

# SERTIFIKAT

IR.5.12.4

Diberikan kepada :

**Endang Widgorini, Ph.D., Psikolog**

Sebagai

**Pembicara**

**Konferensi Nasional II Ikatan Psikologi Klinis - Himpisi**

dengan tema

**Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup**

**Masyarakat Indonesia**

*Psychological Intervention for Increasing Indonesian's Quality of Life*

Yogyakarta, 5 - 6 Februari 2010

Ketua Panitia

Konferensi Nasional II Ikatan Psikologi Klinis - Himpisi

  
Saharwati Laksmi Gamayanti, M.Si., Psi.  
IPK-HIMPSI  
5 - 6 Februari 2010

Ketua Ikatan Psikologi Klinis - Himpisi

  
Prof. Himpusawitri Supardi Sadarjoen, Psi.  
IPK-PUSATI  
IKK-KLINIS

# Pembicara dan tim ilmiah

**Menteri Kesehatan RI\***

**Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan  
dan Perlindungan Anak**

**Astrid Regina Sapiie Wiratna, Dra. Psikolog.**  
(Savy Amira Surabaya, Surabaya Women's Crisis Center)

**A. Endang Suparti S. S., Dra., Psikolog**  
(Kepala Instalasi Psikologi RSJD Surakarta)

**A. Kasandra Putranto, S.Psi, Psikolog**  
(Kasandra & Associate, Jakarta)

**Clare Roberts, DR.**  
(Curtin University of Technology Western Australia)

**C. Siswa Widyatmoko, S.Psi**  
(Peneliti Intervensi Psikologi Pasca Bencana, Fakultas Psikologi  
Universitas Sanata Dharma)

**Endang Widyorini, Ph.D., Psikolog**  
(Psikolog Klinis Anak, Fakultas Psikologi, Unika Soegijopranoto  
Semarang)

**Indria Laksmi Gamayanti., DR., MSi., Psikolog**  
(Psikolog Klinis Anak, RSUP Dr. Sardjito / Fakultas Kedokteran UGM,  
Yogyakarta)

**Jan Paschier, Prof., DR.**  
(Dean of The Faculty of Psychology and Education VU Amsterdam  
University, Full Professor Medical Psychology)

**Johana Endang Prawitasari, Prof. , Ph.D. , Psikolog**  
(Profesor Psikologi Klinis Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)

**Josephine M.J. Ratna, Dra., M.Psych.Psikolog**  
(R.S. Surabaya International/ Universitas Widya Mandala, Surabaya)

**Kristi Purwandari, DR., Psikolog**  
(Yayasan Pulih)

**Kwartarini Yuniarti, MSc., Med., Ph.D., Psikolog**  
(Koordinator Bidang Psikologi Klinis Program Magister Profesi,  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)

**Manfred Zaumseil, Prof.**  
(Professor of Clinical Psychology, Free University, Berlin)

**Mahar Agusno, dr. SpKJ**  
(RSUP Dr. Sardjito/ Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta)



# KONFERENSI NASIONAL II

## IKATAN PSIKOLOGI KLINIS - HIMP SI

**Intervensi Psikologis untuk  
Meningkatkan Kualitas Hidup  
Masyarakat Indonesia**

Psychological Intervention for  
Increasing Indonesian's Quality of Life

FW

Proceeding



Yogyakarta, 5 - 6 Februari 2010

# Proceeding

## KONFERENSI NASIONAL II IKATAN PSIKOLOGI KLINIS - HIMPSI

### **Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat Indonesia**

Psychological Intervention for Increasing Indonesian's Quality of Life

Yogyakarta, 5 - 6 Februari 2010



PENERBIT KANISIUS



Proceeding

KONFERENSI NASIONAL II  
IKATAN PSIKOLOGI KLINIS - HIMPSI

Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan

Proceeding Konferensi Nasional II Ikatan Psikologi Klinis - Himpsi

Copyright © Ikatan Psikologi Klinis - Himpsi

**Penyunting Isi:**

*Tim Ilmiah Konferensi Nasional II Ikatan Psikologi Klinis - Himpsi:*

Kwartarini Wahyu Yuniarti, Johana Endang Prawitasari, Noor Rochman Hadjam,  
Sofia Retnowati, Tri Hayuning Tyas

**Penyunting Bahasa:**

Siti Urbayatun, Agnes Indar Etikawati, Andhika Kustaryono, Tri Hayuning Tyas

**Tata Letak dan Desain Sampul:**

Putro Agus Harnowo

**Pertama kali diterbitkan oleh:**

Penerbit Kanisius untuk

Ikatan Psikologi Klinis - Himpsi, Mei 2010

**Alamat Sekretariat:**

Margoyasan PA II/470 Yogyakarta, 55112

Telp.: 0274-8381528

Fax.: 0274-376320

email: ipk\_pusat\_himpsi@yahoo.com

ISBN : 978-979-21-2845-1

## **Sekapur Sirih dari Ketua Panitia Konferensi Nasional II IPK**

Puji syukur kehadiran Illahi Robbi, yang dengan segala rakhmat dan kasih sayangnya telah mengijinkan berlangsungnya Konferensi Nasional II IPK, pada tanggal 4 dan 5 Februari 2010 di Yogyakarta, dengan lancar. Acara seperti ini sangat penting artinya bagi pengembangan organisasi dan keilmuan psikologi klinis di Indonesia.

Konas II IPK mengangkat tema “Intervensi Psikologis untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat Indonesia” dengan sebuah harapan para psikolog klinis dapat merefleksikan dan mengintegrasikan gagasan, pengalaman maupun kajian akademis tentang kualitas hidup. Melalui ajang ini, panitia berusaha untuk memfasilitasi dipresentasikannya berbagai hasil penelitian dan pengalaman di lapangan untuk dibagi dan didiskusikan bersama. Psikolog klinis Indonesia mempunyai tantangan untuk menggali dan meningkatkan potensi manusia melalui pengembangan intervensi psikologis yang didasarkan pada kearifan budaya Indonesia yang sangat kaya dan beragam. Melalui Konas II ini juga diharapkan terjalannya kolaborasi dengan profesi dan disiplin ilmu lain untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia.

Buku Proceeding Konferensi Nasional II IPK-HIMPSSI merupakan kumpulan naskah yang dipresentasikan dalam Konferensi Nasional II IPK, baik pada sesi plenary maupun sesi paralel. Pada bagian awal, buku ini menampilkan rangkuman hasil diskusi (*executive summary*) yang berlangsung sepanjang dua hari konferensi. Selanjutnya, naskah-naskah yang telah dipresentasikan kami muat berdasarkan urutan presentasi dalam kelas paralel. Pada bagian akhir, kami cantumkan pula alamat email dari para penulis naskah. Semoga semangat untuk menulis dan berkarya selalu ada di hati anggota IPK.

Terima kasih tak terhingga pada semua pihak yang telah membantu terselenggaranya Konas II IPK ini. Tak lupa, saya ucapkan penghargaan dan terima kasih yang mendalam kepada seluruh panitia, khususnya seksi ilmiah, seksi sidang dan sekretariat yang telah mencurahkan energi fisik, psikis dan sosialnya demi terwujudnya buku Proceeding ini. Mohon ma'af bila ada kekurangan atau ketidakpuasan, semoga hal ini menjadi bagian proses pembelajaran bagi pengembangan diri kita semua. Amin

Semoga semangat untuk terus menimba ilmu, mengasah keterampilan dan merajut tali persaudaraan tetap lestari.

SALAM IPK,

Ketua Panitia Konas II IPK

Indria Laksmi Gamayanti

**EXECUTIVE SUMMARY**  
**Konferensi Nasional II IPK-HIMPSI**  
**“Intervensi Psikologi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat Indonesia”**  
**Jogjakarta 5-6 February 2010**

Konferensi Nasional II IPK-HIMPSI yang bertempat di Jogjakarta pada tanggal 5-6 Februari 2010 ini telah memberi ruang pada 80 orang praktisi, ilmuwan, rekan sejawat dari disiplin ilmu lain, maupun pemerhati psikologi klinis untuk mempresentasikan naskah dan mendiskusikan temuan penelitian, pemikiran, maupun refleksi pengalamannya dalam forum ilmiah konferensi. Kedelapan puluh naskah yang dipresentasikan tersebut terdiri dari 5 naskah yang dibawakan oleh pembicara utama (panel), 18 naskah oleh pembicara tamu dan 57 naskah oleh peserta konferensi. Kelima naskah pembicara utama berisi tentang pemikiran mendalam tentang psikologi klinis Indonesia menuju masa depan yang dibawakan oleh Prof Sawitri S Sadarjoen dan Prof Johana Endang Prawitasari. Tiga naskah lain yang dibawakan oleh Prof Manfred Zaumseil, Prof Jan Paschier dan Dr. Clare Roberts merupakan refleksi pemikiran dan pengalaman tentang psikologi klinis di Jerman, Belanda dan Australia. Sementara 75 naskah lainnya dipresentasikan dalam 6 kelas paralel tematik yang terpisah, yaitu: 10 naskah dalam tema 'Kualitas Hidup Penderita Gangguan Kesehatan', 9 naskah dalam tema 'Kualitas Hidup pada Penyandang Gangguan Kesehatan Jiwa', 10 naskah dalam tema 'Meningkatkan Kesehatan Masyarakat', 8 naskah dalam tema 'Intervensi Psikologis pada Penyintas Bencana', 9 naskah dalam tema 'Anak dan Anak Kebutuhan Khusus', 10 dalam tema 'Remaja', 9 naskah dalam tema 'Perempuan, Perkawinan dan Keluarga' dan 10 naskah dalam tema 'Pengembangan Orientasi *Subjective Wellbeing*'.

*Executive Summary* ini akan memuat beberapa poin penting dari naskah yang disajikan oleh pembicara dan juga akan menuliskan kembali berbagai rekomendasi yang muncul selama diskusi baik sesi panel maupun paralel.

Pada **plenary session hari pertama**, staf ahli Menteri Kesehatan RI; Dr. Triyono Soendoro, Ph.D., mengemukakan pentingnya memperhitungkan kualitas hidup dalam pembangunan bangsa. Kemiskinan akan mempengaruhi persepsi akan kualitas hidup. Salah satu indikator UNDP tentang indeks perkembangan manusia (*Human Development Index*) adalah tingkat kesehatan, dimana kesehatan erat kaitannya dengan masalah psikologi. Pertanyaan yang dilontarkan adalah bagaimana intervensi yang sistematis dan menyeluruh dapat berperan dalam mewujudkan harapan bahwa setiap perempuan hamil dan melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan dan terbebas dari resiko kematian; serta bagaimana anak yang dilahirkan dapat berkembang menjadi cerdas? Selain itu yang tak kalah pentingnya adalah bagaimana intervensi dapat mendayagunakan masyarakat dalam berbagai tingkat

organisasi yang didukung oleh manajemen kesehatan? Konferensi Nasional ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut.

Ketiga pembicara utama pada Konas hari I, mengemukakan mengenai Psikologi Klinis di Indonesia saat ini (Prof. Sawitri S. Sadarjoen), wacana pengembangan psikologi klinis di masa depan (Prof. Johana Endang Prawitasari) dan perspektif perkembangan psikologi klinis di Jerman (Prof. Manfred Zaumseil). Dalam presentasinya, Prof Sawitri menyampaikan bahwa psikolog klinis perlu mengkomunikasikan apa yang harus dilakukan oleh seorang psikolog klinis dengan pandangan mengenai manusia sebagai suatu keutuhan fisik dan mental. Asosiasi psikolog klinis merupakan wadah untuk mempopulerkan psikologi klinis pada masyarakat Indonesia, sementara definisinya mengacu pada definisi psikologi klinis divisi 12, APA, 1995. Ikatan Psikologi Klinis yang didirikan tahun 2001, hingga 6 tahun pertama organisasi belum berkembang dengan optimal, antara lain karena jumlah psikolog klinis yang sangat terbatas dan terkesan kurang semangat untuk mengembangkan organisasi karena satu dan lain hal. Kerja multidisipliner dalam psikologi klinis, jelas tak terelakkan. Sementara itu, saat ini ada 5 kelompok aktivitas psikologi klinis di Indonesia yaitu (1) Diagnosa dan Asesmen (2) Psikoterapi yang menggunakan berbagai dimensi (mencari peluang *insight* dan memungkinkan *Personal Growth*, dll) (3) Mengajar pada institusi pendidikan (4) Supervisi Klinik, yang dalam hal ini bertindak sebagai supervisor mahasiswa yang melakukan praktek bidang asesmen psikologik, psikodiagnostik, konseling dan psikoterapi (5) Penelitian. Rekomendasi yang disampaikan adalah bahwa psikolog klinis yang bekerja di *setting* rumah sakit adalah sebuah profesi yang independen. Dan bahwa setiap rumah sakit diharapkan dikembangkan unit layanan psikologi yang mandiri demi optimalisasi layanan psikologi untuk masyarakat, diversifikasi layanan dapat dilihat sebagai penguatan *core business* rumah sakit, memfasilitasi peningkatan kompetensi psikologi klinis dan mempermudah pembinaan dan supervisi dari organisasi profesi.

Prof. Manfred Zaumseil, menjelaskan mengenai perkembangan psikologi klinis di Jerman dimana lingkungannya semakin sempit namun mendalam. Psikologi klinis merupakan bagian dari tim kesehatan jiwa yang diakui pemerintah. Layanan psikologi klinis di Jerman lebih spesifik dan terspesialisasi. Menurut pandangan Prof. Manfred, pendekatan spesifik yang cenderung mengklasifikasikan pengalaman manusia ke dalam diagnosis psikopatologi ini, mungkin tidak cocok di

budaya Indonesia yang kolektif. Psikologi klinis di Indonesia perlu lebih mengoptimalkan peran layanan non professional karena tuntutan kebutuhan masyarakat yang tinggi; selain juga menempatkan perhatian yang cukup pada masalah lingkungan sosial yang dapat mencetuskan gangguan psikologis. Dengan kata lain, perlunya upaya mengoptimalkan pelayanan berbasis komunitas dan melatih/ mendidik profesi lain untuk memberikan layanan psikologis.

Prof. Johana memulai presentasinya dengan menghantarkan kembali konsep mikro-makro dan melontarkan pertanyaan penting: apakah kita siap untuk mentransfer konsep psikologi terapi untuk aplikasi yang lebih luas? Psikologi klinis yang spesialisik tidak cocok di Indonesia yang banyak berpenduduk miskin. Psikologi klinis akan senantiasa bekerja sama dengan profesi lain. Psikolog klinis perlu percaya diri pada ilmunya sehingga dapat melakukan kerjanya dengan hasil istimewa. Dalam presentasi ini, Prof. Johana menyampaikan terapan mikro-makro, mulai dari bentuk-bentuk asesmen, pendekatan perilaku dan penelitian tindakan. Psikologi klinis perlu masuk dengan asesmen yang bersifat makro (sistem yang lebih luas), berpendekatan kualitatif, dan memiliki sekutu dalam rangka memahami masyarakat. Psikoterapi sebenarnya dapat di sederhanakan dan digunakan dalam konteks 'normal' (non patologis) dalam rangka mengubah perilaku. Psikologi klinis perlu untuk mempertimbangan perubahan perspektif psikopatologi ke kesejahteraan masyarakat dan karenanya memikirkan untuk masuk dalam perubahan sistemik dan pembuatan kebijakan. Penerapan mikro-makro ini tentunya bergantung pada konteks dan aras pelayanan.

Pada sesi parallel tema *Kualitas Hidup Pada Penderita Gangguan Kesehatan*, pembicara tamu menyajikan pendekatan biopsikososiokultural dalam memahami sumber stres dan dinamika psikologis anak yang hidup dengan kanker dan bagaimana meningkatkan kualitas hidup mereka. Proses pengobatan yang menyakitkan serta turunnya kondisi fisik yang menyebabkan anak harus sering menghabiskan waktu di rumah sakit, merupakan sumber stress utama bagi anak. Sementara dampak ekonomi keluarga (waktu produktif yang hilang) dan tekanan psikologis yang dialami orangtua, sering membuat orang tua tidak berperan optimal dalam mendorong anak demi kesembuhannya. Pendampingan spiritual yang dikemukakan dalam presentasi ini berpusat pada anak, artinya menemani anak dalam mengenal Tuhan. Strategi Koping yang efektif dapat membantu dalam pencapaian adaptasi sehingga akan meningkatkan motivasi anak dan orangtua untuk sembuh, dan anak lebih patuh terhadap pengobatan. Motivasi untuk sembuh memperlancar proses pengobatan dan mendukung proses kesembuhan. Program edukasi pada orang tua berdampak pada penerimaan dan pemahaman orang tua yang lebih baik terhadap situasi anak, sehingga orang tua paham cara memperlakukan anak. Sementara pada presentasi mengenai kasus penderita gagal ginjal, dikemukakan faktor psikologis yang merupakan faktor nontradisional yang banyak mempengaruhi, yaitu kecemasan dan depresi yang terkait dengan kemampuan koping pasien. Koping akan efektif jika mengandung empat

komponen termasuk mempertahankan positif *self-image* dan keseimbangan emosi. Pertanyaan yang dilontarkan adalah seputar metodologi dan alat ukur yang digunakan peserta. Intervensi psikologis yang direkomendasikan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita antara lain adalah perlu untuk turut serta dalam proses pembentukan representasi kognitif dan emosi terhadap penyakit yang pada gilirannya akan digunakan sebagai bahan untuk mengkonseptualisasikan makna dari sakit yang dialami. Pemaknaan ini akan mempengaruhi kondisi fisik dan mental individu. Regulasi otonom akan membuat individu merasa memiliki kekuatan, kompetensi dan motivasi untuk mengola penyakitnya sehingga berhasil dalam mengidentifikasi perilaku dan mengintegrasikannya ke dalam dirinya sendiri, mampu mengarahkan perilakunya secara otonom sehingga merasa lebih puas, memiliki inisiatif dan ketekunan yang lebih besar, lebih patuh pada medikasi, menurunkan rasa terbebani, serta memiliki kesehatan fisik dan psikologis yang lebih baik.

Delapan paper ilmiah lain dipresentasikan oleh peserta konferensi dalam sesi ini. Beberapa himbauan, rekomendasi maupun catatan penting yang muncul dalam sesi ini secara ringkas antara lain sebagai berikut; (1) Perlu agar organisasi profesi membuat standard operasional intervensi psikologi di bidang kesehatan dan menggagas pedoman mekanisme layanan terpadu antara psikolog dan tenaga medis yang dapat diterapkan untuk semua daerah (2) Penting untuk meningkatkan peran psikolog dalam upaya prevensi terkait dengan meningkatnya gaya hidup yang kurang sehat dan (3) Penting untuk meningkatkan ketrampilan intervensi non individual untuk psikolog (4) Adalah mendesak untuk melakukan penelitian ilmiah yang mampu mengukur dampak intervensi psikologis di bidang kesehatan dan (5) Himbauan pada pemerintah untuk membakukan layanan holistik sebagai produk kebijakan pemerintah dan mengkampanyekan gaya hidup sehat sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat yang melibatkan kerja multidisiplin dan multisektoral.

Pada sesi paralel *Kualitas Hidup pada Penyandang Gangguan Kesehatan Jiwa* pembicara tamu menggarisbawahi pentingnya kepatuhan meminum obat pada penyandang psikotik untuk mencegah kekambuhan. Bagi mereka yang tidak mempan diberi obat, diedukasi untuk beradaptasi dengan kondisi psikotiknya misalnya dengan halusinasi suara yang dialami. Pernikahan tidak disarankan bagi penyandang psikotik karena menyangkut persoalan kemampuan mengurus diri dan persoalan keturunan/anak, artinya terdapat kemungkinan diturunkan secara genetis atau pola asuh orang tua schizopren yang mungkin akan mengganggu perkembangan anak. Pasien schizoprenia biasanya datang ke dokter pada fase yang sudah parah. Dukungan keluarga sangat berperan dalam kepatuhan terhadap pengobatan maupun kesembuhan secara keseluruhan. Selain itu hubungan yang baik dengan dokter, merasakan kemajuan yang nyata setelah pengobatan, pengetahuan yang benar tentang penyakit, dan kondisi finansial keluarga juga memungkinkan menyumbang kepatuhan. Program psikoedukasi di RSJ Surakarta merupakan contoh nyata atas kontribusi psikologi



dalam membantu keluarga memahami kondisi penyakit dan penyandanginya demi mendukung kepatuhan pengobatan.

Beberapa catatan penting telah dihasilkan dalam diskusi tujuh paper yang dipresentasikan dalam sesi ini, diantaranya adalah; (1) upaya preventasi perlu mendapatkan perhatian tersendiri, dalam hal ini kepekaan dibutuhkan dalam mendeteksi dini gangguan emosional sehingga tidak bertambah parah (2) dukungan sosial dapat menurunkan tingkat depresi (3) intervensi CBT cukup efektif membantu masalah perilaku pada anak dan orang tua atau *significant others* lain perlu untuk terlibat di dalamnya. Beragam isu penting, termasuk metode penelitian, muncul dalam sesi ini. Penjelasan selengkapnya dapat dibaca pada naskah lengkap dan presentasi peserta.

Pada sesi paralel **Meningkatkan Kesehatan Masyarakat** pembicara tamu menyampaikan kompleksitas persoalan merokok dan gangguan kesehatan secara umum, maupun di Indonesia secara khusus. Pemerintah sesungguhnya membayar dengan harga yang lebih mahal, dengan tidak membuat peraturan yang tegas mengenai resiko rokok, dibandingkan dengan cukai yang diterima dari rokok. Dalam presentasi ini pembicara mengulas secara lengkap bagaimana perilaku merokok langgeng dan dilanggengkan dalam masyarakat; baik berdasarkan teori-teori perilaku dalam psikologi maupun situasi kebijakan pemerintah. Dijelaskan pula bahwa menurut teori perilaku interpersonal, perasaan terhadap perilaku, norma sosial, keyakinan normatif personal, dan pengenalan terhadap konsekuensi dapat memunculkan niat untuk diwujudkan dalam perilaku. Kebiasaan untuk melakukan tindakan dan kondisi yang memfasilitasi akan mendukung termanifestasinya niat dalam perilaku. Perubahan perilaku merokok membutuhkan proses yang bertahap dan memakan waktu tetapi harus dimulai. Mengubah perilaku secara efektif dapat dilakukan dengan menggunakan strategi komunikasi kesehatan yang didukung oleh perubahan kebijakan dalam suatu sistem. Pembicara kedua mengangkat tema layanan psikologi di puskesmas dengan menempatkan psikolog klinis di puskesmas. Layanan yang diberikan adalah layanan dasar kesehatan mental termasuk promosi dan preventasi, jika kasus yang dihadapi terlalu berat akan dirujuk ke rumah sakit. Perlu waktu untuk memberi pemahaman pada petugas medis tentang apa dan bagaimana psikolog bekerja.

Pada diskusi pembicara tamu maupun kedelapan paper yang dipresentasikan pada sesi ini diperoleh berbagai masukan penting bagi pengembangan keilmuan, pengembangan profesi maupun saran untuk kebijakan. Masukan untuk pengembangan keilmuan antara lain: (1) Pentingnya pengenalan *Action Research* dalam kurikulum pendidikan Profesi, dan untuk diaplikasikan dalam mata kuliah "praktek kerja profesi /PKP; (2) Materi tentang "quality of life" dieksplorasi dalam perkuliahan, (3) *Positive psychology* dan aplikasi praktisnya diperkenalkan pada perkuliahan dan (4) Praktisi pendamping program pemulihan pengguna narkoba biasanya memiliki pengalaman praktis dalam terapi sehingga mereka perlu banyak diundang ke kampus untuk menuturkan pengalaman praktisnya dalam pemulihan pengguna narkoba. Sementara masukan untuk pengembangan profesi antara

lain: (1) Mendorong lulusan pendidikan Psikologi/S2 Profesi untuk memasuki insitusi kesehatan di level komunitas basis (Puskesmas) dan organisasi akar rumput lainnya, sehingga dapat terlibat langsung dalam program-program preventasi primer kesehatan baik secara program-fisik dan sosial; (2) Psikolog mestinya banyak terlibat dalam kegiatan masyarakat untuk mengawal aplikasi dari "positive psychology" dan mengawal proses "quality of life improvement" di komunitas; (3) Psikolog klinis perlu masuk dan berperan dalam lembaga-lembaga penyedia layanan yang sifatnya untuk pemulihan (4) Psikolog spiritualis mestinya dapat lebih banyak memberikan sumbangan (5) Perlu mulai memikirkan pemerataan psikolog di Indonesia karena wilayah Timur masih banyak kekurangan Psikolog. Terakhir masukan untuk level kebijakan antara lain: (1) Perlu ada kebijakan yang mengakui profesi Psikolog Klinis dalam struktur institusi Kesehatan.;(2) Perlunya melibatkan Psikolog klinis dalam pembuatan kebijakan yang mendorong perubahan perilaku masyarakat; (3) Bagaimana agar penyebaran psikolog tidak melupakan wilayah Indonesia Timur (4) Bagaimana kebijakan HIMPSI agar pendidikan Psikologi juga merata ke Indonesia Timur.

Pada sesi paralel **Intervensi Psikologis pada Penanganan Penyintas Bencana Alam** isu utama yang dimunculkan oleh pembicara tamu adalah pentingnya intervensi terpadu untuk meningkatkan kesehatan mental holistik masyarakat paska bencana. Berangkat dari pengalaman layanan psikologi paska bencana di Bantul, tersusunlah pedoman rehabilitasi paska bencana yang terdiri dari 10 kegiatan yang menjadi tanggungjawab psikolog dalam satuan rehabilitasi terpadu penyandang cacat. Disebutkan pula bahwa terdapat lima aspek dalam meningkatkan kesehatan holistik yaitu : sehat mental, sehat spiritual, sehat fisik, sehat finansial, dan sehat sosial. Pada presentasi pembicara tamu ini, didiskusikan pula pengelolaan rasa nyeri dengan melibatkan dukungan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup penyintas SCI.

Dalam diskusi ketujuh paper lainnya dalam sesi ini, terdapat beberapa catatan penting yang perlu diperhatikan yaitu bagi organisasi profesi perlu untuk meningkatkan upaya menjalin jejaring dan berkolaborasi dengan pemerintah serta *stake holders* (Badan Penanggulangan Bencana Daerah/BPBD, dinkes, dll) untuk pelayanan kesehatan mental. *Psychological First Aid* (PFA) cukup banyak mendapat perhatian dalam sesi ini, selain metodologi penelitian yang digunakan dalam mengungkap fenomena psikologis. Beberapa gagasan penting maupun rekomendasi yang muncul antara lain; (1) perlunya peningkatan pemahaman PFA pada konselor, terapis, dan pendamping/relawan yang bekerja di lapangan dalam penanganan bencana (2) perlunya penelitian yang memfokuskan pada psikologi yang lebih positif dan kearifan lokal untuk memahami bencana (3) Trauma sekunder pada *care giver* perlu diantisipasi, atau perlu adanya *care for caregivers*; (4) Perlunya suatu penelitian yang mengeksplorasi profil/masalah respon yang berciri khas masyarakat Indonesia (5) perlunya pemahaman lebih lanjut atas karakteristik subjek dalam penanganan bencana, misal anak dan lansia yang memiliki kebutuhan khusus dan (6) Perlunya perekaman data yang baik dan sistematis saat praktisi berpraktek di

lapangan sehingga pengalaman praktisnya dapat digunakan untuk memberi sumbangan keilmuan atau riset.

Sesi *plenary* hari kedua diawali dengan presentasi dari staf ahli menteri pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak deputi bidang pemberdayaan perempuan, Dr. Subagyo, MA. Pemerintah, dalam hal ini diwakili oleh menteri pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, mendukung perkembangan organisasi IPK dan berharap ke depan dapat bermitra dan saling mendukung dalam berkarya untuk memajukan pembangunan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak. Dr. Subagyo menggaris bawahi tentang upaya pemerintah untuk memenuhi target capaian MDGs pada tahun 2015. Kesetaraan gender perlu untuk terus diperjuangkan di segala bidang sehingga laki-laki dan perempuan dapat bermitra setara di berbagai aspek kehidupan. Sementara ini persoalan pendidikan untuk perempuan masih menjadi keprihatinan, sekalipun partisipasi perempuan di ranah politik (legislasi) sudah ada peningkatan yang cukup signifikan. Mendidik laki-laki untuk memahami peran setara gender ini juga penting. Selain itu, pemerintah juga sudah mengidentifikasi pentingnya pendidikan watak/karakter dan budi pekerti baik pada laki-laki maupun perempuan; sementara perempuan diarahkan untuk mampu menjadi *agent of change* untuk pengembangan dan penanaman budi pekerti demi membangun masyarakat yang berakhlak mulia yang tercermin dari pikiran, ucapan, dan tindakan. Karena itulah penting bagi pemerintah untuk mendukung dan bermitra dengan IPK.

Dr. Clare Roberts menyampaikan pengalaman implementasi program *Australian Optimism Program* yaitu program promosi kesehatan mental bagi anak dan remaja. Selain ditujukan langsung pada anak dan remaja, program tersebut juga melatih orang tua dan guru. Beberapa program antara lain *social life skill* dan *optimistic thinking* untuk membantu anak menghadapi kecemasan, emosi negatif maupun problem psikologis lain. Pelajaran yang dapat dipetik selama mengimplementasikan program ini adalah bahwa penting untuk melakukan *training for trainers* untuk dapat menjaga kesinambungan (*sustainability*) diseminasi informasi kesehatan mental tersebut sekaligus menghemat biaya; dan pengalaman implementasi program ini menunjukkan bahwa training guru sangat penting untuk mempromosikan kesehatan mental.

Dr. Jan Paschier menyampaikan perspektif mengenai kesehatan mental, kualitas hidup dan perempuan. Definisi tentang kualitas hidup pada perempuan tidaklah mudah, sementara studi tentang intervensi psikologi untuk meningkatkan kualitas hidup masih perlu didukung dengan metode yang lebih baik dan sensitif terhadap konteks budaya. Berangkat dari kata '*woman*' definisinya menjadi tidak jelas karena berangkat dari kata '*man*'. Kualitas hidup sendiri juga dapat diterjemahkan secara beragam. Beberapa dimensi yang dikandung kualitas hidup antara lain adalah: *physical wellbeing and functioning*, *social wellbeing and functioning*, dan *psychological wellbeing and functioning*. Selain itu, kualitas hidup dapat dimaknai secara subjektif. Pengukurannya dapat secara generik maupun spesifik (*domain specific* atau *disease specific*). Dalam paparannya, Prof. Jan Paschier mengutarakan beberapa kerentanan psikologis yang umum dimiliki perempuan serta tipe-tipe

intervensi psikologis yang umum diberikan. Berdasarkan studi yang pernah dilakukan di Belanda, efek intervensi psikologis terhadap kualitas hidup yang terkait dengan situasi kesehatan perempuan secara umum adalah positif; sekalipun perbedaan sebelum dan sesudah intervensi tidak terlalu mencolok. Prof. Jan Paschier menyarankan untuk melakukan studi yang serupa di Indonesia dan memfokuskan pada perempuan.

Pada sesi paralel *Anak dan Anak dengan Kebutuhan Khusus* pembicara tamu sempat memberikan masukan mengenai 'tempat' psikologi klinis anak di antara berbagai asosiasi lain dibawah HIMPSI. Tenaga klinis anak dibutuhkan karena kasus kekerasan pada anak di Indonesia cukup tinggi, dari yang ringan sampai yang berat. Tantangan yang dihadapi psikolog klinis anakpun cukup besar, selain terkait dengan alat ukur, waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pengukuran, alat tes yang masih didatangkan dari luar negeri, norma test yang tidak *up to date* dan belum ada alat ukur yang *indigenous* atau peka budaya Indonesia. Kemampuan intervensi psikologi klinis anak banyak berpusat pada asesmen dan sangat terbatas untuk intervensi. Psikolog masih terpengaruh pada alat tes dan tidak percaya diri dengan profesionalitasnya sendiri, sehingga tidak terdorong untuk mengembangkan observasi dan wawancara dengan lebih mendalam dan tidak mengembangkan intervensi anak khas Indonesia. Selain itu, pengetahuan neuropsikologi dan medis terkait anak masih kurang sehingga tidak terlalu percaya diri ketika berhadapan dengan profesional medis lain. Standard PKA juga belum ada. Pembicara tamu berikutnya menggarisbawahi tentang pentingnya persamaan persepsi dalam menggunakan standard diagnosa antar praktisi, misalnya ICD, DSM atau PPDGJ. Terutama karena istilah yang digunakan di berbagai pegangan diagnosa tersebut berbeda misalnya ADHD (DSM) dan hiperkinetik (PPDGJ). Dengan menggunakan PPDGJ gangguan psikologis pada anak tidak harus kode F tetapi juga kode Z. Medis tidak bisa bekerja sendiri untuk menangani gangguan klinis anak, terutama jika terkait dengan perilaku. Pembicara tamu terakhir dalam sesi ini, mengungkap keunggulan terapi bermain untuk anak-anak. Disebutkan bahwa bermain merupakan bahasa anak, dimana ia mengekspresikan apa yang ia pikirkan dan rasakan dalam bermain. Terapi bermain telah mengalami berbagai perkembangan dan modifikasi, mulai dari orientasi teoretik maupun pada level praktisnya. Satu hal yang tidak berubah adalah anak harus terlibat sepenuhnya (*engange*) dalam permainan.

Diskusi yang menyertai presentasi tiga pembicara tamu dan tujuh paper bertema anak, sarat dengan pengetahuan dengan wawasan terkini, pengalaman praktisi, dan masukan untuk sesama profesi maupun antar profesi. Pembicaraan seputar diagnosa, alat tes, metode intervensi, sampai model pendidikan dan produk kebijakan, komunikasi antar profesi, sangat interaktif dan dinamis berlangsung dalam sesi ini. Untuk selengkapnya dapat ditemukan dalam naskah lengkap dalam Proceeding. Beberapa catatan penting demi kemajuan ilmu pengetahuan maupun pengembangan profesi dan kebijakan di masa depan, antara lain adalah bagi organisasi IPK perlu untuk menegaskan apakah psikologi klinis anak masuk IPK atau IPI, perlu pemberian lisensi

psikolog klinis anak untuk mengukuhkan kepercayaan dari masyarakat dan perlu adanya peningkatan kapasitas klinisi dalam melakukan diagnosis dan intervensi serta kerjasama lintas profesi. Sementara untuk pengembangan keilmuan dan praktek beberapa masukan mencakup antara lain: (1) perlu pengembangan alat ukur, *up-dating* norma tes yang sesuai dengan budaya Indonesia dan pengembangan alat ukur *indigenous*. (2) perlu peningkatan kemampuan psikolog dalam terapi karena selama ini lebih menekankan pada asesmen (3) pengetahuan klinisi terkait neuropsikologi dan pengetahuan medis perlu ditingkatkan demi meningkatkan kualitas layanan yang integratif (4) perlu komunikasi dan kerjasama lintas profesi yang baik sehingga ada persamaan persepsi antar praktisi dalam diagnosa gangguan psikologi. Sementara bagi pembuat kebijakan, sesi ini membawa pesan bahwa pembuat kebijakan seharusnya melibatkan mereka yang paham benar duduk persoalan yang sesungguhnya dan karenanya memiliki kapasitas untuk menentukan kebijakan yang tepat terkait persoalan tersebut. Saran ini muncul karena oleh banyak peserta kurikulum PAUD disoroti sebagai salah satu produk kebijakan yang tidak pas.

Pada sesi paralel **Remaja** pembicara tamu mengangkat isu optimalisasi potensi remaja dan perlunya perhatian pada gangguan psikologis yang sangat mungkin dialami remaja, dalam hal ini adalah depresi. Periode transisi dari masa anak ke dewasa yang dialami remaja, membawa resiko terjadinya berbagai masalah dalam beberapa aspek. Tekanan kelompok teman sebaya seringkali menjadi faktor yang paling berat bagi remaja. Pembicara tamu mengangkat program dari '*Personal Growth*' yang mendekati remaja dengan strategi berempati terhadap gaya hidup termasuk menyelami berbagai *sub-culture* yang dibangun remaja, misalnya dengan memahami gaya bahasa gaul yang sering digunakan dan memberikan layanan yang dikemas dalam suasana yang 'fun'. Intervensi dilakukan di tingkat prevensi dilakukan secara pro-aktif dengan mendatangi sekolah-sekolah dan mengembangkan paket edukasi dalam beberapa topik yang ditujukan untuk remaja sesuai dengan usia dan tugas perkembangannya. Intervensi di tingkat kurasi juga dilakukan dengan menyediakan fasilitas untuk konseling remaja yang menarik. Sementara pembicara tamu berikutnya menyampaikan depresi pada remaja yang dapat dipicu oleh berbagai sebab. Pada orang yang mengalami depresi, ditemukan rendahnya kadar serotonin sehingga terapi farmakologi dapat membantu meningkatkan kadar ini. Psikoterapi dapat meningkatkan kadar serotonin tetapi lambat. Sehingga akan lebih efektif jika pengobatan psikoterapi dan medis berjalan seiring; terlebih jika mengingat bahwa tujuan terapi depresi adalah mengurangi gejala dan tidak terjadi relapse.

Ketujuh presentasi paper dari peserta yang menyertai presentasi dua pembicara tamu dalam sesi ini membawa beberapa pesan penting untuk pengembangan pengetahuan maupun profesi terkait dengan masalah remaja. Beberapa pesan tersebut antara lain ditujukan untuk organisasi profesi, yaitu (1) Intervensi psikologi klinis perlu ditingkatkan di level prevensi dengan memetakan masalah sesuai kerentanan dari setiap tahap perkembangan sepanjang siklus hidup manusia (2) Pengembangan strategi intervensi lintas disiplin untuk masalah remaja. Sementara pesan yang

ditujukan untuk pengembangan pengetahuan dan profesi antara lain adalah (1) Remaja merupakan kelompok yang rentan untuk mengalami depresi dan gangguan psikologis lain. Salah satu sumber kerentanan adalah tekanan kelompok sebaya. Maka perlu intervensi yang empatik. (2) Keterkaitan antara kondisi emosional psikologis dengan fisik (neurotransmitter, hormon, dll), memungkinkan kombinasi intervensi medis dan psikologis di tingkat intervensi kuratif. (3) Dengan mempertimbangkan efektifitas yang mirip, namun intervensi medis berada di jalur 'cepat' sementara intervensi psikologis berada di jalur 'lambat' maka penting untuk mengeksplorasi pendekatan psikologis yang berorientasi '*mind-body-spirit*' (4) Pentingnya sensitivitas dalam intervensi remaja dengan memahami '*sub culture*' yang berkembang di kelompok tersebut; dan (5) Intervensi pro-aktif dapat menjadi alternatif upaya menjangkau kelompok yang lebih luas dan bersifat prevensi, terutama untuk remaja yang tidak dapat mengakses layanan psikologis secara individual. Sementara pesan penting untuk pembuat kebijakan, bahwa penting untuk memasukkan pendidikan kesehatan reproduksi yang holistik sebagai bagian kurikulum sekolah sesuai tingkat perkembangan anak; dan penting pula untuk menyediakan layanan kesehatan khusus remaja, mengingat banyak masalah kesehatan remaja yang berkaitan dengan perilaku yang memiliki efek stigmatik (akibat merokok, *drugs*, STD, HIV-AIDS, *unwanted pregnancies*, dsb).

Pada sesi paralel **Perempuan, Perkawinan dan Keluarga** pembicara tamu menyampaikan pengembangan teknik yang bersumber pada refleksi pengalaman diri sendiri bermetamorfosis. Poin terapinya adalah membuat seseorang meyakini bahwa problem berasal dari diri sendiri yang terkait dengan persepsi terhadap dunia. Terapi ini membutuhkan sesi berulang 6-12 kali durasi 1-2 jam persesi. Pembicara tamu yang lain membawa topik kekerasan dalam rumah tangga dalam presentasinya, dimana disebutkan bahwa KDRT sangat terkait dengan penghayatan subjektif orang yang mengalaminya baik secara fisik, emosi, ekonomi, seksual, dan lain sebagainya. Kekerasan domestik seperti roda dalam rumah tangga, saling kait mengait sehingga membutuhkan intervensi dari luar untuk memutus lingkaran kekerasan tersebut. Upaya pemulihan korban kekerasan berinti mendapatkan kembali ketrampilan berkomunikasi, menjadi asertif dan meningkatkan atau mengembalikan *self-esteem*. Topik lain yang tak kalah menarik adalah menopause pada perempuan. Siklus biologis yang cepat atau lambat akan dialami perempuan di masa ini, membawa serta berbagai pengalaman psikis bersamanya misalnya depresi, kecemasan, insomnia, dan lain sebagainya. Budaya sangat berperan bagaimana seorang perempuan mengalami masa menopause; semestinya perempuan melihat perubahan itu sebagai suatu '*change*' atau perubahan yang wajar; bukan '*loss*' atau kehilangan jati diri sebagai perempuan. Normal stage tidak bisa diubah –terutama kaitannya dengan kondisi biologis- namun adalah *quality of life* yang bisa diubah.

Dalam sesi ini terungkap adanya usaha untuk mengembangkan teknik asesmen (yaitu analisis temperamen) dan terapi (dalam hal ini CBT), berdasarkan pengalaman dalam praktek menangani klien. Keterlibatan

psikolog dalam menangani korban KDRT sudah ada, namun muncul himbuan untuk mengajak partisipasi psikolog dan tenaga kesehatan untuk terlibat lebih aktif. Dalam sesi ini juga muncul ide-ide penelitian baru, misal penelitian untuk mengetahui bagaimana korban KDRT melawan saat menjadi korban. Semangat untuk melakukan penelitian cukup tinggi, namun tampaknya perlu didukung dengan *refreshing* tentang metode penelitian sebelum melakukan penelitian. Diskusi yang berlangsung selama presentasi ketiga pembicara tamu dan tujuh presentasi naskah ilmiah yang lain, menghasilkan beberapa pokok pikiran dan pelajaran penting bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan profesi maupun kebijakan. Beberapa poin pelajaran yang dapat dipetik selama diskusi antara lain adalah (1) Psikolog yang telah terlibat di tataran praksis dalam bidang pendampingan untuk perempuan perlu diundang dalam perkuliahan Psikologi, untuk pengembangan perspektif mahasiswa tentang aplikasi psikologi dalam bidang pemberdayaan perempuan (2) Perlu materi ajar tentang "women's mental health" dalam perkuliahan Psikologi, terkait dengan topik kesehatan reproduksi (kekerasan, menopause, kehamilan dan menyusui, dll), (3) Menambah porsi materi pada topik kualitas perkawinan, termasuk seksualitas, untuk dibahas dalam perkuliahan (4) Perlu untuk menambahkan topik "aging" dan "dying" karena sangat terkait dengan kualitas hidup manusia. Selain itu beberapa poin penting untuk menjadi catatan dunia praktek psikologi antara lain adalah; (1) *Background* Psikolog sangat diperlukan dalam bidang pendampingan untuk perempuan dengan problem khusus misalnya kekerasan (2) banyak lembaga pendampingan perempuan memerlukan keahlian Psikolog, tetapi banyak Psikolog yang tidak berminat karena tidak terlalu memahaminya (3) Layanan konseling perkawinan dan seksualitas merupakan spesialisasi yang penting dan prospektif di masyarakat, tapi belum banyak ditekuni Psikologi

Pada sesi paralel *Pengembangan Orientasi Subjective Wellbeing* berbagai metodologi penelitian maupun perspektif lain untuk memahami *subjective wellbeing* disampaikan. Dua pembicara tamu menyampaikan penanganan integratif dalam upaya pemulihan dan perlindungan anak dan kompetensi yang harus dimiliki psikolog dalam menghadapi kasus terkait dengan hukum; sebagai topik yang sebenarnya sedang mengemuka di Indonesia namun belum banyak studi maupun praktisi psikologi yang sungguh-sungguh menekuninya. Sementara tujuh naskah yang dipresentasikan mengupas berbagai pertanyaan maupun eksplorasi atas pendekatan-pendekatan baru untuk memahami *subjective wellbeing*.

Pada sesi ini pembicara tamu menyampaikan bahwa bidang hukum seharusnya bekerjasama dengan psikologi khususnya dalam kasus yang melibatkan perempuan dan atau anak. Anak yang berhadapan dengan kasus hukum, dapat bertindak sebagai pelaku maupun korban. Apapun posisi anak, semestinya tetap mendapatkan perlindungan. Pembicara menyampaikan berbagai pengalaman mengenai kompleksitas perlindungan hukum terhadap anak yang

terkait dengan psikologi anak dan keluarganya; dimana hal ini tidak lepas dari persoalan sosial dan ekonomi. Pemerintah, sekalipun sudah mengupayakan adanya hukum perlindungan anak, belum mampu mengejawantahkan dalam perilaku hukum yang tepat. Sehingga, perlu jejaring yang mampu bekerja sama dan saling mendukung untuk sungguh-sungguh mewujudkan perlindungan terhadap anak. Dalam diskusi tanya jawab, pembicara menyampaikan bahwa pembuktian hukum berparadigma objektif-positif, sementara kasus KDRT misalnya, yang penjelasannya melampaui paradigma positif malah cenderung subjektif. Pembicara berikutnya menyampaikan kompetensi yang dibutuhkan dalam menghadapi kasus forensik. Asosiasi Psikologi Forensik baru lahir pada tahun 2007. Psikologi Forensik adalah psikologi yang berperan dalam bidang peradilan, ada beberapa pendekatan yang berbeda dalam bidang ini. Antara lain adalah pendekatan investigatif –untuk membantu penyidikan dan pendekatan yang membantu proses peradilan. Psikologi forensik tidak hanya berhadapan dengan klien, namun juga pihak lain seperti polisi, jaksa dan hakim. Saat menjadi saksi ahli, objektivitas dan profesionalitas psikolog sangat diuji. Psikolog forensik harus memahami hukum pidana dan acara pidana, kasus yang dihadapi, dasar-dasar psikologis kasus yang dihadapi, selalu belajar dan memutakhirkan diri dengan berbagai fenomena kriminalitas yang terjadi. Selain itu psikolog forensik harus selalu siap dengan perubahan, tugas dimanapun kapanpun dan berada di bawah tekanan. Dalam persidangan ia harus teguh dengan keyakinan berdasarkan profesionalitasnya. Dalam menulis laporan harus sesuai tujuan dan singkat. Kode etik psikologi forensik baru akan dibahas dan diputuskan dalam kongres HIMPSI Maret 2010.

Presentasi dua pembicara tamu dalam sesi ini diiringi diskusi yang cukup interaktif dan memberi banyak wawasan baru mengenai bagaimana psikologi dapat berperan terkait dengan ranah peradilan maupun perjuangan hak asasi manusia, dalam hal ini hak anak. Ketujuh naskah bebas yang dipresentasikan juga membawa beragam isu, antara lain metodologi penelitian *content analysis* dan validasi skala bersyukur dengan adaptasi *Gratitude Quotient*. *Message Framing* dalam promosi kesehatan menghitung *perceived benefit and barriers* dan *perceived threats* untuk mengintervensi *health-belief model* masyarakat. Metode intervensi lain yang dipresentasikan adalah sentuhan sebagai bagian dari proses terapeutik, dimana budaya, etika dan *inform consent* menjadi isu yang mengemuka dalam diskusi topik ini. Sementara pendekatan spiritual-religi dalam terapi, dimaknai sebagai pendekatan holistik dalam terapi untuk mengoptimalkan hasil terapi. Pendekatan ini berargumentasi bahwa proses terapi tidak bisa sepenuhnya bebas nilai karena adanya kenyataan bahwa mayoritas manusia di dunia memeluk agama atau menganut keyakinan tertentu. Pendekatan spiritual dalam terapi kondisi paliatif, tampak efektif terutama untuk menghantarkan klien sampai pada titik *acceptance* atau menerima; dan karenanya dapat melanjutkan hidup bersama dengan kondisinya tersebut.

# Daftar Isi

Sekapur Sirih Ketua Panitia Konas II IPK	i
Executive Summary	ii
Daftar Isi	ix

## Meningkatkan Kualitas Hidup pada Penderita Gangguan Kesehatan

<b>1. <i>The contribution of clinical psychologists to improve quality of life in the global world</i></b>	1
Manfred Zaumseil (Freie Universität Berlin, Jerman)	
<b>2. Psikolog klinis di Indonesia</b>	5
Sawitri Supardi Sadarjoen (Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran, Bandung)	
<b>3. Aplikasi Mikro-makro pelayanan psikologi klinis dan jejaring kerja antar Profesi</b>	8
Johana Endang Prawitasari (Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta)	
<b>4. <i>The association of psychological factors (coping strategies, anxiety and depression) and oxidative stress markers in end-stage renal disease patients in Indonesia : a pilot study</i></b>	17
Josephine MJ Ratna (Practicing Clinical Psychologists Surabaya)	
Mochammad Thaha (Medical Faculty Airlangga University Surabaya)	
Mochamad Yusuf Alsagaff (Medical Faculty Airlangga University Surabaya)	
Arditya Rahmat Ardhanay (Medical Faculty Airlangga University Surabaya)	
Ahmad Bakarman (Al Irsyad Hospital Surabaya)	
Amin Tohari (Biomass Marketing Service)	
<b>3. Adaptasi Psikologis penderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa</b>	26
Riselligia Caninsti (Fakultas Psikologi Universitas YARSI, Jakarta)	
<b>4. Coping with Coronary Heart Disease (CHD): anxiety and how it is modulated by information about the disease</b>	33
Henndy Ginting (Faculty of Psychology, Maranatha Christian University, Bandung)	
Eni S. Becker dan Gérard Näring (Clinical Psychology Department in Radboud University, Nijmegen, the Netherlands)	
<b>5. Peran strategi kontrol terhadap perilaku sehat dan emosi negatif pada penderita <i>Diabetes Melitus Tipe II</i></b>	36
Nurlaela Widyarini (Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Jember)	
<b>6. Peran stresor harian, optimisme, dan regulasi diri terhadap kualitas hidup individu dengan <i>Diabetes Melitus Tipe 2</i></b>	42
Melina Dian Kusumadewi (RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta)	
Sofia Retnowati (Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)	
<b>7. Peran optimisme, representasi sakit dan kepatuhan terhadap kualitas hidup orang dengan hipertensi</b>	46
Jusuf Tjahjo Purnomo (Universitas Kristen Satya Wacana, Salatiga)	
Sofia Retnowati (Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)	
<b>8. Program psikoedukasi bagi pasien diabetes untuk meningkatkan kualitas hidup</b>	50
Nida Ul Hasanat dan Retno Prasetyo Ningrum (Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)	
<b>9. Pelatihan manajemen stres untuk meningkatkan manajemen diri diabetes pada penderita <i>Diabetes Melitus tipe 2</i></b>	55
Wisny Ayusmi (RSUD Cilacap)	
<b>10. Mengapa terapi transpersonal juga perlu bagi penderita TBC ?</b>	63
Hastaning Sakti (Universitas Diponegoro, Semarang)	

## Meningkatkan Kualitas Hidup pada Penyandang Gangguan Kesehatan Jiwa

<b>11. Psikoedukasi pasien dan keluarga dalam rangka membantu kepatuhan pengobatan pada pasien gangguan psikotik di RSJD Surakarta</b>	74
Aloysia Endang Suparti Sri Sugihartati (RSJD Surakarta)	
<b>12. Identifikasi kebutuhan psikologis remaja dengan gangguan depresi di Surabaya</b>	78
Hamidah dan Marlina Setiawati Mahajudin (Universitas Airlangga, Surabaya)	

13. Pengembangan model intervensi kelompok yang berbasis sekolah dan keluarga pada remaja yang mengalami gangguan depresi  
Hamidah dan Marlina Setiawati Mahajudin (Universitas Airlangga, Surabaya) 87
14. Program manajemen emosi untuk mengatasi depresi pada siswa yang tidak lulus Ujian Nasional (UN)  
Zarina Akbar (Program Studi Psikologi Universitas Negeri Jakarta) 101
15. *Cognitive Behavior Therapy*, relaksasi dan meditasi (studi kasus dalam menangani kompleks inferior)  
Dyah Tjitrawati (RSUD Kudus) 107
16. *Cognitive Behavioral Therapy* untuk meningkatkan ketrampilan sosial kanak-kanak madya yang agresif  
Ine Indriani (SATU Consulting, Jakarta)  
Erniza B. Joewono (Uninersitas Indonesia, Jakarta) 113
17. Penerapan *Cognitive Behavioral Play Therapy* pada anak prasekolah yang mengalami perceraian orang tua  
Reneta Kristiani dan Mayke Sugianto Tedjasaputra (Universitas Indonesia, Jakarta) 120
18. *Brief Group Psychotherapy* untuk komunitas lansia depresi penderita *Diabetes Mellitus* di perkotaan  
Dini Latifatun Nafi'ati (Puskesmas Putat Jaya, Dinas Kesehatan Kota Surabaya) 128
- Meningkatkan Kesehatan Masyarakat**
19. Hubungan antara bersyukur dan stres pada penduduk miskin  
Ayudea Hapsari, Fivi Nurwianti, dan Lifina Dewi Pohan (Universitas Indonesia, Jakarta) 132
20. Penghayatan kebahagiaan, kepuasan dan kualitas hidup penduduk Jabodetabek  
Yudiana Ratnasari (Fakultas Psikologi Universtas Indonesia, Jakarta) 138
21. Humor dan Resiliensi  
Rena Latifa (Fakultas Psikologi UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta) 143
22. Psikoterapi Suportif ekspresif dinamik untuk pecandu heroin suntik di Yogyakarta  
Inu Wicaksana (RSJ Prof. Dr. Soeroyo, Magelang) 148
23. Intervensi orang tua asuh terhadap pengguna narkoba remaja putri  
Yadi Purwanto (Universitas Muhammadiyah Surakarta) 154
24. Terapi *Spiritual Self Schema* (3-S) untuk Menurunkan impulsivitas pada remaja dengan penyalahgunaan zat (*Substance Abuse*)  
Akhdad Fauzie (Universitas Hangtuah, Surabaya) 159
25. Pengaruh treatment yang berorientasi pada tugas (ToTu) terhadap Fungsi menyeluruh pasien gangguan yang berhubungan dengan zat (GBZ)  
Isrizal (RSKO Jakarta; Univeritas Persada Indonesia YAI Jakarta) 172
26. Pengembangan model pendidikan berbasis karakter dan kompetensi di lembaga masyarakatan narkotika  
Asniar Khumas, Ismarli Muis, Lukman (Universitas Negeri Makassar) 177
- Intervensi Psikologis pada Penanganan Penyintas Bencana Alam**
27. Upaya pengembangan program persiapan menghadapi bencana alam berbasis sekolah sebagai upaya preventif dalam mengatasi bencana alam pada siswa sekolah dasar  
Zarina Akbar (Universitas Negeri Jakarta) 184
28. Peran psikoterapi transpersonal dalam pemulihan dan peningkatan kesehatan mental pada korban gempa  
Endang Fourianalisyawati (Fakultas Psikologi Universitas YARSI, Jakarta) 187
29. Intervensi terpadu untuk meningkatkan kesehatan holistik masyarakat pasca bencana (pengalaman sebagai anggota satuan tugas rehabilitasi terpadu penyandang cacat akibat gempa bumi di propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta)  
Sus Budiharto (Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta) 192
30. Koping positif berbasis *Spiritual Religious* terbukti berperan penting terhadap kualitas hidup penyintas gempa bumi yang mengalami cacat fisik  
Siti Urbayatun (Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta) 196

<b>31. Kualitas hidup penyintas SCI</b>	200
Ahyani Radhiani Fitri (UIN Sultan Syarif Kasim, Riau)	
Sofia Retnowati (Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)	
<b>Anak dan Anak dengan Kebutuhan Khusus</b>	
<b>Peran psikolog klinis anak di Indonesia</b>	205 ✓
Endang Widyorini (Unika Soegijapranata Semarang)	
<b>33. Upaya integratif dalam penanganan kasus patologi anak</b>	209
Sasanti Yuniar (RSU Dr. Soetomo; Fakultas Kedokteran Unair, Surabaya)	
<b>34. Peranan pelatihan “stimulasi dini pada indra bayi” dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pengasuh dalam memberikan stimulasi dini pada indra bayi di tempat penitipan bayi “X”</b>	214
Kustimah (Universitas Padjadjaran, Bandung)	
<b>35. Intensitas <i>Brain Gym</i> untuk meningkatkan konsentrasi pada anak dengan gangguan pemusatan perhatian (GPP)</b>	220
Retno Indaryati Kusuma (dari RSUP Sanglah, Denpasar)	
<b>36. Mengembangkan kemampuan interaksi sosial anak penyandang autisme melalui permainan tradisional</b>	223
Siti Nurina Hakim (Universitas Muhammadiyah Surakarta)	
<b>37. Pendekatan lintas ilmu pada penderita gangguan integrasi sensori: suatu studi kasus</b>	227
Octaviani Indrasari Ranakusuma-Satrio (Universitas YARSI, Jakarta)	
<b>38. Gambaran sikap guru, teman, dan orangtua anak berkebutuhan khusus di sekolah inklusi</b>	231
Yapina Widyawati (Universitas Atma Jaya, Jakarta)	
<b>39. Implementasi <i>brain-based and integrated outline</i> dalam sistem pendidikan inklusi di KB dan TK Bintang Bangsaku</b>	236
Yanti Dewi Purwanti, Rosana Dewi Yunita, Irma Sukma Dewi (Sekolah Bintang Bangsaku, Jakarta)	
<b>Remaja</b>	
<b>40. Pendampingan remaja ala <i>Personal Growth</i></b>	243
Ratih Andjayani Ibrahim, Marina A. Mallian dan Anindita Budhi T. (Personal Growth, Jakarta)	
<b>41. Hubungan kemandirian dengan <i>adversity intelligence</i> pada remaja tuna daksa di SLB-D YPAC Surakarta</b>	252
Arifah Kusumawardhani, Sri Hartati, dan Imam Setyawan (Universitas Diponegoro, Semarang)	
<b>42. Terapi untuk masalah interaksi sosial pada remaja asperger</b>	258
Adriana Soekandar Ginanjar (Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Jakarta)	
<b>43. Pelatihan keterampilan komunikasi interpersonal sebagai sarana pencegahan kekerasan dalam berpacaran bagi siswa SMA Jakarta</b>	262
Dinastuti (Fakultas Psikologi UNIKA Indonesia Atma Jaya, Jakarta)	
<b>44. Pelatihan orientasi karir dalam upaya meningkatkan pengetahuan orientasi karir remaja</b>	267
Sri Maslihah (Jurusan Psikologi Universitas Pendidikan Indonesia Bandung)	
Hendriati Agustiani dan Rasni Adha Yuanita (Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran (UNPAD), Bandung)	
<b>45. Gambaran stress, <i>coping stress</i>, dukungan sosial, prestasi belajar, dan evaluasi pembekalan pada mahasiswa angkatan 2008 Unika Atma Jaya (UAJ), Jakarta</b>	276
Theresia Indira Shanti dan Jessyca Syamsidi (Unika Atmajaya, Jakarta)	
<b>46. Model-model pendidikan masyarakat untuk membentuk perilaku sehat</b>	293
Endang R. Surjaningrum (Universitas Airlangga, Surabaya)	
<b>47. Peran kemampuan empati pada efikasi diri mahasiswa peserta kuliah kerja nyata PPM posdaya</b>	296
Imam Setyawan (Universitas Diponegoro, Semarang)	

<b>48. Pengaruh pelatihan <i>self control</i> untuk menurunkan tingkat distress mahasiswa</b> Salmah Lilik (Universitas Sebelas Maret, Surakarta)	301
<b>Perempuan, Perkawinan, dan Keluarga</b>	
<b>49. Dinamika psikologis perempuan penyintas kekerasan dalam rumah tangga</b> Astrid Regina Sapiie Wiratna (Savy Amira Surabaya Women's Crisis Center)	308
<b>50. Teknik psikoterapi metamorfosis dalam kasus-kasus perkawinan di Indonesia</b> (penerapan teori <i>Cognitive Behavior</i> ) A. Kasandra Putranto (PT. Kasandra Persona Prawacana)	312
<b>51. Kualitas Hidup pada <i>Perimenopause</i></b> Nalini Mahdi (Psikiater/staf pengajar di RSUD Dr. Sutomo – FK Unair, Surabaya)	319
<b>52. Analisis temperamen untuk perkawinan, sebuah catatan dari hasil praktek</b> Christine Wibhowo (UNIKA Soegijapranata, Semarang)	322
<b>53. Kepuasan pernikahan pada pasangan <i>mid-life marriage</i></b> Monika Elza Trianda, Sugiarti A. Musabiq, dan Nathanael Sumampouw (Universitas Indonesia, Jakarta)	327
<b>54. Studi eksploratif komunikasi seksual (<i>sexual communication</i>) suami isteri</b> berdasarkan perbedaan tahapan perkembangan keluarga Sri Maslihah dan Muhammad Ariez Musthofa (Universitas Pendidikan Indonesia, Bandung)	334
<b>55. Kepercayaan diri ibu dan lama pemberian ASI eksklusif</b> Herlina Siwi Widiana (Fakultas Psikologi Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta)	341
<b>56. Dinamika kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang</b> menjadi <i>caregiver</i> informal penderita skizofrenia Dini Rahma Bintari dan Rima Nadya Widyanti (Universitas Indonesia, Jakarta)	346
<b>57. Gambaran tingkat kepuasan hidup dan persiapan kematian lanjut usia</b> Agnes Retno Hascaryani (Universitas Indonesia, Jakarta)	353
<b>Pengembangan Orientasi <i>Subjective Wellbeing</i></b>	
<b>58. <i>Positive aging</i> pada lanjut usia (lansia) melalui gaya penjelasan (<i>explanatory style</i>)</b> menggunakan <i>content analysis of verbatim explanation (Cave)</i> Tatiana SP Basuki (PT Nuage Personalis, Jakarta)	357
<b>59. Validasi skala bersyukur pada orang Indonesia</b> Imelda Ika Dian Oriza dan Adityawarman Menaldi (Universitas Indonesia, Jakarta)	363
<b>60. Penggunaan <i>message framing</i> dalam penggunaan pelayanan kesehatan</b> Sali Rahadi Asih dan Adhityawarman Menaldi (Universitas Indonesia, Jakarta)	367
<b>61. Mengenal <i>dermatoglyphics multiple intelligence (DMI)</i> sebagai alat deteksi potensi</b> individu Siti Nurina Hakim (Universitas Muhammadiyah Surakarta)	370
<b>62. Sentuhan : bagian dari proses terapeutik ?</b> Dian Vveronika Sakti (Universitas Diponegoro, Semarang) Aril Halida (Universitas YARSI, Jakarta)	375
<b>63. Isu <i>religious belief</i> dan <i>spiritual</i> dalam hubungan terapeutik</b> Melok R. Kinanthi (Universitas YARSI, Jakarta)	378
<b>64. Pendekatan <i>spiritual-budaya bali</i> dalam membantu pasien paliatif memasuki tahap</b> penerimaan ( <i>acceptance</i> ) Retno Indaryati Kusuma (RSUP Sanglah Denpasar)	383
<b>Daftar Email Pembicara dan Penyaji Naskah</b>	387



# The contribution of clinical psychologists to improve quality of life in the global world

Manfred Zaumseil

(Freie Universität Berlin, Jerman)

In Germany, my home country, we actually have a narrowing of clinical psychology towards individually administered psychotherapy as a consequence of a law which gives "psychological psychotherapists" the right to treat diseases like medical doctors. I will place this phenomenon on the background of the professionalization of psychologists as part of the mental health professions in Europe and the U.S.A and I will discuss different models for the graduate training of psychologists. I will show that the "western" values and models for the training and the respective systems of service delivery are not well suited for the mental health problems of developing countries. To conclude I want to discuss the possible contribution of clinical psychology in the "mental health action program" by the World Health Organization which was designed to bridge the gap between rich and poor countries. I think the result should not be just a "scaling up" to our level. This would mean to copy our mistakes and our culturally specific values and systems. The result should be a different clinical psychology to be invented in the special social and cultural context of Indonesia and other countries.

The presentation will be about the position of clinical psychologists in the workforce for mental health.

In Germany, my home country, we actually have a narrowing of clinical psychology towards individually administered psychotherapy as a consequence of a law which gives "psychological psychotherapists" the right to treat diseases like medical doctors. I will place this change on the background of the professionalization of psychologists as part of the mental health professions in Europe and the U.S.A and I will discuss different models for the graduate training of psychologists. I will show that the "western" values and models for graduate training and the respective systems of service delivery are not well suited for the mental health problems of developing countries. I suggest that Community psychology should become a part of clinical Psychology. Then I turn to the problem that the need for mental health service is not in balance with the supply and how its regulation usually fails. To conclude I want to discuss the possible contribution of clinical psychology in the "mental health action program" by the World Health Organization which was designed to bridge the gap between rich and poor countries. I think the result should not be just a "scaling up" to our level. This would mean to copy our mistakes and our culturally specific values and systems. The result should be a different clinical psychology to be invented in the special social and cultural context of Indonesia and other countries.

## The situation in Germany

The clinical psychologists in Germany just celebrated the ten years anniversary of having got the right to treat patients with ICD 10 disturbances just like the medical doctors. The law has brought a considerable change of clinical psychology and indirectly psychology as a whole. That is what psychologists do in Germany. (Refer to slide page 3) Red is all clinical Psychology. Those with the new treatment-license tend to work in the own psychotherapy office (A); others in counselling and mental health with license (B) or still without the license (C). Industrial

psychology is another considerable field of work, the others are small in number

Different from most other countries (like UK or Austria) the new law excludes other professions from becoming psychotherapists. Only medical doctors and "psychological psychotherapists" are paid by the German social insurance system, which covers all German citizens besides the one paying privately. Psychologists only get the licence if they pass a 3 or 4 years additional training in behavioural therapy or for a smaller proportion of psychoanalytic therapy. We just change from the Diploma in Psychology to the Bachelor/master system. You need a master in (clinical) Psychology to enter the additional training. This additional training is offered by private organizations for an average price of around 65 000 \$. As you can earn good money as a psychotherapist to pay this back our country is blessed now with many psychotherapists -we just reached 33 000- or one for a population of around 2000 (41/100 000).

(Refer to slide page 5) This is what **psychotherapists** do in Germany. 77% of these are psychologists without prescription right and only 23% psychiatrists with the right to prescribe medicines. The majority now works in private psychotherapy office (red in the diagram) mostly with adult patients the other part with children. Look at the arrows. Clinical psychologists tend to leave counselling institutions and mental health institutions for the more severe mentally ill patients because it is more attractive and they get a better salary to work in that 50 minutes individual psychotherapy format. Ten years after the law the traditional superiority of the medical doctors over the psychologists has diminished and they are more accepted as colleagues.

Nevertheless I am concerned about the development of clinical psychology, because the discipline is growing in number but narrowing in scope (Refer back to slide 4). It has nearly completely become psychopathology and individual psychotherapy of not so very severe ICD-10 disturbances which fit to the setting of the office. Clinical psychologists quickly have learnt the art of coding problems

as diseases and up coding them, if you get more money for a more severe diagnosis. We do not invest in prevention or health promotion – a law to reach this just failed. The field of psychosocial rehabilitation is going back to old forms of custodial care.

I think with this therapeutic overkill and the starvation of public mental health services and health promotion we are victims of our values and our individualistic conception of help. It is built into our social system and the regulation mechanisms

### The Situation in Europe

The situation in Europe as a whole is very diverse and not to cover here. In France only medicals Doctors are paid for psychotherapy, in the UK even qualified nurses and social workers are paid for psychotherapy and they can apply a broad range of psychotherapeutic methods. The ways of payment and the social security systems are very different.

### The Situation in USA

(Refer to slide page 6) For the USA there is a recent analysis of Robiner (2006). He writes that estimating the size of the mental health workforce is difficult because it is not a unitary entity. *Instead, it is a chaotic amalgam of separate disciplines with ambiguous boundaries, and overlapping roles and scopes of practice, whose practitioners both collaborate and compete with each other.* Mental health professionals tend to cluster in urban and suburban areas with better MH benefits and a more educated populace. The distribution of professionals has not so much to do with needs of a population but with the possibility for the professionals to be paid for their work.

If you see the general amount of professionals per 100.000 citizens you realize a general oversupply (same situation in Germany). But this is combined with lack of supply for big groups. Those who are relatively well off get a good service those who are in need get a worse one or nothing at all. Clinical psychology and social work are faster growing disciplines than psychiatry. In the US you have a big counselling sector. Psychosocial rehabilitation had grown with the closing down of the state hospitals. The number of the psychiatric nurses is so small because it only includes the graduated ones. There is a free play of big interest groups. There are also big pressure to reduce costs especially via **managed care**, that include: shortening treatment duration, reducing the frequency, limiting coverage; intrusions on privacy and confidentiality and more treatment in **primary care**. There is much critique concerning the traditional setting of psychotherapy office and the 50 minutes for individual clients.

In Europe we have had a bigger tendency to compensate social inequality by a different social security system but our politicians are eager to introduce

the American way of handling health according to the principles of the market. Up to now there is no functioning model to **regulate the supply and the tasks of specific professionals** according to the need of the population. Naturally the professional groups themselves develop their **own claims** about their specific professional identity.

The young discipline of clinical psychology started to claim at the Boulder Conference in 1949 the **“science – practitioner model”**. This model has been very successful to establish the discipline. It claims that mental disorders are individual psychological dysfunction; and individual psychological dysfunction can be removed by applying techniques derived from psychological science to the individual. This effort can be done if the client comes to the institution (office, lab or hospital) of the science-practitioner. According to this model most of the graduated training programs rewarded with the PhD in clinical psychology have been designed worldwide. Later (1973), the **practitioner-scholar model**, was introduced at the Veil conference as a competing model. In this model you learn scientific based methods more from a practitioner and in a practice setting and you are rewarded with the Psy-doctoral degree (PsyD). Both models fitted well to the establishment of clinical psychologists according to the model of the medical doctors

The **shortcomings** are valid for the mental health delivery system as a whole. According to the curative model you apply a health technology or a drug individually as treatment of a disease, separated from social context. By this you have a medicalization and biologization of everyday psychosocial problems and what is thrown out is social context, cultural specificity, personal / collective history. Worldwide there is a sort of « medicalization machine » at work which turns everyday and social problems into diseases or biological problems to be managed mainly by drugs and perhaps psychotherapy will soon become obsolete.

So for example you turn extreme suffering (after a disaster) in post traumatic stress disorder. **Horwitz** showed very convincing how ordinary sadness and misery is turned into an expansion of the ICD 10 depression diagnosis to be treated with drugs. In Europe presently many childrens problems are turned to Attention Deficit Hyperactivity Disorders. There is a growing general tendency for drug-management of problems concerning life-cycle, sex, fitness, mood, achievement, or old age; growing influence of medical interpretations of life problems.

In 2005, there was a vivid discussion in the journal of clinical psychology stimulated by an article of **Snyder & Elliot**, who tried to design a new model for education in clinical psychology. He claimed that the old models have been too narrow and broader educated psychologists are needed who will create new fields of qualified activity. (Refer to slide page 12) The model shows 4 fields which can be filled with manifold contents in the graduate training programs for clinical psychologists. He states that clinical psychology is reduced on weaknesses instead of strengths;

and on the individual person instead of including the environment. Reduction -on the red- upon disease (field No 3). The contents of the other fields could be self-efficacy for field 1, *rukun* or health promotion for field 2; or external strain for field 4. With his suggestions he relies on the new branch of "positive psychology" or resource orientation and on community psychology.

Perhaps you have already included the approach of community into your conception of clinical psychology. Most important it would expand the unit of analysis from the person to settings, neighbourhoods, social groups, institutions etc. The Problem with such new models is the question of the **allocation of resources**. Who will pay for a service which will fulfil the need of people who are so far underserved?

Having an oversupply and an undersupply at the same time in the US and in Europe. Many methods are used to regulate the field of mental health and the activities of the respective professionals. The results are not very encouraging. The thinking and planning and the investment of money is fixed on treatment instead of health promotion. Slowly there is coming an insight that good disease management programs based in the community for the chronic (somatic and mentally ill) patients are saving money – this could and should be a growing field for clinical psychology. It is possible to regulate the number of professional by modes of licensing and admission to training programs. For example in Germany, it takes long and is expensive to become Psychotherapist. Only medical doctors and psychologists are admitted and they can only apply psychoanalysis or behavioural therapy. In towns, there are no more allowed than one for around 2500 (at countryside 23000) inhabitants.

There are many other mechanisms to regulate service delivery by this you can raise or restrict the service offered. The number of service institutions depends on the financial resources - in the private sphere you have the regulation through the market in the public system it is the public policy and the activity of charity organizations. In Germany we have fixed staff ratio (like proportion of psychologists to doctors to nurses, social workers in hospitals) in mental health institutions. You can save money by delegating services to less qualified staff members. The growing use of primary care institutions for mental health services can have a scaling up purpose like in Indonesia or a saving money purpose like in the US.

There is a sort of migration phenomenon of professionals toward sides of better payment. It could be called a sort of brain drain. I do not want to blame them for their choices. But the public policy should create incentives to make the public interest a better choice. If you have to accumulate debts to pay your bachelor and master degree you will choose a focus which enables you to pay it back.

If you study abroad you may have the possibility to be offered an attractive job there. Psychotherapy training for later work in private practice may be another attractive possibility. And it is much more convenient to settle down

in a wealthy region of the town or city than in a poor or rural area where the underserved population is living.

The WHO mental health atlas states a remarkable gap of the mental health workforce between -what they call- the low and high income countries. Indonesia is categorized as a "lower middle income"-country. I added the green columns from the study of Robiner (2006). Having the huge gap in mind the WHO made a program for scaling up - and it looks nearly like a disaster intervention program. Looking at the scarce resources, they selected only urgent priority conditions to be attacked. These condition should be treated only with evidenced based treatment methods. And this should be done in a carefully selected action project format for a selected region. The Intervention package consists of interventions for management for each of the priority conditions and they try to include prevention. At least you find many materials and books about health promotion and prevention on the mental health WHO-side together with materials about elements of the program.

**To me the approach looks too curative.** It is not enough to bring the drugs via primary health care more effectively to the mentally ill. Perhaps the colleagues who have designed the program have not been in Java.

(Refer to slide page 22 and 23) Does anybody know what the big red column mean? In Indonesia the potential of non-professional workers seems huge to me. In my country it is limited. People rely much more on the professional help and care. **In a study about the everyday dealing with mentally ill in the community I found a big potential of non-professional help and a culturally specific way of caring** („mengemong“- attitude) in the family and community (see Zaumseil, 1993; 2006, Subandi 2006). If you take the example of schizophrenia much could be change with low costs. It is possible to do good community care without hospital beds, without ECT. Mental health care for chronic patients can be done in community based groups run mainly by nurses and non-professionals monitored or under supervision of psychologist (example Surabaya). The most important principle: showing respect and acceptance towards the person with schizophrenia, this can be practiced by lay people. It is important to pay attention to „mengamuk“- anxiety.

### Conclusion

The conclusion is that clinical psychology in Indonesia must be rather different from that which we have in Europe and the US. It may be misleading that we think that mental health and mental disorder are residing in individuals. Just for the discussion I would like to sketch some ideas about what could be useful abilities of future clinical psychologists and I already found many practitioners and especially young students on that way (Refer slide page 25).

## References :

- Herrman Helen, H., Saxena S., Moodie R. (2005). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice. World Health Organization.
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J. C. (2007). The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. London: Oxford University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Psychotherapie/Psychotherapeuten\\_Gutachten.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Psychotherapeuten\\_Gutachten.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Psychotherapie/Psychotherapeuten_Gutachten.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Psychotherapeuten_Gutachten.pdf) [29.07.2009].
- Robiner, William N. (2006). The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges. *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 600–625.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. 2008. *Psychotherapeutische Versorgung Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41*.
- Snyder C. R. Elliott, T. R. (2005) Twenty-First Century Graduate Education in Clinical Psychology: A Four Level Matrix Model. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61(9), 1033–1054.
- WHO (2008) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html) (Zugriff 24.1.2010)
- World Health Organization. (2004) Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
- Zaumseil, M. (2006) Der alltägliche Umgang mit Schizophrenie in Zentral-Java In: Wohlfart E, Zaumseil M (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie – Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Berlin, Heidelberg (Springer Verlag).- Penganganan Sehari-hari terhadap skizofrenia di Jawa Tengah. Bab untuk: Wohlfart E, Zaumseil M ( penyunting) *Pemikiran Transkultural dan Tindakan dalam Psikiatri dan Psikologi Klinis*, (Judul Penelitian), Berlin, Heidelberg: Penerbit Springer, Terbit: Sept. 2006) (Not yet published but indonesian translation can be sent)

Perke  
sejak  
inila  
Kes  
Psik  
den  
bes  
ket  
Ka

Wal:  
diawali c  
yang di  
Psikolog  
terapi  
Univers  
Witmer  
murid  
kesulit  
Witme  
, Witn  
Psych  
meng  
defin  
obse  
char

aba  
ase  
ma  
set  
ak  
be  
y  
P  
F

# Psikologi klinis di Indonesia

Sawitri Supardi Sadarjoen

(Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran, Bandung)

Perkembangan lanjut Psikologi Klinis yang pada awalnya lebih berorientasi pada pendekatan symptom pathologis pada manusia, sejak dekad terakhir ini, menunjukkan perubahan kearah psikologi positif. Psikologi Positif Atas dasar trend perkembangan inilah maka Psikologi Klinis pun membagi arah penerapannya ke Psikologi Medik (*Medical Psychology*) dan Psikologi Kesehatan (*Health Psychology*).

Psikolog klinis dapat bekerja langsung dengan individu dan masyarakat dari setiap tahapan perkembangan jiwa dan juga dengan kelompok (keluarga, kelompok pasien psikopatologi, organisasi dan masyarakat luas) dengan menggunakan sejumlah besar teknik asesmen, observasi klinis dan teknik intervensi untuk meningkatkan kesehatan mental dan menurunkan kadar ketidaknyamanan mental serta membantu mencari solusi bagi berbagai macam gangguan penyesuaian.

*Kata kunci : perkembangan keilmuan, terapan dan area pelayanannya.*

Walaupun perkembangan ilmu psikologi modern diawali oleh pendirian laboratorium psikologi pertama yang di pimpin oleh Wilhem Wundt, namun kehadiran Psikologi Klinis sebagai kancha ilmu pengetahuan dan terapan diawali oleh didirikannya klinik psikologi di University of Pennsylvania, tahun 1896 oleh Lightner Witmer. Pada awalnya Witmer, yang juga dikenal sebagai murid Wundt, berhasil merawat anak laki-laki mengalami kesulitan dalam mengeja. Keberhasilan inilah yang membuat Witmer membuka klinik tersebut diatas. 10 tahun kemudian, Witmer menerbitkan jurnal pertama yang disebut "The Psychological Clinic". Pada jurnal tersebut Witmer mengawali istilah Psikologi Klinis dengan mengajukan definisi Psikologi Klinis sebagai "*the study of individuals by observation or experimentation with intention of promoting change*".

Selanjutnya tercatat bahwa dimulai sejak pertengahan abad 20 Psikologi Klinis memusatkan aktifitasnya pada asesmen psikologi dengan perhatian yang minim terhadap masalah treatment. Baru setelah sekitar tahun 1940, saat setelah Perang Dunia II terdapat kebutuhan yang besar akan Psikolog Klinis yang terlatih, semenjak itulah, maka berkembang dua model pendidikan dalam Psikologi Klinis, yaitu Model Ph. D, ( yang memusatkan aktivitas pada penelitian) dan Psy. D. ( yang memusatkan aktivitasnya praktek klinis) di Amerika.

Psikologi Klinis, merupakan studi keilmuan dan aplikasi psikologi guna memahami, mencegah dan menghilangkan distress yang dilandasi oleh masalah psikologis atau keadaan disfungsi serta mempromosikan "well-being" subyektif demi perkembangan individu secara optimal. Dalamsekitar dua dekade terakhir ini, perkembangan lanjut Psikologi Klinis yang pada awalnya lebih berorientasi pada pendekatan symptom pathologis pada manusia menunjukkan perubahan kearah psikologi positif. Psikologi Positif lebih berorientasi pada pendapat bahwa manusia adalah individu yang memiliki potensi positif yang harus mendapat peluang untuk berkembang secara optimal. Atas dasar trend perkembangan inilah maka Psikologi Klinis pun membagi arah penerapannya ke Psikologi Medik (*Medical Psychology*) dan Psikologi Kesehatan (*Health Psychology*).

American psychological Association ( APA) mengembangkan seksi Psikologi Klinis yang kemudian menawarkan sertifikasi sampai dengan tahun 1927. Pada tahun 1945, APA mendirikan Divisi 12 yang merupakan Divisi Psikologi Klinis.

Sejak saat itu, kerja psikolog klinis terkait dengan psikoterapi, sehingga Psikolog Klinis dipertimbangkan sebagai ahli dalam masalah psikoterapi, dan pada umumnya terlatih dalam orientasi teoritik yang terdiri dari Psikodinamik, humanistik, perilaku kognitif dan terapi keluarga sistemik.

## Psikologi Klinis di Indonesia

Psikologi Klinis baru berkembang di Indonesia sekitar enam decade yll. Namun pada umumnya masyarakat Indonesia masih memiliki pemahaman yang kabur tentang perbedaan Psikiater dengan Psikolog Klinis. Kondisi ini mendasari terbentuknya sikap negatif terhadap *treatment* yang dilakukan oleh Psikiater maupun Psikolog Klinis. Mereka pada umumnya masih berpendapat bahwa bila pasien dirujuk ke Psikolog Klinis atau Psikiater, mereka yakini bahwa mereka menderita sakit jiwa (gila). Dan penyakit jiwa (gila) menempati posisi penyakit yang paling rendah serta memalukan (sesuatu aib), sehingga kedua profesi tersebutpun menjadi tidak terlalu populer dikalangan masyarakat. Pada dasarnya terdapat perbedaan latar belakang pendidikan antara Psikolog Klinis dan psikiater. Psikiater adalah dokter, sehingga perspektif medis lebih mendominasi cara treatmentnya, walaupun akhir-akhir ini banyak psikiater yang juga melakukan Psikoterapi. Sedangkan Psikolog Klinis, bukan dokter sehingga tidak dibenarkan memberikan treatment medis, kecuali psikoterapi.

Kinerja Psikologi Klinis di Indonesia hingga saat ini masih mengacu pada definisi yang diungkap oleh APA, Divisi 12, 1992 yang menjabarkan definisi psikologi klinis sebagai berikut :

*The Field of Clinical Psychology integrates science, theory, and practice to understand, predict, and alleviate maladjustment, disability, and discomfort as well as to promote human adaptation, adjustment and personal development. Clinical psychology focuses on the intellectual, emotional, biological, psychological, social and behavioral aspects of human functioning across the life-span, in varying cultures, and at all socioeconomic levels.*

Psikolog klinis dapat bekerja langsung dengan individu dan masyarakat dari setiap tahapan perkembangan jiwa dan juga dengan kelompok (keluarga, kelompok pasien psikopatologi, organisasi dan masyarakat luas) dengan menggunakan sejumlah besar teknik asesmen, observasi klinis dan teknik intervensi untuk meningkatkan kesehatan mental dan menurunkan kadar ketidaknyamanan mental serta membantu mencari solusi bagi berbagai macam gangguan penyesuaian. Praktek psikolog klinis dapat dilakukan dalam *setting* individual, unit kesehatan mental, pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan, rumah sakit, sekolah, universitas, industri, sistem medis, pusat konseling, agen pemerintahan dan bahkan pelayanan lembaga-lembaga pertahanan negara (udara, darat, laut dan kepolisian).

Psikolog klinis merupakan profesi publik yang dikenali sebagai ahli yang bekerja dengan berbagai permasalahan manusia. Untuk itu, psikolog klinis harus memiliki:

- a body of psychological knowledge* (termasuk, berbagai pendekatan dalam psikologi, psikodiagnostik, psikodinamika, dll)
- a set of skills and abilities* (Asesmen Psikologi, Psikoterapi, Konseling),
- ethical attitude.*

Ada lima orientasi yang bisa mempengaruhi pengambilan keputusan psikolog klinis dalam membantu kliennya. Kelima orientasi itu adalah sebagai berikut,

#### 1. *Natural helping orientation (orientasi indigenous)*

Orientasi ini berdasar pada keyakinan bahwa upaya memberikan bantuan kepada seseorang merupakan upaya yang berjalan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Jadi makna validitas seperti *common sense* atau keyakinan tradisional yang berasal dari budaya setempat sangat dipertimbangkan. Seperti halnya, pengobatan natural dan pengobatan tradisional terhadap penyakit fisik, dapat diterapkan untuk membantu orang-orang dengan permasalahannya, secara psikologis, misalnya, memberikan dukungan emosional terhadap seseorang yang kehilangan orang tercinta. Orientasi *natural* tersebut memberikan arah bagi psikolog klinis untuk menghargai dan mencermati hal-hal apa yang berasal dari etnik setempat yang bisa mendukung seseorang menjadi sehat mental. Psikolog klinis seyogianya juga memiliki kebutuhan untuk melakukan observasi dan berupaya mencermati gejala etnik setempat yang dengan cara-cara natural untuk membantu mengatasi problem psikologis anggota komunitasnya karena cara-

cara tradisional yang berasal dari komunitas pejalan perannya dalam proses penyembuhan penyakit.

#### 2. Orientasi kuratif

Orientasi kuratif merupakan model medis atau sering dikenal sebagai orientasi psikopatologis, yaitu pasien atau klien ditolong melalui pendekatan klinis. Biasanya orientasinya tertuju pada patologi, jenis pertanyaan awalnya adalah: "Apa yang salah pada pasien ini?" Orientasi ini membutuhkan kategorisasi orang yang memiliki gangguan dengan standar normatif tertentu dan analog dengan model medis yang biasa digunakan oleh para dokter.

#### 3. Orientasi belajar

Orientasi belajar atau model edukatif atau orientasi pelatihan mengarahkan kita pada konsentrasi pada cara berperilaku atau cara berpikir yang membutuhkan perubahan. Kebiasaan-kebiasaan harus ditingkatkan atau diperkuat. Psikolog klinis mengamati aktivitas saat ini, mendeteksi dan mendidik seseorang melalui *reward* and *punishment* terhadap perilaku yang tidak diinginkan dan perilaku yang diinginkan. Prinsip belajar mendasari rencana pembelajaran yang disusun bersama pasien/kliennya agar pasien dapat mencapai pola baru dalam perilaku dan pola pikirnya.

#### 4. Orientasi pertumbuhan

Orientasi pertumbuhan menyimpulkan bahwa terdapat proses-proses personal yang membutuhkan dukungan untuk bertumbuh atas dasar keyakinan bahwa setiap orang sudah memiliki kekuatan-kekuatan positif dalam diri yang mampu mengoreksi dirinya sendiri. Pendekatan ini menghindari diagnosis psikopatologi. Keputusan psikolog klinis dalam hal ini, dilandasi oleh pengenalannya bahwa memang terdapat proses-proses perkembangan yang wajar dan normal pada manusia.

#### 5. Orientasi ekologis

Orientasi ekologis sangat memperhatikan analisis dan menggunakan lingkungan yang relevan terhadap problem/ permasalahan klien. Sejalan dengan teori sistem, yang pendekatannya bersifat interaktif ini adalah mengenali perubahan-perubahan dalam diri seseorang atau tempat-tempat tertentu yang dapat mempengaruhi orang tersebut. Meskipun penekanan terjadi pada lingkungan sosial (misalnya, kelompok remaja sebaya), perhatian yang kuat juga ditujukan pada lingkungan fisik (seperti, tempat bermain dan masalah transportasi) dan lingkungan yang komunikatif atau simbolik (seperti TV dan internet). Orientasi ekologis yang mengkombinasikan aspek klinis dan psikologi komunitas dapat dikatakan mengarahkan perhatian terhadap upaya prevensi.

Dalam praktiknya sering terjadi *overlapping* dan paduan eklektik dari pilihan aplikasi kelima orientasi tersebut, baik melalui pendekatan psikoanalisis, behavioristik maupun humanistik terutama guna penanganan kasus penyimpangan perilaku individual dan penyimpangan

perilaku social. saat ini. Pilihan pendekatan keilmuan dan landasan orientasi sangat bergantung pada keahlian dan keterampilan yang dikuasai oleh psikolog klinis masing-masing serta kondisi tingkat keparahan psikopatologi dari individu atau lingkungan masyarakat yang membutuhkan bantuan, sebagai kinerja psikolog klinis.

Dalam hal ini psikolog Klinis dapat menawarkan keterampilan dalam rentang pelayanan profesional sbb. :

- Pengadministrasian dan interpretasi pengukuran dan testing psikologi
- Melakukan penelitian dalam bidang psikologi
- Konsultasi ( di sekolah dan bisnis )
- Pengajaran dan Pelatihan
- Pengembangan program prevensi dan kuratif di rumah sakit umum dan institusi kesehatan mental
- Melayani testimoni ekspert ( psikologi forensik)
- Psikoterapi

Seperti halnya dengan para psikolog Klinis di negara lain, praktisi Psikolog Klinis di Indonesia juga dapat bekerja dengan individu, pasangan, keluarga atau kelompok dalam berbagai setting termasuk praktek pribadi, rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, organisasi kesehatan mental, sekolah, bisnis dan agen-agen non-profit. Tentu saja Psikolog Klinis yang bekerja dalam bidang penelitian dan pengajaran, melaksanakan tugasnya di setting akademik/ perguruan tinggi.

#### Asosiasi Psikologi Klinis Indonesia

Mendefinisikan area keahlian Psikolog Klinis Indonesia dengan hanya memusatkan perhatian pada permasalahan yang dihadapi klien tentu saja sangat sulit, hal ini disebabkan begitu bervariasinya permasalahan psikologis di Indonesia , seperti berbagai gangguan psikologis, retardasi mental, adiksi (obat2an, *electronic game*, alkohol), *juvenile delinquency*, masalah vokasional, kesulitan penyesuaian seksual antar pasangan perkawinan, depresi, anxiety, psikosis dlsb. Selanjutnya sejumlah daftar gangguan emosional tersebut tidak menyertakan individu-individu yang berhasrat memenuhi kebutuhan akan konseling dan psikoterapi, yang bukan oleh karena gejala disfungsi yang muncul saat tertentu, melainkan oleh karena inividu-individu tersebut mencari pelayanan psikoterapi dan konseling untuk memperoleh pelayanan psikologi klinis demi peningkatan pemahaman tentang dirinya dan meningkatkan fungsi mental mereka secara optimal.

Sementara itu, sejak beberapa tahun terakhir ini, tampak perkembangan Psikologi Klinis kearah upaya pemahaman dan penerapan dalam dua sub cabang keilmuan dan terapan Medical Psychology dan Health Psychology.

Asosiasi Psikologi Klinis Indonesia HIMPSI didirikan pada tahun 2001, dengan Ketua Pertama adalah Prof. Dr. Suprapti Soemarmo Markam, Psi. Memang pelayanan organisatoris dan rekrutmen anggota organisasi masih terasa tersendat. Hal ini mungkin, a.l. disebabkan oleh keengganan berorganisasi pada kebanyakan Psikolog Kllinis, walaupun

untuk aktifitas profesionalnya. Memang harus diakui bahwa di beberapa wilayah tertentu, seperti misalnya di Surabaya ( Jawa Timur), IPK, aktifitas profesionalnya berkembang pesat. Namun dalam 3 tahun terakhir ini IPK sudah menunjukkan kemajuan dalam kinerja organisasinya, karena ternyata justru me;alui kelancaran kinerja organisasi dengan pribadi-pribadi pengurus yang sadar akan kebutuhan berorganisasilah, maka sudah tampak hasil nyata produk organisasi, seperti berdasar kerjasama dengan Ketua Umum HIMPSI Pusat, beserta jajarannya, akhirnya SK tunjangan fungsional bagi para psikolog klinis yang bekerja di setting rumah sakit pemerintah di terbitkan Pemerintah. Untuk itu, saya sebagai Ketua IPK periode kepemimpinan kedua kali ini mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya atas kerjasama antara beberapa anggota IPK dengan Ketua HIMPSI beserta jajarannya tersebut.

#### Daftar Pustaka

- Carson, Robert C., James N. Butcher. 1992. *Abnormal Psychology and Modern Life*, 9<sup>th</sup> Edition. New York: HarperCollins Publishers Inc.
- Corey, Gerald. 1986. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, 3<sup>rd</sup> Edition. New York: Wadsworth, Inc.
- Leahey, Thomas Hardy. 1997. *A History of Psychology: Main Currents in Psychological Thought*, 4<sup>th</sup> Edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Sundberg, Norman D. Winebarger, Allert A., Taplin, Julian R, 2002, *Clinical Psychology, evolving theory, Practice and Research*, 4<sup>th</sup> Edition, Prentice Hall, New Jersey, 07458.

# Aplikasi mikro-makro pelayanan psikologi klinis dan jejaring kerja antar profesi

Johana E. Prawitasari

(Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta)

Selama ini pelayanan psikologi klinis biasanya tertuju pada perorangan, keluarga, dan paling pol kelompok. Itu disebut penerapan mikro. Penerapan makro meliputi pelayanan pada organisasi, komunitas, sistem yang ada apakah itu sistem kesehatan atau pendidikan, dan kebijakan publik. Dalam terapan makro, psikolog klinis tidak akan mampu bekerja sendiri. Ia membutuhkan kerjasama dengan disiplin lain. Tugasnya lebih pada mengalihkan konsep, teori, metode yang ada dalam psikologi klinis untuk sistem yang lebih luas. Melalui jejaring kerja apakah itu dengan profesi lain, anggota masyarakat, ataupun pemerintah daerah dan legislative, ia diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang dilayaninya. Tulisan ini akan menyoroti berbagai upaya terapan psikologi klinis makro yang telah dicobakan di dalam negeri maupun luar negeri. Jejaring kerja di dalam negeri dan luar negeri juga akan dibahas. Diharapkan tulisan ini dapat merangsang peserta kongres untuk menerapkan psikologi klinis tidak hanya pada aras perorangan tapi juga pada masyarakat, organisasi, sistem yang ada, dan kebijakan publik.

*Kata kunci: psikologi klinis, terapan mikro-makro, jejaring kerja*

Pembicaraan maupun tulisan saya tentang terapan mikro-makro sudah sering saya lontarkan di berbagai forum. Artikel tentang itu juga telah saya terbitkan di jurnal psikologi Anima (lihat Prawitasari, 2003). Psikologi klinis sangat kaya akan konsep, teori, metode, dan teknik. Semua itu tersedia untuk pelayanan bagi individu, pasangan, keluarga, dan kelompok. Lebih dari itu seolah-olah psikologi klinis kurang dapat berkiprah. Misalnya untuk organisasi, masyarakat, pengambilan kebijakan, dan di dunia global, seolah-olah psikologi klinis di Indonesia kurang berperan. Itu sama sekali tidak benar. Kekayaan psikologi klinis dapat dipindahkan pada sistem yang lebih luas. Apakah itu sistem kesehatan, sistem pendidikan, sistem kerja, sistem pengambilan kebijakan, semua itu dapat disentuh melalui psikologi klinis.

Pertanyaannya adalah apakah psikolog klinis di negara kita ini bersedia untuk melakukan itu? Ada yang masih memandang bahwa kekhasan psikologi klinis adalah pelayanan pada perorangan saja. Atau paling pol terapannya adalah untuk pasangan, keluarga, dan kelompok. Di luar itu psikolog klinis kurang bersedia untuk berbagi. Kecuali bagi mereka yang sudah jadi pesohor, biasanya ia akan laku di sistem yang lebih besar seperti perusahaan, organisasi besar, sistem pendidikan dengan imbalan jasanya juga sangat menggiurkan. Jasa konsultasi psikologi juga besar bagi mereka yang sudah terkenal. Untuk itu yang dilayani biasanya mereka dari golongan sosial ekonomi menengah atas. Semoga perkiraan saya ini tidak benar. Terutama bila di Indonesia ini psikolog klinis hanya memberi pelayanan individual, pasangan atau keluarga saja terutama bagi mereka yang mampu membayar saja, betapa mewahnya. Banyak sekali persoalan masyarakat dapat ditangani melalui pemindahan konsep, teori, metode, dan teknik psikologi klinis yang sangat kaya itu.

Untuk terapan yang lebih luas, psikolog klinis tidak akan mampu bekerja sendiri. Ia perlu bekerjasama dengan profesi lain dan dari disiplin lain. Untuk itu dibutuhkan

kepercayaan diri akan ilmunya. Tanpa itu psikolog akan berkutat dengan kerendahan diri dan pertahanan dirinya. Ia perlu punya kepercayaan diri bahwa bila ia ada di dalam tim atau di dalam jejaring kerja, maka akan ada proses dan luaran istimewa. Hasil kerja tidak hanya sekedar biasa-biasa saja. Cara mencapai kepercayaan diri tinggi akan ilmu perilakunya itu dapat melalui belajar terus menerus. Terutama pendidikan berkelanjutan, yang dikelola oleh perguruan tinggi bersama organisasi profesi, akan memberikan kesempatan psikolog klinis untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan profesionalnya.

Tulisan ini akan menyajikan dua bahasan tersebut. Pertama akan saya tulis tentang asesmen pada terapan mikro-makro lebih dahulu. Setelah itu akan saya sajikan contoh yang menggambarkan terapan mikro-makro yang telah dilakukan oleh psikolog di Indonesia dan negara maju seperti Amerika Serikat. Akan saya kutipkan beberapa artikel yang diterbitkan dalam American Psychological Association (APA) Monitor terbaru (November, Desember 2009 dan Januari 2010). Kedua akan saya bahas pentingnya berjejaring dan bekerjasama dalam multidisiplin, interdisiplin, ataupun transdisiplin (lihat Prawitasari Hadyono, 2001). Tulisan ini berdasarkan pengalaman saya terlibat aktif dalam International Network for Rational Use of Drugs (INRUD) dan Asia Pacific Network (APNET) of the International Forum for Health Social Science (IFHSS) sampai tahun 2004. Setelah itu donor utama keduanya berhenti mendukung, sehingga kami hanya berhubungan secara maya saja.

Terakhir akan saya kutipkan hasil penelitian pengembangan perkuliahan melalui pendekatan proses dalam psikoterapi untuk sistem yang lebih luas (lihat Prawitasari, 2007). Contoh terapan psikologi klinis makro yang telah terbit di Journal of Psychodrama and Sociometry, 2009 juga akan saya singgung sedikit. Artikel dalam bahasa



Inggris yang kata Springer (penerbit jurnal tersebut) akan dapat diunduh dari internet ternyata yang tersedia adalah dalam bahasa Jerman. Sampai hari ini saya belum menerima terbitan jurnal itu. Kata Falko von Ameln, sejawat orang Jerman yang menerjemahkan artikel tersebut, sudah dikirim melalui pos.

### Terapan Mikro-Makro

Di aras mana pun psikologi klinis diterapkan, tetap saja asesmen harus dilakukan. Hasilnya digunakan untuk menentukan tindakan paling tepat bagi kasus yang sedang ditangani. Untuk kasus perorangan, banyak sekali metode dan teknik tersedia. Antara lain telah berkembang pesat asesmen dengan norma untuk berbagai populasi, misalnya Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) telah menyediakan norma gender dan tambahan skala validitas. Milik kami, Skala Kepribadian UGM masih macet, belum dikembangkan lagi. Belum ada yang bersedia meneliti lagi. Selain baterai test psikologi baku yang biasa digunakan dalam praktek perorangan, seperti test Rorschach, Thematic Apperception Test (TAT), Skala Wechsler, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Draw A Person (DAP), atau Draw A Tree (DAT), wawancara dan pengamatan tetap digunakan untuk memperoleh data tentang proses psikologis orang yang ditangani.

Di aras makro, psikologi klinis perlu menggunakan pendekatan kualitatif. Penggunaan Focus Group Discussion (FGD) merupakan salah satu cara mengumpulkan data awal sebelum tindakan dilakukan. Pengamatan dan wawancara orang-orang penting di suatu komunitas juga menjadi metode andalan bila kita menerapkan psikologi klinis makro. Berbagai dokumen yang ada juga menjadi sumber data sebelum tindakan dilakukan. Data rekaman elektronik seperti kamera, audio dan video juga sangat penting untuk dikumpulkan. Demikian pula perlu dijajaki pengumpulan data dari pemerintah daerah termasuk eksekutif dan legislatifnya apabila kita akan meneliti kebijakan. Analisis jejaring sosial juga perlu dilakukan. Proses asesmen di aras makro tidak terlalu berbeda jauh dari penelitian kualitatif. Willig (2009) menulis tentang pengantar penelitian kualitatif dalam psikologi. Isinya antara lain dari resep ke petualangan, rancangan penelitian kualitatif, teori lapangan, metode fenomenologi, studi kasus, psikologi diskursif, analisis diskursif Foucauldian, kerja dengan ingatan, kualitas dalam penelitian kualitatif.

Sebetulnya pendekatan perilaku juga menyediakan metode yang tiap kali dikaji ulang di jurnal perilaku internasional. Uniknya asesmen dengan menggunakan pendekatan ini akan mampu mengantari penelitian ilmu sosial yang murni menggunakan pendekatan kualitatif dan ilmu kedokteran atau kesehatan yang murni menggunakan pendekatan kuantitatif. Begitu kita menggunakan pendekatan perilaku, skala rasio dapat digunakan terutama untuk frekuensi dan durasi perilaku yang diteliti. Pengamatan berkali-kali dapat dilakukan pada satu kasus saja. Terapan psikologi klinis dengan menggunakan pendekatan perilaku sangat khas terapan

mikro yang dianggap lebih ilmiah daripada pendekatan lainnya. Penelitian sekaligus terapan dilakukan bila kita menggunakan pendekatan perilaku, sehingga hasilnya dianggap lebih ilmiah. Dari pengamatan visual akan terlihat apakah perilaku yang diteliti betul-betul berubah. Apakah perilaku akan bertambah atau berkurang frekuensi dan durasinya bergantung pada tujuan perubahan perilaku yang dirancang sejak awal. Rancangan kasus tunggal ingin membuat lebih ilmiah studi kasus klinis.

Berdasarkan hasil asesmen, psikolog klinis dapat merancang tindakan yang tepat. Pengaruh tindakan juga perlu diases lagi. Terutama bila kita akan menerapkan psikologi klinis secara makro, maka penelitian tindakan akan sangat tepat dilakukan. Bersama partisipan penelitian kita akan menentukan persoalan yang dihadapi, melakukan asesmen kebutuhan, mengumpulkan data awal, melakukan tindakan bersama peserta penelitian, dan mengevaluasi hasil tindakan sehingga akan ditemukan secara bersama persoalan baru lagi. Daur akan diulangi.

Pagi ini saya membaca milis psikologi Indonesia. Ada situs jangan bunuh diri di internet dan disebutkan bahwa sudah ada 800 pengunjung, 20 di antaranya melanjutkan konsultasi melalui surat elektronik (surel). Gerakan seperti ini meskipun menggunakan teknologi informasi tetap mencakup perorangan di komunitas pengguna internet. Mereka yang bukan pengguna tidak akan terjangkau. Gerakannya dapat dimasukkan ke dalam psikologi komunitas. Pelayanannya masih di aras mikro. Gerakan seperti ini juga dapat dimasukkan ke dalam kesehatan mental publik. Meskipun pelayanannya tetap pada perorangan tapi di ranah publik yaitu internet. Konsultasi juga bukan secara tradisional bertatap muka tetapi melalui surel. Pengelola situs telah diwawancarai oleh BBC London dan majalah Time. Ini lalu berada di aras global dalam hal penyebaran situs tersebut dan usaha untuk menjangkau publik, meskipun pengguna adalah perorangan. Pelayanannya secara mikro. Caranya secara makro. Bukan isi situs tapi cara menyebarkan informasi, sebagai salah satu intervensi psikologi, dapat disebut terapan makro. Jadi dapat disebut usaha ini sebagai terapan mikro-makro.

Di APA Monitor bulan November 2009 presidential's columns yang ditulis oleh James H. Bray, presiden APA tahun 2009, menulis tentang masa depan ilmu pengetahuan psikologi. Dia menyatakan bahwa akhir-akhir ini psikologi berkembang menjadi gabungan dengan ilmu lain menjadi ilmu pengetahuan saraf, ilmu pengetahuan perkembangan, ekonomi perilaku, dst. Ini dalam hal psikologi sebagai ilmu pengetahuan. Bagaimana dengan terapannya? Di kolomnya bulan Desember 2009, dia menulis tentang terapan psikologi dari mikro ke makro. Pelayanan pada perorangan tetap berjalan seperti biasanya dan APA didesak anggotanya agar psikolog mulai terjun ke ranah publik seperti keterlibatan dalam pembuatan kebijakan tentang aborsi, hukuman mati, perkawinan sejenis, interogasi dsb. APA sangat mendukung gerakan ini.

Psikolog yang berjuang di ranah publik Indonesia dimotori oleh senior kita Prof. Saporinah Sadli. Sampai di

usia lanjutnya, Ibu Sap tetap aktif berjuang terutama untuk hak perempuan. Gerakan seperti ini dapat dimasukkan ke dalam kesehatan mental publik, yang pusatnya baru saja diresmikan di Fakultas Psikologi UGM. Jelas psikologi klinis dapat diterapkan secara mikro-makro.

Di APA Monitor Januari 2010, presiden APA yang baru Carol D. Goodheart, menulis tentang dampak internet yang menimbulkan perdebatan. Ia melanjutkan apa yang telah ditulis oleh presiden APA pendahulunya tentang peran aktif psikolog di pembuatan kebijakan. APA memutuskan untuk menyampaikan beberapa laporan tentang bukti ilmiah tentang aborsi dan perkawinan sejenis. Banyak perdebatan muncul sehubungan dengan laporan tentang aborsi dan kesehatan mental. Disebutkan bahwa aborsi bagi perempuan dewasa tidak menyebabkan gangguan mental. Ada lagi tentang orientasi seksual, yang disebutkan bahwa tidak ada satu pun intervensi psikologi mampu mengubah orientasi tersebut. Kemudian tidak cukup bukti bahwa perkawinan sejenis ataupun keluarga sejenis menimbulkan gangguan mental, sehingga mereka diperbolehkan kawin dan mengangkat anak. Semua ini menimbulkan berbagai pro dan kontra. Perubahan seperti ini menimbulkan perjuangan untuk kehilangan bukan pada perubahan kata presiden APA yang baru ini. Dan sebagai perempuan dia menenangkan kemarahan ini dan mengingatkan bahwa perbedaan penting diperhatikan tapi tujuan bersama jauh lebih penting untuk diperhatikan.

Banyak psikolog berada di badan legislatif, kata Ketua Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), Dra. Retno Suharti, SU, MA (komunikasi pribadi, tanggal 28 Januari 2010). Dengan adanya mereka di sana maka keterlibatan psikologi dalam pengambilan kebijakan dan undang-undang akan banyak gunanya. Seperti di APA Monitor bulan Januari 2010 disebutkan bahwa anggota kongres Amerika yang psikolog anak Tim Murphy wakil Partai Republik Pennsylvania, memilih untuk kebijakan Amerika melanjutkan perang di Irak dan Afganistan. Dia mengakui adanya dampak perang tapi dia aktif di komisi sebagai psikolog militer di *Naval Reserve*. Dia jadi relawan di sana tanpa dibayar. Sebagai psikolog militer dia bekerja dengan suatu tim terdiri dari profesional kesehatan pada *the National Naval Medical Center* di Bethesda, Maryland. Dia terlibat dalam tim kesehatan tersebut terutama untuk rencana tindakan dan menelusuri kemajuan pasien. Apa yang terjadi pada psikolog di Amerika ini menunjukkan keterlibatannya secara mikro dan makro. Secara mikro ia menjadi psikolog militer yang menangani pasien secara individual. Secara makro ia terlibat dalam pengambilan kebijakan.

### Jejaring kerja

Ketika seorang psikolog bekerja di aras mikro untuk kasus perorangan, biasanya dia mampu bekerja sendiri. Di bidang lain misalnya medis, psikolog tidak dapat bekerja sendiri meskipun memberikan pelayanan di aras mikro. Di sini ia akan berada dalam tim multidisiplin seperti dokter, perawat, dokter spesialis, ahli gizi, farmakolog,

pekerja sosial, dan manajemen rumah sakit. Meskipun bertanggungjawab mandiri tentang perencanaan tindakan secara psikologis, ia perlu mengkomunikasikannya ke tim yang menangani pasien secara terpadu tersebut. Demikian pula bila seorang psikolog bekerja di masyarakat maupun sistem yang lebih luas, ia perlu punya sekutu. Arti sekutu di sini adalah orang penting di suatu komunitas, organisasi, atau sistem pendidikan, pelayanan kesehatan, pelayanan publik lain, dan anggota legislatif yang mendukung ide kita. Tanpa orang penting dan berpengaruh tersebut, ide cemerlang pun dapat tidak laku sama sekali. Selain punya sekutu, perlu pula seorang psikolog bekerjasama dengan disiplin ataupun profesi lain bila ingin membawa dampak intervensi pada suatu komunitas atau sistem yang lebih luas.

Contoh nyata yang saya alami adalah berjejaring kerja untuk mengurangi perilaku persepean tidak rasional di pusat kesehatan masyarakat atau puskesmas. INRUD adalah jejaring kerja yang terdiri dari ahli farmakologi klinik, ahli perilaku, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dinas kesehatan dan jajarannya seperti gudang farmasi dan puskesmas. Kelompok inti terdiri dari negara-negara berkembang di Asia dan Afrika. Sedangkan kelompok pendukung berasal dari Universitas Harvard, Management Sciences for Health, University of New Castle, Universitas Karolinska. Bersama kami mengembangkan berbagai metode untuk mengurangi penggunaan obat yang tidak rasional, seperti penggunaan antibiotika, injeksi, dan farmasi ganda (lebih dari 3 macam) yang berlebihan. Kami mengembangkan metode cuplikan resep untuk menentukan berapa persen penggunaan obat bersifat rasional. Ditentukan bahwa penggunaan antibiotika sesuai diagnosis tidak lebih dari 30 %. Penggunaan injeksi yang juga sesuai dengan diagnosis tidak akan lebih dari 20 % dan farmasi ganda tidak lebih dari 3 macam.

Di jejaring kerja ini saya belajar banyak untuk bekerjasama dengan disiplin lain. Pada awal kerja memang terjadi kesalahpahaman. Hal ini disebabkan oleh penggunaan bahasa yang tidak sama. Selain itu juga saya perlu memahami penggunaan obat rasional. Sejak awal inaugurasi INRUD di Yogyakarta di tahun 1990, saya sudah menyampaikan gagasan menggunakan pendekatan kelompok baik untuk memperoleh data awal maupun intervensi yang akan dilaksanakan. Ide ini mendapat dukungan sekaligus celaan terutama dari disiplin kedokteran. Disebutkan bahwa ide menggabungkan pasien dan dokter dalam satu kelompok akan menimbulkan bias. Pasien tidak akan mampu berbicara katanya. Dukungan diperoleh dari koordinator INRUD yang akan mencarikan dana. Dari dukungan dan celaan itu, mematangkan saya untuk menerjemahkan ide ke dalam proposal. Dana diperoleh dari World Health Organization (WHO) melalui INRUD.

Di tahun 1993 saya masih menggunakan kata "diajak" dalam tim penelitian di INRUD. Setelah itu ketika kompleks "egocentrism" berkurang, saya mulai krasan di jejaring ini. Terutama kesempatan untuk menjelajahi berbagai negara dalam pertemuan INRUD, menyemangati keberadaan saya

di situ. Lebih lagi dialog mendalam dengan anggota jejaring di dalam maupun di luar negeri memberikan kesempatan saya lebih mengenal cara kerja disiplin lain. Berjejaring di sini betul-betul mematangkan saya dalam ilmu perilaku terapan maupun kerjasama antardisiplin. Makin mantap saya memberi penawaran baru untuk mengurangi penggunaan obat tidak rasional. Kata "diajak" berganti menjadi "mengajak". Bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Sleman, kami mengembangkan pendekatan Empathic Caring Consultation (ECC) untuk mengurangi penggunaan analgetika. Hanya saja porsi tentang penggunaan analgetika kurang, sehingga dampak ECC juga masih dipertanyakan (lihat Prawitasari, dkk., dalam proses publikasi).

Saya baru tahu kalau *Interactional Group Discussion* (IGD) yang kami kembangkan di INRUD untuk perubahan perilaku petugas kesehatan mengurangi injeksi yang tidak rasional di tahun 1992 (Prawitasari Hadiyono, Suryawati, Danu, Sunartono, dan Santoso, 1996) diulang dengan sukses di Kamboja, Pakistan, dan Tanzania (Hutin, 2004). Kami datang di International Conference on Improving Use of Medicine (ICIUM) ke 2 di Chiang Mai, Thailand 30 Maret-2 April 2004. IGD berasal dari psikoterapi kelompok dan diubah untuk diterapkan pada perubahan perilaku petugas kesehatan dalam penggunaan obat rasional di puskesmas. Terutama kerjasama berbagai ilmu dalam satu wadah membuahkan hasil yang signifikan untuk bidang lain dan negara lain.

Pengalaman menjadi Steering Committee (SC) APNET lain lagi. Saya belajar bernegosiasi dengan pendana ketika akan menyelenggarakan Asia Pacific Social Science and Medicine (APSSAM) di tahun 1998 di Yogyakarta. Selain dengan pendana saya juga belajar sekali lagi untuk meninggalkan "egocentrism" demi tujuan yang lebih utama yaitu penyelenggaraan konferensi di UGM. Dengan salah satu lembaga di UGM, saya meyakinkan bahwa lembaga itu dan stafnya yang akan menyelenggarakan konferensi tersebut. Nama Johana tidak perlu tampil. Paling membuat kurang nyaman bila ada kandungan politik dalam kegiatan berjejaring, seperti pengalaman di APNET tersebut, meskipun tidak terlalu kentara. Dengan kematangan psikologis biasanya seseorang dapat menempatkan diri supaya tidak terperosok ke dalam politik dan beban emosi yang tidak perlu. Dalam hal perpolitikan saya memang naif, lugu, dan tidak mau tahu. Itu posisi yang saya pilih. Yang penting bagi saya adalah misi utama tercapai, bukan sertaannya yang sebaiknya diabaikan saja.

Berjejaring dengan disiplin lain perlu keyakinan diri tentang ilmu pengetahuan perilaku yang tinggi bagi psikolog klinis. Keyakinan ini akan sangat mendukungnya ketika ia menerjemahkan ide perubahan perilaku pada disiplin lain yang sering mempertanyakan kegunaan psikologi. Untuk itu psikolog perlu belajar dan memperbaharui pengetahuannya setiap saat ada kesempatan. Ilmu pengetahuan perilaku berkembang pesat, sehingga bila kita sudah merasa mapan maka keinginan belajar jadi kendor. Hal ini perlu dihindari. Bergaul dengan disiplin lain dalam jejaring kerja akan mendorong kita untuk terus menerus belajar dan

bekerjasama untuk tujuan mulia yaitu kesejahteraan umat manusia.

Keterampilan bernegosiasi dan meyakinkan akan pentingnya psikologi bagi disiplin lain perlu dikembangkan melalui jejaring kerja. Apalagi bila ada politik dalam mencapai misi, kita perlu lincah dan bermain cantik. Jangan sampai kita memotong hak orang lain dengan sengaja. Itu bermain kotor istilahnya. Berdiplomasi perlu dipelajari, sehingga kita akan menjadi bagian peradaban daripada disebut masih primitif. Terapan psikologi klinis antara lain adalah pemilihan kata yang tepat dalam setiap saat di forum formal. Bila kata yang terlontar keliru maka "kerusakan" telah terjadi, akibatnya kepercayaan pihak lain akan luntur. Berjejaring mengajari kita untuk jujur, tulus, dan pandai berkata-kata, supaya kepercayaan disiplin lain terbina.

### Pembelajaran Psikoterapi Untuk Sistem Yang Lebih Luas

Di sini akan saya kutipkan pembelajaran melalui proses. Proyek ini didanai oleh hibah Bussino UGM di tahun 2006/2007 (lihat Prawitasari dkk., 2007). Hasil pembelajaran ini memberikan gambaran bahwa psikoterapi dapat diterapkan pada sistem yang lebih luas di luar perorangan saja. Oleh karena proyek ini lebih pada pembelajaran, maka hasil juga berdasarkan evaluasi mahasiswa, mahasiswa pendamping, dan pemangku kepentingan yang menjadi organisasi coba mahasiswa pengambil mata kuliah psikoterapi pada semester II 2006/2007. Pada kurikulum 2007, Fakultas Psikologi UGM telah menghapus kuliah ini dan diganti dengan Dasar-Dasar Intervensi.

Misi program studi psikologi antara lain adalah membekali mahasiswa dengan ilmu perilaku yang dapat digunakan untuk pemecahan masalah yang ada dalam kehidupan manusia baik sebagai individu, anggota keluarga, bagian organisasi, maupun warga di masyarakat luas. Salah satu modal untuk terapan ilmu perilaku adalah psikoterapi. Pada awal perkembangannya psikoterapi diterapkan untuk orang yang bermasalah berat dalam hidupnya. Kata terapi pada psikoterapi seolah-olah mengungkung penggunaannya hanya pada hal-hal yang berkaitan dengan gangguan mental saja.

Psikoterapi pada dasarnya merupakan proses pemberian perlakuan kepada individu, keluarga, dan kelompok untuk berubah dari yang kurang sesuai menjadi sesuai. Berbekal pendekatan tersebut, psikoterapi sejatinya dapat diterapkan pada sistem yang lebih luas misalnya pada organisasi maupun masyarakat luas. Pengampu telah berpengalaman memindahkan kompleksitas psikoterapi ke prosedur yang lebih sederhana untuk diterapkan di bidang lain. *Interactional Group Discussion* (IGD), yang dasarnya adalah psikoterapi kelompok, telah dikembangkan untuk perubahan perilaku petugas kesehatan dan terbukti efektif menurunkan penggunaan injeksi di puskesmas (lihat Prawitasari Hadiyono dkk, 1996). Penelitian IGD telah diulang dengan sukses dan menjadi kebijakan pelayanan kesehatan di

Kamboja, Pakistan, dan Tanzania (lihat Hutin, 2004). *Self-Monitoring* untuk metode manajemen penggunaan obat di puskesmas, yang awalnya dari pendekatan perilaku, telah diterapkan di Dinas Kesehatan Gunungkidul (lihat Prawitasari Hadiyono, 2001). Psikodrama juga telah diterapkan oleh pengampu (tidak diterbitkan kecuali dokumentasi foto dan video) sebagai cara balikan untuk rektorat di suatu perguruan tinggi swasta di Yogyakarta beberapa tahun yang lalu. Psikodrama juga telah diterapkan di tahun 1999 untuk dua kelompok mahasiswa dari Timor Timur (nama saat itu sebelum menjadi Timor Leste), tidak diterbitkan kecuali dokumentasi foto dan video) yang berbeda pandangan tentang kemerdekaan. Pengalaman tersebut merupakan modal pemindahan pengetahuan dari pengampu ke mahasiswa.

Hanya empat pendekatan diterapkan di luar perorangan. Dengan belajar teori dan penerapan pendekatan psikoterapi humanistik terutama pendekatan pemusatan pribadi, pendekatan Gestalt, Analisis Transaksional, dan psikodrama secara langsung di masyarakat, mahasiswa lebih memahami ilmu yang dipelajarinya di dalam kelas. Mahasiswa dibekali kemampuan untuk mengintegrasikan ilmu yang dipelajarinya dengan disiplin ilmu lain, melihat keterkaitannya, dan memanfaatkannya semaksimal-maksimalnya untuk menghasilkan alternatif pemecahan masalah yang sedang ditangani

Oleh karena itu proses ini diterapkan supaya mahasiswa memahami interaksi antara bidang ilmu yang ingin ditekuninya (misalnya psikologi klinis, psikologi organisasi, psikologi sosial) dengan psikoterapi dan bidang ilmu lain yang relevan (penyusunan skala psikologis), dan promosi kesehatan (dalam ilmu kesehatan masyarakat). Perilaku dan promosi kesehatan merupakan pengguna ilmu perilaku, sehingga pemaparan dosen tentang ilmu lain akan memberikan banyak masukan bagi mahasiswa yang mengambil mata kuliah psikoterapi. Sinergi psikoterapi untuk sistem yang lebih luas dengan psikologi klinis, penyusunan skala psikologi, dan promosi kesehatan akan memberikan mahasiswa bekal yang lengkap untuk mengembangkan model perubahan dalam kariernya kelak. Sinergi keempat bidang ini akan memperkuat kreativitas, kemandirian, dan inovasi yang dibutuhkan untuk pengembangan kewirausahaan setelah mereka lulus dari program studi psikologi.

Program ini sangat jelas mendukung kewirausahaan. Terutama ketika mahasiswa diberi kepercayaan untuk mengelola dana untuk mengembangkan model, meskipun sedikit jumlah rupiahnya, mereka belajar untuk merencanakan bujet penggunaannya. Ini merupakan dasar wirausaha. Dengan modal sedikit tapi mereka diharapkan dapat mencapai kegiatan optimal. Selain itu ketika mereka menawarkan modelnya tersebut kepada pemangku kepentingan, mereka belajar untuk "menjual" idenya tersebut. Mereka belajar untuk meyakinkan pemangku kepentingan bahwa modelnya tersebut layak untuk diterapkan di tempat kerja masing-masing mitra. Keberhasilan mereka mengembangkan model dapat digunakan sebagai modal ketika mereka sudah lulus kelak.

Kalau mereka berhasil mengembangkan satu model maka mereka akan mampu untuk mengembangkan lainnya. Hasil proses pembelajaran seperti ini mendukung kewirausahaan mereka sewaktu mereka telah lulus dari program studi.

### Pendekatan yang Diajarkan

Terapi Gestalt pada mulanya dikembangkan sebagai sebuah teknik untuk menangani individu. Pengembangan dari pendekatan dimulai pada saat para praktisi terapi Gestalt mulai bekerja dengan kelompok. Hal ini kemudian diikuti oleh perluasan penerapan Gestalt dalam bidang hubungan interpersonal dan diaplikasikan dalam konseling keluarga dan perkawinan yang merupakan organisasi terkecil pembentuk sistem kemasyarakatan. Dalam kurun waktu yang tidak begitu lama, Gestalt mulai diterapkan pada organisasi yang lebih luas dan melibatkan pengaturan sosial yang lebih besar dan kompleks. Misalnya sebuah sistem yang terdiri dari subsistem yang saling terkait dan berinteraksi (Bowman & Nevis, 2005).

Praktisi Gestalt saat ini mulai mengembangkan dan menerapkan prinsip-prinsip Gestalt pada komunitas dan sistem yang tidak memerlukan "terapi" dalam konteks tradisional. Perkembangan ini didukung oleh semakin menguatnya kesadaran bahwa perilaku individu tidak dapat dipahami secara utuh dan menyeluruh tanpa mengaitkan perilaku tersebut pada konteksnya. Setiap konteks memiliki dinamika yang menuntut pemberi intervensi memahami keseluruhan fungsi sistem dan bukan sekedar dinamika individu. Fenomena penerapan Gestalt dalam organisasi juga didukung oleh berkembangnya minat penelitian dalam bidang *field theory*, pendefinisian diri dalam hubungan sosial dan kecenderungan perubahan bentuk organisasi dari bentuk hirarkis dan vertikal menjadi organisasi yang lebih horizontal (Bowman & Nevis, 2005).

Penerapan psikoterapi dalam organisasi dan masyarakat dilakukan dengan bekerja sama dengan Institute for Community Behavioral Change (ICBC) yang telah mendampingi perubahan perilaku masyarakat di kelurahan Bokoharjo dan petugas kesehatan puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman (lihat laporan pengampu tentang perubahan perilaku petugas kesehatan melalui Empathic Caring Consultation=ECC, yang awalnya dari psikoterapi dengan pendekatan pemusatan pribadi dalam penggunaan secara rasional obat analgesik). Sinergi antar mata kuliah dan antar ilmu dalam penerapannya bekerjasama dengan pemangku kepentingan di masyarakat sesuai dengan tujuan hibah Bussinno.

ICBC merupakan perkumpulan intelektual muda yang mulai aktif berkegiatan sejak Juli 2002. ICBC didedikasikan untuk memperdalam pemahaman ilmiah tentang perilaku masyarakat melalui penelitian dan pengelolaan literatur. Kedua aktivitas ini merupakan kegiatan utama (*core bussiness*) ICBC. ICBC dipilih sebagai mitra karena memiliki visi dan misi yang dinilai cocok dengan tujuan pengembangan program. Visi ICBC adalah mencapai masyarakat & lingkungan yang sehat melalui perubahan perilaku dengan cara belajar, bekerja, bermain, dan bercinta.

menggunakan bahasa yang mudah dimengerti sehingga dapat berterima di masyarakat. Proses belajar mengajar dengan cara baru ini betul-betul memacu mahasiswa untuk berprestasi lebih tinggi. Dengan sendirinya proses belajar mengajar seperti kegiatan ini sangat relevan dengan tujuan proyek *Bussinno* yaitu meningkatkan kapasitas mahasiswa untuk lebih kreatif, inovatif, memacu kewirausahaan dan kepemimpinan yang handal.

Mitra pemangku kepentingan merasa puas dengan kinerja mahasiswa. Jumlah mitra pemangku kepentingan lebih besar daripada mahasiswa yang mengambil kuliah psikoterapi. Mereka terdiri dari ibu-ibu PKK dan Pemuda di Kelurahan Bokoharjo. Selain itu pamong di Kelurahan Bokoharjo juga memberikan penilaian terhadap kinerja mahasiswa. Dua organisasi juga menjadi pemangku kepentingan. Satu organisasi yang baru berkembang yaitu ICBC. Satu organisasi lainnya sudah mapan sebagai birokrasi di jajaran pemerintah daerah yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Meskipun mahasiswa masih mengambil program studi S1, mereka memberikan penilaian yang memuaskan kepada mahasiswa pengambil kuliah psikoterapi semester II 2006/2007. Mereka menilai bahwa mahasiswa bersikap profesional ketika menerapkan model di masing-masing organisasi.

Kinerja pribadi dan intensitas kepemimpinan mahasiswa yang mengambil mata kuliah ini meningkat secara signifikan. Mereka menilai diri mereka sendiri berkembang pesat baik sebagai pribadi maupun profesi. Apa yang mendorong mereka berkembang lebih pada proses yang mereka alami terutama di luar kelas ketika mereka berdiskusi dengan kelompok dan pendamping masing-masing. Keduanya berkembang pesat melalui intensitas bertemu dan intensitas pergumulan intelektual mereka sendiri. Selain diskusi dengan kelompoknya, mahasiswa juga berkesempatan memperoleh masukan pengampu secara maya melalui surat-surat elektronik. Kredit terbesar lebih karena itu dibandingkan dengan tatap muka di kelas yang hanya 100 menit.

Tanpa proses belajar di luar kelas yang sangat intensif, belum tentu kuliah psikoterapi untuk sistem yang lebih luas dapat terlaksana dengan tepat. Kalau hanya mengandalkan kuliah di kelas saja, waktu akan sangat terbatas. Tanpa mahasiswa pendamping yang telah dilatih, belum tentu mahasiswa juga akan bertemu dengan kelompoknya secara intensif. Proses pendampingan di luar kelas juga merupakan sumbangan besar terhadap tercapainya proses belajar mengajar yang memuaskan ini.

Terlihat dari model-model yang dikembangkan oleh mahasiswa berdasarkan konsep psikoterapi humanistik, psikoterapi Gestalt, Psikodrama, dan Analisis Transaksional, mereka betul-betul melakukan sinergi antara tiga mata kuliah yaitu psikologi klinis, penyusunan skala psikologis, dan penerapan untuk kesehatan masyarakat. Mereka telah menerapkan konsep-konsep dalam psikoterapi tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, masyarakat di Kelurahan Bokoharjo, dan ICBC. Terlihat jelas bahwa pemangku kepentingan puas dengan kinerja mahasiswa.

Mereka menilai kegiatan yang dilakukan mahasiswa bermanfaat bagi mereka.

Menurut balikan dari mahasiswa pendamping kuliah psikoterapi ini memang sesuai dengan relevansi proses pembelajaran dan inovasi (refleksi dan diskusi tentang hasil pendampingan kelas psikoterapi dengan pendamping pada tanggal 16-17 Juni 2007 di Kaliurang. Juga dapat dilihat di laporan tertulis mahasiswa pendamping). Dari laporan mahasiswa pendamping bahwa mahasiswa belajar untuk bekerjasama dan bergantian memimpin diskusi untuk mencapai persamaan persepsi tentang model yang akan mereka kembangkan. Di luar kelas, mereka juga mengirimkan surat elektronik kepada pengampu untuk memperoleh balikan dan komentar tentang model yang sudah mereka kembangkan. Terutama ketika mereka akan menerapkan model kepada mitra, secara intensif mereka berdiskusi dengan pengampu secara maya.

Menurut mahasiswa pendamping proses pembelajaran seperti ini sesuai dengan inovasi, kreativitas, dan implementasi konsep sesuai kebutuhan perubahan di dalam kehidupan nyata pada organisasi mitra dan masyarakat Bokoharjo (refleksi dan diskusi tentang hasil pendampingan kelas psikoterapi dengan mahasiswa pendamping pada tanggal 16-17 Juni di Kaliurang. Juga dapat dilihat di laporan tertulis mahasiswa pendamping). Menurut laporan mahasiswa pendamping bahwa mereka tidak saja belajar untuk mengelola uang untuk operasional penerapan di lembaga mitra dan masyarakat, mereka juga menunjukkan semangat pantang menyerah ketika mereka merasa sangat jenuh terhadap proses belajar di luar kelas.

Mahasiswa pendamping melaporkan bahwa minimal tiap minggu sekali mereka mendampingi mahasiswa pengambil mata kuliah psikoterapi melakukan diskusi di luar kelas. Bahkan ada kelompok yang berdiskusi beberapa kali dalam seminggu. Selain berdiskusi mahasiswa juga mencari literatur yang dibutuhkan baik untuk pengembangan model perubahan ataupun bahan ujian. Di samping mereka mendiskusikan materi konsep psikoterapi yang mereka pilih, mereka juga berlatih untuk mengenal proses di dalam diri mereka sendiri. Dengan cara ini mereka belajar mengembangkan diri baik secara pribadi maupun profesi.

Mahasiswa puas terhadap proses belajar mengajar dalam kuliah psikoterapi. Banyak masukan mereka berikan pada kuliah psikoterapi (lihat detail masukan pada lampiran). Meskipun bahan kuliah dinilai sedikit tapi sangat intensif. Mereka tidak hanya belajar teori dan konsep psikoterapi tapi mereka belajar memahami konsep melalui pengembangan model sesuai dengan konsep yang mereka pilih. Adanya kelompok membuat mereka merasa tertantang untuk berkompetisi satu dengan lainnya. Interaksi di kelas memang tidak terlalu intensif tetapi interaksi dengan kelompoknya sangat intensif karena sejak awal mereka telah membuat kontrak belajar 8 jam di luar kelas.

### Hasil Pembelajaran

Pengembangan model yang telah dilakukan mahasiswa membuktikan bahwa psikoterapi berhasil diterapkan untuk orang "normal" yang berada di tempat kerja seperti di ICBC dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dan di masyarakat luas seperti di kelurahan Bokoharjo. Keberhasilan penerapan model ini mendukung bukti bahwa psikoterapi Gestalt dapat diterapkan untuk sistem lebih luas seperti yang telah ditulis oleh Bowman dan Nevis (2005). Psikodrama meskipun belum diterapkan di organisasi mapan tetapi dapat diterapkan di organisasi mahasiswa. Pengembangan dan penerapan model berdasarkan psikoterapi Gestalt dan Psikodrama memuaskan mitra pemangku kepentingan sekaligus meningkatkan kinerja pribadi mahasiswa. Model yang telah dikembangkan berdasarkan analisis transaksional juga memuaskan organisasi pemangku kepentingan. Mereka bangga bahwa mereka mampu berpikir lain dengan membebaskan "little professor" mereka bila mereka mengalami kemacetan dalam proses berpikir.

Melalui kegiatan proses pembelajaran yang didukung oleh proyek *Bussinno*, pengampu mendukung usahanya selama ini untuk menerapkan psikologi klinis dari terapan mikro ke makro (lihat Prawitasari, 2003; 2006). Demikian juga usaha untuk menyederhanakan prosedur psikoterapi yang rumit menjadi skema proses hipotesis berdasarkan hasil *assessment* dan konsep yang diacu didukung oleh hasil kegiatan ini (lihat Prawitasari, 2007).

Secara keseluruhan proses pembelajaran dalam kuliah psikoterapi semester II 2006/2007 memberikan kesempatan mahasiswa pengambil kuliah, mahasiswa pendamping, dosen yang terlibat, dan pengampu sendiri untuk berkembang secara pribadi dan profesi. Banyak pelajaran dapat dipetik dari proses pembelajaran seperti ini. Pengampu terpacu untuk menerangkan secara sederhana pula proses pengembangan model. Ia juga belajar untuk menerangkan beda antara satu konsep dengan konsep lainnya secara gampang. Terutama ia telah mampu meyakinkan mahasiswa bahwa proses belajar mengembangkan model lebih penting daripada hasilnya. Ia mampu menerangkan beda antara model dan modul dan mengapa model perlu dikembangkan untuk mengamati proses psikologis yang dialami pemangku kepentingan di dalam situasi kerja ataupun dalam kehidupan nyata di masyarakat. Proses pembelajaran seperti ini betul-betul bermanfaat, menyenangkan, menyemangati, dan menginspirasi bagi semua pihak.

### Penutup

Setelah membahas terapan psikologi klinis mikro-makro, jejaring kerja, dan pembelajaran melalui proses khususnya untuk psikoterapi, kemungkinan akan muncul pertanyaan. Apakah perlu memisahkan terapan psikologi klinis mikro-makro? Bagi saya istilah psikologi klinis makro perlu dibuat untuk menunjukkan adanya perubahan pandangan dari psikopatologi ke kesejahteraan masyarakat. Bila psikolog hanya memberikan pelayanan pada perorangan dan yang mampu membayar saja, kapan kita

memikirkan sebagian besar rakyat Indonesia yang masih berada di garis kemiskinan? Padahal kemiskinan di negara kita ini seharusnya sudah terhapus tetapi secara sistemik tetap ada. Sangat ironis bahwa kita kaya akan sumber daya alam tapi penduduknya miskin atau sebetulnya dibuat miskin? Salah satu cara yaitu melibatkan diri secara makro yaitu melalui perubahan sistemik dan pembuatan kebijakan. Itulah tugas terapan psikologi klinis makro. Bukan berarti terapan mikro ditinggalkan, tetapi sebaiknya bergerak dari mikro-makro bergantung pada konteks dan aras pelayanan.

Secara makro psikologi klinis dapat menyumbangkan konsep yang ada pada sistem yang akan kita tuju untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Banyak sekali konsep dalam psikoterapi dapat dialihkan untuk aras di luar perorangan, keluarga, dan kelompok. Misalnya psikodrama dapat diterapkan pada organisasi. Sosiodrama dapat diterapkan pada dusun. Saya juga telah mengembangkan metode panggung gembira untuk mengelola konflik pasca bencana di salah satu dusun di Bantul (lihat Prawitasari dkk., 2009). Metode ini merupakan kombinasi antara *strandul* (semacam ketoprak tetapi ceritanya dapat bervariasi tidak hanya cerita menak), teater rakyat, dagelan mataram, dan sosiodrama. Metode ini telah diujicobakan dan menunjukkan hasil yang memuaskan semua pihak di dusun, meskipun ada sedikit kekisruhan ketika ada sms yang sedikit mempengaruhi sebagian kecil warga di salah satu RT. Hal ini tidak dapat dihindari karena dalam suatu kegiatan, akan ada yang tidak setuju meskipun jumlahnya relatif kecil.

Semoga apa yang saya tulis ini dapat memberikan wawasan lain bagi peserta konferensi.] Selamat berkongres anggota Ikatan Psikologi Klinis HIMPSI!

### Daftar Pustaka

- Bowman, C.E. & Nevis, E.C. 2005. The history and development of Gestalt therapy. In A.L. Woldt & S.M. Tolman (Eds.). *Gestalt therapy: History, theory, and practice*. Thousands Oaks, Ca: Sage.
- Bray, J.H. 2009. The future of psychological science. President's Column. *Monitor on Psychology*, 40, 10, 5.
- Bray, J.H. 2009. Standing for psychology. President's Column. *Monitor on Psychology*, 40, 11, 5.
- Goodheart, C.D. 2010. APA in the age of outrage. President's Column. *Monitor on Psychology*, 41, 1, 5.
- Hutin, Y. 2004. Impact of the work of the Safe Injection Global Network (SIGN). Disajikan dalam *Second International Conference on Improving Use of Medicines*, March 30-April 2, Early Bird Breakfast Session 1, Chiang Mai, Thailand.
- ICBC News. 2006, 02, 05, Oktober.
- Munsey, C. 2010. U.S. Congressman will provide psychological services to military. *Monitor on Psychology*, 41, 1, 11.
- Prawitasari Hadiyono, J.E., Suryawati, S., Danu, S., Sunartono, & Santoso, B. 1996. Interactional Group Discussion: Results of a controlled trial using a behavioral intervention to reduce the use of injections in public health facilities. *Social Science & Medicine: an international journal*, 42, 8, 1177-1184.
- Prawitasari Hadiyono, J.E. 2001. The development of transdisciplinary approach in drug use studies: Indonesian experience. Dalam N. Higginbotham, R. Briceno-Leon, & N.

- Johnson (Eds.). *Applying health social science: Best cases from the developing world*. London: Zed.
- Prawitasari Hadiyono, J.E. (2003). Psikologi klinis: dari terapan mikro ke makro. *Anima*, 18, 3, 215-228.
- Prawitasari, J.E. & Tana, S. 2005. Penggunaan ECC untuk meningkatkan pelayanan di puskesmas se DIY. *Laporan penelitian dan kegiatan*. Yogyakarta: CHPSS.
- Prawitasari, J.E., 2006. Psikologi Nusantara: Ke sanakan kita menuju? *Buletin Psikologi*, 14, 1, 1-30.
- Prawitasari, J. E. 2007. Panduan Pendampingan Berjenjang Ganda (PPJG). Dalam CHPSS: *Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana*. Yogyakarta: CHPS.
- Prawitasari, J.E., Suhapti, R., Paramastri, I., Prabandari, Y.S. 2007. Penerapan psikoterapi untuk organisasi dan masyarakat luas. *Laporan Proses Pembelajaran*. Yogyakarta: Hibah Bussino UGM.
- Prawitasari-Hadiyono, J.E., Paramastri, I., Suhapti, R., Novianti, L.P., Widiastuti, T., & Rengganis, N. 2009. Social artistry, lokales wissen und konflikte nach einem erdbeben. *Z Psychodrama Soziometr*, 8, 277-295.
- Willig, C. 2009. *Introducing qualitative research in psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, N.Y.: McGraw Hill, Open University Press

# The association of psychological factors (coping strategies, anxiety and depression) and stress oxidative markers in end-stage renal disease patients in indonesia : a pilot study

**Josephine MJ Ratna**

(Practicing Clinical Psychologists Surabaya)

**Mochamad Yusuf Alsagaff**

(Cardiology and Vascular Medicine Department,  
Medical Faculty Airlangga University Surabaya)

**Ahmad Bakarman**

(Al Irsyad Hospital Surabaya)

**Mochammad Thaha**

(Internal Medicine Department, Medical Faculty  
Airlangga University Surabaya)

**Arditya Rahmat Ardhanj**

(Internal Medicine Department, Medical Faculty  
Airlangga University Surabaya)

**Amin Tohari**

(Biomass Marketing Service)

Epidemiological as well as clinical studies have shown that regardless of the severity of renal impairment, the cardiovascular (CV) mortality in end-stage renal disease (ESRD) patients is very high compared to the general population. In patients on maintenance haemodialysis (HD), over 50% of deaths are attributed to lethal cardiac events, and thus the rate of cardiac mortality is 5-20 times higher than that in the normal population. ESRD patients have an increased asymmetric dimethylarginine (ADMA) level due to its impaired metabolism. Moreover damage of large arteries, characterized by increased intima media thickness (IMT) and arteriosclerosis, is contributing factor to mortality in patients with ESRD.

Because the traditional risk factors fail to fully account for the elevated CV risk, there has been a great deal of interest lately in emerging risk factors that are unique to ESRD population, including endothelial dysfunction, oxidative stress, hyperhomocysteinemia and psychological factors. This study will focus on oxidative stress and psychological factors.

Most psychological studies, has identified anxiety, depression and a feeling of inadequacy as frequent stressors. The ability of ESRD patients to cope with these stresses, whether related to their medical regimen or to the demands of daily life, has an important influence on physical and psychological well-being. Individuals use coping strategies to deal with daily stressors and they use certain dominant coping more frequently – and at many case automatically. The use of dominant coping is expected to act as an effective ways of coping but most of the time the dominant coping is ineffective thus elevates anxiety and depressive symptoms which increasing in their severity overtime. It is assumed that in ESRD populations, the psychological factors (anxiety, dominant coping, depression) correlates with oxidative stress markers (shown by the level of ADMA, Hcy and CIMT) which may account for CV risk.

*Keywords : coping, anxiety, depression, oxidative stress, CIMT, ADMA, ESRD, HD patients, quality of life.*

Many studies promotes how chronic kidney disease is closely related to cardiovascular disease caused by varieties of interrelated interactions of risk factors, treatment HD and the complications of effective handling by taking into account individual circumstances. But not many studies taking into account the psychological conditions of ESRD patients undergoing HD and handling recommendations linked to these psychological conditions simultaneously and sequentially with relevant ESRD management. This is a multidisciplinary pilot research expecting to discover a richer findings which enable health related professionals to provide holistic cares to ESRD patients resulting in a better quality life to each of them.

Atherosclerosis is accepted as a common mechanism underlying all cardiovascular diseases (CVDs) and atherosclerotic CVD is a significant cause of morbidity and mortality in patients with ESRD (Lindner et al.1974

; Ma et al. 1992 ;Fujisawa et al, 2000). Evidence showed that there is an increased incidence and accelerated worsening of atherosclerosis in patients on chronic HD (Ma et al, 199). In patients on maintenance HD, 40-50% of deaths are attributed to lethal cardiac events, and thus the rate of cardiac mortality is 5-20 times higher than that in the normal population (Koch et al.1997). Damage of large arteries, characterized by increased IMT and arteriosclerosis, is a contributing factor to mortality in patients with ESRD (Kilstein et al. 2004 ; Miyazaki et al, 2004).

Hyperhomocyst(e)inemia has been purported to be a risk factor for cardiovascular disease. In the Physicians' Health Study, modest increases in plasma homocyst(e)ine (Hcy) level conferred a 3-fold increased relative risk for myocardial infarction and mortality from cardiovascular disease. ESRD patients have an increased hcy level due



# Peran psikolog klinis anak di Indonesia

Endang Widyorini

(Unika Soegijapranata Semarang)

Semenjak pengakuan terhadap Psikologi klinis anak (*Clinical Child Psychology*) atau PKA dinyatakan pada 1998 oleh *Commission for the Recognition of Specialties and Proficiencies* sebagai suatu spesialisasi, maka PKA mengalami perkembangan pesat, termasuk di Indonesia. PKA antara lain menangani anak dengan: a) kekurang-mampuan biologis; b) gangguan mental dengan problem serius pada perilaku, emosi, kognisi; d) masalah kekerasan anak; dan e) gangguan perkembangan seperti autism, ADHD, dan *Learning Disabilities* dsb. Psikolog klinis anak di Indonesia dalam menjalani keprofesionalisasinya ada beberapa kendala, antara lain masalah alat ukur, banyak alat tes yang mesti dikembangkan agar lebih sesuai (tes Stanford Binet, Wechsler). Alat tes tersebut bagus namun merupakan hasil adaptasi berpuluh tahun yang lalu, ada beberapa subtes yang harus direvisi dan perlu standarisasi baru. Yang perlu adalah mengembangkan alat tes baru yang sesuai dengan keadaan dan kultur Indonesia. Persoalan lain PKA perlu mengembangkan rasa percaya diri pada keprofesionalismenya sendiri, supaya tidak mudah terpengaruh cara pengukuran yang dikembangkan bukan dari prospektif psikologi, yang belum teruji secara ilmiah, bila dilihat keilmiahannya bisa dan ada, tetapi masalahnya bisa diterapkan dan dipertanggung jawabkan secara ilmiah tidak. Misalnya masalah fingerprint test. Di Indonesia karena memang pengetahuan dan pemahaman dasar terhadap aturan/batasan dalam metodologi ilmiah dan penerapannya (termasuk pemahaman konsep filosofis di balik metode keilmiahannya) agak lemah, sehingga diskusi ilmiah masih campur aduk dan muter-muter. Kalau kita bicara di dunia ilmiah pengetahuan (for the sake of sciences) maka kalau tidak ada koridor ilmiah memang bisa jadi bablas, karena semua bisa dikaji. Masalah lain PKA di Indonesia adalah belum ditetapkan persyaratannya dan pengaturan pemberian lisensi oleh organisasi profesi.

Seorang ibu menceritakan anaknya yang harus segera memindahkan Raffi ke Sekolah Luar Biasa sesuai saran pihak sekolah anaknya.. Pihak sekolah pernah mengadakan tes inteligensi yang dilakukan secara klasikal oleh lembaga psikologi, hasil tes inteligensi Raffi menunjukkan skor IQ 79. Di kelas Raffi memang sering tidak bisa duduk tenang mendengarkan penjelasan guru, tapi dia justru sibuk sendiri, dia juga tidak bisa menyelesaikan tugasnya tepat pada waktunya, bila diterangkan guru ia kurang paham.. Nilai di raportnya selalu di bawah rata-rata. Ia sudah ke psikolog, oleh psikolog ia disarankan juga pindah sekolah, disarankan di sekolah yang standar tuntutananya tidak tinggi. Namun ibu merasa bahwa anaknya masih bisa bersekolah di sekolah reguler.lalu ibu datang ke psikiater, oleh dokter ibu harus bisa menerima bahwa Raffi memang kurang pandai, ia tidak se pandai kakak-kakaknya. Tapi di sisi lain, ibu merasa bahwa anaknya tidak se "bodoh" yang disangka orang lain, karena beberapa hal dia pandai, ibu berpikir "ada sesuatu yang kurang sempurna". Tapi tidak tahu harus bagaimana, karena sudah konsultasi dengan dokter. Bahkan juga sudah ke psikolog, dan tidak menemukan jalan keluar. Apa yang salah? Ternyata raffi mengalami gangguan dalam proses auditori (*auditory processing*) sehingga dia mengalami hambatan dalam menerima informasi secara verbal, dan ini menyebabkan rentang pemusatan perhatian di kelas sangat pendek. Benarkah kemampuan berpikirnya terpikirkannya termasuk kategori *slowlearner*? Tentu ini harus hati-hati untuk menyimpulkannya, karena untuk menyimpulkan kemampuan berpikir, terutama anak-anak yang termasuk *learning disabilities* ini, psikolog perlu trampil di bidang asesmen.

Diatas adalah sebuah kisah nyata yang baru-baru saja terjadi, kira-kira satu tahun yang lalu. Kenapa meski sudah ke psikolog dan ke dokter masih belum menemukan jalan

keluarnya. Belum lagi kasus-kasus bulliying di sekolah, atau kasus depresi dsb. Hal yang harus direspon oleh psikolog klinis anak adalah adanya 'booming' anak-anak berkebutuhan khusus. Prevalensi anak-anak berkebutuhan khusus ini sekitar 10% dari populasi. Semakin banyak tututan pada psikolog klinis anak untuk selalu meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, serta tindakan intervensi untuk menangani kasus-kasus anak dan remaja yang semakin kompleks. Psikolog klinis anak perlu memberi masukan pada orangtua mengenai pengasuhan yang tepat.

Bagaimana masalah pendidikan bagi mereka? Sebenarnya negara memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan pendidikan yang bermutu kepada setiap warganya tanpa terkecuali termasuk mereka yang memiliki perbedaan dalam kemampuan seperti yang tertuang pada UUD 1945 pasal 31 (1). Seiring dengan berkembangnya tuntutan kelompok difabel dalam menyuarakan hak-haknya, maka kemudian muncul konsep pendidikan inklusi. Salah satu kesepakatan Internasional yang mendorong terwujudnya sistem pendidikan inklusi adalah *Convention on the Rights of Person with Disabilities and Optional Protocol* yang disahkan pada Maret 2007. Pada pasal 24 dalam Konvensi ini disebutkan bahwa setiap negara berkewajiban untuk menyelenggarakan sistem pendidikan inklusi di setiap tingkatan pendidikan. Adapun salah satu tujuannya adalah untuk mendorong terwujudnya partisipasi penuh difabel dalam kehidupan masyarakat. Namun dalam prakteknya sistem pendidikan inklusi di Indonesia masih menyisakan persoalan tarik ulur antara pihak pemerintah dan praktisi pendidikan, dalam hal ini para guru.

Pemerintah Indonesia melalui PP.No.19 tahun 2005 tentang Standar Nasional Pendidikan, pasal 41(1) telah mendorong terwujudnya sistem pendidikan inklusi

dengan menyatakan bahwa setiap satuan pendidikan yang melaksanakan pendidikan inklusif harus memiliki tenaga kependidikan yang mempunyai kompetensi menyelenggarakan pembelajaran bagi peserta didik dengan kebutuhan khusus. Undang – undang tentang pendidikan inklusi dan bahkan uji coba pelaksanaan pendidikan inklusinya pun konon telah dilakukan. Namun yang menjadi pertanyaan sekarang adalah sejauh mana keseriusan pemerintah untuk mendorong terlaksananya sistem pendidikan inklusi bagi kelompok difabel. Di sini termasuk tugas psikolog klinis anak memberi masukan pada pemerintah, sekolah (guru dan kurikulum) agar anak-anak bisa memperoleh pendidikan yang tepat.

Ini adalah gambaran dari sedikit tugas psikolog klinis anak. Namun apa sebenarnya tugas-tugas psikolog klinis anak, marilah kita bahas di bawah ini, sebelumnya kita bahas mengenai psikolog klinis sekedar gambaran yang sebenarnya kita semua sudah tahu. Psikologi klinis menurut APA, yaitu :

“ The field of Clinical Psychology integrates science, theory, and practice to understand, predict, and alleviate maladjustment, disability, and discomfort as well as to promote human adaptation, adjustment, and personal development. Clinical Psychology focuses on the intellectual, emotional, biological, psychological, social, and behavioral aspects of human functioning across the life span, in varying cultures, and at all socioeconomic levels.

Atau dengan kata lain bahwa psikologi klinis merupakan integrasi dari keilmiahan, teori, dan praktek untuk memahami, memperkirakan, ketunaan (diabilities), dan ketidak-nyamanan yang berhubungan dengan penyesuaian diri, dan perkembangan diri seseorang. Psikolog klinis berfokus pada aspek-aspek intelektual, emosional, biologis, psikologis, sosial, dan perilaku dalam menjalankan fungsi sebagai manusia dalam rentang kehidupannya dalam berbagai budaya dan tingkat ekonomi sosial.

Jadi pada psikolog klinis adalah suatu profesi yang menekankan pada seseorang yang berhubungan dengan asesmen, diagnosis, treatment, dan prevensi pada orang yang mengalami gangguan mental. Sebagian besar tertarik pada gangguan mental, seperti schizophrenia, depresi, sebagian lagi tertarik pada permasalahan yang lebih personal, seperti perceraian dsb.

Kemudian apakah psikologi klinis anak?

- Bekerja berdasarkan prinsip-prinsip dasar psikologi klinis dengan latar belakang perkembangan anak dan keluarga.
- Melakukan penelitian dan memberikan layanan
- Sasaran: Memahami, mencegah, dan melakukan intervensi psikologis, kognitif, emosional, perkembangan, perilaku, dan problem keluarga mengenai anak-anak di seluruh rentang usia dari masa kanak-kanak sampai remaja.

(Sumber dari Petition for Recognition of a Specialty in Professional Psychology, APA, 1998)

Psikologi klinis anak ini relatif baru, yang berkembang dari para psikologi klinis yang banyak bekerja dengan anak. Diawali oleh Lightner Witmer, yang bekerja dengan anak dengan *learning disabilities*, *mental retardation*, *academic difficulties*. Selanjutnya tahun 1920an: The Child Guidance Movement melibatkan Emotional disorders sejak masa kanak-kanak dan penanganan/intervensi pada anak-anak yang beresiko. Selanjutnya melibatkan para klinis yang bekerja dengan anak sebagai bagian dari tim interdisipliner dalam bekerja dengan anak-anak yang mengalami gangguan psikologis. selanjutnya dalam 20-25 tahun terakhir, psikologi klinis anak bekerja telah berkembang ditandai dengan diadakan konferensi klinis anak pada tahun 1985, dengan berfokus pada pelatihan bagi klinis Psikolog anak. Tujuan konferensi itu adalah pertama meningkatkan pelayanan klinis anak karena meningkatnya permintaan untuk penanganan kasus anak yang kurang lebih 30% dari populasi anak, dan kira-kira sekitar 50% dari mereka membutuhkan pelayanan psikologis. Konferensi itu berfokus mengadakan pelatihan untuk psikolog klinis anak, ini diadakan juga karena untuk meningkatkan kompetensi psikolog dalam memberikan layanan pada anak, saat itu kurang dari 1% yang khusus bekerja dengan anak.

Pengakuan terhadap Psikologi klinis anak ( Clinical Child Psychology) dinyatakan pada pada tahun 1998 oleh Komisi APA untuk Pengakuan terhadap spesialisasi dan keahlian pada Psikologi Profesional (*Commission for the Recognition of Specialties and Proficiencies in Professional Psychology*), mengakui *Clinical Child Psychology* sebagai suatu spesialisasi. Dan Konferensi psikologi klinis anak berikutnya diadakah pada tahun 2012 (terakhir diadakan tahun 2005 yang lalu). Informasi lebih lanjut bisa diketahui pada <http://www.apa.org/crsppp>.

*Keberadaan psikolog yang aktif memberikan pengajaran, penelitian pelayanan dan advokasi dalam psikologi klinis anak pada APA masuk pada devisi 53 (bisa diperoleh lebih jauh pada <http://www.clinicalchildpsychology.org/> dan mengenai hasil-hasil studi bisa dibaca pada – Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.*

Mengapa psikologi klinis anak saai berkembang pesat? Apakah kekhususan psikologi anak? Psikologi anak mempelajari perilaku abnormal dan proses patologis dengan pengetahuan mengenai perkembangan normal dan proses dlam keluarga. Psikolog anak adalah ilmu yang mempelajari psikologi perkembangan dan pemahaman adanya individual differences dalam penyesuaian diri (adaptasi) dan pengatasan masalah (coping).

Psikologi klinis anak memberikan pelayanan pada usia baru lahir sampai remaja akhir, yaitu

- Bayi (lahir-3 tahun)
- Anak-anak (3-9 tahun)
- Masa kanak-kanak
- Remaja (10 -18 tahun)
- Remaja akhir (19-21 tahun)
- Keluarga

Psikolog klinis anak menangani beberapa tipe problem, antara lain a) anak-anak yang mempunyai resiko tinggi karena keadaan biologis yang tidak menguntungkan dan atau *psychological adversity*; b) problem perkembangan dan emosi yang serius; c) gangguan mental yang ditandai dengan problem serius pada perilaku, emosi, kognisi dan atau problem-problem perkembangan yang lain.

Psikolog klinis anak mereka bekerja dalam beberapa bidang kerja, antara lain: praktek pribadi. Lingkungan sekolah, klinik kesehatan mental, lingkungan rumah sakit *pediatric*, tumbuh kembang anak, lembaga sosial masyarakat, organisasi advokasi.

Dalam menjalankan profesinya psikolog klinis anak melalui beberapa prosedur dan tehnik yaitu diawali dengan pengukuran (*assessment*), kemudian disusul dengan penanganan untuk mendapatkan keadaan yang lebih baik pada permasalahan yang ada dengan berdasarkan data yang diperoleh pengukuran sebelumnya, selain itu juga dilakukan preventif sebagai usaha pencegahan agar keadaan tidak menjadi problem yang lebih besar, dan yang terakhir adalah konsultasi dengan orangtua, sekolah dan pihak-pihak terkait lainnya.

Pengukuran (*assessment*) yang dilakukan oleh seorang klinis anak menggunakan metode wawancara, observasi, memperhatikan data yang ada, seperti hasil tes psikologi yang pernah dilakukan, hasil pemeriksaan ahli lain, seperti pemeriksaan dokter, terapis okupasi, pedagogik, selanjutnya juga data dari sekolah. Alat pengumpul data yang lain adalah tes psikologis, Behavioral and emotional rating scales, dan Personality assessment instruments.

Pengukuran (*assessment*) digunakan untuk mengevaluasi problem keluarga dan anak; perkembangan kognisi dan bahasa anak; pencapaian prestasi belajar, penyesuaian diri psikososial, dan emosi; dan diagnosis gangguan anak. Dalam psikologi klinis anak pengukuran dirancang hingga memberikan suatu delineation faktor-faktor yang memberikan kontribusi berkembangnya problemnya dan mengidentifikasi target-target intervensi.

Intervensi dilakukan pada anak dan keluarga dengan menyesuaikan problem atau gangguan yang ada, tindakan (*treatment*) dalam intervensi meliputi manajemen perilaku dalam beberapa setting, pendekatan perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan gangguan self regulation (seperti manajemen marah), gangguan emosi (*mood disorder*), *play therapy*, psikoterapi individual bila terjadi pada anak yang sudah besar dan remaja; juga pada keluarga dengan terapi keluarga (*family therapy*) dan konseling keluarga (*family counseling*), parents training dan program edukasi pada orangtua. Pada beberapa kasus psikolog klinis anak juga bekerjasama dengan *pediatric*, psikiater anak, neurology, dan atau dengan layanan kesehatan anak yang lain.

Untuk pencegahan atau preventif dilakukan untuk pencegahan munculnya problem-problem yang muncul pada anak-anak dan remaja yang memiliki gangguan antisosial (*Antisocial behavior and delinquency*), keterlambatan berpikrit dan terlambat bicara. Kehamilan pada remaja, korban kekerasan, tekanan emosi pada selama dirawat di

rumah sakit atau prosedur medis, unintentional injury, dan sebagainya. Konsultasi dengan profesi lain juga dilakukan dengan tujuan untuk preventif dan alleviation problem-problem anak atau menempatkan pada layanan pengasuhan dan lingkungan pendidikan yang tepat.

Seorang psikolog klinis anak bekerja perlu memahami teori-teori yang berhubungan

1. Pengetahuan mengenai proses perkembangan yang normal karena terkait dengan emosional; Membedakan antara perilaku dan perkembangan normal dan abnormal. Pemahaman faktor-faktor perkembangan yang berkaitan dengan pengukuran (asesmen) dan intervensi; Problem perilaku, sosial, dan masalah emosional sering berkorelasi perilaku normal
2. Proses-proses dalam keluarga yang mempunyai peran penting berhubungan dengan perkembangan anak. Dampak dinamika keluarga, fungsi keluarga, pola-pola pengasuhan anak dengan problem-problem perkembangan
3. Psikopatologi anak dan remaja
  - Epidemiologi problem-problem anak, dan berhubungan dengan usia, gender, dan faktor resiko
  - Permasalahan perkembangan yang berhubungan dengan asesmen dan klasifikasi problem anak.
  - *Classification problem* (misal : DSM-IV TR, PPDGJ)
  - Etiologi model psikopatologi anak dan remaja
  - Pilihan treatment untuk problem masa kanak-kanak yang spesifik
4. Developmental psychopathology
 

Kombinasi antara riset dan teori pada proses perkembangan normative, perkembangan gangguan pada anak-anak, dan hal-hal yang berhubungan dengan pola perilaku yang adaptif.
5. Issue etika dan hukum yang berhubungan dengan *inform consent* dan kerahasiaan dengan populasi yang rentan ini, misalnya bayi, anak-anak dan anak prasekolah yang belum bisa memberikan persetujuan. Anak-anak yang mengalami kekerasan fisik atau pelecehan seksual.

Di Indonesia psikolog klinis anak bekerja pada beberapa masalah, antara lain anak-anak yang mempunyai resiko tinggi karena keadaan biologis yang tidak menguntungkan dan atau psikologikal *adversity*; b) problem perkembangan dan emosi yang serius; c) gangguan mental yang ditandai dengan problem serius pada perilaku, emosi, kognisi dan atau problem-problem perkembangan yang lain. Psikolog klinis anak mereka bekerja dalam beberapa bidang kerja, antara lain: praktek pribadi. Lingkungan sekolah, klinik kesehatan mental, lingkungan rumah sakit *pediatric*, tumbuh kembang anak, lembaga sosial masyarakat, organisasi advokasi. Dalam menjalankan profesinya psikolog klinis anak melalui beberapa prosedur dan tehnik yaitu diawali dengan pengukuran (*assessment*), kemudian disusul dengan penanganan untuk mendapatkan keadaan yang lebih baik pada permasalahan yang ada dengan

berdasarkan data yang diperoleh pengukuran sebelumnya, selain itu juga dilakukan preventif sebagai usaha pencegahan agar keadaan tidak menjadi problem yang lebih besar, dan yang terakhir adalah konsultasi dengan orangtua, sekolah dan pihak-pihak terkait lainnya.

Problem yang ditangani oleh psikolog klinis anak Indonesia saat ini sangat besar dan bervariasi, masalah kekerasan pada anak yang dilakukan oleh keluarga sendiri, guru, ataupun orang dewasa lain. Kemudian jumlah anak-anak yang mengalami gangguan perkembangan seperti autism, ADHD, maupun gangguan belajar (Learning Disabilities) semakin banyak, ada yang mengatakan sekitar 1:50. Jumlah psikolog yang menangani anak yang mengalami gangguan perkembangan ini secara professional sudah cukup banyak, namun untuk penanganannya masih terbatas, hal ini karena pendidikan psikologi di Indonesia masih lebih menekankan pada pengukuran (asesmen), yaitu diajarkan observasi, wawancara, dan psikodiagnostik, sementara metode intervensi untuk anak-anak masih sangat terbatas.

Psikolog klinis anak di Indonesia dalam menjalani keprofesionalismenya ada beberapa kendala, antara lain masalah alat ukur, banyak alat tes yang mesti dikembangkan agar lebih sesuai dengan kebutuhan dengan latar belakang budaya Indonesia. Saat ini alat tes yang sering digunakan di lapangan adalah alat seperti tes inteligensi Stanford Binet, WPPSI, WISC atau alat tes yang lain, semua tersebut merupakan alat tes yang memang bagus untuk asesmen namun alat tes ini merupakan hasil adaptasi berpuluh tahun yang lalu, sehingga ada beberapa subtes yang memiliki aitem yang harus direvisi dan kemungkinan alat tes tersebut perlu dilakukan standarisasi baru. Juga perlu mengembangkan metode intervensi yang lebih sesuai dengan anak/keluarga dengan budaya Indonesia. Sebagai contoh *Family Therapy* yang kita adopt dari psikologi barat bila diterapkan bagi keluarga Indonesia belum tentu sesuai dengan kondisi kita.

Persoalan lain psikolog klinis anak masih kurang mengembangkan rasa percaya diri pada keprofesionalismenya sendiri, sehingga mudah terpengaruh cara pengukuran yang dikembangkan bukan dari prospektif psikologi, yang teruji secara ilmiah. Sekarang muncul beberapa metode asesmen maupun intervensi yang mungkin bisa disebut *new wave*, bila dilihat keilmiahannya bisa dan ada, tetapi masalahnya bisa diterapkan dan dipertanggung jawabkan secara ilmiah tidak. Misalnya masalah yang hangat yaitu *fingerprint test*. Di Indonesia karena memang pengetahuan dasar dan pemahaman dasar terhadap aturan, batasan di dalam metodologi ilmiah dan penerapannya (termasuk pemahaman konsep filosofis di balik metode keilmiahannya) masih agak lemah, sehingga diskusi ilmiah dengan mayoritas ilmiah masih campur aduk dan muter-muter. Kalau kita bicara di dunia ilmiah ilmu pengetahuan (*for the sake of sciences*) maka kalau tidak ada batasan/koridor ilmiah memang bisa jadi bablas, karena semua bisa dikaji. Salah satu fungsi dari koridor EBP (*Evidence Based Practiced*) itu digunakan ketika kita mengambil suatu teori untuk diaplikasikan. Perlu menggunakan konsep berpikir dengan metode keilmiah yang terstruktur (filosofi dan metodologinya).

Masalah lain PKA di Indonesia adalah belum ditetapkan standar kompetensi psikolog klinis anak dan pengaturan pemberian lisensi oleh organisasi profesi. Hal ini sudah cukup mendesak mengingat yang dilayani PKA adalah anak-anak maka diperlukan profesionalisme dalam asesmen maupun intervensinya. Tidak sedikit anak-anak yang mengalami misdiagnosa, sehingga intervensinya pun menjadi kurang tepat.

PENERBIT KANISIUS  
Jl. Cempaka 9, Deresan  
Yogyakarta 55281



ISBN 978-979-21-2845-1



072171



9 789792 112845 1