Medis menurut Bracth, Pincus dan Minahan dalam Suratno dan Mu'man (2001) terdapat tujuan Pekerja Sosial Medis yaitu untuk mendukung segala rencana yang telah ditata guna mencapai kesehatan bagi pasien. Secara lebih rinci mengenai tujuan pekerja sosial medis adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan dan memperbaiki kapabilitas individu dalam memecahkan masalah sosial emosional yang berkaitan dengan penyakit dan sakit yang dideritanya, baik bagi pasien maupun keluarganya.
- 2) Menghubungkan pasien dengan sistem sumber yang sekiranya dapat membantu proses pengobatannya.
- 3) Meningkatkan efektivitas pelayanan berbagai sistem sumber pelayanan kesehatan guna mencapai tujuan pengobatan pasien.
- 4) Memberikan kontribusi bagi perubahan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan.

c. Ruang Lingkup Pekerjaan Sosial Medis

Ruang lingkup praktik pekerjaan sosial medis menurut Dubois & Miley (1999) dalam Fahrudin (2009) meliputi empat jenis pelayanan yaitu Pekerjaan sosial di rumah sakit (*Hospital-Based Service*), Pekerjaan sosial dalam pusat kesehatan perawatan primer (*Social Work in Primary Health Care*) dan Pekerjaan sosial dalam kesehatan masyarakat (*Social Work in*

Public Health), serta Pekerjaan sosial dalam perawatan jangka panjang (*Social Work in Long-Term Care*).

Adapun penjelasannya sebagai berikut:

1) Pekerjaan sosial di Rumah Sakit (*Hospital-Base Service*)

Pekerjaan sosial di rumah sakit berfokus kepada pelayanan baik di rumah sakit kecil maupun rumah sakit besar. Biasanya, pekerja sosial yang praktik di rumah sakit besar menangani berbagai masalah yang memerlukan spesialisasi pekerjaan sosial tersendiri seperti pediatrik, pusat trauma, rehabilitasi ortopedik, dialisis, neonatal, onkologi (kanker), dan pelayanan dalam ruang gawat darurat.

2) Pekerjaan sosial dalam Pusat Kesehatan Primer (*Social Work in Primary Health Care*)

Pekerjaan sosial dalam pusat kesehatan primer berfokus dengan masalah yang dihadapi masyarakat termasuk pencegahan penyakit. Pekerja sosial bekerja dalam berbagai badan kesehatan primer termasuk pusat ketetangaan, klinik, dan organisasi pemeliharaan kesehatan.

3) Pekerjaan sosial dalam kesehatan masyarakat (*Social Work in Public Health*)

Pekerjaan sosial dalam kesehatan masyarakat memfokuskan kepada aspek sosial kesehatan dan ditujukan kepada kondisi sosial dari kesehatan dan kesejahteraan (Bracht, 1995; Moroney, 1995 dalam Adi

Fahrudin, 2009). *Setting* kesehatan masyarakat di dalamnya termasuk bersalin dan kesehatan anak, lembaga perencanaan kesehatan dan juga dalam organisasi kesehatan di tingkat nasional dan internasional seperti WHO.

4) Pekerjaan sosial dalam perawatan jangka panjang (*Social Work in Long-Term Care*)

Pekerjaan sosial dalam perawatan jangka panjang berupa pelayanan pekerjaan sosial yang berkesinambungan dan dalam jangka panjang kepada orang-orang yang memerlukan akibat keterbatasan fisik, mental, kognitif, emosional dan sosial. Dalam pelayanan ini, pelayanan pekerjaan sosial dalam *home health care*, pekerjaan sosial *home care* biasanya bagi orang lanjut usia, dan pekerjaan sosial dalam program hospis bagi orang-orang yang berada dalam tahap akhir dari penyakit yang mematikan.

d. Peran Pekerja Sosial Medis

Pada pelaksanaan praktiknya di *setting* rumah sakit, pekerja sosial memiliki beberapa peranan, adapun menurut pendapat Suratno: Mu'man (2001) dalam Pekerjaan Sosial Medik di Rumah Sakit peran – perannya adalah sebagai berikut:

- 1) Konselor, pekerja Sosial berperan membantu klien dalam memahami dan menyadari permasalahan – permasalahan yang dihadapinya, memahami potensi dan kekuatan yang dimilikinya, serta membimbing

untuk menemukan, menunjukkan, dan memberikan cara pemecahan masalah yang diperlukan.

- 2) Konsultan/ Advisor, pekerja sosial memberikan pertolongan bersifat khusus (*ad hoc*) atau temporer melalui pemberian saran atau nasihat atau pertimbangan ataupun pertolongan lainnya dari seorang konsultan (yang memiliki keahlian) kepada orang yang membutuhkan. Ditujukan untuk mencegah atau memecahkan masalah individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Masalah yang menjadi perhatian pekerja sosial dalam bidang kesehatan adalah masalah psikososial, sosial-ekonomi, dan budaya yang berhubungan dengan kesehatan atau upaya kesehatan.
- 3) Enabler/ Fasilitator, pekerja sosial menjalankan peran ini bertugas untuk memberikan pertolongan bagi klien guna mempermudah atau memungkinkan upaya pencapaian tujuan (mencegah atau mengatasi masalah – masalah sosial dan emosional yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan, meningkatkan kapasitas masyarakat dalam memberikan dukungan yang memadai bagi pemeliharaan kesehatan) dengan memanfaatkan kekuatan serta sumber yang dimiliki.
- 4) Mediator, pekerja sosial membantu pihak – pihak yang mengalami konflik supaya dapat saling memberikan dukungan sebagai upaya pencapaian tujuan kesejahteraan. Dalam usaha kesehatan tindakan ini dilakukan untuk memperbaiki ketidakseimbangan hubungan antara individu dengan lingkungan sosialnya yang telah menimbulkan

masalah yang mengganggu kesehatan atau pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

- 5) Broker, pekerja sosial yang berupaya untuk menghubungkan klien dengan sumber – sumber yang menyediakan pelayanan yang dibutuhkan. Pekerja sosial mengidentifikasi sumber yang menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan, memberikan informasi tentang sumber tersebut dan membantu klien dalam mengakses sumber pelayanan yang dibutuhkan.
- 6) Advokasi Sosial, peran ini dilakukan ketika pekerja sosial ketika hak klien tidak terpenuhi. Pekerja sosial bekerja dengan atas nama klien untuk mendapatkan pelayanan atau sumber yang tersedia, mempengaruhi agar terjadi perubahan kebijakan, prosedur, atau praktik yang merugikan klien.
- 7) Peneliti, pekerja sosial melakukan penelitian untuk menjelaskan faktor psikososial, sosial ekonomi dan budaya yang mempengaruhi kesehatan atau sakit dan upaya kesehatan sehingga dapat mengembangkan praktik pekerjaan sosial medis.
- 8) Edukator/ Pendidik, pekerja sosial dapat membantu masyarakat mengakses informasi tentang apa yang terjadi dlam masyarakat, serta mendidik masyarakat untuk membangun kesadaran tentang masalah – masalah kesehatan di lingkungannya.

e. Metode dan Teknik Pekerja Sosial terkait *Self-Efficacy* Pasien Post-Amputasi

Metode dan teknik dalam pekerjaan sosial yang digunakan dalam pelaksanaan program yang telah dirancang oleh peneliti adalah metode pekerjaan sosial dengan individu (*casework*) dan metode pekerja sosial dengan pekerja sosial dengan kelompok (*group work*). Berikut merupakan penjelasan secara lebih lanjut mengenai metode dan teknik pekerjaan sosial tersebut.

1) Pekerja Sosial dengan Individu (*Casework*)

Social Casework atau metode pekerjaan sosial dengan individu adalah salah satu proses dalam membantu individu dalam mencapai penyesuaian antara individu dengan lingkungan sosialnya. Menurut Skidmore (1994) dalam mengemukakan bahwa *social casework* merupakan suatu metode praktik pekerjaan sosial yang terorganisir untuk membantu individu supaya ia mampu menolong diri sendiri dan memperkuat keberfungsian sosialnya.

Proses pertolongan oleh pekerja sosial yang dilandasi oleh pengetahuan ilmiah, pemahaman dan keterampilan dalam menggunakan teknik-teknik yang digunakan. Dengan komponen-komponen *casework* yang terdiri atas *Person*, adalah orang yang menghadapi permasalahan tersebut. *Place* yaitu tempat dilakukannya pertolongan dalam penyelesaian masalah individu, dengan bantuan yang diberikan salah satunya dapat berupa konseling individu. *Problem*, adalah jenis, kualitas dan kompleksitas masalah yang dihadapi individu

yang memerlukan solusi untuk pemecahannya, dan *Process*, yaitu tahapan pemberian pertolongan dimulai dengan identifikasi masalah sampai dengan evaluasi pelaksanaan pelayanan oleh pekerja sosial.

Adapun terdapat teknik-teknik yang digunakan dalam praktik pekerjaan sosial dengan individu (*casework*) menurut Naomi Brill (1978) diantaranya, adalah:

a) *Support*

Teknik *support* berarti memberikan semangat dan mendorong aspek-aspek berkaitan dengan fungsi klien, diantaranya adalah kekuatan internal, cara berperilaku, dan relasi klien dengan orang lain. Teknik ini dapat digunakan oleh pekerja sosial yang didasarkan pada kenyataan, pekerja sosial membantu klien memberikan dorongan kepada klien.

b) *Reassurance*

Reassurance berarti memberikan jaminan kepada klien bahwa situasi atau kondisi yang diperjuangkannya dapat dicapai dengan alternative pemecahan masalah dan kemampuan klien sendiri untuk menyelesaikan masalah tersebut. Teknik *reassurance* digunakan dengan menghargai perasaan, kemampuan, dan juga pencapaian klien.

Dalam menyampaikan *reassurance* juga harus didasarkan dengan kenyataan kondisi dan situasi klien saat itu, disampaikan

juga dalam waktu yang tepat. Pekerja sosial juga memberikan kesempatan klien untuk menyampaikan perhatian dan keagalannya secara wajar.

c) *Advice Giving and Counseling*

Teknik *advice giving and counseling* berkaitan dengan upaya untuk menyampaikan pendapat yang berdasar pada pengalaman pribadi ataupun hasil pengamatan pekerja sosial medis, serta gagasan yang didasarkan pada pendapat atau pengetahuan profesional.

2) Pekerja Sosial dengan Kelompok (*Group Work*)

Pekerjaan sosial dengan kelompok (*Group work*) menurut Garvin (2011) adalah metode dalam praktik pekerjaan sosial yang bertujuan untuk memberikan layanan atau pertolongan kepada individu-individu dengan media kelompok. Dalam metode pekerjaan sosial dengan kelompok ini terdapat jenis-jenis kelompok yang dapat digunakan sebagai media alternatif pemecahan masalah individu, salah satunya adalah tipe kelompok *Self-Help Group* atau dikenal juga sebagai kelompok bantu diri.

Garvin (2011) berpendapat bahwa *self-help group* adalah kelompok yang beranggotakan individu-individu dengan masalah yang sama dan bertujuan untuk *self-improvement* untuk mengatasi permasalahan-permasalahan yang mereka hadapi. Dalam kelompok yang dibentuk oleh sesama individu (*peers*) yang datang untuk saling membantu

dalam memenuhi kebutuhan yang sama, menghadapi hambatan atau permasalahan yang mengganggu kehidupan, dan berusaha untuk memunculkan perubahan yang diinginkan.

Dalam pelaksanaannya, kelompok bantu diri/ *self-help group* menjadwalkan pertemuan secara rutin dengan anggota kelompok atau individu-individu yang mengalami permasalahan, kondisi, dan symptom-symtom yang yang serupa. Dimana orang-orang tersebut sama-sama belajar dan berbagi untuk memperoleh pandangan/ perspektif yang baru mengenai masalah yang dialami oleh masing-masing individu.

Tujuan dalam kelompok ini adalah terjadinya perubahan pikiran, perubahan perasaan, peruban tingkah laku, perubahan proses ketidaksadaran, dan pengembangan keterampilan-keterampilan baru anggota kelompok tersebut.

f. Sistem Sumber Pekerjaan Sosial yang Dapat digunakan dalam Penyelesaian Masalah terkait *Self-Efficacy* Pasien Post-Amputasi

Menurut Siporin (1975) sumber merupakan hal disimpan atau dimiliki dan berfungsi untuk memenuhi kebutuhan atau menyelesaikan masalah, sistem sumber dapat berasal dari dalam (internal), atau dari luar diri (eksternal) individu, kelompok, atau komunitas. Adapun mengutip dari Siporin sebagai berikut.

“a person’s internal resources may encompass his intelligence, imagination, creativity, sensitivity, motivation, courage, moral character, physical strength, stamina, attractiveness, religious faith, and specific knowledge or abilities. a person’s external resources

may refer to tangible property, prestige, secure job, rich uncle, influential friend, or right to a social security pension.”

Sumber daya internal dapat berupa intelegensi, imajinasi, kreativitas, motivasi, kesempatan karakter moral, kekuatan fisik dan sebagainya berupa potensi yang berasal dari dalam diri. Adapun sumber eksternal dapat berupa teman yang berpengaruh, martabat, dan hak atas jaminan. Sumber tersebut dapat digunakan apabila digali, pekerja sosial dapat membantu menilai kebutuhan sumber daya dan memobilisasi serta memaksimalkan penggunaan sumber internal maupun eksternal, sehingga dapat memperkuat sistem sumber kesejahteraan sosial dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dialami.