



PSIKOLOGI KLINIS

Penulis :

- Sulistyani Prabu Aji
- Meilisa Silviana
- Yohannes Wijaya
- Idha Farahdiba
- Sairah
- Ratnasartika Aprilyani
- Yuhanah
- Diana Putri Arini
- Reza Fahlevi
- Ima Fitri Sholichah

ISBN 978-623-8004-25-6



9 786238 004256



PSIKOLOGI KLINIS

**Sulistyani Prabu Aji
Meilisa Silviana
Yohannes Wijaya
Idha Farahdiba
Sairah
Ratnasartika Aprilyani
Yuhanah
Diana Putri Arini
Reza Fahlevi
Ima Fitri Sholichah**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PSIKOLOGI KLINIS

Penulis :

Sulistyani Prabu Aji
Meilisa Silviana
Yohannes Wijaya
Idha Farahdiba
Sairah
Ratnasartika Aprilyani
Yuhanah
Diana Putri Arini
Reza Fahlevi
Ima Fitri Sholichah

ISBN : 978-623-8004-25-6

Editor : Mila Sari, S.ST, M.Si

Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, September 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Psikologi Klinis” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh Indonesia. Selain itu, buku kolaborasi dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh Indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit GetPress. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 SEJARAH DAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGI KLINIS	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Psikologi Klinis.....	2
1.3 Sejarah Psikologi Klinis.....	3
1.3.1 Periode 1 (Tahun – tahun Awal)	4
1.3.2 Periode 2 (Waktu Konsolidasi).....	4
1.3.3 Periode 3 (Pertumbuhan Pesat).....	5
1.3.4 Periode 4 (Perkembangan Yang Campur Aduk)	6
1.3.5 Periode 5 (Perkembangan Mutakhir dan masa depan).....	6
1.4 Karakteristik Psikologi Klinis.....	7
BAB 2 FUNGSI, PERAN PSIKOLOGI KLINIS DAN KETERKAITANNYA DENGAN PROFESI LAIN	9
2.1 Pendahuluan	9
2.2 Fungsi Utama Psikologi Klinis.....	9
2.3 Peran Psikologi Klinis.....	12
2.4 Lingkup Kerja Psikolog Klinis dan Keterkaitan Psikologi Klinis dengan Profesi lain.....	14
BAB 3 ISU-ISU TERBARU SEPUTAR PSIKOLOGI KLINIS	20
3.1 Pendahuluan	20
3.2 Tujuan Penulisan.....	20
3.3 Perubahan Sistem Pelayanan Kesehatan.....	21
3.4 Pembaharuan pada Pelatihan Klinis.....	22
3.5 Pemberian Resep.....	25
3.6 Psikologi Klinis dan Dunia Maya.....	25
3.7 Pembaharuan Psikologi Klinis dalam bidang Penelitian	28
3.8 Pembaharuan Intervensi Dunia Maya.....	30
3.9 Umpan Balik dalam Psikoterapi	32
3.10 Lupa akan Dasar Profesionalitas	34
3.11 Psikologi Positif.....	36
3.12 Kesimpulan	37

BAB 4 METODE-METODE PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS	41
4.1 Pendahuluan	41
4.2 Penelitian Dalam Psikologi Klinis	42
4.3 Tujuan Penelitian Psikologi Klinis	43
4.4 Metode Penelitian Psikologi Klinis	43
4.4.1 Metode Observasi.....	44
4.4.2 Metode Penelitian Epidemiologi	45
4.4.3 Metode Korelasi	46
4.4.4 Metode Longitudinal Versus <i>Cross Sectional</i>	47
4.4.5 Metode Eksperimental	47
4.4.6 Metode Single-Case (Desain Satu Kasus).....	52
4.5 Etika dan Penelitian	52
4.5.1 Informed Consent.....	53
4.5.2 Pengelabuan/Manipulasi dalam Penelitian (<i>Deception</i>).....	54
4.5.3 Penjelasan Singkat (<i>Debriefing</i>).....	55
4.5.4 Privasi dan Kerahasiaan	55
BAB 5	57
PERMASALAHAN DALAM DIAGNOSA DAN KLASIFIKASI	57
5.1 Pendahuluan	57
5.2 Diagnosa Gangguan Jiwa	57
5.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa	58
5.4 Frustrasi dan Stress serta Penyesuaian Diri.....	62
5.5 Kesimpulan	67
BAB 6 ASSESSMENT DALAM PSIKOLOGI KLINIS:	
<i>INTERVIEW DAN BEHAVIORAL</i>	69
6.1 Pendahuluan <i>Interview</i> (Wawancara) Dalam Psikologi Klinis.....	69
6.2 Tujuan <i>Interview</i> (Wawancara) Psikologi Klinis.....	69
6.3 Metode <i>Interview</i> Dalam Psikologi Klinis	70
6.4 Jenis <i>Interview</i> Dalam Psikologi Klinis.....	71
6.5 Ketrampilan <i>Interview</i> Dalam Psikologi Klinis	72
6.6 Strategi <i>Interview</i> Dalam Psikologi Klinis.....	74
6.7 Pendahuluan <i>Assessment Behavioral</i> Dalam Psikologi Klinis.....	77
6.8 Tujuan <i>Assessment Behavioral</i> (Perilaku) Dalam Psikologi Klinis	77

6.9 Metode <i>Assessment Behavioral</i> (Perilaku) Dalam Psikologi Klinis	77
6.10 Metode <i>Assessment Behavioral</i> memberikan dampak dalam psikologi Klinis	78
BAB 7 INTELEGENSI DAN KEPRIBADIAN	81
7.1 Pendahuluan	81
7.2 Intelegensi.....	81
7.2.1 Definisi Intelegensis	81
7.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Intelegensi	81
7.2.3 Cara Pengukuran Intelegensi.....	82
7.2.4 Gangguan Intelegensi	83
7.3 Kepribadian.....	83
7.3.1 DefinisKepribadian	83
7.3.2 Perkembangan Kepribadian	84
7.3.3 Struktur Kepribadian.....	85
7.3.4 Tipologi Kepribadian	86
7.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepribadian	86
BAB 8 PENILAIAN DAN INTERVENSI KLINIS.....	91
8.1 Pendahuluan	92
8.2 Diagnosis	93
8.3 Intervensi	100
BAB 9 PSIKOLOGI KOMUNITAS.....	109
9.1 Pendahuluan	110
9.2 Sejarah Psikologi Komunitas	111
9.3 Definisi Psikologi Komunitas.....	113
9.4 Nilai Dasar Psikologi Komunitas.....	120
9.5 Intervensi dalam Psikologi Komunitas.....	124
BAB 10 BIDANG SPESIALISASI PSIKOLOGI KLINIS: PSIKOLOGI KESEHATAN DAN PENGOBATAN	131
10.1 Pendahuluan.....	131
10.2 Perbedaan Psikologi Kesehatan dan Kedokteran Perilaku.....	132
10.3 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan.....	133
10.4 Memahami Kesehatan dan Penyebab Penyakit.....	134
10.5 Stres dan Penyakit Fisik.....	136
10.6 Stres dan Penanganan	137
10.7 Dukungan Sosial.....	140
10.8 Faktor Budaya pada Psikologi Kesehatan.....	142

10.9 Pencegahan dan Penatalaksanaan Penyakit	145
BAB 11 NEUROPSIKOLOGI	152
11.1 Pendahuluan.....	152
11.2 Psikologi Vs Neuropsikologi.....	153
11.3 Sejarah Neuropsikologi	154
11.4 Cabang Neuropsikologi	156
11.5 Asesmen dalam Neuropsikologi	157
BAB 12 PSIKOLOGI FORENSIK.....	171
12.1 Pendahuluan.....	172
12.2 Psikologi Forensik dan Sejarahnya.....	172
12.3 Pengertian Psikologi Forensik dan Peranannya.....	178
12.4 Saksi Ahli.....	187
12.5 Tantangan Menjadi Psikolog Forensik.....	189
12.6 Kesimpulan	194
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Witmer 1912	3
Gambar 1.2 : Kesehatan Mental.....	5
Gambar 1.3 : Contoh Tes Psikologi.....	7
Gambar 1.4 : Psikolog sedang melakukan terapi kepada Klien	7
Gambar 8.1 : Diagram keterhubungan antar aksis	99
Gambar 8.2 : ICD 10 online.....	99
Gambar 9.1 : Pergeseran perspektif berdasarkan sudut pandang ekologi	114
Gambar 9.2 : Manusia perak di lampu merah jalan.....	117
Gambar 9.3 : Analisis Sistem Ekologi	119
Gambar 9.4 : Kegiatan prevensi primer di kelompok remaja.	125
Gambar 9.5 : Pelatihan Anggota posyandu dan karang taruna	129
Gambar 12.1 : Tema dan isu utama dalam psikologi forensik.....	180
Gambar 12.2 : Ilustrasi hubungan sirkuler diantara kategori bidang dan tahapan psikologi forensik.....	183

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 : Keuntungan dan Kerugian Menggunakan Media Internet.....	27
Tabel 10.1 : <i>Odds Ratio</i> (OR) untuk Faktor Risiko dari Studi INTERHEART.....	135
Tabel 11.1 : Instrumen Neuropsikologi.....	161

BAB 1

SEJARAH DAN PERKEMBANGAN

PSIKOLOGI KLINIS

Oleh Sulistyani Prabu Aji

1.1 Pendahuluan

Psikologi klinis atau yang disebut juga “psikologi medis” (Zilboorg & Henry, 1941) dimulai pada reformasi abad ke-19, yang menghadirkan perawatan yang lebih baik untuk orang yang sakit mental dalam hal nilai kemanusiaanya.

Di dalam ilmu psikologi, kita mengenal beberapa cabang ilmu yang memang biasanya dipelajari untuk kehidupan di tengah masyarakat. Salah satunya adalah teori dalam psikologi klinis. Sebenarnya apa sih psikologi klinis itu? Untuk sebagian orang mungkin masih cukup awam dengan salah satu cabang ilmu psikologi yang satu ini karena memang untuk sejarahnya sendiri masuk ke dalam beberapa periode. Nah, untuk pengertiannya sendiri psikologi klinis merupakan salah satu cabang-cabang psikologi atau ilmu studi yang didalamnya lebih fokus untuk mempelajari pemahaman dan juga mengatasi berbagai masalah-masalah psikologis. (Asta, 2020)

Ilmu psikologi klinis juga dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan penyesuaian diri dan juga melakukan pengembangan kapasitas pribadi diri seseorang. Dalam hal ini psikologi memang melibatkan banyak pilihan dan juga konteks, sehingga membuat kita jauh lebih paham mengenai aspek apa saja yang terdapat di dalamnya, misalnya emosi, kognitif dan juga masalah perilaku seseorang. Secara artian juga salah satu ilmu yang ada di dalam psikologi ini membahas mengenai apakah orang tersebut masuk ke dalam abnormal apakah tidak, sehingga teori dalam psikologi abnormal bisa lebih kita ketahui. (Arrasid, 2021).

Psikologi klinis merupakan salah satu bidang psikologi yang paling tua dan juga merupakan akar dari ragam bidang psikologi lainnya di seluruh dunia. Sebelum dibukanya laboratorium

psikologi oleh Wilhelm Wundt pada tahun 1879 di Leipzig, sudah banyak ilmu – ilmu yang mulai tertarik dan meneliti terkait dengan perilaku dan kehidupan manusia. Psikologi sendiri merupakan suatu ilmu yang berkembang dari ilmu-ilmu filsafat yang kemudian memperoleh perhatian dan pendalaman dari ilmu eksak dan juga sosial. (Dewi, 2021)

Psikologi sendiri berasal dari Bahasa Yunani kuno yang memiliki arti ilmu yang mempelajari jiwa. Jiwa dalam hal ini merupakan perilaku, pemikiran dan kehidupan manusia. Mempelajari bagaimana manusia berpikir, bertindak dan menjalankan hidup dengan ragam keputusan. Hipocrates memprakarsai pendekatan medis untuk fenomena psikologis abnormal yang lambat laun menggantikan konsepsi-konsepsi supranatural atau demonologis. (Sukmasari, 2015)

1.2 Pengertian Psikologi Klinis

Pengetian psikologi klinis menurut pengertian dalam Asosiasi Psikologi Amerika (APA) adalah ilmu Psikologi yang mencakup assessment atau psikodiagnostik dan terapi bagi masalah-masalah psikologis, gangguan penyesuaian diri, serta perilaku abnormal. (Budhiarti, 2020)

Menurut J.H.Resinck adalah bidang dalam psikologi yang meliputi riset, pelayanan dan pengajaran yang relevan dengan prinsip-prinsip, metode-metode dan prosedur aplikasi untuk memahami, meduga dan mengurangi *maladjustmen*, ketidaknyamanan dan ketidakmampuan, diterapkan pada populasi klien untuk rentang yang luas. (Ayuningtyas, 2020)

Menurut Witmer, Pengertian Psikologi Klinis ialah metode yang digunakan untuk mengubah atau mengembangkan jiwa seseorang berdasarkan hasil observasi dan eksperimen dengan menggunakan teknik penanganan pedagogis.



Gambar 1.1 : Witmer 1912

Corsini mengatakan bahwa Pengertian Psikologi Klinis merupakan cabang psikologi yang bersifat spesialis dalam studi, prevensi, diagnosis dan penanganan gangguan-gangguan perilaku dan gangguan mental dan tekanan-tekanan mental yang negatif.

Reber menjelaskan, psikologi klinis adalah salah satu bidang dalam psikologi yang bersinggungan dengan perilaku menyimpang, maladaptif, dan abnormal.

Menurut Pheres 1992 Psikologi klinis adalah salah satu cabang psikologi yang merujuk pada bidang yang membahas kajian, diagnosis, dan penyembuhan (*treatment*) masalah-masalah psikologis, gangguan (*disorders*) atau tingkah laku abnormal.

Dari pengertian psikologi klinis yang diungkapkan para ahli diatas, dapat disimpulkan bahwa Pengertian Psikologi Klinis adalah cabang dari psikologi yang bersifat spesifik, dimana bertujuan untuk memahami perilaku individu yang dilaksanakan melalui metode pengukuran, analisis serta pemberian saran dan rekomendasi agar individu mampu melakukan penyesuaian.

1.3 Sejarah Psikologi Klinis

Perkembangan Psikologi Klinis dapat dibagi kedalam beberapa periode. Periode ini mulai dari awal munculnya, hingga sekarang, perkembangan psikologi sangat pesat. Dibawah ini, kita

akan mengklasifikasikan periode ini secara singkat, kemudian mendeskripsikan sejarahnya secara umum. (Maqassary, 2011)

Pada priode awal tahun lebih tepatnya Pada abad ke-19 muncul psikologi sebagai ilmu pengetahuan di Eropa dan Amerika. Terdapat tiga perkembangan sosial yang menggerakkan roda perubahan dan memungkinkan terjadinya hal itu. (Hidayati, 2015)

1.3.1 Periode 1 (Tahun – tahun Awal)

1. Untuk yang pertama psikologi dimulai sejak awal pengetahuan ketika abad XIX dan terjadi di benua Amerika dan juga benua Eropa.
2. Pada saat awal mulanya pendirian laboratorium pertama dilakukan di Leipzig pada tahun 1879 dan didirikan oleh Wilhem Wundt.
3. Pengukuran dan juga data statistik karakteristik manusia dilakukan oleh Francis Galton di Inggris.
4. Sigmund Freud yang melakukan praktek dan juga tengah menerbitkan *The Interpretation of Dreams*.
5. Witmer pada awalnya merintis jurnal "psychological clinic" ketika tahun 1907.
6. Ketika awal abad ke-20 terdapat periode reformasi yang dapat menggairahkan pada adanya rencana dan juga alat-alat didalam bidang psikologi.
7. Diantara tahun 1900 sampai dengan tahun 1920 ada banyak alat yang ditemukan untuk melakukan pengukuran karakteristik baru, khususnya untuk tes intelegensi. Tes Army Alpha dan juga tes Binet.

1.3.2 Periode 2 (Waktu Konsolidasi)

1. Ketika awal abad kedua ada masa diantara perang dunia yang dapat memberikan perkembangan masalah bidang psikologi dan juga adanya perkembangan dari standar psikologi.
2. Pengembangan adanya masalah anak dan juga berbagai teori yang dipelajari untuk berbagai orang dewasa, dimana dengan dilakukannya bimbingan yang mencirikan *treatment team* dan juga terdiri dari psikiater, pekerja sosial dan juga banyak psikologi.
3. Para orang yang berpengaruh dalam dunia psikologis, salah satunya psikologi memiliki tugas untuk bisa memberikan tes

pada orang- orang, khususnya anak- anak, sehingga dalam melakukan wawancara nya pun bisa berhubungan dengan sekolah.

4. Saat tahun 1030 terdapat berbagai kelompok yang memiliki layanan konseling di bagian kampus.
5. Adanya perang dunia ke 11 juga melibatkan pekerjaan dalam rumah sakit pada personal dan juga orang veteran militer, sehingga adanya luas jaringan yang tidak hanya dibatasi oleh bantuan pendidikan saja.
6. Munculnya teknik assessment antara MMPI TAT, SVIB dan juga tes bercak dalam psikologi.

1.3.3 Periode 3 (Pertumbuhan Pesat).

1. Saat dimulainya perkembangan ilmu psikologi klinis. Ada dua sampai dengan 3 decade ketika Perang dunia ke II dimana dalam psikologi profesi ini yang membuat seseorang jauh lebih mandiri.
2. Dalam melakukan penetapan standar juga saat tahun 1952 dilakukan penerbitan DSM 1 atau diagnostic and statistic manual of mental disorder ada Negara perkembangan ICD.
3. Pada tahun 1950 sampai dengan tahun 1960 dilakukan psikoterapi yang di dalamnya menjadi sebuah kegiatan yang jauh lebih menarik apabila kita bandingkan dengan penanganan atau penyembuhan penyakit gangguan mental.
4. Kemudian ilmu psikologi sudah mulai berkembang dan juga ditemukanlah obat psikiater untuk macam- macam gangguan jiwa.
5. Pencapaian tertinggi dapat terlihat dari adanya pencapaian yang baik, salah satunya dalam melakukan perubahan dan pola latihan pendidikan, pada bagian standar psikologi klinis dan juga pembentukan komite APA dalam penanganannya.



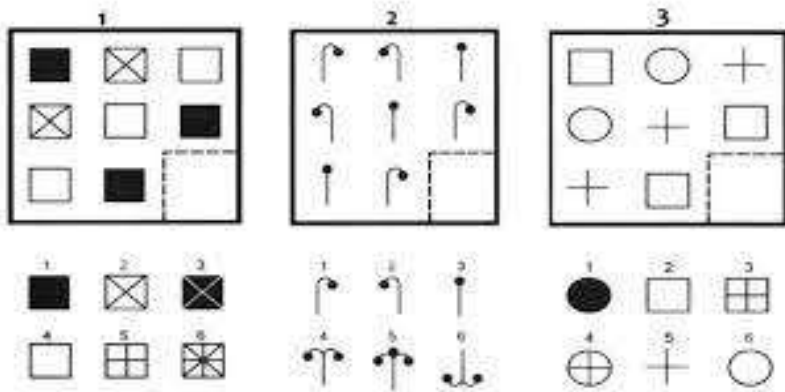
Gambar 1.2 : Kesehatan Mental

1.3.4 Periode 4 (Perkembangan Yang Campur Aduk)

1. Muncul kebutuhan akan kesehatan mental orang Amerika dan menjadikannya sebagai masalah nasional peluang meluas bagi psikolog klinis dan pekerja kesehatan mental lainnya.
2. Sebagian psikolog berkomitmen pada isu penanganan yang tidak semata-mata individual, missal isu, kesehatan masyarakat dan pencegahan yang muncul bidang khusus Psikologi komunitas.
3. Tahun 1970, psikologi klinis diakui perusahaan asuransi kesehatan sebagai penyedia layanan kesehatan independen.
4. Perubahan dalam jalur dan gelar pendidikan psikologi klinis

1.3.5 Periode 5 (Perkembangan Mutakhir dan masa depan)

1. Berkembang kajian lintas disiplin psikologi klinis dengan disiplin ilmu lain, seperti kedokteran.
2. Teori dan riset terus berkembang pesat, antara lain neuroimaging, penelitian untuk memetakan karakteristik genetic manusia (*human genetic project*).
3. Berbagai kemungkinan muncul antara lain penggunaan tes dan interpretasi tes dengan system komputerisasi, konsultasi psikologi di internet.



Gambar 1.3 : Contoh Tes Psikologi

1.4 Karakteristik Psikologi Klinis

1. Merupakan bagian psikologi yang tertarik pada perilaku dan proses mental, khususnya manusia.
2. Melakukan penelitian mengenai perilaku dan proses mental.
3. Terlibat dalam *assessment* dianalisis dan ditafsirkan (kesimpulan).
4. Psikologi klinis menolong orang yang masalah atau kesulitan psikologis.



Gambar 1.4 : Psikolog sedang melakukan terapi kepada klien

DAFTAR PUSTAKA

- Arrasid, M. F. 2021, Juni 10. Awal Mula Munculnya Psikologi Klinis dan pengaplikasiannya di beberapa bidang. Retrieved from Unpad.ac.id:
<https://sites.unpad.ac.id/muhammadfaikarrasyid/awal-mula-munculnya-psikologi-klinis-pengaplikasiannya-di-berbagai-bidang/#:~:text=Psikologi%20klinis%20atau%20yang%20disebut,mental%20dalam%20hal%20nilai%20kemanusiaan%20ya.>
- Asta, D. 2020. *Sejarah Perkembangan Psikologi*. Retrieved from dosenpsikologi.com: <https://dosenpsikologi.com/sejarah-perkembangan-psikologi-klinis>
- Ayuningtyas, S. 2020. *Sejarah Kelahiran Psikologi Klinis*. Retrieved from moveon.psikologi.:
<http://moveon.psikologiup45.com/2020/09/sejarah-kelahiran-psikologi-klinis.html>
- Budhiarti, A. (2020, Juni 16). *Psikologi Klinis*. Retrieved from psikologmudha: <https://psikologmudha.com/psikologi-klinis-adalah/>
- Dewi, T. M. (2021, September 11). *Sejarah Psikologi Klinis di Indonesias*. Retrieved from Tapak.id: <https://tapak.id/sejarah-singkat-psikologi-klinis-di-indonesia/>
- Hidayati, N. 2015, Juni 24. *Kompasiana*. Retrieved from Sejarah Perkembangan Psikologi Klinis: <https://www.kompasiana.com/nurhidayati563/54f84a18a33311ea7d8b4568/sejarah-psikologi-klinis>
- Maqassary, A. A. 2011, September. *psychologymania*. Retrieved from Sejarah Psikologi: <https://www.psychologymania.com/2011/09/sejarah-psikologi-klinis.html>
- Sukmasari, D. 2015, Juni 24. *Sejarah Psikologi Klinis*. Retrieved from Kompasiana.com: <https://www.kompasiana.com/direra/54f83ea0a33311af608b4f29/sejarah-psikologi-klinis>

BAB 2

FUNGSI, PERAN PSIKOLOGI KLINIS DAN KETERKAITANNYA DENGAN PROFESI LAIN

Oleh Meilisa Silviana Patodo

2.1 Pendahuluan

Seperti namanya, psikologi klinis adalah sub bidang dari disiplin psikologi yang lebih khusus. Seperti semua psikolog, psikolog klinis lebih berfokus pada perilaku dan proses mental. Psikolog klinis menghasilkan penelitian tentang perilaku manusia, berusaha menerapkan hasil penelitian yang dilakukan, dan terlibat dalam penilaian individu serta psikolog memberikan bantuan kepada mereka yang membutuhkan bantuan dengan masalah psikologis. Hingga saat ini ruang lingkup psikologi klinis terus berkembang dan mengalami banyak perubahan.

2.2 Fungsi Utama Psikologi Klinis

Psikologi klinis melibatkan penerapan prinsip, metode, dan prosedur untuk mengurangi atau meringankan kesalahan penyesuaian, kecacatan, dan ketidaknyamanan dalam berbagai populasi klien. Judul dan praktiknya diatur oleh organisasi profesional dan oleh dewan lisensi negara bagian. Jenis pelatihan khusus diperlukan oleh seorang psikolog untuk dapat memperoleh lisensi, dan karakter personal, seperti sikap, penilaian yang baik, dan stabilitas emosional, sangat dibutuhkan agar dapat menjalankan profesinya secara efektif. Sebagai salah satu profesi penyedia layanan kesehatan, psikologi klinis tumpang tindih dengan profesi kesehatan mental lainnya akan tetapi dibedakan dengan pelatihan psikologis yang berorientasi pada penelitian dan praktis. Psikologi klinis menjadi salah satu spesialisasi keilmuan dalam bidang psikologi yang cukup populer, serta menjadi jurusan

yang cukup populer di kalangan mahasiswa. Dalam ruang lingkup psikologi klinis, ada beberapa fungsi utama psikologi klinis yaitu:

a) Penilaian (*assessment*)

Proses penilaian melibatkan pengumpulan informasi tentang diri individu: perilaku, masalah, karakteristik unik, kemampuan, dan fungsi intelektual mereka. Informasi ini dapat digunakan untuk mendiagnosis perilaku bermasalah, untuk nantinya akan membantu mengarahkan klien mencapai keputusan/pilhan yang optimal, untuk memfasilitasi individu dalam memilih pekerjaan yang sesuai, menggambarkan karakteristik kepribadian klien, memilih teknik perawatan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi klien, untuk memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang masalah klien, untuk menyaring calon peserta dalam proyek penelitian psikologis, menetapkan tingkat perilaku dasar sebelum *treatment* dilakukan untuk mengukur peningkatan pasca *treatment*, dan untuk ratusan tujuan lainnya. Kebanyakan instrumen penilaian klinis terdiri dari tiga kategori yaitu: tes, wawancara, dan observasi.

b) *Treatment*

Psikolog klinis menawarkan perawatan yang dirancang untuk membantu individu lebih memahami dan menyelesaikan masalah psikologis yang berdampak negatif bagi dirinya. Intervensi ini dikenal sebagai psikoterapi, modifikasi perilaku, konseling psikologis, atau istilah lain, tergantung pada orientasi teoritis klinisi. Sesi *treatment* yang dilakukan akan di diskusikan dengan klien atau terapis, dimana nantinya akan berisi kegiatan terstruktur yang akan disepakati bersama. Psikoterapi individu telah lama menjadi aktivitas tunggal yang paling sering dilakukan psikolog klinis (Evans and Axelrod, 2012), tetapi psikolog juga dapat melakukan terapi kepada dua atau lebih klien secara bersama-sama dalam terapi pasangan, keluarga, atau kelompok. Dua atau lebih psikolog dapat bekerja bersama-sama dalam tim terapi untuk membantu klien mereka. Perawatan atau terapi dapat dilakukan secara singkat dalam satu sesi atau dapat diperpanjang selama beberapa tahun

tergantung kondisi klien. Beberapa psikolog, yang dikenal sebagai psikolog komunitas, lebih fokus pada pencegahan masalah psikologis dengan mengubah institusi, stresor lingkungan, atau keterampilan perilaku orang-orang yang berisiko mengalami gangguan (misalnya, orang tua remaja) atau seluruh komunitas. Hasil *treatment* psikologis biasanya positif, meskipun dalam beberapa kasus perubahannya mungkin kecil, negatif, atau bahkan tidak mengalami perubahan sama sekali (Castonguay, L. G., & Beutler, 2006)

c) Research (penelitian)

Meningkatkan efektivitas perawatan bagi masyarakat secara luas adalah tujuan utama penelitian. Kegiatan penelitian diharapkan dapat memberikan kontribusi besar dalam psikologi klinis. Di bidang psikoterapi, misalnya, teori dan praktik pernah didasarkan pada bukti studi kasus, serta keberhasilan pengobatan yang dilakukan. Sangat penting bagi psikolog klinis untuk dapat mengevaluasi secara kritis penelitian yang dipublikasikan sehingga mereka dapat menentukan prosedur penilaian dan intervensi terapeutik yang cenderung lebih efektif. Kedua, psikolog klinis yang bekerja di bidang akademis harus sering mengawasi dan mengevaluasi proyek penelitian yang dilakukan oleh mahasiswanya. Ketiga adalah psikolog klinis yang bekerja di pusat kesehatan mental masyarakat atau lembaga layanan lain dapat membantu administrator dalam mengevaluasi efektivitas program lembaga, pelatihan penelitian mereka bisa sangat berharga. Pelatihan penelitian dapat membantu klinisi secara objektif mengevaluasi efektivitas kerja klinis mereka sendiri. Melakukan *tracking* terhadap kondisi klien sehingga menjadi tanda perlunya melakukan perubahan rencana perawatan, mengetahui kebutuhan yang diperlukan untuk pelatihan klinis tambahan, dan berkontribusi kepada pihak ketiga (misalnya, asuransi perusahaan, peneliti klinis) upaya untuk mendokumentasikan dan memahami faktor-faktor yang mempengaruhi efektivitas klinis (Hatfield and Ogles, 2004).

d) *Teaching*

Sebagian besar psikolog klinis melaksanakan kegiatan di bidang pendidikan. Klinisi yang berkecimpung di bidang akademik biasanya mengajar di berbagai bidang seperti kepribadian, psikologi abnormal, psikologi klinis pengantar, psikoterapi, perilaku modifikasi, wawancara, tes psikologi, desain penelitian, dan klinis penilaian. Selain itu juga klinisi mengadakan seminar khusus tentang topik-topik lanjutan, dan mereka mengawasi pekerjaan mahasiswa yang sedang belajar penilaian dan keterampilan terapi dalam mata kuliah praktikum. Psikolog klinis juga melakukan banyak pengajaran dalam konteks *in service* (yaitu, *on the job*) pelatihan psikologis, medis, atau magang lainnya, pekerja sosial, perawat, pembantu institusi, administrator, pekerja penitipan anak, masa percobaan petugas, dan banyak kelompok lain yang keterampilan jurusannya dapat ditingkatkan dengan peningkatan kecanggihan psikologis. Klinisi bahkan mengajar sambil melakukan terapi, terutama jika mereka mengadopsi pendekatan perilaku di mana pengobatan termasuk membantu individu mempelajari cara berperilaku yang lebih adaptif. Pada akhirnya banyak klinisi yang berperan secara penuh dalam dunia pendidikan dan pengajaran ataupun paruh waktu dengan tujuan agar berbagi keahlian profesional yang dimiliki dan mengembangkan diri di bidang psikologi klinis lewat penelitian-penelitian yang dilakukan.

2.3 Peran Psikologi Klinis

Psikologi klinis berfokus pada aspek psikologis (yaitu, emosional, biologis, kognitif, sosial, dan perilaku) fungsi manusia dalam berbagai kelompok sosial ekonomi, klinis, dan budaya serta dalam kelompok usia yang berbeda. Pendekatan rentang hidup ini memerlukan fokus pada psikologi perkembangan serta pada dinamika perubahan perilaku, emosi, dan kognisi. Tujuan psikologi klinis adalah untuk memahami, memprediksi, dan mengobati atau meringankan gangguan, kecacatan, atau segala jenis ketidaksesuaian yang muncul. Tujuan ini melibatkan berbagai

spesialisasi dan kompetensi klinis, seperti penilaian masalah atau gangguan, perumusan masalah (yang terkait dengan penilaian klinis), dan perawatan yang diindikasikan untuk masalah ini. Tujuan kedua adalah melakukan upaya preventif (pencegahan) dalam rangka mempromosikan cara individu untuk mampu beradaptasi dengan lingkungan, penyesuaian, dan pengembangan pribadi, sehingga bidang psikologi klinis fokus pada pencegahan kondisi kesehatan mental.

Psikologi klinis secara inheren merupakan area penelitian terapan, yang mentransfer temuan ke dalam praktik. Ini mengacu pada pekerjaan langsung dengan klien dan pekerjaan tidak langsung melalui profesional lain dan konstruksi terkait kebijakan. Praktik profesional psikologi klinis kini telah ditetapkan di sebagian besar negara untuk mengadakan pelatihan tertentu, pendaftaran praktisi, dan pengembangan profesional secara berkelanjutan.

Psikolog klinis terlibat dalam penelitian, pengajaran dan pengawasan, pengembangan dan evaluasi program, konsultasi, kebijakan publik, praktik profesional, dan kegiatan lain yang mempromosikan kesehatan psikologis pada individu, keluarga, kelompok, dan organisasi. Praktisi psikologi klinis bekerja secara langsung dengan individu dalam semua tingkat perkembangan (bayi hingga orang dewasa yang lebih tua), serta dengan kelompok (keluarga, pasien psikopatologi serupa, dan organisasi), menggunakan berbagai metode penilaian dan intervensi untuk mempromosikan kesehatan mental dan untuk mengurangi ketidaknyamanan dan ketidaksesuaian. Pekerjaan ini dapat berkisar dari pencegahan dan intervensi dini terhadap masalah-masalah kecil dalam proses adaptasi diri, hingga menangani penyesuaian dan ketidaksesuaian individu yang gangguannya mengharuskan mereka untuk dirawat. Dalam hal *setting* kerja, psikologi klinis dapat melakukan berbagai kegiatan termasuk praktik individu, unit layanan kesehatan mental, organisasi perawatan kesehatan yang dikelola, pusat konseling, dan berbagai departemen di rumah sakit, sekolah, universitas, industri, sistem hukum, sistem medis, dan lembaga pemerintah.

2.4 Lingkup Kerja Psikolog Klinis dan Keterkaitan Psikologi Klinis dengan Profesi lain

Tidak semua klinisi sama-sama terlibat dengan semua aktivitas yang akan uraikan sebelumnya, tetapi hal ini dapat memberikan pemahaman yang lebih baik tentang pekerjaan sebagai psikolog klinis dan perbedaan serta keterkaitan psikologi klinis dengan beberapa bidang ilmu kesehatan mental lainnya seperti misalnya psikolog konseling, perawat, pekerja sosial, psikiatri dan psikolog sekolah. Sekitar 95% dari semua psikolog klinis menghabiskan waktu pekerjaan dengan terlibat dalam beberapa jenis kegiatan: penilaian, pengobatan, penelitian, pengajaran (termasuk pengawasan), konsultasi, dan administrasi. Lingkup pekerjaan psikolog klinis dipengaruhi oleh seberapa banyak waktu yang mereka habiskan pada kegiatan profesional yang dilaksanakan. Pekerjaan yang dilakukan tergantung dari tuntutan situasional, nilai-nilai budaya, serta kebutuhan mendesak dalam masyarakat terkait pelayanan psikologi klinis.

a) Psikologi Konseling

Konseling adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan berbagai profesi kesehatan mental dengan berbagai pelatihan dan persyaratan lisensi (Robiner, 2006). Beralih secara khusus ke psikologi konseling, profesi ini memiliki banyak kesamaan dengan psikologi klinis. Secara historis, perbedaan antara psikologi klinis dan konseling adalah dalam hal tingkat keparahan masalah yang ditangani. Secara umum, fokus psikologi klinis adalah pada penilaian dan pengobatan psikopatologi yaitu, manifestasi kecemasan, depresi, dan gejala lain yang cukup parah untuk dilakukan diagnosis klinis. Di sisi lain, psikolog konseling memberikan layanan kepada individu yang menghadapi tantangan normal dalam hidup misalnya: transisi perkembangan yang dapat diprediksi, seperti remaja yang mengalami peralihan ke usia dewasa dan akan memutuskan untuk mencari pekerjaan atau masuk ke jenjang perguruan tinggi dan menghadapi perubahan dalam pekerjaan atau peran interpersonal, dan penanganan stres yang terkait dengan tuntutan akademik atau pekerjaan. Secara sederhana psikolog konseling berkaitan dengan orang-

orang yang, pada umumnya, dapat menyesuaikan diri dengan baik tetapi mengalami beberapa kendala dalam proses perubahan tersebut, sedangkan psikolog klinis berurusan dengan orang-orang yang mengalami masalah signifikan dalam hidup mereka dan yang tidak mampu mengelola gejala emosional dan perilaku yang dihasilkan. Perbedaan lain antara kedua profesi adalah jenis pengaturan di mana praktisi bekerja. Psikolog konseling paling sering dipekerjakan di lingkungan pendidikan (seperti klinik konseling perguruan tinggi atau universitas) atau di klinik komunitas umum di mana berbagai layanan sosial dan psikologis tersedia. Psikolog klinis, sebaliknya, paling mungkin dipekerjakan di rumah sakit baik di rumah sakit umum maupun di fasilitas psikiatri. Perbedaan umum antara psikolog klinis dan konseling ini memudar karena perubahan dalam kedua profesi. Psikolog konseling kontemporer menyediakan pelayanan kepada individu yang mengalami kesulitan dan tidak dapat menjalankan fungsinya dengan normal misalnya pengobatan kepada mahasiswa yang menderita gangguan seperti gangguan depresif berat, gangguan panik, gangguan kecemasan sosial, atau gangguan makan (Benton *et al.*, 2003). Baik psikolog klinis dan konseling sekarang dipekerjakan di berbagai lingkup kerja, termasuk institusi publik dan praktik swasta.

b) Psikolog Sekolah

Psikolog sekolah memiliki pelatihan khusus dalam bidang psikologi dan pendidikan. Di Amerika Serikat, psikolog sekolah dipekerjakan di berbagai organisasi seperti sekolah, klinik, dan rumah sakit, dan dalam praktik swasta. Di Kanada, sebagian besar psikolog sekolah dipekerjakan oleh dewan sekolah. Mengingat fokus pada fungsi anak-anak, ada tumpang tindih terjadi antara psikologi sekolah dan psikologi klinis anak. Secara historis, psikologi sekolah menekankan pelayanan secara khusus yang berkaitan dengan pembelajaran anak-anak dan remaja, termasuk penilaian fungsi intelektual; evaluasi kesulitan belajar, dan konsultasi dengan guru, siswa, dan orang tua tentang strategi untuk mengoptimalkan potensi belajar siswa. Psikologi klinis anak berfokus pada pengobatan gangguan mental yang dapat didiagnosis. Peran psikolog

sekolah sekarang mencakup perhatian pada faktor sosial, emosional, dan medis dalam konteks pembelajaran dan pengembangan. Perubahan ini, dikombinasikan dengan kewajiban hukum bahwa sekolah menyediakan pendidikan yang paling tepat untuk semua anak, mengakibatkan psikolog sekolah mendiagnosis berbagai gangguan masa kanak-kanak dan remaja, serta mengembangkan program sekolah berbasis keluarga untuk membantu siswa belajar dan mengoptimalkan kemampuan belajar mereka. Psikolog sekolah juga telah mengambil peran kepemimpinan dalam pengembangan program sekolah berbasis pencegahan yang dirancang untuk mempromosikan keterampilan sosial, untuk mengurangi intimidasi, untuk memfasilitasi resolusi konflik, serta mencegah kekerasan dalam lingkup sekolah (Kratochwill, 2007).

c) Psikiatri

Psikiater adalah dokter spesialis dalam diagnosis, pengobatan, dan pencegahan penyakit mental. Seperti dokter pada umumnya, dalam empat tahun pelatihan sekolah kedokteran mereka belajar tentang fungsi tubuh manusia dan layanan kesehatan yang diberikan dokter. Seperti halnya spesialisasi medis lainnya, pelatihan sebagai psikiater membutuhkan lima tahun pelatihan residensi setelah berhasil menyelesaikan pelatihan medis dasar. Berbagai pilihan residensi dimungkinkan, termasuk pelatihan luas dalam layanan psikiatri dan pelatihan khusus dalam subspecialisasi seperti psikiatri anak atau geropsikiatri. Pelatihan psikiatri berbeda dalam hal-hal penting dari pelatihan psikologi terapan. Pertama, pelatihan psikiatri secara ekstensif berkaitan dengan sistem fisiologis dan biokimia dan menekankan fungsi biologis dan kelainan. Psikiater memiliki kualifikasi untuk menentukan apakah gangguan mental adalah akibat dari masalah medis dan untuk mengungkap kemungkinan interaksi antara penyakit fisik dan gangguan emosional. Pelatihan psikiatri memberikan keterampilan untuk mengevaluasi sejauh mana gejala psikologis dihasilkan atau diperburuk oleh: obat yang digunakan untuk mengobati penyakit fisik dan penyakit kronis. Di sisi lain, dibandingkan dengan psikolog, psikiater menerima

pelatihan yang relatif sedikit dalam perkembangan psikologis manusia, kognisi, pembelajaran, atau fungsi psikologis secara umum. Pelatihan psikiatri standar hanya memberikan pelatihan terbatas dalam keterampilan penelitian seperti desain penelitian dan analisis statistik. Banyak psikiater telah menjadi peneliti aktif dan telah berkontribusi dalam cara-cara penting untuk basis pengetahuan ilmu saraf dan ilmu manusia. Perbedaan mendasar lainnya antara pelatihan dalam psikologi klinis dan psikiatri adalah bahwa pelatihan psikiatri pada umumnya lebih menekankan perawatan psikofarmakologis daripada perawatan psikologis. Perkembangan dalam pelatihan psikiater dilakukan untuk melatih psikiater dalam perawatan termasuk terapi perilaku-kognitif dan interpersonal (Martin, Saperston and Maddigan, 2003). Meskipun penekanan psikoterapi relatif dilakukan dalam profesi psikiatri sedangkan bagi psikologi klinis layanan psikoterapi tetap disediakan.

d) Pekerja Sosial

Pekerja sosial fokus pada cara untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Praktik pekerjaan sosial mencakup kegiatan seperti pengembangan kebijakan, perencanaan program, manajemen program, konsultasi penelitian, manajemen kasus, perencanaan pemulangan, konseling, terapi, dan advokasi. Pekerja sosial dipekerjakan di berbagai pengaturan, termasuk rumah sakit, pusat kesehatan mental masyarakat, klinik kesehatan mental, sekolah, organisasi advokasi, departemen pemerintah, lembaga layanan sosial, pengaturan kesejahteraan anak, lembaga layanan keluarga, fasilitas pemyarakatan, organisasi perumahan sosial, pengadilan keluarga, program bantuan karyawan, dewan sekolah, dan konseling pribadi dan lembaga konsultasi. Gelar "pekerja sosial" dan "pekerja sosial terdaftar" dilindungi undang-undang dan hanya dapat digunakan oleh mereka yang memenuhi peraturan dan standar badan pengatur provinsi atau teritorial mereka. Banyak pekerja sosial berfungsi sebagai bagian dari tim kesehatan mental dalam peran manajer kasus yang, bekerjasama dengan pasien, mengkoordinasikan layanan dengan berbagai lembaga

sosial dan komunitas, layanan medis, dan layanan lainnya. Dalam peran mereka pekerja sosial membantu pasien untuk menavigasi apa yang sering dialami sebagai labirin penyedia layanan dan serangkaian tuntutan yang saling bertentangan yang disajikan oleh berbagai lembaga. Manajemen kasus sangat penting dalam membantu orang yang menderita gangguan mental yang parah dan melemahkan seperti *skizofrenia* dan gangguan bipolar. Program pelatihan pekerjaan sosial menekankan determinan sosial dan konsekuensi dari kesehatan mental dan penyakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Benton, S. A. *et al.* 2003. 'Changes in counseling center client problems across 13 years', *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), pp. 66–72. doi: 10.1037/0735-7028.34.1.66.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. 2006. 'Principles of therapeutic change: a task force on participants, relationships, and techniques factors', *Journal of Clinical Psychology*, pp. 631–638. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20256>.
- Evans, V. A. and Axelrod, S. 2012. ' Kazdin, A. E. 2011. Single-Case Research Designs, Second Edition. ', *Child & Family Behavior Therapy*, 34(1), pp. 76–79. doi: 10.1080/07317107.2012.654458.
- Hatfield, D. R. and Ogles, B. M. 2004. 'The use of outcome measures by psychologists in clinical practice', *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), pp. 485–491. doi: 10.1037/0735-7028.35.5.485.
- Kratochwill, T. R. 2007. 'Preparing psychologists for evidence-based school practice: lessons learned and challenges ahead', *American Psychologist*, 62(8), pp. 829–843. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.8.829>.
- Martin, L., Saperson, K. and Maddigan, B. 2003. 'Residency training: Challenges and opportunities in preparing trainees for the 21st century', *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(4), pp. 225–231. doi: 10.1177/070674370304800405.
- Robiner, W. N. 2006. 'The mental health professions: Workforce supply and demand, issues, and challenges', *Clinical Psychology Review*, 26(5), pp. 600–625. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.05.002>.

BAB 3

ISU-ISU TERBARU SEPUTAR PSIKOLOGI KLINIS

Oleh Yohannes Wijaya

3.1 Pendahuluan

Para ahli Psikologi telah melakukan penelitian dan telah belajar banyak mengenai perubahan-perubahan yang terjadi dalam dunia Psikologi Klinis. Setiap kasus yang dipelajari oleh setiap praktisi dan juga ilmuwan psikologi yang dilakukan selama ini bertujuan untuk mencari tahu pola-pola apa saja yang mendorong perubahan, kemudian diperkuat dengan pembuktian secara ilmiah atau opini secara subjektif.

Topik yang diangkat biasanya memiliki pro dan kontra saat ini atau memiliki sejarah yang panjang bahkan ada yang masih dalam proses. Perdebatan tersebut biasanya berdasarkan kreativitas, dorongan, atau keinginan Psikolog Klinis untuk memperbarui keilmuannya. Pembuatan bab ini berfungsi untuk memberikan edukasi, meningkatkan keinginan untuk masa depan di dunia Psikologi Klinis.

3.2 Tujuan Penulisan

Terdapat empat pembahasan yang akan dikemukakan pada bab ini, antara lain :

- a) Perubahan global dalam populasi yang semakin berkembang, dan dampak yang muncul pada pemberian pelayanan kesehatan
- b) Masalah-masalah yang muncul pada sistem pelayanan dan penempatan psikolog pada sistem tersebut
- c) Peran dunia maya, hambatan, dan kesempatan pada praktik Psikologi Klinis
- d) Praktik Psikologi Klinis secara *online*, dan pentingnya umpan balik dalam psikoterapi dan pembahasan dasar dari ilmu psikologi

3.3 Perubahan Sistem Pelayanan Kesehatan

Peningkatan yang sangat pesat dalam sistem pelayanan kesehatan pada abad terakhir ini. Kumpulan dari beberapa pembaruan yang muncul dalam masyarakat akhir-akhir ini membuat perubahan yang drastis pada sistem pelayanan kesehatan. Salah satu dampak dari peningkatan dalam pelayanan kesehatan adalah individu memiliki motivasi untuk tetap hidup meskipun telah terinfeksi penyakit yang dapat mempercepat kematian beberapa dekade lalu.

Sayangnya ini juga berarti bahwa terjadi peningkatan populasi individu yang terjangkit penyakit kronis. Hal tersebut membuat kondisi medis semakin melemah, kualitas hidup mereka juga semakin rendah karena rasa sakit yang mereka alami, kehilangan fungsi dan/atau menurunnya mobilitas. Individu tersebut yang banyak memerlukan pelayanan kesehatan yang baik dan mahal agar dapat mengelola gejala yang mereka alami (Boult dkk., 2009)

Fakta yang ditemukan menyatakan bahwa praktik kedokteran untuk keluarga didominasi oleh pasien yang sudah berumur dengan penyakit kronis. Karena untuk mengurangi kematian yang didasari oleh perilaku yang dapat dikontrol oleh manusia, maka psikolog klinis memegang peran penting dari sistem pelayanan kesehatan. Kebanyakan pasien tidak menunjukkan indikasi bahwa mereka ingin hidup mereka diperpanjang dengan cara apapun, melainkan mereka mencari kualitas hidup meningkatkan martabat mereka sebagai gantinya.

Lebih dari 90 persen pasien yang lanjut usia dengan penyakit yang parah menolak untuk berpartisipasi dalam perawatan medis yang lebih mahal hanya untuk supaya dapat bertahan beberapa bulan pada penyakit yang sulit sembuh (Molloy *et al.*, 1992). Hal ini muncul karena untuk pengobatan sendiri menghabiskan uang yang sangat banyak terlebih lagi dikarenakan teknologi baru yang semakin mahal, sedangkan mereka kebanyakan hanya hidup berdasarkan uang pensiunan dan dari anak-anak mereka.

Karena hampir semua sistem pelayanan kesehatan memiliki faktor perilaku, maka peran psikolog klinis sangat diperlukan dan

memegang peran penting saat ini, terutama di bidang pelayanan kesehatan. Setiap ada manusia, psikolog klinis pasti dibutuhkan untuk masa depan. Kemampuan psikolog klinis jika diterapkan ke banyak orang akan memberikan dampak yang besar, terutama bagi pelayanan kesehatan dari sisi ekonomi. Konsisten dengan alasan tersebut, psikolog klinis perlu mempertimbangkan apakah mereka perlu untuk meningkatkan kemampuan mereka terutama dalam model pelatihan untuk persiapan di masa depan nanti.

Para peneliti seperti (Linden, Moseley and Erskine, 2005) yang sudah mencoba untuk mencoba mengevaluasi dan juga memperbaiki model pelatihan untuk mempersiapkan para profesional dalam menghadapi perubahan-perubahan di masa depan nanti. Salah satu saran yang direkomendasikan adalah para psikolog klinis harus mencoba mengaplikasikan ilmu mereka di luar tempat mereka bekerja, dan mencoba mengaplikasikan ilmu mereka dalam lingkup masyarakat tidak hanya secara individual yang biasa profesional lakukan. Hal ini berguna untuk meningkatkan kompetensi mereka dalam sisi keilmuan.

Teknologi akan sangat mempermudah psikolog klinis dalam mengaplikasikan ilmu mereka, misalnya dengan menggunakan komputer dan juga internet. Karena dapat membantu psikolog klinis untuk tidak hanya fokus pada tempat mereka bekerja, tetapi dapat menemukan cara baru yang lebih inovatif dan efektif dalam mengaplikasikan ilmu mereka sesuai dengan pelatihan yang intensif sebagai psikolog klinis (Murdoch, Gregory and Eggleton, 2015). Mereka juga sudah membantu para konsultan pada aspek sistem pelayanan kesehatan, dari preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam memahami kesehatan mental.

3.4 Pembaharuan pada Pelatihan Klinis

Model dari pelatihan dalam psikologi klinis pada setengah abad ini, masih menggunakan model dari pendahulu psikologi, yakni praktisi maupun ilmuwan psikologi. Para psikolog klinis bagaimana menggunakan dua buah topi secara bersamaan, hal ini dikarenakan kita sering melihat para psikolog klinis menggunakan teori yang sudah dibuat oleh ilmuwan psikologi dan juga mengaplikasikan teori tersebut ketika sedang melakukan praktik

psikologi. Penekanan pada sains sangat diperjelas karena psikolog klinis dianggap sedikit sekali mengeluarkan penelitian ilmiah karena fokus pada pekerjaannya sebagai praktisi.

Praktik berbasis ilmiah dianggap sangat penting bagi psikolog klinis. Hal ini dikarenakan sangat penting untuk memahami bagaimana mengaplikasikan ilmu mereka berdasarkan bukti penelitian secara empiris. Psikolog klinis dapat menggunakan pengalaman tersebut untuk memperluas ilmu dasar mereka. Hubungan praktisi dan ilmuan psikologi sangatlah penting, karena akan membutuhkan satu sama lain. Bagi ilmuan dapat melihat penelitiannya diaplikasikan oleh praktisi, dan praktisi dapat mengimplementasikan ilmunya berbasis penelitian yang empiris berkat ilmuan psikologi.

Hubungan ini sangat sulit untuk dibantah sampai sekarang. Untuk memberikan pelatihan memerlukan biaya yang mahal, terutama untuk kedua kemampuan tersebut. Hal ini yang membuat pandangan ini merupakan pandangan yang idealistis bagi profesional. Ilmu pengetahuan yang tersedia untuk psikolog klinis sekarang sudah banyak dan berkembang, misalnya saja sudah banyak pembahasan tentang terapi dan juga sudah divaliditaskan secara empiris. Seiring dengan pertumbuhan ilmu pengetahuan yang mendukung para psikolog klinis, muncul juga banyak perdebatan tentang model pelatihan yang terbaik saat ini. Perubahan ini telah memicu banyaknya program pelatihan berorientasi pada praktisi yang memberikan gelar doktor (*PsyD*) bagi lulusan.

Sekarang setelah 60 tahun kemudian, ini saatnya kita bertanya, apakah sekarang semua praktisi masih membutuhkan pelatihan berbasis ilmiah. Jika kita mencoba mengikuti model pelatihan di sekolah kedokteran, maka praktisi tidak akan lagi diberikan pelatihan secara ekstensif dalam menciptakan pengetahuan ilmiah. Kalau kita lihat dari sisi lain, program pelatihan berorientasi pada praktisi bisa membuat kebingungan identitas antara ilmuan psikologi dan praktisi psikologi.

Sudut pandang lain yang menimbulkan banyak perubahan bagi model pelatihan adalah dari sisi ekonomi dari pelatihan itu sendiri berdasarkan penyediaan dan pengeluaran. Model pelatihan lama biasanya tidak banyak peminatnya. Bisa saja tidak lebih dari

10 orang pertahun. Kalau kita lihat dari sedikitnya peminatnya program pelatihan akademik akan sulit untuk mendapatkan penyediaan karena peminatan sebagai praktisi tidak banyak.

Selain itu, biasanya program studi psikologi klinis akan lebih banyak peminat jika di tempat tersebut sudah disediakan tempat pelatihan sendiri di departemen mereka. Banyak juga mahasiswa yang ditolak masuk dan gagal ujian masuk lebih memilih untuk tidak mengejar mimpinya lagi dan tidak ingin melanjutkan mimpinya untuk menjadi psikolog klinis. Hal tersebut juga membuat membuat lulusan yang bukan dari klinis memasarkan diri mereka sebagai praktisi (Linden, 2015).

Untuk menjaga kesejahteraan populasi klien di masa depan terutama dalam hal keselamatan klien, maka diperlukan perizinan khusus yang spesifik sesuai kompetensi (bukan hanya gelar akademik) agar pihak tersebut bisa menyebut dirinya sebagai praktisi. Ketika masuk dunia kerja pelatihan yang berupa lisensi akan meningkatkan peminatan untuk mendapatkan lisensi tersebut. Universitas dan pemerintah dapat berkolaborasi akan hal ini, namun karena pemerintah biasanya tidak terlalu memasarkan sumber daya manusia hingga susah untuk mendapatkan pendanaan untuk program pelatihan.

Perubahan drastis lainnya adalah praktik psikolog klinis pada penataan pegawai berubah menjadi model praktik mandiri (Cantor and Fuentes, 2008). Lulusan psikolog klinis membutuhkan pelatihan tentang bagaimana mereka membuka praktik mandiri dan bagaimana menjalankan profesi mereka sebagai bisnis. Hal ini menjadi tantangan bagi universitas karena mereka yang mengajarkan para psikolog klinis untuk membuka bisnis secara mandiri adalah karyawan juga yang tidak memiliki pengalaman membuka usaha sendiri. Hal tersebut akhirnya dipersiapkan oleh universitas bahwa setidaknya diperlukan satu tahun magang untuk mempersiapkan para psikolog klinis dalam membuka praktik mereka sendiri.

Kebanyakan magang tersebut diusahakan di ruang lingkup medis, meskipun sampai sekarang tidak ada aturan bahwa psikolog klinis pasti akan bekerja di ruang lingkup medis. Untuk mempersiapkan para lulusan psikolog klinis untuk mendirikan bisnis mereka secara mandiri, maka pelatihan yang paling sesuai

adalah dengan memberikan fasilitas tempat magang di luar ranah medis. Saat ini implementasi hal tersebut sangat jarang ditemukan dan ditemukan banyak sekali tantangan.

Klien yang memilih untuk datang di tempat praktek mandiri akan langsung membayar jasa psikolog klinis tersebut kepada profesional yang memberikan layanan psikologis dan tidak ingin dilihat oleh orang lain dan juga mahasiswa. Banyak sekali cara yang dilakukan dalam praktik mandiri, ada yang lebih mengerucutkan pada spesialisasi tertentu agar mudah untuk menentukan program pelatihan apa yang cocok untuk mahasiswa tersebut. Praktik ini harus fokus pada model pelatihan yang sudah disepakati sebelumnya agar tidak semakin kacau dan juga harus efisien dan memang dapat diimplementasikan.

3.5 Pemberian Resep

Praktik kedokteran dilindungi oleh hukum dan relatif mudah untuk mendefinisikan bahwa pada praktik kedokteran biasanya bisa memberikan resep dan juga ketika melakukan pembedahan atau memberikan injeksi kepada pasien. Psikolog klinis sendiri tidak diperbolehkan untuk memberikan resep, akan tetapi ada beberapa kejadian di mana perawat senior bisa memberikan resep pada keadaan atau situasi tertentu (www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/devenir.html). Psikolog klinis pernah untuk mencoba meminta untuk diberikan wewenang untuk memberikan hak istimewa dalam pemberian resep obat psikotropika selain dokter. Akan tetapi banyak sekali masalah yang berkaitan dengan definisi dari profesional itu sendiri, sehingga sampai sekarang psikolog klinis masih belum bisa memberikan resep kepada klien.

3.6 Psikologi Klinis dan Dunia Maya

Kemunculan komputer dan internet merupakan revolusi yang memberikan dampak sangat besar di seluruh dunia. Meskipun terkesan berlebihan, tetapi sampai sekarang tidak ada siapapun yang membantah pernyataan ini. Dalam dunia psikologi, terutama psikologi klinis tentunya akan ada perubahan yang signifikan juga. Pada bagian ini, kita akan membahas bagaimana perubahannya dan

juga dampak teknologi dan dunia maya ini pada praktik psikolog klinis dan juga apakah menimbulkan perkembangan yang membangun atau malah berdampak sebaliknya.

Perkembangan teknologi memiliki dampak yang cukup signifikan bagi kehidupan manusia terutama di bidang pendidikan, contoh yang terlihat adalah para mahasiswa sudah jarang datang ke perpustakaan untuk mencari buku. Bahkan ada yang bisa mencarinya lewat internet dalam beberapa detik saja dan langsung mendapatkan buku apa yang mereka inginkan. Biasanya sekarang perpustakaan sudah menyediakan layanan ini, hal ini mempermudah mahasiswa untuk mengerjakan tugas mereka. Generasi lama yang masih dengan cara manual pasti merasakan perubahan yang cukup drastis, karena mereka harus belajar lagi dari awal untuk menyesuaikan diri dengan teknologi yang semakin berkembang ini. Pada bab ini, kita akan membahas bagaimana keuntungan dan kerugian dikarenakan revolusi elektronik.

Dua belah pihak, baik klien maupun psikolog memiliki akses yang sama untuk mendapatkan informasi, dan biasanya klien akan datang ke tempat praktik psikolog untuk mengetahui apa yang terjadi dengan mereka. Untuk saat ini banyak sekali *support groups* yang muncul di internet dan klien dapat mengikuti grup tersebut dengan menggunakan media internet (Stephen dkk., 2017) serta dapat mengunduh program tertentu untuk penanganan tertentu.

Teknologi juga membantu para klien yang berada pada area yang terpencil dapat pelayanan dengan media internet yang biasanya tidak bisa mereka akses sebelumnya. Jika kita membahas tentang media internet, pastinya pelayanan tersebut tidak secara langsung yang biasa dilakukan oleh psikolog klinis dan hal ini pasti akan muncul efek samping. Rees and Stone (2005) telah melakukan observasi terhadap terapis, hasil dari observasi tersebut adalah terdapat penurunan dari standar deviasi pada tingkatan empati para terapis tersebut ketika menggunakan media video jika dibandingkan dengan pertemuan secara personal dan bertemu secara fisik.

Kesulitan membuat standarisasi dalam program yang berguna pada individu dengan berbagai macam kondisi dapat diperbaiki dengan menggunakan program yang sudah dirajut atau disesuaikan. Teknologi komputer dapat membuat kita lebih fokus

pada target yang lebih spesifik pada klien yang membutuhkan pelayanan. Pengobatan yang sudah dirajut ulang atau disesuaikan akan meningkatkan kesuksesan dalam intervensi, dan meningkatkan kepuasan serta mempercepat penyelesaian dari sebuah program pengobatan (Ryan and Lauver, 2002).

Terdapat banyak bukti bahwa terapi dengan bantuan teknologi dapat lebih efektif. Klaim seperti ini harus lebih banyak diteliti lagi, karena kita harus bisa menganalisis dan mengidentifikasi kondisi mana yang tepat untuk klien dan juga harus secara jelas memperlihatkan apa bedanya dengan terapi secara konvensional pada umumnya (Danaher and Seeley, 2009).

Tabel 3.1 : Keuntungan dan Kerugian Menggunakan Media Internet

Wilayah	Keuntungan	Kerugian
Pencarian literatur ilmiah (penyebab, diagnosa, dan pengobatan)	<ul style="list-style-type: none"> • Efisien waktu • Data yang didapat secara transparan • Mudah dalam mencari informasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Para pengguna internet harus bisa melihat mana data yang benar atau tidak, karena data di internet bisa menimbulkan bias
Diagnosa	<ul style="list-style-type: none"> • Efisien waktu • Mereduksi pengeluaran 	<ul style="list-style-type: none"> • Menimbulkan kemalasan dan hilang konteks
Pengobatan	<ul style="list-style-type: none"> • Akses tidak tersedia karena alasan finansial dan geografis 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi di internet bersifat umum dan setiap manusia memiliki masalah dan keunikan yang unik • Kerahasiaan dan perawatan akan sulit dijaga karena memerlukan <i>coding</i> dalam teknologi dan itu pengguna internet harus tereduksi akan hal tersebut

Penggunaan internet sebagai media memiliki banyak keuntungan dan juga kerugian. Kita sebagai pengguna juga harus mengedukasi diri kita untuk bisa lebih telaten dalam memilih sumber informasi karena tidak semua informasi di internet benar. Hal ini dikarena hampir semua orang yang menggunakan internet dapat mengunduh hasil karya mereka. Maka identitas pembuat artikel perlu dijadikan pertimbangan ketika mengunduh atau mengutip informasi.

3.7 Pembaharuan Psikologi Klinis dalam bidang Penelitian

Pembahasan tentang penelitian dalam bidang psikologi klinis sudah banyak sekali, akan tetapi terdapat pembahasan dari Linden and Hewitt (2018) yang menjelaskan arahan mengenai hal tersebut dan pada kesempatan ini kita akan membahas sudut pandang mereka. Pembahasan tersebut antara lain :

- a) Penelitian yang membahas tentang rumusan dan diseminasi untuk pengembangan intervensi baru dan strategi penilaian serta demonstrasinya dalam hal reliabilitas dan validitas dalam hal penanganan klinis. Selalu saja ada intervensi baru dan elemen baru yang dikembangkan dan ditawarkan dalam literatur, misalnya kita sudah melakukan penelitian untuk dapat mendeskripsikan intervensi baru dan perlu dibuktikan apakah intervensi baru tersebut efektif atau tidak. Sementara itu, banyak sekali intervensi tradisional yang sudah lama sekali digunakan selama bertahun-tahun tetapi belum dilakukan penelitian lanjut atau bahkan ada yang belum dijamah sama sekali. Penelitian untuk masa depan perlu fokus dalam perawatan tradisional terlebih dahulu untuk menentukan kemanjuran, efisiensi, utilitas dan prosedur penilaian sebelum menjamah intervensi yang baru.
- b) Memisahkan bahan utama dari pendekatan intervensi, terutama bagi yang spesifik maupun yang umum. Sampai sekarang belum ada jawaban yang jelas tentang apa yang memfasilitasi perubahan tersebut. Hal yang penting untuk dipahami adalah kita harus menunjukkan dan memahami pengalaman psikoterapi seperti apa yang bermanfaat bagi

masyarakat. Misalnya setelah beberapa lama penelitian dilakukan mengenai psikoterapi, sampai sekarang masih saja kasus menemukan faktor penyebab yang masih terbilang umum dan tidak menggunakan yang lebih spesifik untuk menemukan hasil perawatan yang baik.

- c) Keuntungan dan kerugian penggunaan psikofarmakologi dan intervensi psikologi. Karena mudahnya menggunakan obat untuk menurunkan gejala-gejala, sehingga mendapatkan sambutan yang hangat bagi sebagian besar dari masyarakat. Bagi masyarakat penggunaan obat-obatan itu cara cepat dan efektif untuk mengatasi kesulitan psikologis. Penting bagi masyarakat luas untuk tahu gambaran dan pemahaman penggunaan antara obat dan juga psikoterapi. Sampai sekarang psikolog klinis yang memberikan resep obat meningkat. Sangat penting untuk memiliki dasar empiris tentang penggunaan obat dibandingkan dengan psikoterapi atau bahkan diperlukan kombinasi antara penggunaan obat-obatan dan juga pendekatan psikoterapi.
- d) Penggabungan metode dari teori ilmu saraf dapat membantu psikolog klinis dalam memahami gangguan psikologis. Berdasarkan data tersebut, dapat disimpulkan bahwa perilaku manusia berasal dari sistem saraf pusat. Perkembangan teknologi yang semakin pesat akan membuat kita menemukan bentuk teknologi yang lebih mutakhir sehingga pemahaman proses psikologi dalam dunia psikologi klinis semakin meningkat. Saat ini, ada banyak literatur yang mengidentifikasi perbedaan kinerja otak antara orang tanpa gangguan psikologis dengan yang memiliki psikopatologi. Ada banyak sekali kemungkinan untuk memahami banyak proses psikologi yang biasanya secara tradisional disebut sebagai "pikiran" dan sering dianggap tidak dapat di akses melalui Teknik pencitraan. Contoh yang dapat diberikan adalah sesuai dengan pemaparan dari para peneliti yang menyatakan bahwa menggunakan prosedur dari teori ilmu saraf untuk membantu kita memahami proses alam bawah sadar pada masalah klinis. Tentu saja perkembangan teknologi yang semakin maju dapat membantu kita untukantisipasi di masa depan yang akan

mempengaruhi konstruk psikologi apa yang dapat digunakan untuk penelitian.

3.8 Pembaharuan Intervensi Dunia Maya

Perkembangan teknologi membuktikan bahwa sudah ada perkembangan sistem psikoterapi dengan bantuan komputer (CP). Penggunaan CP ini sudah dapat digunakan dan secara efektif membantu berbagai masalah umum dalam bidang Kesehatan mental. Kebanyakan klien menerima cara ini dikarenakan mudah, aman, dan menurunkan stigma dari psikoterapi itu sendiri. CP dapat di akses di klinik, tapi sekarang klien dapat menggunakan fasilitas ini di rumah mereka sendiri, Dengan bantuan yang singkat dan mudah dengan media telepon atau email. Hal ini akan mempermudah sistem penyaringan dan juga efisien.

Kemanjuran CP dan juga dukungan dan penyebaran serta implementasinya di berapa badan pendanaan nasional dan juga di lembaga pemerintahan terutama di Inggris telah membantu penyebaran penggunaan CP sebagai pilihan untuk perawatan rutin dan hal ini meningkatkan akses dalam terapi psikologi di berapa negara (Marks and Cavanagh, 2009)

Kalau kita mencoba memprediksikan sedikit ke masa depan, misalnya tahun 2025. Kita akan lihat sudah banyak lulusan psikologi sudah berumur 30 tahunan. Lebih dari 5 miliar orang di planet ini akan menggunakan ponsel pintar yang sudah semakin canggih, telepon pintar yang sudah menggunakan sensor. Sistem tersebut akan lebih bagus lagi dari pada *Iphone* dan Android.

Meskipun telepon pintar tidak dirancang untuk penelitian psikologis, akan tetapi dengan menggunakan teknologi terbaru akan mudah untuk mengumpulkan sejumlah besar data yang valid, memudahkan dan mempercepat mendapatkan sampel yang lebih besar. Jika para peserta mengunduh aplikasi khusus tersebut, ponsel pintar akan merekam di mana mereka berada dan apa yang mereka lakukan. Mereka juga mampu melihat dan mendengar serta menjalankan survei, tes, dan melakukan eksperimen melalui layar sentuh dan juga koneksi internet.

Penelitian dengan menggunakan ponsel pintar memerlukan kemampuan baru dalam mengembangkan teknologi dan analisis

data akan menemukan masa etika lagi, meskipun demikian ponsel pintar dapat merubah psikologi semakin berkembang dibandingkan dengan PC dan penggunaan *brain imaging* (Miller, 2012).

Banyak juga klien yang merasa skeptis atau tidak yakin terhadap sistem CAP ini karena ada keyakinan lama yang menganggap psikoterapi itu membutuhkan hubungan keterlibatan antara terapis dan juga klien sendiri. Hal ini mungkin berlaku pada beberapa klien, akan tetapi ribuan orang yang merasa nyaman menggunakan CAP yang sudah terbiasa dengan sedikit kontak dengan manusia. Hal yang sama juga terjadi pada klien yang sudah terbiasa pada terapi F2F (tatap muka) sehingga mereka dapat terbiasa menggunakan CAP (Marks, Cavanah and Gega, 2007).

Namun karena kekurangan informasi yang inklusif mengenai biaya penggunaan dan dampak CAP terhadap pemanfaatan dan penyediaan layanan Kesehatan, maka peneliti dan penyedia layanan perlu untuk mengidentifikasi apa yang sebenarnya mereka inginkan ketika memperkenalkan CAP dalam layanan kesehatan, lalu mencoba untuk mengeksplorasi biaya lain yang digunakan sebagai implementasi model (Mark dkk., 2007)

Perkembangan intervensi secara *online* memaksa para psikolog klinis agar semakin sadar bahwa mereka perlu berkembang dan mengadaptasi perubahan. Mau tidak mau, kita sebagai psikolog klinis harus belajar untuk bekerja menulis dan melakukan tugas mereka secara *online* dan jauh dari klien meskipun tidak melihat langsung klien secara F2F atau berbicara dengan mereka. Tantangan untuk masa depan adalah, apakah psikolog klinis mau melakukan praktik mereka layaknya artis, tanpa ada kontrol internal maupun eksternal atau apakah mereka ingin merubah praktik profesional mereka menggunakan SOP (*Standar Operating Procedure*) dalam evaluasi ataupun praktik yang berupa replika (Strecher, 2007).

Intervensi secara *online* yang dimaksud adalah *e-counseling* atau *e-therapy* sebagai istilah umum dengan cara merujuk klien kepada pelayanan kesehatan mental jarak jauh dengan media teknologi atau telekomunikasi. Teknologi yang dipakai adalah telepon, computer dan masih banyak lagi. Referensi yang digunakan bisa bermacam-macam, ada yang menyebutkan *tele-*

health, konseling *online*, terapi *online*, *tele-psychiatry*, *tele-psychology*, *tele-psych*, *tele-practice*, *behavioral tele-health*, *tele-medicine*, psikoedukasi *online*, dan terapi *mobile*

Meningkatnya penggunaan *Coalition for Technology in Behavioral Science* (CTiBC) adalah salah satu diantara banyak peningkatan minat dari intervensi klinis secara *online*, apa lagi muncul program pelatihan baru untuk melatih para psikolog klinis dalam melakukan terapi dengan menggunakan media internet. Praktik klinis dengan media internet seperti konseling *online* dan terapi *online*, menggunakan komunikasi jarak jauh dan menulis pesan secara *online* sudah menjadi komponen bagian yang penting dari fisik, dan juga promosi kesehatan mental seperti promosi, preventif, dan penanganan dari penyakit mental.

3.9 Umpan Balik dalam Psikoterapi

Pentingnya umpan balik sudah diakui sejak lama, yakni sejak munculnya publikasi tentang program pengayaan secara terstruktur dengan memberikan formulir kepada partisipan setiap kali selesai sesi pengayaan tersebut . Pentingnya umpan balik baik secara *online* ataupun *offline* untuk peserta yang menjalankan terapi adalah berfokus pada subjek dan berbagai pendekatan dengan tujuan untuk menjembatani kesenjangan antara penelitian dan praktik : seni dibandingkan dengan sains.

Pinsof, Goldsmith and Latta (2012) mempresentasikan multisistem dan multidimensi *online* pertama kali yang khusus untuk menilai dan melacak perubahan sistem dari aliansi terapeutik dengan individu, pasangan dan juga keluarga. *Systemic Therapy Inventory of Change* (STIC) digunakan untuk menilai dan melacak validitas dan reliabilitas dari perubahan yang ada pada diri klien dan hubungan mereka dengan terapis mereka. Para terapis dapat menyadari bagaimana kinerja klien mereka di luar ruangan terapi. Dengan cara ini juga mampu meningkatkan penilaian secara kolaboratif, perencanaan perawatan, evaluasi kemajuan klien, penghentian intervensi, perawatan. Meskipun demikian ini masih ditawarkan secara verbal saja.

Karena perawatan biasa yang dijalani oleh masyarakat jauh dari optimal, maka (Bickman, Kelley and Athay, 2012) memberikan

pernyataan bahwa terdapat bukti bahwa terdapat penurunan yang signifikan, oleh karena itu perawatan hanya efektif untuk sebagian kecil peserta. Hal lain yang menjadi permasalahan adalah terjemahan perawatan yang berbasis penelitian di dunia masih belum dapat dipergunakan atau masih bermasalah.

Teknologi yang muncul saat ini sudah terbukti membantu dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efektivitas dari perawatan. Para penulis telah memperkenalkan teknologi yang relatif baru yang digunakan dalam penelitian mereka, teknologi tersebut dinamakan *Measurement Feedback System* (MFSs). Sistem ini diaplikasikan pada pasangan dan keluarga, hal tersebut dikarenakan mereka dapat menumpulkan informasi dari beberapa sudut pandang termasuk sudut pandang terapisnya sendiri

Aplikasi MFSs ditemukan dalam *Contextualized Feedback Systems* (CFS) sebagai contoh dari pencapaian penggunaan MFS. Penelitian terakhir dilakukan oleh Sexton, Patterson and Datchi, (2012). Masalah yang relevan pada umpan balik terutama dalam psikoterapi tatap muka (F2F TB) adalah hasil dari ulasan artikel tentang keahlian dalam psikoterapi dan juga tujuan yang sulit untuk dipahami (Tracey, Wampold, Lichtenberg, dan Goodyear, 2014). Penulis dari proposal tersebut berisikan tentang model dari hasil dari penggunaan informasi dan pengujian dari hipotesis untuk mengembangkan keahlian untuk masa depan nanti. Psikoterapi F2F TB akan digantikan oleh penulisan dan juga intervensi *online* jarak jauh, seperti yang dikemukakan dalam bab ini.

Terdapat Uji coba dengan kluster terkontrol yang dilakukan oleh Bickman, Kelley, Breda, de Andrade, dan Rjemer (2011) melakukan pengujian hipotesis tentang umpan balik mingguan kepada klinisi dapat meningkatkan efektivitas penanganan kesehatan mental di rumah yang diterima oleh kaum muda di lingkungan masyarakat. Kaum muda, pengasuh dan klinisi di 28 lokasi di 10 negara telah menyelesaikan penilaian mereka terhadap gejala dan fungsi dari kaum muda setiap minggunya.

Klinisi di 13 lokasi telah tersedia umpan balik setiap minggu tentang penilaian, dan klinisi di 15 lokasi yang telah menerima umpan balik setiap 90 hari. Data telah dikumpulkan dari 1 Juni 2006, hingga 31 Desember 2008. Analisis telah dilakukan dengan model hirarki linier dari data yang berasal dari kaum muda,

pengasuh, dan juga klinisi. Penilaian oleh kaum muda, pengasuh, dan klinisi menunjukkan bahwa (N=173) dari kaum muda dirawat di lokasi dimana klinisi dapat menerima umpan balik setiap minggu meningkat lebih cepat dari pada (N=167) kaum muda yang dirawat dimana klinisi tidak menerima umpan balik setiap minggu.

Hasil analisis menunjukkan efek akan meningkat ketika klinisi melihat laporan umpan balik. Kesimpulan yang dapat kita tarik adalah, penelitian ini menunjukkan rutinitas pengukuran dan umpan balik dapat digunakan untuk meningkatkan hasil bagi remaja yang menerima layanan kesehatan di rumah pada masyarakat.

Evaluasi yang dilakukan terus menerus melihat perubahan yang muncul selama psikoterapi. Pendekatan ini sepertinya perlu perhatian khusus dalam komunitas psikolog klinis. Pendekatan lain yang menjanjikan menurut Shiffman, Stone and Hufford (2008) tentang *Ecological Momentary Assessment* (EMA). Penilaian ini mempelajari tentang peristiwa yang spesifik dari kehidupan para partisipan secara berkala atau acak dengan cara melihat tulisan jurnal (biasanya buku harian), telepon atau sensor fisiologis.

Banyak masalah yang dipertimbangkan oleh penulis, mereka menekankan perlunya aplikasi model dengan metode EMA dalam penilaian klinis dan juga intervensi. Model tersebut dapat ditemukan dalam daftar periksa eksperimental yang dikembangkan untuk mengukur factor kontekstual dan ekologis dengan individu, pasangan, dan keluarga.

3.10 Lupa akan Dasar Profesionalitas

Kebanyakan provider kesehatan mental seperti psikolog klinis biasanya melakukan tugasnya dengan tujuan yang baik. Mungkin mereka belum sadar bahwa praktik secara *online* memerlukan keseimbangan dengan praktik secara tatap muka dalam hal pelayanan, Butuh waktu lebih juga untuk para asosiasi profesional untuk menyelidiki dan menangani masalah-masalah kompleks yang kerap muncul dipermukaan. Apa lagi jika kita berhadap pada badan pemerintahan, pasti akan muncul banyak tantangan lagi.

Adaptasi konsumen atas teknologi dan juga keinginan mereka melakukan adaptasi yang sama akan menimbulkan berbagai macam masalah. Dapat mengakses surat elektronik bukan lagi hal yang abru bagi para profesional. Masalah yang baru adalah bagaimana cara menghubungkan para profesional dengan klien dengan hanya menggunakan perangkat seluler mereka. Fitur seperti konferensi video itu melanggar standar keamanan dan privasi dari HIPAA.

Sudah waktunya para psikolog klinis untuk lebih sadar akan kepentingan mana yang menjadi urgensi dimana pelayanan kesehatan sudah bergabung dengan teknologi dan mereka harus cepat sigap dan cepat bertindak.

Banyak dewan pengatur sudah mengungkapkan secara jelas penggunaan teknologi tidak mewakili pelayanan baru, tetapi menimbulkan banyak sekali tantang baru yang lebih kompleks lagi. Hasil data harus benar-benar harus menjadi bahan konsiderasi. Hasil temuan secara umum memperlihatkan bahwa semua praktik profesional secara *online* dapat mengarah pada pemahaman yang salah, terutama ketika layanan *online* disampaikan tanpa control atau tanpa protocol yang sudah ditentukan.

Banyak juga pihak yang menganggap bahwa aturan tersebut masih terasa longgar. Sebagai profesional kita harus bisa menjalankan fungsi dasar kita, tetapi dengan media teknologi, kita harus mampu :

- a) Melakukan pengambilan data secara menyeluruh
- b) Memiliki kontak pada semua profesional yang memiliki hubungan
- c) Catatan kita harus aman
- d) Melindungi privasi dan juga tetap menjaga kerahasiaan
- e) Tetap harus ada pemberian *inform consent* dengan menambah informasi tentang penggunaan teknologi tersebut
- f) Menyimpan catatan
- g) Mendokumentasikan hasil pekerjaan kita
- h) Kita harus tau kapan harus merujuk ke komunitas local
- i) Pembuatan rencana untuk menghadapi pelaporan kekerasan, bunuh diri, ancaman pembunuhan dan lain sebagainya.

3.11 Psikologi Positif

Psikolog klinis terkadang dituduh terlalu dekat dengan ilmu kedokteran dan karena sudah mengadopsi “model defisit”. Nilai ini mengarah pada pemberhentian memberikan intervensi ketika penyakit klien sudah diberi penanganan dan suka kembali pada kondisi netral. Agar pandangan miring tersebut dapat dikurangi, maka sejumlah psikolog, terutama mereka yang memiliki keahlian psikologi sosial dan memiliki pengalaman dalam psikologi keprobadian memulai pergerakan untuk psikologi positif.

Tantangan untuk psikologi klinis adalah untuk memperluas pengertian diri dan tidak lagi menetap pada kesulitan dan kesengsaraan (Duckworth, Steen and Seligman, 2005). Model perawatan dalam wilayah manajemen stress adalah yang pertama mengadopsi pendekatan yang lebih seimbang dan menyarankan bahwa penggunaan humor, hubungan dukungan sosial secara sistematis, memaafkan, dan rasa syukur adalah cara yang baik dalam memperluas wilayah dari manajemen stress (Linden and Hewitt, 2018).

Penelitian dari Taylor, Lyubomirsky and Stein (2017) juga menyatakan bahwa pengantar psikologi dapat menurunkan kecemasan dan juga depresi. Bagian-bagian dari intervensi ini berfungsi untuk membuat keseimbangan misalnya banyak sekali sumber stress yang tidak bisa diubah atau diperbaiki dan untuk meningkatkan kesenangan dari klien itu semuanya di dalam control klien itu sendiri dan klien sendiri dapat memunculkan sumber stress atau malah melemahkannya. Penggunaan metode ini sangat baik dan disarankan untuk mengurangi rasa sakit pada klien dengan penyakit kronis.

Para peneliti yang sudah melakukan penelitian, misalnya (Duckworth dkk., 2005) menyatakan bahwa kebahagiaan dapat terjadi pada tiga sub konstruk, yakni kesenangan, keterlibatan, dan kebermaknaan, Untuk sekarang sudah ada kegiatan dalam hal penelitian dengan gencarnya mengembangkan dan penilaian intervensi yang ditujukan pada peningkatan kebahagiaan dan kebermaknaan (Taylor dkk., 2017)

Saat ini, wilayah psikologi positif masih dikatakan sebagai ilmu yang masih baru sehingga sulit untuk menyimpulkan seberapa

efektik intervensi psikologi positif bagi klien. Akan tetapi wilayah psikologi positif ini diprediksikan akan semakin berkembang. Jika kita lihat dari sisi medis terlihat agak pesimis, karena perusahaan asuransi tidak mau membiayai kebahagiaan klien. Bagi mereka lebih mudah untuk membiayai penyakit yang sudah terlihat jelas saja.

3.12 Kesimpulan

Kesimpulan dari bab 3 ini adalah mengenai masalah utama adalah praktik dari psikolog klinis dan juga penilaian psikologis serta intervensi dengan menggunakan media internet. Sebagai psikolog klinis kita diajak untuk berpikir apakah praktik ini akan dibiarkan tidak terstruktur dan tidak bisa direplikasi atau kita memilih untuk menstrukturkan praktik ini sehingga dapat direplikasi. Selain itu terdapat juga fakta dan opini dari penulis tentang pembaharuan dalam dunia psikologi klinis yang mungkin saja tidak cocok pada unsur hafalan dan pengulangan pada sebuah tes. Pada sisi lain mereka merefleksikan pertanyaan secara menyeluruh yang menjadi penting dalam dunia psikologi klinis. Hal ini biasanya sedang hangatnya didebatkan di konferensi profesional, jurnal, dan percakapan antar psikolog klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Bickman, L. 1999. 'Practice makes perfect and other myths about mental health services', *American Psychologist*, vol. 54, no. 11, pp. 965.
- Bickman, L, Kelley, SD, Breda, C, de Andrade, AR, & Riemer, M. 2011. 'Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial', *Psychiatric Services*, vol. 62, no. 12, pp. 1423-1429.
- Bickman, L, Kelley, SD, & Athay, M. 2012. 'The technology of measurement feedback systems', *Couple & family psychology*, vol. 1, no. 4, pp. 274.
- Boult, C, Green, AF, Boult, LB, Pacala, JT, Snyder, C, & Leff, B. 2009. 'Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" Report: [see editorial comments by Dr. David B. Reuben, pp. 2348-2349]', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, no.12, pp. 2328-2337.
- Cantor, DW, & Fuentes, MA. 2008. 'Psychology's response to managed care', *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 39, no.6, pp. 638.
- Danaher, BG, & Seeley, JR. 2009. 'Methodological issues in research on web-based behavioral interventions', *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 38, no. 1, pp. 28-39.
- Duckworth, AL, Steen, TA, & Seligman, ME. 2005. 'Positive psychology in clinical practice'. *Annual review of clinical psychology*, vol. 1, no. 1, pp. 629-651.
- Kaufmann, PG. 2007. March, Debate: What type of evidence will advance behavioral medicine?. From basic science to population health, In *Proceedings of the 2007 Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine*. pp. 21-24.
- Linden, W. 2004. *Stress management: From basic science to better practice*. Sage Publications.
- Linden, W. 2015. *From silos to bridges: Psychology on the move*. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(1), 1.
- Linden, W, & Hewitt, PL. 2015. *Clinical psychology: A modern health profession*, Psychology Press.

- Linden, W, Moseley, J, & Erskine, Y. 2005. 'Psychology as a Health-Care Profession: Implications for training', *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 46, no. 4, pp. 179.
- Molloy, DW, Urbanyi, M, Horsman, JR, Guyatt, GH, & Bédard, M. 1992. 'Two years experience with a comprehensive health care directive in a home for the aged', *Annals (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)*, vol. 25, no. 7, pp. 433-436.
- Marks, I, & Cavanagh, K. 2009. 'Computer-aided psychological treatments: evolving issues', *Annual review of clinical psychology*, vol.5, pp. 121-141.
- Marks, IM, Cavanagh, K, & Gega, L. 2007. *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*, Psychology Press.
- Miller, G. 2012. 'The smartphone psychology manifesto', *Perspectives on psychological science*, vol. 7, no. 3, pp. 221-237.
- Murdoch, DD, Gregory, A, & Eggleton, JM. 2015. 'Why psychology? An investigation of the training in psychological literacy in nursing, medicine, social work, counselling psychology, and clinical psychology', *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, vol. 56, no. 1, pp. 136.
- Pinsof, WM, Goldsmith, JZ, & Latta, TA. 2012. 'Information technology and feedback research can bridge the scientist-practitioner gap: A couple therapy example', *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, vol. 1, no. 4.
- Rees, CS, & Stone, S. 2005. 'Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy', *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36, no. 6, pp. 649.
- Roberts, M, Ilardi, SS. 2006. *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. Blackwell Publishing, Chichester, UK
- Ryan, P, & Lauver, DR. 2002. 'The efficacy of tailored interventions', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 34, no. 4, pp. 331-337.
- Shevrin, H. 2006. *The contribution of cognitive behavioral and neurophysiological frames of reference to a psychodynamic nosology of mental illness. In PDM Task Force (Ed.), Psychodynamic diagnostic manual (pp. 483-506)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Stephen, J, Rojubally, A, Linden, W, Zhong, L, Mackenzie, G, Mahmoud, S, & Giese-Davis, J. 2017. 'Online support groups for young women with breast cancer: a proof-of-concept study', *Supportive Care in Cancer*, vol. 25, no. 7, pp. 2285-2296.
- Strecher, V. 2007. 'Internet methods for delivering behavioral and health-related interventions (eHealth)', *Annual review of clinical psychology*.
- Taylor, CT, Lyubomirsky, S, & Stein, MB. 2017. 'Upregulating the positive affect system in anxiety and depression: Outcomes of a positive activity intervention', *Depression and anxiety*, vol. 34, no. 3, pp. 267-280.
- Tracey, TJ, Wampold, BE, Lichtenberg, JW, & Goodyear, RK. 2014. 'Expertise in psychotherapy: An elusive goal?', *American Psychologist*, vol. 69, no. 3, pp. 218.

BAB 4

METODE-METODE PENELITIAN

DALAM PSIKOLOGI KLINIS

Oleh Idha Farahdiba

4.1 Pendahuluan

Dalam kamus *Webster's New International*, penelitian adalah pencarian yang cermat dan kritis terhadap fakta dan prinsip. Konsisten dengan pengertian tersebut, Hillway (1956) menunjukkan bahwa penelitian adalah suatu metode penyelidikan yang dilakukan oleh seseorang dengan cara menyelidiki masalah secara cermat dan seksama guna memperoleh pemecahan masalah yang tepat. Azwar (2011) mengambil pandangan yang mirip dengan Hillway bahwa penelitian adalah serangkaian kegiatan ilmiah yang bertujuan untuk memecahkan masalah. Hasil penelitian tidak dimaksudkan untuk memecahkan masalah secara langsung. Penelitian hanyalah bagian dari upaya untuk memecahkan masalah yang lebih besar. Fungsi penelitian adalah menemukan gambaran dan jawaban atas masalah serta memberikan alternatif-alternatif terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah tersebut. (Latipah, 2014).

Meneliti menjadi aktivitas yang penting bagi sebuah ilmu, termasuk psikologi klinis. Sebelum melakukan penelitian yang bermanfaat dalam perkembangan keilmuan khususnya Psikologi klinis, seorang peneliti sebaiknya memiliki nilai akuntabel. Dalam penelitian perlu diperhatikan masalah kepraktisan, biaya, manfaat bagi masyarakat dan pengetahuan sebagai dasar praktisi klinis untuk berkembang. Melaksanakan riset evaluasi dengan tujuan pemberian umpan balik dari program yang sedang berjalan, merupakan salah satu isu penting dalam penelitian di bidang psikologi klinis (Lestari et al., 2016).

4.2 Penelitian Dalam Psikologi Klinis

American Psychological Association Clinical Section menjelaskan bahwa psikologi klinis adalah psikologi terapan yang dapat diusulkan dan direkomendasikan untuk membantu mengidentifikasi dan menyesuaikan secara tepat kemampuan dan karakteristik perilaku manusia dengan menggunakan metode pengukuran, evaluasi, analisis, observasi, dan riwayat sosial (Ardani et al., 2007). Diterima secara luas oleh *American Psychological Association* (APA) dan dirasa tepat untuk dijelaskan, definisi ini adalah ilmu, teori, dan manajemen untuk memahami, memprediksi, dan mengelola maladaptasi dan disabilitas di bidang psikologi klinis. Didefinisikan sebagai integrasi praktik. mengurangi. Ketidaknyamanan yang menyebabkan masalah psikologis dalam adaptasi dan pengembangan diri manusia (*American Psychiatric Association, 2013*).

Terdapat berbagai cara guna memperluas pengetahuan di bidang psikologi klinis. Seseorang dapat melakukan ini melalui pembelajaran pengalaman, pelatihan yang direncanakan secara teratur (pelatihan terorganisir), pelatihan lapangan, terapi pribadi, atau terapi pengalaman. Baik sarjana maupun praktisi di bidang psikologi klinis terus didorong untuk melakukan berbagai penemuan sehingga pengembangan ilmu pengetahuan yang berfokus pada aspek *hard* dan juga pada aspek *soft*. Tidak hanya membekali dalam meneliti, tetapi juga kualitas yang dibutuhkan peneliti (Lestari et al., 2016).

Peran Psikolog Klinis sebagai peneliti yaitu mengerjakan berbagai macam bentuk riset investigasi, mengkaji keefektifan berbagai pendekatan terapi atau konsultasi, penyebab dan akibat dari suatu disfungsi psikologi, dan akurasi prosedur asesmen yang berbeda. Di masa lalu, riset dalam psikologi klinis tidak begitu menonjol, apa lagi jika dibandingkan dengan riset dalam psikologi abnormal. Juga antara penelitian psikologi abnormal dan psikologi klinis terdapat perbedaan. Pada dasarnya perbedaan terjadi karena psikologi klinis adalah terapan dari psikologi abnormal, dan psikologi abnormal merupakan landasan teori psikologi klinis. Saat ini riset dalam psikologi klinis makin penting, karena setiap kasus

memperlihatkan ciri berbeda, baik penyebab maupun terapinya (Wiramihardja, 2017).

Dalam penelitian psikologi klinis, istilah konsumen dan produsen penelitian sangat dikenal. Konsumen penelitian adalah pihak yang menggunakan hasil penelitian. Produsen penelitian adalah pihak yang memproduksi penelitian. Produsen penelitian juga dapat bertindak sebagai konsumen penelitian jika penelitian sebelumnya diperlukan sebagai referensi dan sumber informasi untuk penelitian lebih lanjut. Ketika mencari referensi, peneliti biasanya mencari keandalan laporan, bagaimana prosedur dilakukan, apakah hasilnya dapat digeneralisasi, dan seberapa relevan dengan praktik klinis. (Lestari *et al.*, 2016).

4.3 Tujuan Penelitian Psikologi Klinis

Penelitian memiliki beberapa tujuan. Pertama, penelitian dapat menghindarkan dari keadaan spekulatif yang murni. Misalnya, penelitian tidak hanya dapat memberikan wawasan tentang bagaimana terapi perilaku kognitif bekerja, tetapi juga dapat mengungkapkan efektivitas atau kurangnya terapi perilaku kognitif. Prosedur penelitian dapat mengumpulkan fakta, mengembangkan adanya hubungan, mengidentifikasi penyebab dan akibat dari suatu hal, dan menggeneralisasi prinsip-prinsip fakta dan hubungan yang ada.

Penelitian juga dapat ditujukan untuk memperluas dan memodifikasi teori-teori yang ada, karena penelitian dapat mengembangkan kegunaan dan kegunaan teori tersebut. Ada hubungan yang sangat erat antara teori dan penelitian. Teori merangsang dan mengarahkan penelitian, tetapi teori juga dimodifikasi oleh hasil penelitian. Selain itu, alasan utama penelitian ini adalah untuk meningkatkan kemampuan peneliti dalam memprediksi dan memahami perilaku, emosi, dan pikiran individu di bawah asuhan psikolog klinis. (Sulistiyowati, 2021).

4.4 Metode Penelitian Psikologi Klinis

Metode penelitian psikologi klinis pada dasarnya sama dengan metode penelitian umum, namun tujuan dan fokusnya adalah pada kebutuhan populasi tertentu. Misalnya, mengetahui

efektivitas pengobatan dalam kelompok tertentu dan mengidentifikasi tes yang mengukur kerentanan individu terhadap stroke dan lain-lain. Terdapat berbagai macam metode penelitian yang digunakan dalam psikologi klinis diantaranya yaitu: metode observasi, penelitian epidemiologi, metode korelasi, penelitian longitudinal versus cross-sectional, metode eksperimen dan desain *single case* (satu kasus).

4.4.1 Metode Observasi

Observasi merupakan metode yang penting dan dasar dari banyak metode lainnya. Metode ini merupakan metode penelitian yang berdiri sendiri dan sebagai teknik pengumpulan data untuk jenis penelitian lain. Adapun observasi menurut Ediati *et al.*, (2020) terbagi menjadi 4, yaitu:

1. Observasi Non Sistematis

Observasi ini adalah observasi yang paling umum dan jarang digunakan saat fenomena yang akan diteliti tidak dapat diteliti menggunakan metode lainnya. Jenis ini memiliki kelemahan dalam mengungkapkan fenomena secara ilmiah dan akurat. Observasi ini hanya menekankan pada pengamatan langsung terhadap fenomena yang sedang diamati. Setelah melakukan observasi, peneliti dapat menarik kesimpulan dari pengamatan tersebut. Jenis observasi ini menimbulkan banyak kritik karena peneliti kesulitan mempertanggungjawabkan validitas dan reabilitasnya.

2. Observasi Alamiah

Merupakan turunan dari observasi non-sistematis, tetapi lebih sistematis dan menyeluruh. Peneliti telah menyiapkan seperangkat alat observasi, atau panduan observasi, yang memberikan pemahaman yang lebih lengkap tentang suatu fenomena tertentu. Selain itu, karena jenis observasi ini tidak melibatkan kontrol penelitian, pengamat membentuk dan menjalankan fenomena itu sendiri dan mengamatinya secara langsung. Misalnya, penelitian tentang gejala-gejala trauma pada anak penyintas bencana alam. Sebelum melakukan penelitian, membuat panduan observasi mengenai gejala trauma dan depresi. Penelitian ini juga dapat menimbulkan kritik secara metodologis karena mempunyai potensi menimbulkan bias. Peneliti cenderung mengamati perilaku

tertentu untuk mendukung hipotesis penelitian, dan mengabaikan terjadinya perilaku lain yang bertentangan dengan harapan peneliti terhadap hasil penelitian.

3. Observasi Terkontrol

Observasi ini merupakan tanggapan atas kritik terhadap dua metode observasi sebelumnya. Terkontrol merupakan upaya untuk meningkatkan validitas penelitian. Upaya untuk mengontrol ini menghasilkan berbagai riset yang sangat terkemuka, seperti penelitian yang dilakukan oleh Pavlov pada anjingnya, hingga pengondisian klasik muncul sebagai rumusan akhir. Selama penelitian, Pavlov secara tidak sengaja melihat anjing itu secara alami ketika dia membuka lemari es, tetapi segera anjing itu mulai meludah yang selanjutnya dibawa ke laboratorium untuk penelitian lebih lanjut. Upaya pengendalian yang dilakukan oleh Pavlov di laboratorium dilakukan untuk menciptakan variabel lain yang membingungkan efektivitas studi Pavlov yang mengecewakan (Trull, 2012).

4. Studi Kasus

Jenis observasi dalam konteks psikologi klinis yang terakhir adalah studi kasus. Trull (2012) menyatakan bahwa studi kasus biasanya dilakukan dalam pengaturan intervensi klinis. Observasi dilakukan dengan mencari respon perilaku selama proses konseling, psikotes, dan psikoterapi. Pengamatan dari studi kasus juga dapat digabungkan dengan data pendukung berupa catatan harian pelanggan, surat khusus, riwayat kesehatan, latar belakang pendidikan, dan lainnya.

4.4.2 Metode Penelitian Epidemiologi

Metode penelitian epidemiologi ini mengkaji insidensi, prevalensi, dan luasnya penyakit atau kecacatan pada populasi tertentu. Misalnya, suatu kecamatan memiliki sejumlah penderita gangguan psikosis. Jumlah ini merupakan yang tertinggi di kabupaten bahkan provinsi. Prevalensi adopsi pasien psikotik di daerah ini adalah 50:1 dibandingkan dengan prevalensi nasional. Secara umum, prevalensi psikotik di Kecamatan tersebut secara signifikan tidak berbeda dengan prevalensi nasional, namun kecamatan tersebut merupakan penyumbang terbesar prevalensi

gangguan psikotik di kabupaten. Jika menggunakan metode epidemiologi pada penelitian di kecamatan tersebut, maka dapat rumusan penelitian yang dapat diajukan adalah:

1. Mengapa hal tersebut dapat terjadi? Hal ini merujuk pada faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi setiap individu
2. Hal apa saja menyebabkan prevalensi di Kecamatan ini sangat tinggi dibandingkan dengan wilayah lain ?
3. Apa yang menyebabkan gangguan distribusi sehingga timbul ketimpangan yang sangat signifikan?

Studi epidemiologis perlu dilakukan dari perspektif ilmiah yang berbeda dan dalam jenis metode yang sangat kompleks. Dalam kasus tersebut, peneliti perlu mengambil pendekatan interdisipliner terhadap penyebab gangguan, meliputi pendekatan psikologis, medis, antropologis dan sosiologis. Penelitian dilakukan dengan survei dan mewawancarai pihak-pihak strategis seperti tokoh adat, pengasuh korban, dan pejabat pemerintah daerah.

Jika pertanyaan penelitian belum terjawab, maka dapat menggunakan metode *cross-sectional* dan longitudinal untuk perumusan masalah. Peneliti dapat melacak dan memeriksa pola dalam kehidupan manusia selama bertahun-tahun. Peneliti bertugas untuk menemukan gangguan yang terjadi seperti gangguan psikotik skala besar yang terjadi di daerah tersebut. Selain itu juga dilakukan penelitian komparasi sebagai pembandingan untuk mengetahui sejauh mana perbedaan antara faktor-faktor penyebab munculnya gangguan psikotik pada wilayah ini dan wilayah lainnya. Dengan diketahuinya faktor presisi yang mempengaruhi timbulnya masalah dan tidak muncul di wilayah lain dapat terjawabnya pertanyaan tentang tingginya penyebaran masalah di wilayah ini dibandingkan wilayah lainnya (Trull, 2012).

4.4.3 Metode Korelasi

Penelitian korelasi adalah metode yang umum digunakan dalam psikologi klinis. Studi ini menyelidiki besarnya hubungan antara faktor-faktor yang terlibat dalam fenomena ini. Metode korelasi ini memungkinkan Anda untuk melihat hubungan antara dua variabel (bivariat) atau tiga variabel atau lebih (multivariat). Misalnya, studi korelasi bivariat meneliti bagaimana gender

dikaitkan dengan tingkat sosial ekonomi yang terkait dengan depresi atau stres psikologis. Studi korelasi multivariat, di sisi lain, meneliti efek dari pola asuh otoriter pada perkembangan emosional anak-anak dan perilaku *bullying* di sekolah. Studi korelasi memiliki hipotesis, dan hipotesis yang diajukan dapat berupa korelasi positif atau negatif. Selain korelasi positif dan negatif, penelitian sering mengarah pada penolakan hipotesis. Artinya, tidak ada korelasi antara variabel yang diteliti (Trull, 2012).

4.4.4 Metode Longitudinal Versus Cross Sectional

Secara umum, penelitian psikologi klinis dibagi menjadi metode *cross-sectional* dan metode longitudinal. Masing-masing jenis ini dapat mencakup jenis penelitian lain, seperti: korelasi, observasi, atau studi eksperimental. Sebuah penelitian *cross-sectional* adalah perbandingan antara variabel karena penelitian tidak dapat dimanipulasi dalam waktu. Misalnya, korelasi antara setiap kategori usia dan tingkat tekanan mental

Sebuah penelitian *cross-sectional* adalah perbandingan antara variabel karena survei tidak dapat dimanipulasi dalam waktu. Misalnya, korelasi antara setiap kategori usia dan tingkat tekanan mental. Berbeda dengan studi *cross-sectional*, studi longitudinal menekankan subjek atau subjek yang sama dari waktu ke waktu. Studi longitudinal mengharuskan peneliti untuk mengikuti subjek dengan jangka waktu yang lama untuk mendeteksi terjadinya perubahan pada variabel tertentu. (Ediati *et al.*, 2020)

4.4.5 Metode Eksperimental

Metode eksperimental berbeda dengan metode penelitian lain di bidang psikologi. Menurut Prasetyo *et al.* (2020) Sebuah survei *cross-sectional* adalah perbandingan antara variabel karena survei tidak dapat dimanipulasi dalam waktu. Misalnya, hubungan antara setiap kategori usia dan tingkat tekanan mental. Berbeda dengan studi *cross-sectional*, studi longitudinal menekankan subjek atau subjek yang sama dari waktu ke waktu. Studi longitudinal mengharuskan peneliti untuk mengikuti subjek dalam jangka waktu yang lama untuk mendeteksi perubahan yang terjadi pada

variabel tertentu. Perbedaan metode eksperimental dengan yang metode lain dapat dilihat dari karakteristik khusus yang dimiliki, yaitu:

1. Penelitian eksperimental secara khusus didedikasikan untuk menyelidiki hubungan sebab akibat (*cause effect relationship*).

Dalam penelitian eksperimental, kami ingin menemukan jawaban atas pertanyaan "mengapa" atas kondisi atau perilaku terjadi. Dalam istilah yang lebih teknis, studi eksperimental ingin menguji apakah variabel independen (variabel yang dimanipulasi oleh peneliti dan bertindak sebagai "penyebab") mempengaruhi variabel dependen. Ini adalah "efek". Misalnya, sebuah studi eksperimental menguji apakah mendengarkan jenis musik tertentu di distrik perbelanjaan memengaruhi jumlah barang yang dibeli. Variabel bebas yang berperan sebagai "penyebab" dalam survei ini adalah jenis musik tertentu di area perbelanjaan, dan variabel terikat yang menjadi "akibat" dalam survei ini adalah jumlah produk yang telah dibeli konsumen.

2. Adanya manipulasi variabel bebas.

Manipulasi dalam penelitian eksperimen berarti perlakuan yang sengaja diberikan kepada subjek penelitian berupa berbagai variabel bebas. Proses yang diberikan secara sengaja menunjukkan bahwa variabel independen diciptakan oleh peneliti daripada muncul secara acak atau alami. Berbagai ketentuan variabel bebas yaitu perlakuan X pada kelompok eksperimen dan tidak ada perlakuan X pada kelompok kontrol (variasi: X dan tidak ada X), atau pemberian perlakuan X pada kelompok eksperimen I dan perlakuan Y pada kelompok eksperimen II. Ada atau tidak adanya manipulasi variabel independen merupakan fungsi penting yang harus terjadi dalam desain eksperimen untuk membedakannya dari studi non-eksperimental.

3. Adanya kontrol ketat pada situasi eksperimen.

Untuk dapat menyimpulkan hubungan kausal antara variabel independen dan variabel dependen untuk dipelajari lebih kuat, studi eksperimental secara ketat mengontrol

situasi eksperimental, dan variabel lain yang dapat mempengaruhi variabel dependen muncul. Variabel di luar variabel bebas yang dapat mempengaruhi variabel terikat disebut variabel eksternal atau variabel kuadrat. Kontrol peneliti atas variabel kuadrat dapat diimplementasikan dengan beberapa strategi.

- a. Variabel sekunder yang mungkin berdampak langsung pada peneliti, seperti desain produk yang dijual, kepemilikan pembeli, dan waktu belanja, sengaja dijaga konstan oleh peneliti. Tentang variabel kuadrat bawaan. Seleksi subjek atau partisipan penelitian untuk mengontrol variabel sekunder yang bersifat bawaan seperti jenis kelamin, usia atau preferensi terhadap musik. Seleksi subjek penelitian eksperimental umumnya melibatkan kriteria inklusi (kriteria yang membuat seseorang dapat terlibat dalam penelitian) dan kriteria eksklusi (kriteria yang membuat seseorang dieliminasi dari daftar subjek penelitian). Hal ini dimaksudkan untuk mengontrol dengan ketat variabel-variabel sekunder yang bersifat bawaan.
- b. Strategi lainnya yaitu randomisasi. Dilakukan dalam penelitian eksperimental untuk mengontrol pengaruh variabel sekunder adalah melalui randomisasi (*random assignment*). Randomisasi atau *random assignment* adalah pengacakan subjek untuk masuk ke dalam kelompok eksperimen atau kelompok kontrol. Kelompok eksperimen adalah kelompok subjek yang mendapatkan perlakuan variabel bebas, sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok subjek yang tidak mendapatkan perlakuan variabel bebas. Tujuan dari randomisasi ini adalah agar setiap subjek memiliki peluang yang sama untuk masuk ke dalam kelompok eksperimen atau kelompok kontrol. Dengan adanya peluang yang sama ini, maka diharapkan variasi subjek di dalam kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol bersifat setara. Perlu ditekankan di sini bahwa randomisasi (*random assignment*) berbeda dengan random sampling. Random sampling adalah pemilihan

sampel secara acak (melalui pengundian atau pengacakan sistematis lainnya) dari populasi. Tujuan dari random sampling adalah agar dapat dilakukan generalisasi hasil penelitian pada level populasi. Adapun pada penelitian eksperimental, validitas penelitian eksperimental (memastikan hubungan sebab akibat antar variabel) lebih diutamakan dibandingkan generalisasi hasil penelitian, sehingga randomisasi lebih dianggap penting dibandingkan random sampling.

4. Menciptakan suatu fenomena dengan memunculkan penyebabnya.

Tidak seperti penelitian non-eksperimental, yang menyelidiki atau mengukur dua variabel yang sudah ada pada subjek, dalam penelitian eksperimental, variabel dependen dapat berubah atau muncul dengan terlebih dahulu memanipulasi istilah variabel independen. Variabel yang diharapkan. Hal ini sejalan dengan kriteria penelitian kualitatif, dan peneliti harus terlebih dahulu membuat hipotesis sebelum mengujinya dalam penelitian empiris. Dalam studi eksperimental, hasil studi sebelumnya membentuk dasar hipotesis kausal yang diajukan antar variabel. Hasil penelitian sebelumnya yang dimaksud dapat berupa hasil penelitian eksperimen sebelumnya yang hasilnya masih terbatas atau tidak konsisten, atau hasil penelitian yang perlu diuji lebih lanjut dalam rencana eksperimen.

Pada penelitian eksperimen, variabel dependen adalah efek yang diamati oleh peneliti, bukan kondisi yang sebelumnya ada pada subjek. Oleh karena itu, peneliti perlu memastikan gambaran (tingkat, frekuensi, durasi, atau intensitas) variabel terikat pada saat sebelum dan setelah kemunculan variabel bebas. Dengan demikian perlu dipahami bahwa penelitian eksperimental memunculkan dengan sengaja variabel bebas yang diduga menjadi “sebab” dan selanjutnya mengamati kemunculan “akibat” yang dihipotesiskan sebelumnya pada variabel terikat.

5. Adanya observasi objektif.

Myers dan Hansen (2002) menyatakan bahwa ada kondisi untuk melakukan studi eksperimental. Artinya, 1) peneliti dapat memanipulasi sikap atau variabel bebas, dan 2) dapat mengamati efek terapeutik secara objektif (pada variabel terikat). Objektivitas mengamati variabel dependen juga merupakan fitur penting yang telah mendapat perhatian serius dalam penelitian eksperimental. Salah satu alasan mengapa objektivitas pengamatan penting adalah bahwa peneliti dapat secara akurat dan akurat menilai efektivitas perawatan yang mereka gunakan. Alasan kedua adalah prinsip tampering dapat diterapkan karena desain penelitian eksperimen dapat diduplikasi dan diverifikasi ulang oleh peneliti lain.

Hal lain yang perlu dipahami tentang sifat ini adalah bahwa variabel terikat merupakan satu-satunya variabel yang diukur dalam penelitian eksperimental. Hal ini sangat berbeda dengan desain penelitian kuantitatif yang mengukur semua variabel yang diteliti. Variabel bebas dalam penelitian eksperimental tidak diukur, tetapi sengaja ditingkatkan atau dimanipulasi untuk mengkonfirmasi pengaruh variabilitas terhadap variabel terikat. Variabel terikat dalam suatu penelitian eksperimental diamati atau diukur secara objektif di bawah kondisi masing-masing variabel dari variabel bebas. Pengukuran atau pengamatan ini hanya dapat dilakukan setelah pemunculan variabel bebas atau keduanya sebelum dan sesudah pemunculan variabel bebas. Pengamatan variabel terikat dalam penelitian eksperimental di bidang psikologi dapat dilakukan pada beberapa tingkatan. Tingkat pertama adalah perilaku langsung (observasi atau pengamatan langsung) atau tidak langsung berupa laporan individu atau skala psikologis. Tingkat kedua adalah tingkat fisiologis, yang mengukur efektivitas pengobatan pada tingkat fisiologis individu seperti tekanan darah, detak jantung, dan tingkat kortisol. Tingkat ketiga adalah neurologis dan efek pengobatan pada otak diamati dengan menggunakan alat pencitraan atau catatan aktivitas otak.

4.4.6 Metode Single-Case (Desain Satu Kasus)

Metode *single-case* adalah pengembangan dari metode penelitian eksperimental dan observasi studi kasus yang hanya membahas satu topik. Karena jumlah subjek yang sangat terbatas, hanya satu subjek yang dapat dipilih, memungkinkan penelitian dilakukan dengan kontrol validitas internal yang sangat ketat, bahkan ketika hanya satu subjek yang tersedia. Selain itu, Anda dapat menggunakan desain kasus individu untuk memverifikasi efektivitas intervensi individu jika Anda tidak dapat melakukan intervensi dalam pengaturan kelompok.

Hal pertama yang peneliti lakukan ketika menentukan sampel adalah melihat baseline dari variabel penelitian yang diteliti. Menentukan baseline adalah umum dalam studi eksperimental dengan menentukan skor pada suatu variabel. Namun, dalam kasus individu, baseline diukur dengan perilaku yang terjadi sebelum dan sesudah intervensi. Misalnya, para peneliti berencana untuk memanipulasi orang dengan OCD dalam bentuk terapi perilaku kognitif (CBT). Yang perlu Anda ketahui saat mengukur baseline adalah seberapa obsesif perilaku tersebut. Misalnya, cuci tangan hingga 30 kali setiap kali makan. Dalam hal ini, intervensi diberikan untuk mengurangi perilaku cuci tangan dari sepertiga puluh menjadi kurang dari itu dalam waktu yang ditentukan. Untuk lebih mengurangi perilaku, kita perlu melakukan peningkatan untuk mengurangi perilaku sehingga kita dapat mengurangi jumlah perilaku dari baseline. (Ediati *et al.*, 2020).

4.5 Etika dan Penelitian

Penelitian yang terkait dengan kegiatan klinis merupakan hal yang sangat rentan untuk bersinggungan dengan masalah-masalah etis. Hak, martabat dan kesejahteraan setiap pihak yang terlibat harusnya dijaga. Hal ini pun berdampak pada penelitian psikologi yang terus menekankan pada etika penelitian yang cukup ketat, sehingga partisipan penelitian secara sukarela memberikan data.

Etika penelitian dalam psikologi klinis diatur dalam Kode Etik Psikologi Indonesia, yang isinya antara lain:

4.5.1 Informed Consent

Dalam Kode Etik Psikologi Indonesia mengatur tentang *informed consent*. Sebelum pengambilan data penelitian, calon partisipan mendapatkan penjelasan tentang penelitian dengan menggunakan bahasa yang sederhana dan istilah-istilah yang mudah dipahami tentang penelitian yang akan dilakukan. Peneliti menjelaskan kepada calon partisipan asas kesediaan sebagai partisipan penelitian yang bersedia dan sukarela ikut serta dalam penelitian, sehingga memungkinkan pengunduran diri atau penolakan untuk terlibat. Partisipan harus menyatakan kesediaannya seperti yang dijelaskan dalam Himpunan Psikologi Indonesia (2010) pada pasal yang mengatur tentang itu.

1. *Informed Consent* Penelitian

Peneliti menjelaskan proses penelitian kepada calon partisipan. Informasi yang penting untuk dijelaskan antara lain:

- a. Tujuan penelitian, jangka waktu dan prosedur, yang bila diketahui mungkin dapat mempengaruhi kesediaan untuk berpartisipasi. Penjelasan diberikan tentang sifat penelitian berikut risiko, kewajiban, keterbatasan kerahasiaan, keuntungan yang mungkin diperoleh dari penelitian, hak untuk berhenti dan mengundurkan diri dari penelitian setelah penelitian dimulai, konsekuensi yang mungkin timbul dari pengunduran diri, insentif untuk partisipan, dan narahubung untuk informasi.
- b. Peneliti dapat menjelaskan dan meminta persetujuan dari wali atau pihak berwenang lainnya yang mewakili partisipan, atau upaya lain sesuai ketentuan yang berlaku untuk calon partisipan yang belum/tidak bisa mengambil keputusan.
- c. Pada penelitian dengan intervensi atau eksperimen, peneliti memberikan penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan, pelayanan yang tersedia, alternatif tindakan lain bila partisipan menarik diri, biaya kompensasi ataupun pengembalian uang bila merupakan kesepakatan atas kesediaan partisipan dalam penelitian.

- d. Peneliti tidak boleh menggunakan segala bentuk pemaksaan ataupun pemberian iming-iming kepada partisipan agar bersedia terlibat dalam penelitian.
2. *Informed Consent* Perekaman
Peneliti sebelum mereka suara atau gambar untuk pengumpulan data harus memperoleh izin tertulis dari partisipan penelitian. Persetujuan tidak diperlukan bila perekaman murni untuk kepentingan observasi alamiah di tempat umum dan diantisipasi tidak akan berimplikasi teridentifikasi atau terancamnya kesejahteraan atau keselamatan partisipan penelitian atau pihak-pihak terkait. Bila pada suatu penelitian dibutuhkan perekaman tersembunyi, Peneliti melakukan perekaman dengan tetap meminimalkan risiko yang diantisipasi dapat terjadi pada partisipan, dan penjelasan mengenai kepentingan perekaman disampaikan dalam *debriefing*.
3. Pengabaian *informed consent*
Peneliti tidak harus meminta persetujuan partisipan penelitian, hanya jika penelitian melibatkan individu secara anonim atau dengan kata lain tidak melibatkan individu secara pribadi dan diasumsikan tidak ada risiko gangguan pada kesejahteraan atau keselamatan, serta bahaya-bahaya lain yang mungkin timbul pada partisipan penelitian atau pihak-pihak terkait. Penelitian yang tidak harus memerlukan persetujuan partisipan antara lain adalah:
a) penyebaran kuesioner anonim;
b) observasi alamiah;
c) penelitian arsip.

4.5.2 Pengelabuan / Manipulasi dalam Penelitian (*Deception*)

Menurut Pasal 50 dalam Kode Etik Penelitian (Himpunan Psikologi Indonesia, 2010), Peneliti tidak diperbolehkan menipu atau menyembunyikan informasi yang dapat mempengaruhi niat calon partisipan untuk bersedia terlibat dalam penelitian seperti peluang timbulnya cedera fisik, rasa sakit, ataupun pengalaman emosional negatif. Penjelasan tersebut sebaiknya diberikan secara

lengkap dan sejak awal penelitian agar calon partisipan dapat memutuskan apakah akan ikut serta dalam penelitian.

Penelitian yang menggunakan teknik manipulasi hanya dibenarkan untuk alasan ilmiah, tujuan pendidikan, atau ketika subjek penelitian sangat penting untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan cara lain yang efektif tidak tersedia. Bila terpaksa dilakukan, peneliti menjelaskan kepada peserta bentuk-bentuk manipulasi yang merupakan bagian dari keseluruhan desain penelitian sesegera mungkin setelah pengambilan data. Hal ini memungkinkan peserta untuk mencabut data mereka jika mereka menarik atau tidak ingin melanjutkan (Himpunan Psikologi Indonesia, 2010).

4.5.3 Penjelasan Singkat (*Debriefing*)

Peneliti wajib menjelaskan dengan singkat setelah pengambilan data. Penjelasan sebaiknya menggunakan bahasa sederhana dan mudah dipahami masyarakat. Hal ini bertujuan agar partisipan mendapatkan informasi tentang sifat dan hasil penelitian. Selain itu dapat meluruskan kemungkinan persepsi partisipan yang keliru. *Debriefing* bisa tidak dilaksanakan apabila di awal penelitian partisipan telah diberikan penjelasan tentang penelitian (Himpunan Psikologi Indonesia, 2010).

4.5.4 Privasi dan Kerahasiaan

Privasi dan kerahasiaan merupakan salah satu prinsip dalam etika penelitian. Privasi merupakan hak subjek penelitian untuk tidak memberikan informasi pribadi yang dimiliki. Demikian juga untuk kerahasiaan yang merupakan hak subjek dan kewajiban peneliti dalam menjaga kerahasiaan informasi dan tidak memberikan ke informasi ke pihak lain. Dengan adanya jaminan terjaganya privasi dan kerahasiaan informasi akan memberikan kenyamanan bagi subjek untuk terbuka dalam memberikan informasi yang dibutuhkan khususnya informasi yang bersifat pribadi dan cenderung sensitif (Ediati *et al.*, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition-DSM-5*. Washinton DC: American Psychiatric Publishing.
- Ardani, T. A., Rahayu, I. T., & Solichatun, Y. 2007. *Psikologi Klinis*. Graha Ilmu.
- Ediati, A., Kaloeti, D. V. S., Sakti, H., Dewi, K. S., Kahija, Y. La, Rahmandani, A., & Salma. 2020. *Psikologi Klinis: Teori dan Aplikasi* (H. M. W. Hardani (ed.)). Penerbit Erlangga.
- Himpunan Psikologi Indonesia. 2010. *KODE ETIK PSIKOLOGI INDONESIA*. Pengurus Pusat Himpunan Psikologi Indonesia.
- Latipah, E. 2014. *Metode Penelitian Psikologi* (1st ed.). Deepublish.
- Lestari, M. D., Wideasavitri, P. N., Astiti, D. P., Herdiyanto, Y. K., Indrawati, K. R., Susilawaty, L. K. P. A., Marheny, A., Vembrianti, N., & Wilani, N. M. A. 2016. *Bahan Ajar Psikologi Klinis*. Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Prasetyo, A. R., Kaloeti, D. phil. D. V. S., Rahmandani, A., Salma, & Ariati, J. 2020. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Eksperimen*. Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro.
- Sulistiyowati, A. 2021. *Psikologi Klinis* (pp. 51–52). [http://digilib.iain-jember.ac.id/2959/1/A.4.Diktat Psikologi Klinis..pdf](http://digilib.iain-jember.ac.id/2959/1/A.4.Diktat%20Psikologi%20Klinis..pdf)
- Trull, T. J. 2012. *Clinical psychology*. Cengage Learning.
- Wiramihardja, S. A. 2017. *Pengantar Psikologi Klinis* (A. Gunarsa (ed.); Revisi Cet). Refika Aditama.

BAB 5

PERMASALAHAN DALAM DIAGNOSA DAN KLASIFIKASI

Oleh Sairah

5.1 Pendahuluan

Dalam psikologi klinis, sangat penting untuk memahami diagnosis dan klasifikasi gangguan jiwa. Pemahaman diagnosis dan klasifikasi mempengaruhi keputusan pengobatan yang tepat untuk merawat klien. Kedua, memperdalam penyebab penyakit mental dapat menghasilkan identifikasi dan pembedaan gangguan yang efektif, dan akurat. Klasifikasi dan diagnosis memungkinkan dokter untuk berkomunikasi secara efisien dan profesional dengan orang lain tentang penyakit mental.

5.2 Diagnosa Gangguan Jiwa

Goldman dan Foreman menjelaskan bahwa diagnosis psikologis melibatkan tiga tahapan. Pertama adalah pengorganisasian gejala, keluhan (subjektif) dan ada tanda perilaku abnormal yang didapatkan dari proses wawancara dan observasi dalam asesmen. Kemudian yang kedua, jumlah gejala yang diklasifikasikan sebagai sindrom seringkali dapat berupa jumlah gejala yang hidup berdampingan. Selanjutnya, tahap ketiga dengan investigasi yang lebih spesifik untuk mengidentifikasi penyakit mental yang dihadapinya (Ardani, dkk, 2007).

Gangguan jiwa atau biasa disebut gangguan mental adalah adanya penyimpangan baik dari pola pikir, persepsi, emosi, dan juga perilaku dari norma sosial dan menimbulkan kelemahan secara sosial. Terkadang penyebutan gangguan diartikan sama dengan sindrom, namun istilah gangguan sudah diketahui penyebabnya sedangkan sindrom masih belum terlalu jelas penyebabnya.

5.3 Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi adalah pemberian nama (label) atau penentuan penyebab gangguan bagi suatu perilaku abnormal yang telah disepakati bersama secara profesional. Klasifikasi gangguan mental ini dapat berubah seiring waktu.

Klasifikasi gangguan jiwa menurut Henderson dan Gillespie (Ardani, dkk, 2007) yaitu:

1. Klasifikasi Psikologis

Klasifikasi ini berdasarkan adanya gangguan intelektual serta gangguan fungsi persepsi (imajinasi, ide), dan juga ada gangguan efektif atau emosi.

2. Klasifikasi Fisiologis

Klasifikasi ini berdasarkan adanya pemikiran bahwa proses mental itu berdasarkan fungsi fisiologisnya. Namun dalam penentuan klasifikasi ini mengalami kesulitan dikarenakan belum jelasnya lokasi fisiologi dari proses mental ini.

Tuke membagi klasifikasi fisiologis yaitu gangguan sensorik, motorik, dan pencitraan. Misalnya, disfungsi sensorik adalah perkembangan halusinasi, dan contoh disfungsi motorik adalah perkembangan kelumpuhan. Selanjutnya Maynart membagi klasifikasi fisiologis menjadi tiga penyebab faal, yaitu karena adanya perubahan anatomi dikarenakan gangguan gizi, atau keracunan. Kemudian menurut Wernicke klasifikasi fisiologis ini dijelaskan bahwa setiap isi kesadaran bergantung pada kondisi syaraf tertentu. Orang dengan penyakit mental mungkin mengalami penekanan atau hipersensitivitas terhadap berbagai asosiasi psikosensori, intrapsikiatri, atau psikomotorik.

3. Klasifikasi Etiologis

Menurut Jacobi (Slamet, 2015) gangguan fisik menyebabkan gangguan jiwa, dimana dalam setiap gangguan fisik menggambarkan hubungannya mengenai gangguan jiwa. Faktor keturunan (hereditas) dan factor keracunan bisa menjadi penyebab gangguan mental.

Selanjutnya klasifikasi dari Inggris membagi gangguan jiwa menjadi dua dimensi yaitu dimensi yang didasarkan

nama gangguannya dan dimensi yang didasarkan penyebabnya.

Klasifikasi gangguan yang didasarkan namanya sebagai berikut:

- a. Oligophrenia
- b. Neurosis dan Psikoneurosis
- c. Psikosis (*Schizophrenia*)
- d. Psikosis Afektif
- e. Psikosis Epileptik
- f. Psikosis yang berkaitan dengan penyakit otak
- g. Psikopat
- h. Keadaan Kacau
- i. Dimensia
- j. Kelumpuhan Umum
- k. Tidak tergolongkan

Namun, Henderson dkk mengkritik sistem klasifikasi ini karena mereka berpendapat bahwa tidak ada dasar umum untuk psikosis skizofrenia dengan keadaan kacau.

4. Klasifikasi Simtomatologis

Menurut Slamet dan Markam (2015) cara mengklasifikasikan gejala adalah dengan mencarinya dan menggunakan gejala tersebut untuk menyimpulkan jenis gangguannya. Metode gejala ini sebenarnya melibatkan etiologi dan menekankan pengamatan (dari gejala yang terjadi). Setelah Perang Dunia II, psikolog klinis terus membuat langkah besar dalam evaluasi dan intervensi. Versi lama Inventarisasi Intelijen dan Tes Kepribadian telah diperbarui, penilaian baru telah dikembangkan dan diuji lagi. Pada tahun 1950, psikiater menerbitkan DSM (*Mental Disorders Diagnosis and Statistics Manual*) sebagai sistem diagnostik komprehensif yang juga digunakan sebagai panduan oleh psikolog klinis dan profesional kesehatan mental lainnya. DSM ini juga telah diperbarui beberapa kali selama bertahun-tahun. Penyempurnaan terus dilakukan dikarenakan edisi awal dianggap kurang optimal dalam memuat penjelasan gejala sehingga tidak jelas dan ini menyebabkan kesalahan diagnosis dan perbedaan pendapat di antara dokter mengenai adanya

gejala pada pasien tertentu. Edisi ke-5 DSM, yang telah dirilis pada tahun 2013. Namun, DSM akan terus dikaji ulang oleh *American Psychiatric Association* (APA), edisi baru mungkin dirilis, dan mungkin terus diperbarui sesuai kebutuhan.

Ada 5 aksis gangguan dalam melakukan klasifikasi diagnosa dengan menggunakan DSM V yaitu:

1. Axis 1 : gangguan mental
 - a. Gangguan yang didiagnosis pada masa bayi, masa kanak-kanak atau remaja (retardasi mental, ketidakmampuan belajar, gangguan motorik, gangguan komunikasi, gangguan perhatian dan perilaku, gangguan makan bayi dan anak).
 - b. Demensia, delirium, amnesia, dan gangguan kognitif lainnya.
 - c. Gangguan mental yang disertai kondisi medis umum yang tidak dapat diklasifikasikan pada jenis lain (gangguan katatonik yang berhubungan dengan kondisi medis umum, perubahan kepribadian yang berhubungan dengan kondisi medis umum).
 - d. Gangguan yang berkaitan dengan obat dan napza, termasuk juga gangguan penggunaan alkohol.
 - e. Skizofrenia dan gangguan lainnya, termasuk skizofrenia, gangguan delusional, gangguan psikotik singkat, dan gangguan psikotik yang berhubungan dengan kondisi medis umum.
 - f. Gangguan suasana hati, gangguan depresif, gangguan bipolar, dan gangguan suasana hati yang berhubungan dengan kondisi medis umum.
 - g. Gangguan kecemasan (gangguan panik, post traumatik, gangguan kecemasan umum, dan OCD (*obsessive compulsive disorder*)).
 - h. Gangguan somatoform (gangguan somatisasi, gangguan konversi, dan gangguan dismorfik).
 - i. Gangguan disasosiatif (amnesia disasosiatif dan gangguan depersonalisasi).
 - j. Gangguan identitas gender dan seksual (disfungsi seksual, parafilia).
 - k. Gangguan makan (anorexia nervosa dan bulimia nervosa)

- l. Gangguan tidur dan gangguan tidur yang berhubungan dengan gangguan mental lainnya.
 - m. Gangguan pengendalian impuls (kleptomania, piromania, dan adiksi judi).
 - n. Gangguan penyesuaian diri (gangguan penyesuaian diri dengan kecemasan atau suasana hati depresi).
2. Axis II : Gangguan Kepribadian
- a. Gangguan kepribadian (gangguan kepribadian paranoid, gangguan kepribadian schizoid, gangguan kepribadian skizotipal, gangguan kepribadian antisosial, gangguan kepribadian histerionik, gangguan kepribadian dependen, dan gangguan kepribadian obsesif kompulsif).
 - b. Kondisi lain yang berkaitan pada perhatian klinis, seperti gangguan gerakan yang dipengaruhi oleh medikasi, masalah relasional, masalah relasi yang berhubungan dengan penyalahgunaan dan penyisihan.
 - c. Kode tambahan, seperti gangguan mental yang tidak spesifik, gangguan yang tidak termasuk dalam aksis I dan aksis II.
3. Axis III : Physical Disorder
- Ini berhubungan dengan penyakit fisik yang dialami pasien. Contoh: gangguan kecemasan yang disertai adanya kelainan jantung.
4. Axis IV : Keperahan Stresor
- Adanya masalah keluarga, pekerjaan (ekonomi), pendidikan, serta masalah dengan lingkungan sosial (termasuk juga berkaitan dengan masalah hukum atau kriminal).
5. Axis V: Penilaian Global terhadap fungsi psikologis, social, dan pekerjaan sekarang dan sebelumnya. Penilaian ini disebut *GAF Scale (Global Assesment of Functioning Scale)*
- 100–91 : Tidak ada gejala, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yang tidak terselesaikan
 - 90–81 : Gejala minimal, berfungsi baik, hanya masalah harian yang biasa

- 80-71 : Gejala sementara dan dapat diselesaikan
- 70-61 : Beberapa gejala ringan dan menetap, disabilitas ringan dalam fungsi secara umum masih baik
- 60-51 : Gejala sedang, disabilitas sedang
- 50-41 : Gejala berat (serius), disabilitas berat
- 40-31 : Beberapa disabilitas berhubungan dengan realitas dan komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi
- 30-21 : Disabilitas berat dalam berkomunikasi dan daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang
- 20 - 11 : Membahayakan baik diri sendiri dan juga orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri
- 10 - 1 : Seperti di atas - persistens dan lebih serius

5.4 Frustrasi dan Stress serta Penyesuaian Diri

Orang sering mengalami hambatan untuk memenuhi kebutuhan, motif, dan keinginannya. Frustrasi adalah suatu kondisi di mana seseorang tidak dapat mencapai tujuannya. (Slamet dan Markam, 2015). Frustrasi bahkan dapat berupa kekecewaan karena gagal mencapai suatu tujuan, atau bahkan ketegangan yang tidak menyenangkan yang dipenuhi dengan hambatan dan peningkatan aktivitas emosional dan simpatik yang disebabkan oleh hambatan tersebut. Meskipun stres adalah keadaan tekanan internal dan eksternal, itu adalah masalah lain dalam hidup. Menurut kamus psikologi, stres adalah keadaan stres fisik dan psikis. (Chaplin, 2002).

Selain itu, stres muncul dari frustrasi dan konflik yang dialami individu dari jalur kehidupan yang berbeda. Ada beberapa kendala yang dihadapi individu:

- a. Hambatan fisik meliputi adanya kemiskinan, kekurangan gizi, dan bencana alam.
- b. Hambatan sosial meliputi situasi keruntuhan ekonomi, persaingan hidup yang ketat, dan kecemasan yang berubah dalam berbagai aspek kehidupan.
- c. Hambatan pribadi termasuk kecacatan atau penampilan yang tidak menarik.

Konflik adanya ketidak sejalannya antara keinginan dengan kenyataan. Hal ini juga dapat menyebabkan stres. Individu sering menghadapi dilema ketika mereka harus memilih dari pilihan yang tersedia, terutama ketika datang ke kehidupan masa depan. Konflik dapat memicu stres dan setidaknya menyebabkan mereka mengalami ketegangan berkelanjutan yang sulit dikelola individu. Dengan mengetahui konflik yang dihadapi individu tersebut, maka kita akan mengetahui bagaimana menghadapi perilaku abnormal tersebut.

Menurut Ardani dkk. (2007) Ada dua jenis stres yang dialami orang yaitu ada yang tergolong stres yang tidak mengancam kebutuhan dasar atau stres ringan (*non-ego stress*). Kedua, ada stres yang mengancam kebutuhan dasar dan integritas kepribadian, atau yang dianggap serius dan memerlukan penanganan yang tepat (tekanan ego).

Kemampuan individu untuk menahan stres agar tidak menggoyahkan kepribadiannya dikenal sebagai toleransi stres. Setiap orang mempunyai tingkat toleransi stress yang berbeda-beda. Orang dengan kepribadian lemah berperilaku tidak normal bahkan dengan stres ringan. Tidak seperti kepribadian yang kuat, mungkin orang tersebut dapat mengatasi kondisinya bahkan dalam menghadapi stres yang disebabkan oleh ego.

Frustrasi adalah ketika kebutuhan seseorang tidak terpenuhi atau tujuannya tidak terpenuhi. Frustrasi ini juga dapat menimbulkan dua situasi yang dapat menimbulkan situasi yang positif dan sebaliknya destruktif (negatif). Oleh karena itu, frustrasi dapat menyebabkan reaksi frustrasi tertentu, yang dapat bersifat negatif dan positif.

Reaksi frustasi positif yaitu:

1. Peningkatan mobilitas dan aktivitas, misalnya karena kendala usaha, adalah kebutuhan tenaga, potensi, kemampuan, sarana, kesabaran, dan keberanian untuk mengatasi segala kesulitan. Oleh karena itu, frustasi merupakan rangsangan untuk mengerahkan seluruh tenaga dan tenaga untuk menerobos rintangan.
2. Refleksi Frustasi sebenarnya dapat menimbulkan masalah, sehingga kasus ini membuat orang mundur untuk menghadapi

kenyataan dan berpikir lebih objektif serta merenung untuk mencari cara dan alternatif pemecahan lain.

3. Tawakal dan berserah diri kepada Tuhan yaitu menerima kondisi dan kesulitan dengan sikap rasional dan ilmiah. Semua itu dapat dicapai dengan belajar mengatasi kesulitan sejak dini dengan menggunakan pola-pola positif.
4. Melakukan dinamika nyata dalam arti jika kebutuhan tersebut sdh tidak lagi sesuai dengan aspirasinya atau sdh tidak diperlukan maka akan hilang dengan sendirinya.
5. Kompensasi alternatif adalah upaya untuk mengkompensasi kegagalan atau kesalahan di satu bidang, tetapi untuk mengimbangi keberhasilan dan kemenangan di bidang lain. Semua ini adalah cara untuk menyegarkan semangat bertarung yang agresif dan pantang menyerah.
6. Sublimasi adalah upaya untuk menggantikan aspirasi sosial yang tidak sehat berupa kecenderungan egois, hasrat seksual hewani, impuls biologis primitif, dan perilaku terpuji yang diterima masyarakat (Ardani, dkk, 2007).

Sedangkan reaksi frustrasi negatif (Ardani, dkk, 2007) diantaranya:

1. Agresi adalah ledakan kemarahan dan serangan kekerasan karena kegagalan seseorang. Dalam kebanyakan kasus, ada juga perilaku sadis dan pembunuhan orang. Agresi ini memiliki dampak besar pada fungsi intelek, yang mengurangi harga dirinya.
2. Regresi adalah kembalinya seorang individu ke pola primitif dan kekanak-kanakan. Misalnya, berteriak, merengek, memukul, mengisap jempol, menyelinap, pola perilaku histeris, dll. Tindakan di atas disebabkan oleh kekecewaan dan ketidakmampuan untuk menyelesaikan masalah. Perbuatan di atas bisa jadi merupakan ungkapan penyerahan diri, keputusan, dan semangat yang menurun.
3. Fixatie adalah respons dari orang-orang yang selalu melakukan hal-hal dalam bentuk stereotip. Artinya, selalu gunakan cara yang sama. Misalnya, pola diam dapat memecahkan masalah, memukul kepala, berlari histeris, mengetuk pintu, atau

memukul dada. Hal ini dilakukan menyalurkan rasa kecewa dan dendam.

4. Dorongan untuk menekan atau menghilangkan kebutuhan bawah sadar, pikiran negatif, keinginan, dan emosi. Ada kaki tangan mendesak yang diganggu oleh ketidaksadaran dan sering mengganggu kedamaian batin dalam bentuk mimpi mengerikan, halusinasi, delusi, dan ilusi.
5. Rasionalisme adalah cara untuk membantu diri sendiri dengan taktik yang membenarkan diri sendiri dengan melakukan hal-hal irasional dengan cara yang tidak menyenangkan. Misalnya, seseorang yang gagal sama sekali akan mengatakan bahwa usianya yang masih muda dan tugas tersebut tidak sesuai atau terlalu sulit baginya.
7. Proyeksi adalah upaya untuk melemparkan atau memproyeksikan kelemahan konsep diri yang negatif kepada orang lain. Misalnya, seseorang yang sangat iri dengan kekayaan dan kesuksesan tetangganya akan mengatakan bahwa tetangganya lah yang sebenarnya iri padanya.
8. Teknik Anggur Asam adalah upaya untuk memberikan kualitas buruk atau negatif pada tujuan yang tidak dapat dicapai. Misalnya, seorang siswa yang gagal dalam ujian mengatakan bahwa soal ujian tidak sesuai dengan apa yang diajarkan.
9. Teknik Jeruk Manis yaitu usaha menawarkan kualitas yang sangat baik dan memiliki segala kekurangan, kelemahan dan kekurangannya sendiri. Misalnya, seorang diplomat yang gagal total di tempat kerja akan berkata, "Ini adalah taktik diplomat internasional, mundur untuk menang."
10. Identifikasi adalah upaya untuk mengidentifikasi Anda dari orang lain. Misalnya, mengidentifikasinya sebagai bintang film terkenal, profesor yang baik, dan sebagainya. Semua ini cenderung memberinya pilihan yang salah.
11. Narsisme adalah rasa superioritas, rasa sakit dan mementingkan diri sendiri dengan mencintai diri yang berlebihan, yang membuatnya sangat egois dan acuh tak acuh terhadap dunia luar.

Menurut pernyataan Kuprianov dan Zhdanov (2014), stres saat ini adalah atribut yang tidak terpisahkan dari kehidupan saat

ini dari kehidupan kita. Orang bisa stres di sekolah, di tempat kerja, di keluarga, di mana saja, dan stres ini bisa terjadi pada siapa saja, termasuk anak-anak, remaja, dewasa, bahkan orang tua. Hal ini menyebabkan masalah ketika seseorang mengalami banyak stres, yang efeknya membahayakan kondisi fisik dan mentalnya. Individu sering menghadapi dilema ketika mereka harus memilih dari pilihan yang tersedia, terutama ketika datang ke kehidupan masa depan. Konflik dapat memicu stres dan setidaknya menyebabkan mereka mengalami ketegangan berkelanjutan yang sulit dikelola individu. Masa remaja menghadapi berbagai tantangan selama masa remaja seperti perubahan berat badan dan bentuk tubuh yang cepat, kematangan seksual, kemampuan kognitif baru, serta tuntutan dan harapan yang beragam dari lingkungan sosial. Generasi muda dituntut mampu menunjukkan jati dirinya dan perlu mampu membentuk jati dirinya.

Menurut Erik Erikson (George, 2008) ada empat krisis yang muncul selama masa remaja sampai dewasa yaitu:

1. Krisis identitas vs kebingungan
2. Krisis keintiman vs isolasi
3. krisis generativitas vs stagnasi
4. Integritas vs keputusasaan.

Pada tahapan awal perkembangan, anak laki-laki lebih cenderung mengalami kesulitan di sekolah atau di rumah daripada anak perempuan. Namun sebelum pubertas, anak perempuan cenderung menghadapi lebih banyak kesulitan terkait dengan kematangan seksual. Dalam hal ini, anak perempuan cenderung lebih mudah beradaptasi daripada anak laki-laki.

Penelitian Diana Baumrind dan Glen Elder tentang pengaruh orang tua dikaitkan dengan strategi adaptasi remaja laki-laki. Disebutkan bahwa orang tua yang otoritar kebanyakan mendorong anaknya untuk berpartisipasi langsung dalam memecahkan masalah keluarga. Tujuannya untuk membantu anak mereka mengembangkan sikap mandiri, memberi mereka kesempatan untuk mengalami setiap peristiwa sedikit demi sedikit di antara orang tua mereka, dan menghadapinya. mengambil tanggung jawab. untuk saya. Anak-anak dari keluarga seperti itu biasanya remaja yang cukup percaya diri, bebas, hormat dan mampu

berkomunikasi dengan keluarganya. Orang tua otoriter lebih tertarik pada hukuman dan penegakan jalur tertentu jika terjadi konflik anak. Mereka mengutamakan ketaatan penuh. Di sisi lain, secara ekstrem, orang tua jarang menganggap perilaku mereka dibenarkan oleh anak-anak mereka dan meminta pertanggung jawaban mereka. Remaja dari keluarga ini biasanya akan sulit beradaptasi. Pada masa remaja pengaruh teman sebaya sangatlah kuat dan jika orang tua bisa memahami, menerima dan membantu semua keluarga, maka kemampuan adaptasi mereka akan lebih baik (Afiatin dan Handayani, 1998).

5.5 Kesimpulan

Menentukan klasifikasi untuk menetapkan suatu diagnosis kepada klien berbeda dengan labeling. Karena dalam labeling penggolongannya tanpa tujuan yang jelas. Sedangkan klasifikasi merupakan cara untuk mengorganisir, mendeskripsikan serta menghubungkan dengan keilmuan psikologi. Tentunya dengan menggunakan prinsip validitas yaitu apakah klasifikasi tersebut menggambarkan dan memberikan pemahaman yang tepat sesuai antara symptoms dengan *evidence base* nya. Kemudian klasifikasi yang dilakukan berdasarkan aturan tertentu untuk memahami suatu gangguan inilah disebut diagnosis. Tentunya dengan pemahaman klasifikasi dan diagnosis terhadap gangguan mental inilah bertujuan untuk memudahkan para ahli dalam mengkomunikasikan tentang suatu gangguan. Dilanjutkan dengan pemahaman proses terjadinya gangguan tersebut beserta bentuk intervensinya. Tentunya sebelum dilakukan klasifikasi dan diagnosis terhadap gangguan mental dibutuhkan pemahaman tentang kesehatan mental itu sendiri. Untuk menentukan perilaku abnormal atau tidak sangat dibutuhkan informasi tentang konteks perilaku yang dimunculkan. Ada kaitan baik secara budaya, values dan konteks lingkungan sekitar Ketika berbicara tentang Kesehatan mental ini. Mendefinisikan abnormal harus berdasarkan data ilmiah sehingga bisa akurat hasilnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiatin, T., & Andayani. 1998. Peningkatan kepercayaan diri remaja penganggur melalui kelompok dukungan social. *Jurnal psikologi*. 2, 35-46. Yogyakarta. Fak. Psikologi UGM.
- American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition-DSM-5". Washinton DC: American Psychiatric Publishing.
- Ardani, T, A., Rahayu, I, T., dan Sholichatun, Y. 2007. Psikologi klinis. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Chaplin, J.P.2002. Kamus Lengkap Psikologi. (terjemahan, Kartini Kartono). Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- George, B. 2008. *Personality theories: melacak kepribadian anda bersama psikologi dunia*. Jogjakarta: Prismsophie
- Kupriyanov, R., & Zhdanov, R. 2014. *The eustress concept: problem and outlooks. World Journal of Medical Sciences*, 11(2), 179-185. Doi:10.5829/idosi.wjms.2014.11.2.8433.
- Slamet, S.I.S, dan Markam, S. 2015. Pengantar Psikologi Klinis. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press)
- Tautan Web APA Divisi 12 www.apa.org

BAB 6

ASSESSMENT DALAM PSIKOLOGI KLINIS: *INTERVIEW* DAN *BEHAVIORAL*

Oleh Ratnasartika Aprilyani

6.1 Pendahuluan *Interview* (Wawancara) Dalam Psikologi Klinis

Assesment dalam Psikologi Klinis merupakan evaluasi terhadap kekuatan dan kelemahan Klien atau keluarga sehingga dapat memahami keadaan klien. *Assessment* Klinis telah banyak menggunakan pendekatan berbasis bukti untuk membantu dalam pemilihan metode dan memandu proses *assessment* (Norcross *et al.*, 2016).

Interview merupakan percakapan dalam mendapatkan informasi seorang individu dengan tujuan memahami keadaannya. *Interview* berbeda dengan percakapan biasa karena terdapat perencanaan, pengaturan waktu pelaksanaannya dan fokus terhadap pencapaian tujuan (Sattler, 2002).

6.2 Tujuan *Interview* (Wawancara) Psikologi Klinis

Interview merupakan metode dalam *assessment* psikologi yang dapat berdiri sendiri jika metode pengukuran lainnya tidak mungkin digunakan, seperti : (1) individu yang buta huruf; (2) individu yang terlalu muda untuk menggunakan alat tes; (3) topik yang diukur bersifat pribadi, rahasia sehingga perlu pendekatan secara personal.

Interview dalam Psikologi Klinis mempunyai dua tujuan, yaitu:

- a) Pengukuran psikologis untuk mendapatkan data klien dalam membuat diagnosis permasalahan dan intervensi masalahnya.
- b) Pengumpulan data kualitatif untuk memperoleh pemahaman tentang suatu fenomena yang diteliti. *Interview* merupakan

bagian dari penelitian survei dimana angket kurang mampu menggali lebih dalam informasi individu.

6.3 Metode *Interview* Dalam Psikologi Klinis

Wawancara yang efektif diperoleh dengan menggunakan metode *interview* sehingga mendapatkan informasi yang terkait tujuan dalam *assessment* psikologi klinis (Norcross et al., 2016). Berikut ini metode *interview* untuk memperoleh data, yaitu:

a) Wawancara Terstruktur

Konselor atau Psikolog mengelola serangkaian pertanyaan standar yang telah disusun dengan membatasi jawaban Klien. Hal ini mengakibatkan kesulitan mendapatkan data terkait pengalaman Klien (Sattler, 2022). Konselor atau Psikolog akan memberikan pertanyaan secara berurutan sehingga kurang fleksibel selama proses wawancara berlangsung. Selain itu, bentuk pertanyaan yang diajukan sudah mengarah dalam membuat diagnosis. Konselor atau Psikolog dapat mengendalikan kecepatan wawancara melalui angket menjadi acuan yang harus diikuti secara baku.

Keberhasilan Konselor atau Psikolog dalam menggunakan metode wawancara struktur dengan menghindari kesalahan yang berasal dari (Timothy J. Trull, etc., 2012):

- i) Jawaban subyek sesuai harapan lingkungan sosialnya (*socially desirable*) untuk menutupi informasi.
- ii) Jenis angket (menggunakan media online seperti *googleform*, atau bertemu langsung)
- iii) Teknik bertanya yang kurang tepat dengan mengganti kata dalam wawancara

Kekuatan wawancara struktur, adalah :

- (a) Mengurangi kesalahan dari masalah teknis
- (b) Menghindari variasi jawaban

Kelemahan wawancara struktur, adalah :

- (a) Jawaban yang diperoleh bersifat rasional sehingga kurang mengungkap dimensi emosional

b) Wawancara Semi Struktur

Konselor atau Psikolog mengajukan pertanyaan sesuai pedoman, hanya saja penyajiannya bisa fleksibel disesuaikan dari jawaban dari Klien. Pedoman wawancara berfungsi sebagai: mengarahkan pertanyaan utama; menghindarkan data penting yang terlewatkan

Metode ini juga mampu mendapatkan informasi terkait gangguan tertentu karena Konselor atau Psikolog agak mengarahkan selama proses wawancara berlangsung.

c) Wawancara Tidak Terstruktur

Konselor atau Psikolog menggunakan pertanyaan terbuka untuk mendapatkan data terkait gejala terhadap satu gangguan. Ketika wawancara menekankan pentingnya hubungan antar individu karena tujuan wawancaranya untuk memahami perilaku, sehingga Konselor atau Psikolog tidak mengarahkan pembicaraan Klien. Berikut ini komponen penting dalam hubungan antar individu, yaitu:

- (1) Memahami bahasa dan budaya Klien
- (2) Memutuskan cara dalam menampilkan diri
- (3) Menemukan individu yang mempunyai banyak informasi
- (4) Membangun *rapport* dan mendapatkan kepercayaan

Kekuatan dari wawancara tidak struktur, adalah pewawancara menyesuaikan pertanyaan pada kasus individual dan mendapatkan banyak data yang relevan. Hanya saja kelemahan dari wawancara tidak terstruktur, yaitu hasilnya tidak sama dari semua Klien, membutuhkan waktu yang lama, dan Konselor atau Psikolog yang berbeda mendapatkan hasil yang bervariasi terhadap Klien yang sama.

6.4 Jenis *Interview* Dalam Psikologi Klinis

Proses *interview* yang melihat tujuan Klien datang untuk melakukan pemeriksaan terdiri dari beberapa jenis, yaitu (Timothy J. Trull, Mitch Prinstein, 2012):

- a) *Intake interview* merupakan proses *interview* yang dilakukan Konselor/ Psikolog ketika klien datang sendiri. Konselor/Psikolog juga mudah mendapatkan data sehingga mampu membuat *treatment* dan memberikan diagnosis. Hal ini disebabkan adanya dorongan dalam diri Klien untuk menyelesaikan masalah.
- b) *Problem Referral Interviews* adalah proses *interview* yang dilakukan pada Klien rujukan dari pihak tertentu, seperti pengadilan, kepolisian, dan lain sebagainya.
- c) *Crisis Interview* yakni proses *interview* sebagai upaya preventif terhadap munculnya permasalahan yang lebih besar. Misalnya *sucide call centre* merupakan wadah untuk menolong Klien dalam menenangkan emosi dan pemikiran bunuh diri.
- d) *Interview Diagnostic* adalah *interview* yang terdiri dari serangkaian pertanyaan standar dan terstruktur untuk menegakkan diagnostik pada kasus klinis. Hasil penelitian terkait *Interview* ini menunjukkan bahwa Klien merasa nyaman dan menilai positif hubungan dengan Psikolog selama proses (Norcross, John C, etc., 2016)

6.5 Ketrampilan *Interview* Dalam Psikologi Klinis

Interviewer (Konselor atau Psikolog) mampu menciptakan kesan awal yang aman dan nyaman bagi *interviewee* (yang diwawancara), sehingga tujuan *interview* atau wawancara bisa tercapai (Norcross *et al.*, 2016). Selama proses wawancara juga terjadi perubahan kesan awal dengan kesan yang lain berdasarkan hubungan yang sedang berlangsung. *Interviewer* yang mampu membuat suasana akrab, membuat *interviewee* dapat memberikan data dan fakta secara obyektif. Keberhasilan wawancara dalam *assessment* psikologi klinis ditentukan ketrampilan Konselor atau Psikolog, antara lain:

- a) Mendengarkan Aktif

Interview membutuhkan seni untuk melakukannya, khususnya kemampuan mendengarkan aktif dimana perlu kreatif dan empati dalam mendapatkan data terkait tujuan asesmen. Menurut Benjamin (Sattler, 2002) faktor

keberhasilan *interview*, adalah kemampuan mendengarkan aktif. Pendengar yang baik berusaha hadir selama wawancara dengan memperhatikan bahasa verbal dan non-verbal, seperti intonasi, ekspresi, sikap tubuh klien, dan lain sebagainya.

Konselor atau Psikolog yang mampu berperan sebagai pendengar yang baik berarti mampu mengendalikan kecemasannya dan fokus pada keadaan klien. Pelaksanaan wawancara membutuhkan Konselor atau Psikolog yang memahami kebutuhan, nilai dan standar pribadinya.

b) Mengamati suara dan percakapan

Pada saat *interview* Konselor/ Psikolog berusaha mengamati suara dan pembicara untuk mendapatkan fakta yang disampaikan. Selain itu, perlu mencari penyebab dari penyimpangan suara atau percakapan Klien, sehingga mampu menafsirkan perilaku secara akurat. Penyebab penyimpangannya dapat menggambarkan adanya kesulitan penginderaan, kecemasan hingga kerusakan otak. Berikut ini suara dan percakapan yang harus diperhatikan oleh Konselor/ Psikolog selama *interview*, yaitu: (Norcross *et al.*, 2016)

- (1) Penyimpangan bicara yang terlihat, seperti kata-kata baru, mengulang-ulang kata
- (2) Kecepatan berbicara Klien sering sangat pelan, mengejutkan dan monoton
- (3) Intensitas suara yang terlalu kuat, atau terlalu lirih
- (4) Kelacaran berbicara dilihat dari bicara yang ragu-ragu atau *blocking*.
- (5) Relevansi pembicaraan
- (6) Waktu reaksi pelan atau lambat
- (7) Gaya bicara seperti menggurui, formal, semi formal atau terlalu bersifat kekeluargaan.
- (8) Tata bahasa yang jelas atau buruk

c) Mengamati perilaku non verbal dan penampilan pribadi

Perilaku non-verbal yang dapat diamati mempunyai 4 kategori, adalah:

- (1) Perilaku motorik (tingkat aktivitas, misalnya senyum, gerak ritual, hipoaktivitas, gerak stereotip, gaya, dan tingkat koordinasi)
 - (2) Postur dan perubahannya (santai, kaku, tegang, tegap, lemas)
 - (3) Ekspresi wajah dengan kesesuaian isi percakapan (cemberut, cemas, marah, sedih, kosong, tumpul, tersenyum)
 - (4) Kontak mata (secara konsisten atau tidak sama sekali)
- d) Mengamati perkembangan fisik dan neurologis
- Konselor/ Psikolog berusaha melengkapi data mengenai perkembangan fisik dan neurologis Klien dengan mengamati postur, cara berjalan, koordinasi motorik kasar dan halus, serta kualitas nada suara. Pengamatan terhadap perilaku motorik klien lebih menekankan kemungkinan penyebab ketidaknormalan termasuk efek samping pengobatan, dan tidak ada masalah motorik. Tanda-tanda terkait perkembangan fisik khususnya pada anak-anak dapat diperoleh dengan mengamati tinggi dan berat badan, kondisi kulit dan penampilan secara umum (Sattler, 2002).

6.6 Strategi *Interview* Dalam Psikologi Klinis

Konselor atau Psikolog melakukan komunikasi efektif dengan strategi *interview* untuk memperlancar berlangsungnya tahapan wawancara. Klien juga mudah memahami pertanyaan ketika ada penerapan strategi *interview*.

a) Pengaturan Fisik

Lingkungan dalam melakukan *interview* dapat mempengaruhi tercapainya tujuan yang telah disusun. Konselor atau Psikolog dapat melakukan *interview* dimana saja, hanya saja perlu memberikan privasi dan pengendalian faktor eksternal pada pelaksanaan *interview*. Privasi merupakan kondisi dimana individu menginginkan kenyamanan dan keamanan untuk bebas dari pengamatan atau gangguan orang lain. Ruang *interview* yang privasi

mendukung Klien dalam menyampaikan semua data yang dirahasiakannya.

Pelaksanaan *interview* juga dipengaruhi faktor eksternal seperti ketukan pintu, suara dari dering telepon yang terus berdering dan ketukan pintu. Sebelum *interview* terjadi perlu adanya pengendalian terhadap faktor eksternal ini, misalnya mengatur letak tempat *interview* jauh dari meja administrasi. Selain itu, Konselor atau Psikolog menyampaikan kepada tenaga administrasi untuk tidak mengganggu selama *interview*. Ruangan *interview* perlu diberikan peredam suara sehingga proses pencarian informasi berjalan lancar.

b) Menguatkan *rapport*

Rapport merupakan suasana positif yang terbentuk berdasarkan saling percaya, saling menghargai dan penerimaan antara Konselor atau Psikolog dengan klien. Konselor atau Psikolog menguatkan *rapport* mempunyai tujuan untuk membangun suasana hangat dan penuh penerimaan, sehingga dapat menyampaikan keadaannya secara terbuka tanpa kecemasan (Timothy J. Trull, Mitch Prinstein, 2012)

Konselor atau Psikolog dapat menguatkan *rapport*, di antaranya :

- (1) postur tubuh yang santai dan penuh perhatian
- (2) kontak mata yang tetap ada
- (3) ramah
- (4) berbicara dengan nada yang hangat dan ekspresif, serta jelas
- (5) merespon perilaku verbal dan non-verbal klien

c) Menangani kecemasan

Kecemasan klien dapat tergambarkan secara verbal, nonverbal ataupun keduanya. Kecemasan yang ditunjukkan secara verbal terdiri dari keselo lidah, gagap, pengulangan kalimat, pengurangan kata, korekasi kalimat dan sering muncul kata 'eh', sedangkan tanda-tanda nonverbal mencakup tidak bisa diam, gemetar, berkeringat, wajah tegang, posisi duduk yang kaku, dan senyum yang dipaksakan.

Konselor atau Psikolog berusaha memberikan dukungan kepada klien ketika merasakan kecemasan klien mulai mengganggu *rapport*. Dukungan terhadap kesulitan klien dapat membantunya dalam mengalami hubungan terapeutik dimana ada hubungan interpersonal antara klien dan Konselor atau Psikolog. Tujuan dari hubungan ini adalah untuk membantu klien mengurangi beban masalahnya, membantu Konselor atau Psikolog untuk mengambil tindakan yang efektif juga pada klien.

d) Mendorong komunikasi

Keberhasilan *interview* perlu memperhatikan faktor pendukung dan penghambat komunikasi.

(1) Faktor pendukung komunikasi, terdiri dari:

- (a) Kebutuhan Klien mendapatkan bimbingan, memotivasinya untuk memberikan informasi.
- (b) Sikap konselor atau psikolog yang empati, membuat klien merasa dipahami dan didengar
- (c) Kebutuhan klien untuk melakukan katarsis (melepaskan diri dari ketegangan dan mengekspresikan perasaan), mampu meningkatkan keterlibatan klien dalam wawancara.

(2) Faktor penghambat komunikasi, terdiri dari:

- (a) Klien merasa terburu-buru karena ada komitmen lain
- (b) Keyakinan klien terhadap respon yang tidak dibenarkan
- (c) Klien yang mempunyai trauma, mengalami rasa sakit kembali berkaitan dengan pengalaman krisisnya
- (d) Klien melupakan informasi
- (e) Klien mengalami kekacauan dengan urutan pengalamannya
- (f) Klien tidak menyadari terhadap perilaku yang tidak disadarinya
- (g) Klien memberikan kesimpulan yang salah karena informasi yang kurang sesuai

6.7 Pendahuluan *Assessment Behavioral* Dalam Psikologi Klinis

Assessment Behavioral merupakan rangkaian proses mendapatkan fakta terkait gangguan Klien melalui pengamatan perilaku. *Assessment Behavioral* adalah mengumpulkan sampel perilaku individu untuk membuat kesimpulan. *Assessment behavioral* muncul berdasarkan teori belajar Skinner (Timothy J Trull, 2021) yang mengatakan bahwa perubahan perilaku merupakan reaksi terhadap stimulan dari lingkungan.

Peterson dan Sobell (Timothy J. Trull, etc, 2012) *assessment* perilaku dalam konteks klinis (seperti kebanyakan *assessment* yang baik) bukanlah evaluasi satu kali yang dilakukan sebelum pengobatan dimulai. Sebaliknya, ini adalah proses berkelanjutan yang terjadi sebelum, selama, dan setelah perawatan. *Assessment* perilaku penting karena menginformasikan pemilihan awal strategi pengobatan, menyediakan sarana umpan balik mengenai kemanjuran strategi pengobatan yang digunakan saat diterapkan dalam proses pengobatan, memungkinkan evaluasi efektivitas pengobatan secara keseluruhan setelah selesai, dan menyoroti situasional faktor yang dapat menyebabkan terulangnya perilaku bermasalah.

6.8 Tujuan *Assessment Behavioral* (Perilaku) Dalam Psikologi Klinis

Pelaksanaan *Assessment Behavior* mempunyai tujuan, yaitu (Timothy J. Trull, Mitch Prinstein, 2012):

- a) Mengidentifikasi perilaku bermasalah
- b) Mengetahui faktor situasi yang mempertahankan perilaku bermasalah
- c) Mengetahui konseluensi yang dihasilkan dari perilaku bermasalah

6.9 Metode *Assessment Behavioral* (Perilaku) Dalam Psikologi Klinis

Psikolog/konselor menggunakan metode *assessment behavior* untuk mendapatkan tujuan yang sudah ditetapkan.

Berikut ini metode *assessment behavior*, adalah (Norcross *et al.*, 2016) :

a) Observasi Naturalistik

Metode observasi ini pengamat menjadi partisipan dalam kegiatan yang Klien lakukan. *Setting* yang digunakan bersifat natural klien seperti sekolah, rumah sakit, tempat tinggal. Metode observasi naturalistik mempunyai tujuan untuk melihat perilaku Klien dalam lingkungannya dan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku. Observasi naturalistik memiliki 3 cara mendapatkan data, yakni :

- (1) *Observation by Participant Observer* : observer mengikuti kegiatan klien
- (2) *Unobtrusive Measure*: observer melakukan pengamatan dari data sekunder, seperti video perilaku klien
- (3) *Hospital and clinic observation*: Observasi dilakukan di rumah sakit

b) Observasi Terkontrol

Pengamatan atau observasi terkontrol disebut sebagai pengamatan perilaku analog dimana ada perencanaan situasi yang mirip dengan kehidupan nyata sehingga muncul perilaku yang ingin di *assessment* (Timothy J. Trull, *etc.*, 2012). Tempat observasinya dilakukan di laboratorium psikologi dan pengamatan langsung dilakukan terhadap cara Klien bereaksi.

Klien mengetahui tujuan dari observasi, sehingga perilakunya kurang alami. Heyman (Timothy J. Trull, *etc.*, 2012) mengatakan bahwa observasi terkontrol menggunakan pendekatan sampel kerja dimana situasi pengujian perilaku dan kriteria perilaku yang akan diprediksi sangat mirip untuk mengurangi kesalahan.

6.10 Metode *Assessment Behavioral* memberikan dampak dalam psikologi Klinis

Berikut ini kekuatan dan kelemahan dari *Assessment Behavioral*, yaitu (Norcross *et al.*, 2016):

- a) Sistematis dalam melakukan *assessment behavior* dimana Konselor/Psikolog menyusun langkah-langkah dari menentukan perilaku yang ditargetkan untuk intervensi. Setelah itu hasil *assessment* digunakan untuk mengetahui dan memodifikasi penyembuhan.
- b) Metodenya Tepat dan lengkap sehingga mendapatkan fakta yang mendukung dalam merancang intervensi penyembuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Norcross et al.. 2016. APA Handbook of Clinical Psychology: Applications and Methods .Vol. 3. USA: APA Publisher
- Timothy J. Trull, Mitch Prinstein - Clinical Psychology. 2012. Cengage Learning - Libgen.Lc, n.d.
- Sattler. 2002. Assessment of Children (Behavioral and Clinical Applications. California: Sattler Publisher

BAB 7

INTELEGENSI DAN KEPRIBADIAN

Oleh Yuhanah

7.1 Pendahuluan

Intelegensi menggambarkan suatu konteks kemampuan mental terarah dan luas yang mencerminkan setiap tindakan penyesuaian diri dan berupaya untuk memahami berbagai masalah dilingkungkannya serta mencari solusi penanganan dengan melibatkan akal, merencanakan dan membuat ide-ide yang dapat dijadikan sebuah pengalaman. Komponen intelegensi dan kepribadian merupakan satu kesatuan yang utuh karena kedua komponen tersebut sejatinya dimiliki oleh setiap individu.

7.2 Intelegensi

7.2.1 Definisi Intelegensi

Intelegensi ialah kapabilitas bersifat universal dan potensial. Dikutip dari kamus besar bahasan indonesia (KBBI) Intelegensi diartikan sebagai upaya adaptasi yang segera dan akurat dalam fisik atau mental terhadap pengalaman baru menjadikan keahlian dan ingatan yang telah ada dan dipakai jika bertemu pada kondisi baru. Intelegensi dimaknai taraf intelektual individu (*Arti kata inteligensi - Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online, 2021*).

Intelegensi dan keberhasilannya sebagai dualitas yang saling berhubungan, contohnya bila seorang anak mempunyai intelegensi tinggi akan mempunyai prestasi dan lebih mudah mencapai keberhasilan. Umumnya intelegensi dianggap penentu kecerdasan seseorang yang dinamakan IQ (Magdalena, Uyun dan Maulida, 2021).

7.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Intelegensi

Menurut Afniola dkk (Afniola, Ruslana dan Artika, 2020), ada banyak faktor yang mempengaruhi intelegensi seseorang

seseorang, namun secara garis besar faktor tersebut terbagi menjadi dua yaitu:

- a. Faktor internal, faktor internal yang mempengaruhi intelegensi terdiri atas dua hal, fisiologi dan psikologi;
 - 1) Fisiologi dimakna suatu pekerjaan serta fungsi dari jaringan tubuh atau bagian dari alat-alat tubuh bersama fungsinya, secara tidak langsung dapat dipengaruhi oleh keadaan fisik yang berada di setiap orang.(Sari, 2021).
 - 2) Psikologi adalah tentang kejiwaan seseorang secara ilmiah (Handayani, 2017), yang mana dalam hal ini intelegensi turut terpengaruhi oleh jiwa atau mental seseorang.
- b. Faktor eksternal

Faktor eksternal yang berpengaruh bagi intelegensi ialah faktor lingkungan. Kondisi sekitar tentunya memiliki andil yang krusial pada intelegensi sebab tanpa sadar memberikan efek yang sangat melekat pada diri dan jiwa seseorang, faktor eksternal terbagi atas :

- 1) Faktor sosial yaitu kondisi sekitar dari seseorang, baik kondisi tempat tinggal, di rumah ataupun tempat belajar.
- 2) Faktor non sosial berupa lingkungan yang secara fisik dilihat dan dinikmati seperti lingkungan kamar atau tempat belajar dan juga tempat lainnya.

7.2.3 Cara Pengukuran Intelegensi

Cara memahami batas kecerdasan seseorang pada dasarnya dinamakan tes IQ (*Intelligence Quotient*). Intelegensi merupakan aspek kognitif seseorang yang memiliki posisi primer pada taraf keunggulan dan bisa dilihat dari taraf kecerdasan seorang siswa yang memiliki nilai IQ tinggi (Afniola, Ruslana dan Artika, 2020)

Dasar takaran intelegensi ialah perbandingan seseorang yang dites melalui aturan tertentu secara intelegensi kumpulan sebaya. Kaidah memahami IQ ialah melalui perbandingan jeda usia kecerdasan (*mental age* = MA) dan usia penanggalan (*chronological age* = CA).

$$\text{Rumus : } IQ = \frac{MA}{CA} \times 100$$

MA = mental age, didapati melalui hasil tes intelegensi.

CA = chronological age, didapati melalui perhitungan usia.

7.2.4 Gangguan Intelegensi

Sebagai salah satu bentuk gangguan dalam intelegensi ialah retardasi mental, dimana kondisi individual memiliki intelegensi yang tidak normal, semasa usia berkembang yaitu semenjak lahir atau semenjak fase kanak-kanak, sehingga kapasitas bermasyarakat serta pekerjaan individual dapat terganggu. Ciri-ciri seseorang mengalami retardasi mental ialah:

- a. Tingkat intelektual (IQ) kecil.
 - 1) Kapablitas ingatan (memori) rapuh.
 - 2) Ketidaksanggupan bermasyarakat.
 - 3) Keinginan kurang terhadap sesuatu yang sederhana.
 - 4) Ketertarikan goyah.
 - 5) Kekurangan definit emosi dan acuh disekelilingnya.
- Perbedaan fisik yang spesifik, layaknya badan terlampau mungil atau tubuh terlampau kurus tidak seimbang dengan umur, kepala agak agam, mata sipit dan terlihat tak sehat
- b. Retardasi mental bisa dikelompokan atas bentuk, sebabnya dan tingkatan intelegensinya terdiri dari:
 - 1) Retardasi mental primer disebabkan oleh aspek bawaan (genetik) dan tidak diketahui (retardasi mental simplek).
 - 2) Retardasi mental sekunder, diakibatkan aspek luar yang diketahui dan berdampak pada otak, masa prenatal, perinatal dan postnatal. (Hartono, 2016)

7.3 Kepribadian

7.3.1 Definisi Kepribadian

Kepribadian ialah predisposisi terhadap kelakuan dan bisa menjadi dasar terbawa semenjak dini serta dapat muncul karena pengaruh eksternal. Menurut Allport, kepribadian adalah organisasi aktif yang sistem psikofisik (rohani dan jasmani) seseorang yang memiliki batas kaidah unik pada penyesuaian diri dan sekitarnya. Kuncoroningrat berpendapat bahwa kepribadian

sebagai aturan dasar akal dan dorongan penentu kelakuan seseorang.

Anggapan Raymond Bernard Cattell, kepribadian ialah suatu kemungkinan perkiraan terhadap hal yang akan dilakukan pada kondisi khusus meliputi segala kelakuan seseorang, secara terbuka (lahiriah) ataupun tersembunyi (batiniah). (Arifai, 2018).

7.3.2 Perkembangan Kepribadian

Berdasarkan perkembangannya kepribadian dibagi beberapa tahapan berdasarkan rentang usia:

a. Anak-Anak

Carl Jung membagi masa kecil menjadi tiga substrat yaitu anarkis (gelisah, kacau dan sporadik), monarki (berkembangnya ego, logis dan verbal) dan dualistis (anak-anak memandang dirinya objektif dan sering menyebut pada orang ketiga).

b. Pemuda

Masa muda sebagai periode aktivitas yang meningkat, seksualitas yang jatuh tempo, kesadaran yang tumbuh, dan pengakuan bahwa era bebas masa kanak-kanak hilang untuk selamanya. Perbedaan utama yang dihadapi permuda adalah mengatasi kecenderungan alami. Keinginan untuk hidup di masa lalu disebut prinsip konservatif.

c. Kehidupan Tengah

Kehidupan tengah dimulai saat usia 35 - 40 tahun, merupakan masa potensial yang luar biasa. Jika orang paruh baya mempertahankan nilai sosial dan moral dari kehidupan awal, mereka menjadi kaku dan fanatik dalam mencoba mempertahankan daya tarik fisik dan ketangkasannya.

d. Usia Lanjut

Seiring perjalanan kehidupan orang mengalami penurunan kesadaran seperti cahaya dan kehangatan matahari berkurang saat senja. Ketakutan akan kematian dianggap normal, namun Jung percaya bahwa kematian adalah tujuan hidup yang bisa terpenuhi jika kematian dilihat dalam cahaya. (Prawira, 2013)

7.3.3 Struktur Kepribadian

Bagi Freud mengemukakan bahwa kepribadian manusia terbagi tiga struktur faktor krusial yaitu tahapan kesadaran berkaitan dengan tanda-tanda eksternal, prasadar berada pada tahapan sadar dan tahapan tanpa sadar (kumpulan pengetahuan yang bisa disadari bila diinginkan), tahapan tidak sadar ialah kondisi yang tanpa sadar bisa masuk dalam kondisi tertentu, contohnya dengan teknik hipnosis.

Pembentuk jiwa menurut teori psikoanalisis, struktur kejiwaan manusia sangat unik, terdiri atas the Id (*Das Es*), yaitu aspek biologis, the Ego (*Das Ich*), yaitu aspek psikologis, dan the Super Ego (*Das Uber Ich*), yaitu aspek sosiologis.

- a. Aspek Biologis (*The IZ*) atau *Das Es*, merupakan lapisan terbesar kepribadian manusia berasal dari keturunan (biologis) dan sudah ada semenjak manusia dilahirkan ke dunia. Oleh karena *das es* merupakan realitas psikis yang sebenarnya. Struktur *psyche das es* terdiri dari nafsu gairah yang tidak disadari dan menuntut pemuasan, berfungsi mengatur hubungan jiwa dengan dunia luar sebagaimana semestinya.
- b. Aspek Psikologis (*The Ego*) atau *das Ich*

Lapisan jiwa prasadar terletak di atas lapisan *das es* dan di bawah lapisan sadar timbul karena adanya kebutuhan organisme untuk berhubungan secara baik dengan dunia nyata (realitas).

Das ich tampak sebagai pikiran dan pertimbangan pada individu atau manusia serta merupakan struktur jiwa seseorang yang berfungsi mengendalikan *das es*. Dinyatakan oleh Freud bahwa semenjak anak terbentuk *das ich* maka anak tersebut mulai mengenal norma-norma susila dalam kemasyarakatan. Kuat atau lemahnya *ich* seseorang tergantung kepada keadaan masyarakat tempat hidup seseorang terutama kedua orangtua anak itu sendiri. Menurut pandangan Freud, seorang anak dalam tahap perkembangan orangtuanyalah yang dikenal untuk pertama kalinya. Di mata anak, orangtua dipandang sebagai orang yang sempurna. Pada diri anak telah menginsyafi ketidakmampuannya dibandingkan dengan orangtuanya. Oleh karena itu, anak

yang bersangkutan berusaha untuk menggantungkan diri dan mengidentifikasi dirinya kepada orangtuanya dengan harapan agar dirinya bisa seperti orangtuanya. Tetapi pada kenyataannya, anak tidak sepenuhnya mampu meniru kemampuan orangtua dengan sepenuhnya. Hal itu ditinjau dari ilmu jiwa Freud disebabkan tuntutan dari *das ich* yang menghendaki agar dapat berdiri sendiri.

c. Aspek Sosiologis (*The Super Ego*) atau *das Uber Ich*

Aspek jiwa pada manusia berikutnya, yaitu aspek sosiologis (*the super ego*) yang dalam bahasa Jerman disebut *das uber ich*. Aspek kejiwaan ini berhubungan dengan aspek sosiologis manusia. Freud menyatakan bahwa aspek sosiologis yang pernah dimiliki manusia merupakan wakil dari nilai-nilai tradisional serta cita-cita masyarakat sebagaimana ditafsirkan orangtua kepada anak-anaknya. Ajaran tersebut diejawantahkan dalam bentuk perintah dan larangan yang disampaikan oleh orangtua kepada anaknya. Dalam perkembangan anak selanjutnya, terbentuk *das ich* yang lebih tinggi lagi atau lebih sempurna (Prawira, 2013).

7.3.4 Tipologi Kepribadian

Setiap Orang mempunyai tipologi kepribadian berbeda sehingga mereka memiliki ciri khas masing masing, tidak berarti memiliki kelebihan dari lainnya. Beberapa tipologi kepribadian yang dimaksudkan ialah koleris, sanguinisi, melankolis serta plegmatis. Setiap individu memiliki keistimewaan dan kelebihan masing-masing yang terlihat sangat jelas saat seseorang belum memiliki kepribadiannya. Seringnya membuat koneksi agak canggung dikarenakan kurang sinkronya koneksi antara satu dan lainnya. Oleh karena itu dapat berdampak *miss* koneksi antara kedua belah pihak (Renanti dan Darmawan, 2021).

7.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepribadian

a. Edukasi Agama

Edukasi agama adalah untuk mengikat anak-anak dengan *basic* iman sejak mereka memahaminya, memperkenalkan mereka dengan rukun Islam sejak mereka mengerti dan

mengajarkan mereka *basic* sejak usia dini atau berdasarkan keyakinan masing-masing.

b. Edukasi Moral (Akhlahk)

Edukasi moral adalah seperangkat prinsip moral dasar serta kearifan sikap juga budi pekerti yang harus ada dan dibiasakan dari sejak dini, hingga menjadi mukallaf atau faham yang di tandai siap menghadapi kehidupan sehari-hari. Etika dan perilaku merupakan salah satu bentuk dari keimanan yang baik juga kedewasaan sikap yang benar terhadap kebhinekaan. Orang tua hendaknya memberi edukasi moral atau akhlak dengan cara menceritakan dan memberi contoh bagaimana melakukannya, dampak positif dan negatif agar anak dapat mengenalinya sendiri.

c. Edukasi Fisik

Kewajiban lain bagi para pendidik serta orang tua ialah edukasi fisik. Hal ini bertujuan agar anak tumbuh dewasa di kondisi fisik yang kompeten, kondusif, antusias dan berkeinginan melalui cara memberi nafkah yang halal dan thoyyiban, membiasakan anak untuk melaksanakan etika yang benar, menjaga kesehatan anak, mengobati ketika sakit, dan membiasakan anak berolahraga.

d. Edukasi Rasio (Akal)

Edukasi rasio ialah membuat pola pikir anak-anak menjadi bermanfaat, seperti: ilmu iman, tradisional dan perkembangan zaman. Sehingga pola pikir anak-anak terbentuk. Kewajiban ini sama perlunya dengan kewajiban lain.

e. Edukasi Psikis (Kejiwaan)

Edukasi psikis (jiwa) bertujuan membuat, menggenapkan serta menyetarakan kepribadian anak dengan membiasakan bersikap tegar, merasa diri kukuh, senang bila bermanfaat bagi orang, bisa meredam kesal, dan senang terhadap akhlak mulia.

f. Edukasi Sosial

Edukasi sosial ialah membiasakan anak-anak semenjak dini mampu beradaptasi dengan lingkungan utamanya *physical basic* yang baik didasari pada kesadaran iman, sehingga mampu beradaptasi dengan lingkungan secara baik, mempunyai kesetaraan akal juga tindakan yang bijaksana.

g. Edukasi Seksual

Edukasi seksual ialah bentuk pelatihan, pemahaman serta penjabaran terkait *sex problem* yang disuguhkan anak semenjak memahami *sex problem*, nafsu serta perkawinan. Sehingga diharapkan ketika tumbuh dewasa serta mengerti urusan kehidupan, ia telah mengetahui masalah-masalah yang haram dan yang halal (Ayun, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Afniola, S., Ruslana, R. dan Artika, W. 2020. "INTELEGENSI DAN BAKAT PADA PRESTASI SISWA," *Al-Din: Jurnal Dakwah dan Sosial Keagamaan*, 6(1). doi: 10.35673/ajdsk.v6i1.844.
- Arifai, A. 2018. "KOMPETENSI KEPERIBADIAN GURU DALAM PERSPEKTIF PENDIDIKAN ISLAM," *Raudhah Proud To Be Professionals : Jurnal Tarbiyah Islamiyah*, 3(1), hal. 27–38. doi: 10.48094/raudhah.v3i1.21.
- Arti kata inteligensi - Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online*. 2021. Tersedia pada: <https://kbbi.web.id/inteligensi> (Diakses: 11 Juni 2022).
- Ayun, Q. 2016. "Pendidikan Dan Pengasuhan Keluarga Dalam Membentuk Perkembangan Kepribadian Anak: Perspektif Psikologi Perkembangan Islam," *Attarbiyah*, 26, hal. 91. doi: 10.18326/tarbiyah.v26i0.91-118.
- Handayani, T. 2017. "THE MENTAL VALUE OF I IN THE SHORT STORY OF "MILANA DAN SUNGAI PURBA: A PSYCHOLOGICAL ANALYSIS," *Komposisi: Jurnal Pendidikan Bahasa, Sastra, dan Seni*, 18(2). doi: 10.24036/komposisi.v18i1.7491.
- Hartono, D. 2016. *MODUL BAHAN AJAR CETAK KEPERAWATAN PSIKOLOGI*. Pertama. Diedit oleh H. Junianto. Jakarta: PUSDIK SDM KESEHATAN Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Magdalena, I., Uyun, N. dan Maulida, Z. 2021. "Definisi Sejarah Teori Intelegensi," *Jurnal Sosial dan Teknologi (SOSTECH)*, 1(10), hal. 145–149.
- Prawira, P. A. 2013. *PSIKOLOGI KEPERIBADIAN DENGAN PERSPEKTIF BARU*. 1 ed. Diedit oleh R. Kusumaningratri. Jogjakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- Renanti, M. D. dan Darmawan, A. C. 2021. "Aplikasi Tipologi Kepribadian Berbasis Web untuk Efektivitas Komunikasi (Web Based Personality Typology Application for Communication Effectiveness)," *Jurnal Teknologi Informasi dan Multimedia*, 3(1), hal. 32–38.

Sari, M. J. A. 2021. *Modul Pembelajaran Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia dan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Pendidikan Biologi, Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung.*

BAB 8

PENILAIAN DAN INTERVENSI KLINIS

Oleh Diana Putri Arini

Mayat Bocah di Lemari, NF Diduga Punya Perilaku Psikopat karena Hal Ini

Suara.com - Perwakilan Komnas Perlindungan Anak bersama Kementerian Sosial mengunjungi Rumah Sakit Polri Kramat Jati, Kamis (12/3/2020).

Kedatangan mereka bertujuan untuk mengunjungi NF, gadis muda yang menjadi tersangka kasus pembunuhan terhadap bocah perempuan di kawasan Sawah Besar, Jakarta Pusat.

Ketua Komnas Perlindungan Anak Arist Merdeka Sirait mengatakan, memasuki hari keempat tes kejiwaan, NF membeberkan kronologis pembunuhan sadisnya secara detil. Artinya, NF kekinian dal kondisi baik karena mampu bercerita secara terbuka.

"Tetapi dia sudah menceritakan secara kronologis dengan baik. Artinya kondisinya sekali lagi dalam keadaan baik. Dan tentu ini harus betul-betul diobservasi secara baik," kata Arist di Rumah Sakit Polri Kramat Jati, Jakarta Timur.

Arist memandang, ada hal-hal eksternal yang mempengaruhi perilaku sadistis dalam diri NF. Faktor tersebut adalah konsumsi wacana kekerasan --novel, gim *online*, tayangan Youtube -- oleh NF secara pribadi.

"Seperti dia (NF) berperilaku dengan sadis dan mengarah pada tindakan psikopat yang menurut pengalamannya, karena dia (NF) juga mengonsumsi gadget, media *online*, kemudian juga gim *online* seperti musik, novel, youtube, tontonan yang mengandung kekerasan," kata dia.

Diketahui, warga Jakarta sempat dihebohkan dengan kasus pembunuhan terhadap bocah berinisial APA di Sawah Besar yang dilakukan NF. Aksi pembunuhan itu terjadi saat korban main ke rumah pelaku pada Kamis (5/3/2020).

Penulis : Agung Sandy Lesmana | Yosea Arga Pramudita

Sumber : suara.com

<https://www.suara.com/news/2020/03/12/133703/mayat-bocah-di-lemari-nf-diduga-punya-perilaku-psikopat-karena-konsumsi-ini>

8.1 Pendahuluan

Pada tahun 2020 publik Indonesia sempat menghebohkan Indonesia seorang remaja berusia 14 tahun melakukan pembunuhan, saat itu media menilai remaja tersebut mengalami kondisi psikopat. Jika dikritisi lebih lanjut darimana publik dan para tokoh berani menilai bahwa NF mengalami psikopat? Apakah para tokoh tersebut memiliki kualifikasi untuk menilai kondisi psikologis seseorang? Karena penilaian kondisi psikologis memiliki konsekuensi secara medis, sosial dan hukum. Konsekuensi secara medis artinya penilai tersebut harus memiliki alternatif untuk melakukan intervensi dalam rangka proses penyembuhan atau mengurangi simtom. Konsekuensi secara sosial menyangkut pandangan masyarakat terhadap label gangguan tersebut yang berisiko menimbulkan stigma sosial. Konsekuensi hukum artinya proses hukumnya tentu berbeda dan ada pertimbangan khusus dari hakim atau peradilan, mengingat KUHP menyebutkan individu yang mengalami gangguan atau cacat pada otak atau kejiwaan tidak bisa dikenakan hukum.

Apakah menyaksikan film kekerasan dan membaca cerita kekerasan dapat mengakibatkan perubahan diri menjadi psikopat? Penilaian terlalu dini untuk menyebutkan kondisi kejiwaan NF adalah psikopat. Psikopat adalah gangguan kejiwaan kategori gangguan kepribadian anti sosial yang terdiagnosis mulai usia 18 tahun. Saya menyakini tidak sedikit orang mengkonsumsi film kekerasan sebagai sarana hiburan untuk menonton film bertema thriller atau gore. Tapi apakah orang-orang yang menonton film bertema thriller atau gore ataupun kekerasan lainnya sudah pasti psikopat? Maka, dalam penilaian memiliki proses dan panduan khusus untuk mengklaim diagnosis gangguan seseorang.

Penilaian psikologis tidak ada gunanya ketika tidak dilakukan oleh para ahli, selain hasil keakuratan dan kepercayaan dipertanyakan, hal lain adalah tanggung jawab profesi yaitu intervensi yang dilakukan. Apalagi jika penilaian psikologis dilakukan diri sendiri berdasarkan informasi di media sosial atau internet, maka sudah masuk kategori diagnose mandiri (*self diagnose*). Hal berbahaya ketika individu tidak berkompenten melakukan penilaian secara mandiri karena mengakibatkan salah

penanganan. Ketika melakukan penilaian terhadap kondisi kejiwaan seseorang, penilai tersebut juga harus memiliki solusi dan alternatif untuk mengurangi gejala malfungsi ataupun meningkatkan kondisi kesejahteraan hidupnya. Pada bab ini akan membahas mengenai penilaian psikologis dan intervensi.

8.2 Diagnosis

Penilaian psikologis dapat disebut diagnosis. Secara harafiah diagnosis berasal dari bahasa Yunani yaitu *diagignoskein* yang diterjemahkan ke bahasa Inggris “*to discern*” atau “*to distinguish*” atau “*to know thoroughly*” atau jika diterjemahkan secara harfiah dalam bahasa Indonesia adalah untuk membedakan atau mengetahui secara menyeluruh. Menurut

Menurut Chaplin (2009) diagnosa memiliki berbagai pengertian sebagai berikut: 1) penentuan sifat suatu abnormalitas atau suatu penyakit; 2) pengklasifikasian seseorang didasari dari suatu penyakit atau gangguan abnormalitas yang dialaminya. Berdasarkan pengertian tersebut diagnosis lebih mengarah pada kondisi gangguan atau penyakit seseorang.

Konsep diagnostik pada mulanya digunakan dalam dunia kedokteran, namun perkembangannya juga digunakan dalam pemberian layanan psikologis seperti layanan konseling (Suwarjo, 2008). Menurut Srisayekti (1997) diagnostik psikologi berisikan pengumpulan dan pemerosesan informasi secara sistematis bertujuan untuk mencari penyebab, pengendalian dan pengoptimalan keputusan serta tindakan yang dihasilkan. Hal yang membedakan diagnosis medis dan psikologis lebih ke arah simtom yang hendak dicari. Pada diagnosis medis mengarah pada pengkajian simtom fisik, penetapan jenis gangguan atau penyakit fisik dan penetapan *treatment* yang tepat (Corey, Corey and Corey, 2019). Diagnostik psikologis merujuk pada proses pengidentifikasian suatu masalah emosional atau masalah tingkah laku dan pembuatan status kondisi klien yang pada akhirnya memberikan arah bagi teknik terapi yang tepat (Corey, Corey and Corey, 2019)

Menurut Thorndike dan Hagen (dalam Restiana, 2020) pengertian diagnosis psikologi memiliki pengertian:

- 1) Suatu proses menemukan kelemahan atau gangguan yang dialami seseorang melalui pengujian atau studi yang dilakukan secara seksama mengenai simtom yang muncul.
- 2) Studi yang seksama terhadap fakta tentang suatu hal untuk menemukan karakteristik atau kesalahan dan sebagainya esensial.
- 3) Keputusan yang dicapai setelah dilakukan studi secara seksama terhadap fakta tersebut.

Berdasarkan pendapat dari beberapa ahli dapat disimpulkan bahwa diagnosis psikologi memiliki pengertian sebagai upaya untuk menemukan ciri khas suatu gangguan untuk diidentifikasi. Maka ketika menyebutkan diagnosis akan adanya sistem penggolongan untuk mengklasifikasikan keunikan individu sehingga psikolog dapat menyebutkan jenis gangguan dialami. Sistem diagnosis mengalami pro dan kontra, ada beberapa kelompok yang setuju dengan adanya sistem pendiganosis dan ada yang menolak. Alasan kelompok menolak adanya sistem pendiagnosis karena dianggap menghapus keunikan pasien, memberikan stigma buruk sehingga menyebabkan kondisinya semakin terpuruk serta mempersempit wewenang konselor/psikolog untuk melakukan penanganan (Suwarjo, 2008). Carl Rogers tokoh humanistik berpendapat bahwa sistem pengklasifikasian merupakan tindakan dehumanisasi dan deindividualisasi yang menimbulkan perhatian akan potensi baik seseorang menghilang (Sundberg et al., 2007)

Kelompok yang setuju dengan pendiagnosis menganggap pentingnya diagnosis tidak hanya sebagai sistem pengklasifikasian namun dapat memberikan bantuan kepada konselor/psikolog untuk memberikan penanganan tepat yang sudah teruji dan tersistematis. Corey, Corey and Corey (2019) menyebutkan ada enam manfaat pendiagnostik dalam setting konseling atau psikoterapi yaitu

- 1) Setiap label yang diberikan memiliki rentangan yang luas dari karakteristik tingkah laku sehingga memungkinkan ahli psikologi/psikolog menemukan gejala umum gangguan secara efektif.

Contoh, adanya sistem pengklasifikasian memudahkan ahli membedakan skizofrenia paranoid dan skizofrenia tipe katakonik karena ada gejala khas yang muncul. Pada skizofrenia paranoid pasien biasanya mengalami kondisi ketakutan intens karena merasa dikejar, dicelakakan atau diamati. Sementara pada pasien skizofrenia katakonik dapat berpose dengan posisi tidak umum dan terdiam dalam waktu lama.

- 2) Diganosis memfasilitasi pemilihan bentuk terapi yang cocok sesuai dengan kondisi pasien. Pada contoh diatas, dengan adanya pengklasifikasian memudahkan ahli psikologi/psikolog menentukan gangguan, maka pengobatannya tentu berbeda. Pada pasien skizofrenia paranoid gejala khas selain simtom positif dan negatif adalah paranoid. Tidak semua pasien skizofrenia paranoid memiliki gangguan pada kecerdasan, malah diantara mereka tampak normal. Maka, pendekatan secara kognitif dapat digunakan untuk mematahkan kepercayaan kelirunya dapat diberikan agar ia memiliki pemahaman yang baik untuk mengendalikan simtom halusinasi.

Studi kasus pada ahli matematika yang mendapatkan penghargaan Nobel dibidang matematika yaitu John Forbes Nash. Ia menunjukkan simtom skizofrenia Paranoid semenjak masih muda, ia mempercayai bahwa ia memiliki misi khusus memecahkan kode-kode rahasia di koran, harus melaporkan hasil risetnya mengenai kode khusus serta mempercayai ada agen rahasia yang memata-matainya. Ia berhalusinasi mengenai agen rahasia dari Rusia, ia memiliki sahabat yang sekamarnya dan teman kecil yang merupakan keponakannya. Ketika ia mengetahui diagnosis gangguannya adalah skizofrenia paranoid, ia melakukan diet pikiran yaitu mengabaikan halusinasinya yang berusaha mengajak bicara padanya. Adanya penanganan terapi yang tepat dapat membuat pasien yang mengalami



John Nash (1928-2015)

Source :

<https://www.nature.com/articles/522420a>

kondisi gangguan tetap dapat beraktualisasi untuk mengembangkan berbagai potensi yang dimiliki.

3) Adanya diagnostik tentang kondisi pasien dapat mengetahui etiologi/ penyebab kondisi pasien, sehingga klien dapat mencegah kondisi agar dapat meningkatkan simtom gangguan. Misal, kondisi stress paska trauma memiliki penanganan yang berbeda jika dilihat dari penyebab. Orang-orang yang mengalami kondisi bencana alam berisiko mengembangkan stress paska trauma (Bromet *et al.*, 2017). Kondisi ini berbeda pada relawan atau tenaga profesional yang bekerja menolong para korban bencana alam, mereka mengalami trauma sekunder yang berkembang menjadi stress paska trauma (Sui & Padmanabhanunni, 2016). Meski sama-sama mengalami kondisi paska trauma namun penyebab gangguan berbeda, pada relawan biasanya menimbulkan kerja berlebihan yang mengabaikan kondisinya karena merasa harus bisa menolong para korban.

4) Diagnosis dapat memberikan berbagai penemuan dari penelitian mengenai ciri khas simtom antar budaya ataupun memberikan penelitian mengenai efektivitas suatu jenis terapi. Misal, DSM dan ICD mengenal adanya gangguan kecemasan sosial yang merupakan sejenis

Seorang pria dengan kondisi hikikomori yang mengurung diri berbulan-bulan.
Sumber: <https://nationaleeographic.grid.id/>



gangguan yang menyebabkan ia memiliki ketakutan terhadap penilaian orang lain di situasi sosial. Hal yang unik setiap budaya memiliki gangguan kecemasan sosial yang berbeda seperti Jepang dengan hikikomori. Kondisi ini membuat individu menarik diri dalam pergaulan sosial, mengurung diri di kamar dalam waktu kamar, tidak melakukan aktivitas sosial apapun baik bekerja, sekolah ataupun bersosialisasi. Kondisi ini dianggap tidak ada dalam dunia gangguan kejiwaan namun

realitanya individu yang mengalami gangguan ini cukup banyak, sehingga para ahli berusaha untuk mengklasifikasi kondisi ini sebagai *culture bond syndrome* (Teo & Gaw, 2016). *Culture bond syndrome* merupakan gangguan lokal seperti kecemasan, depresi atau somatoform yang dipengaruhi budaya setempat. Sehingga gangguan ini bersifat orisinil hanya dibudaya tersebut dan tidak ditemukan di budaya lain. di Indonesia, salah satu *culture bond syndrome* yang ditulis dalam DSM adalah amok.

- 5) Diagnostik dapat bermafaat untuk memprediksi penyebab dan dampak risiko yang muncul kedepannya.

Anak yang mengalami selective multism termanifestasi dengan perilaku yang berbeda saat bersama dengan keluarga intinya yang dekat dan kerabat atau orang yang tak sering ia jumpai. Pada keluarga intinya ia banyak berbicara dan berekspresi, namun dengan kerabatnya tak sering ditemuinya dan situasi baru ia cenderung diam, berekspresi datar. Adanya kondisi ini berisiko terhadap kemampuannya saat ia memasuki usia prasekolah atau usia sekolah, ia tak bisa berbaur dengan temannya ataupun mengikuti intruksi dari guru. Hal ini membuat performa belajarnya dianggap buruk.

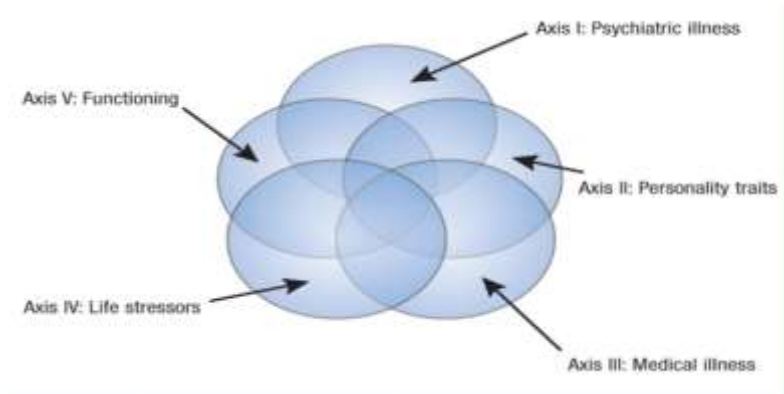
- 6) Klasifikasi diganostik mampu memberikan informasi yang dapat dikumpulkan secara kuantitatif, sehingga dapat dilakukan kebijakan untuk penanganan suatu gangguan dan layanan psikologis yang dapat disediakan. Contohnya, kondisi pandemi menyebabkan banyak masalah psikologis di masyarakat seperti cemas dan stress, sehingga Himpunan Psikologi (HIMPSI) dan kementerian komunikasi dan informatika (kominfo) membuat layanan psikologi daring bernama SEJIWA (Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Perempuan, 2020)

Untuk melakukan diagnosis gangguan kejiwaan pasien diperlukan suatu pedoman khusus yang berisi mengenai gejala yang muncul, usia pertama kali gejala muncul, durasi gangguan dan tata cara pendiagnosis. Untuk mendiagnosis gangguan kejiwaan, ada beberapa pedoman yang biasa digunakan psikolog klinis atau psikiater yaitu:

1) DSM

Sistem pengklasifikasian gangguan kejiwaan berawal dari hasil statistika kesehatan mental di Amerika Serikat berdasarkan sensus penduduk tahun 1840 mengenai frekuensi penduduk yang mengalami kondisi kegilaan atau idiot. Di tahun 1880, sensus penduduk membagi kategori kesehatan mental terdiri dari: mania, melankolia, monomania, paresis, demensia, dipsomania dan epilepsi. Data statistika ini membuat *asosiasi American Medico Psychological dan National Comission on Mental Hygine* mengembangkan suatu model klasifikasi berdasarkan informasi kesehatan mental pasien di rumah sakit (Kawa & Giordano, 2012). Pada tahun 1912, *American Medico Psychological menjadi American Psychiatric Association* (APA, 2020)

Sistem pengklasifikasian dalam DSM memiliki beberapa dimensi atau aksis yang saling mempengaruhi terjadinya gangguan seseorang, sehingga proses penilaiannya untuk menjelaskan penyebab gangguan, manifestasi perilaku dan dampak kedepan yang dialami lebih lengkap. Sistem pengklasifikasian gangguan jiwa dalam DSM memiliki lima aksis yaitu: aksis 1 berisi gangguan kejiwaan yang dialami oleh individu dan kondisi lain yang menjadi perhatian klinis. Aksis 2 berisi masalah gangguan kepribadian, ciri kepribadian yang menonjol atau retardasi mental. Aksis 3 berisi masalah kondisi kesehatan pasien secara umum. Aksis 4 berisi kondisi psikososial atau lingkungannya yang dianggap memperburuk kondisi kesehatan mentalnya. Aksis 5 berisi penilaian keberfungsian individu secara global yang ditulis dalam skala dengan kisaran 0-100.



Gambar 8.1 : Diagram keterhubungan antar aksis

2) ICD

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) merupakan sistem pengklasifikasian penyakit, simptom, kelainan, keluhan dan penyebab eksternal suatu penyakit. ICD dipublikasikan oleh *World Health Organization* (WHO), bentuk pengklasifikasian memiliki kode khusus. Kode khusus ini dipakai secara meluas untuk kegunaan informasi morbiditas dan mortalitas secara statistik bertujuan untuk melakukan administrasi, epidemiologi, sistem reimbursement dan riset di berbagai fasilitas kesehatan. Di Indonesia, sistem pengklaiman BPJS merujuk pada kode dalam ICD.

Gambar 8.2 : ICD 10 online

Sumber : <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>

Pembuatan ICD berdasarkan riset dari pakar mengenai kondisi penyakit yang bersifat pandemic dan endemic yang umum terjadi. Pembuatan pengklasifikasian penyakit bermula dari pencatatan pembastian dan penguburan pada tahun 1953. Pengadministrasian kelahiran dan kematian membuat banyak peneliti mencatat simtom penyebab seseorang meninggal dan membuat pengelompokkan. Pencatatan ini dilanjutkan sampai tahun 1987 oleh *London Bills of Mortality*, tujuannya untuk mengidentifikasi awal peningkatan kejadian kematian yang disebabkan wabah atau epidemik lainnya. Daftar penyebab kematian berisi klasifikasi penyakit, cedera dan kematian membuat sebuah rujukan dunia yaitu *International List of Causes of Death* (ILCD). ILCD mengalami banyak didiskusikan dan direvisi, namanya berubah menjadi ICD, sampai sekarang revisi ICD sudah ke 10 kalinya.

3) PPDGJ

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) adalah pedoman penggolongan klasifikasi gangguan jiwa yang dibuat sejak tahun 1973 oleh Direktorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI (Departemen Kesehatan, 1993) PPDGJ dibuat berdasarkan *International Classification of Diseases* (ICD) dan *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM). Saat ini PPDGJ di Indonesia masih edisi ketiga berdasarkan acuan ICD IX dan DSM V, belum ada pembaharuan mengenai PPDGJ, meski ICD sudah direvisi ke 10 kali menjadi ICD X dan DSM V sudah hadir sejak tahun 2013 malah ada revisi DSM V sejak 2019. PPDGJ belum diperbarui masih cetakan III yang terbit sejak tahun 1993.

8.3 Intervensi

Intervensi secara harfiah berasal dari bahasa Latin yang artinya yang datang diantara, maka secara definisi intervensi mengacu pada usaha untuk mengubah kehidupan yang sedang berproses dengan cara tertentu menghilang (Sundberg *et al.*, 2007). Ketika berbicara pada kondisi perubahan artinya kondisi ini adalah kondisi yang memang disengaja, direncanakan atau dirancang

untuk mengubah kehidupan seseorang atau kelompok. Menurut (Himpunan Psikologi Indonesia, 2010) intervensi mengacu pada serangkaian kegiatan sistematis dan terencana didasari hasil asesmen untuk mengubah kondisi individu, kelompok atau masyarakat yang sedang menuju perbaikan atau pencegahan memburuknya suatu keadaan baik secara preventif atau kuratif.

Intervensi dalam bidang psikologi dapat berupa intervensi individual melalui konseling atau psikoterapi, intervensi kelompok seperti konseling atau terapi kelompok, intervensi komunitas ataupun intervensi organisasi atau sistem melalui kebijakan dan peraturan. Himpunan Psikologi Indonesia (2010) membagi intervensi dalam bidang psikologi yang dapat dilakukan yaitu:

1) Psikoedukasi

Psikoedukasi merupakan kegiatan untuk meningkatkan pemahaman, kemampuan kognitif, atau menambah suatu keterampilan dalam rangka untuk mencegah suatu kondisi atau mencegah meluasnya gangguan psikologis di suatu kelompok, komunitas atau masyarakat. Pada kegiatan psikoedukasi dapat dilakukan non pelatihan seperti memberikan informasi dari flyer, membuat posting di instagram mengenai informasi psikologis ataupun iklan layanan masyarakat.

Psikoedukasi pelatihan dapat berupa kegiatan untuk meningkatkan kemampuan atau keahlian individu, kelompok atau komunitas. Bentuk psikoedukasi dapat berupa webinar ataupun seminar yang dapat menambah pengetahuan. Misal seminar pencegahan stunting pada anak.

2) Konseling

Konseling merupakan hubungan profesional antara individu yang terlatih memiliki kompetensi dan kualifikasi tertentu untuk memahami, menjelaskan dan menolong individu. Konseling tentu berbeda dengan diskusi ataupun mengobrol, karena konseling memiliki tujuan untuk mencapai penentuan diri. Menurut Himpunan Psikologi Indonesia (2010) konseling merupakan kegiatan yang dilakukan menyelesaikan hambatan secara sosial personal, pendidikan ataupun pekerjaan yang berfokus pada peningkatan potensi positif sosial individu (Himpunan Psikologi Indonesia, 2010).

Menurut Komalasari *et al.* (2011) ada beberapa elemen konseling, yaitu:

- a. **Konselor adalah profesional**
Konselor adalah suatu profesi yang memiliki kompetensi dan kualifikasi keilmuan. Untuk melakukan konseling psikologi dapat dilakukan oleh lulusan S1 Psikologi dengan pelatihan khusus, namun belum mampu mendiagnostik dan melakukan intervensi.
- b. **Konseling merupakan hubungan dengan orang yang dikonselingi**
Hubungan menolong antar konselor dengan klien memiliki ikatan profesional yang didasari oleh pemahaman, penerimaan dan kerjasama.
- c. **Konselor profesional memiliki keterampilan konseling dan kepribadian**
Sebagai konselor tidak cukup mendapatkan pemahaman konseling hanya dari bangku kuliah, konselor juga dituntut memiliki keterampilan dari pengalaman atau pelatihan. Hal ini membuat konselor terlatih kemampuannya, selain itu kepribadian konselor penting.
- d. **Konselor membantu individu belajar**
Klien datang ke konselor umumnya untuk meminta penerimaan atau pembelaan terhadap kondisi yang terjadi padanya. Oleh karena itu, konselor memiliki penilaian objektif memberikan kesempatan belajar pada klien untuk mengubah tingkah lakunya yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif.
- e. **Individu belajar membangun relasi dengan diri dan orang lain**
Konselor membantu individu bagaimana untuk memahami kondisi diri dan menyesuaikan diri dilingkungannya secara adaptif. Makna membangun relasi diri sendiri adalah memenuhi kebutuhan psikologis dan menyadari potensi diri.
- f. **Individu belajar membangun relasi dengan cara produktif**
Tujuan proses konseling adalah perubahan perilaku, maka ada tiga tujuan target yang perlu dicapai. Pertama, mengembangkan kompetensi interpersonal dan

intrapersonal, konseling bertujuan untuk mengembangkan kepribadiannya agar lebih berintegrasi dan utuh, konseling tidak hanya bermanfaat bagi orang yang memiliki masalah psikologi namun juga pada orang normal yang memiliki hambatan dalam proses perkembangannya.

- g. Konseling merupakan hubungan antara konselor dan individu yang mencari bantuan

Dalam proses mencari bantuan, artinya individu membutuhkan dari professional sehingga memiliki system atau aturan tertentu seperti teknis pelaksanaa, persetujuan (*inform consent*), prinsip kerahasiaan individu dan lainnya.

3) Psikoterapi

Menurut Sundberg (2007) konseling dan psikoterapi memiliki perbedaan yaitu mengacu pada segala macam masalah. Konseling diperuntukkan untuk masalah umum yang terjadi pada individu normal. Sementara psikoterapi lebih spesifik untuk gangguan dan kesulitan psikologis dalam jangka panjang. Himpunan Psikologi Indonesia (2010) menyebutkan psikoterapi adalah terapi psikologi yang merupakan kegiatan penyembuhan dari gangguan psikologis atau masalah kepribadian berdasarkan prosedur baku dan teori relevan.

Menurut Novianty dan Retnowati (2016) kondisi Indonesia yang luas dan tidak meratanya akses kesehatan mental membuat layanan kesehatan primer (puskesmas/klinik) memiliki layanan psikoterapi, hal ini didasari oleh gangguan mental memiliki prevalensi dan tingkat disabilitas yang tinggi. Di beberapa wilayah Indonesia sudah ada layanan psikologis di tingkat puskesmas, seperti di Yogyakarta, Sleman dan Bantul. Namun masih banyak wilayah di Indonesia yang belum memiliki pelayanan kesehatan mental primen, hal baiknya hampir semua rumah sakit daerah milik pemerintah memiliki layanan psikologis.

Penanganan psikoterapi dapat dilakukan pada pasien gangguan mental, neurologis dan gangguan penyalahgunaan zat. Tantangan di Indonesia untuk melakukan penanganan masalah gangguan mental adalah paradigma demonologi yang masih melekat pada masyarakat Indonesia. Tidak sedikit masyarakat

Indonesia menganggap gangguan mental disebabkan pengaruh dari roh halus, kutukan atau hal mistis lainnya. Sehingga pengobatan ataupun intervensi yang dilakukan lebih kearah pengobatan alternatif seperti ke dukun, keagamaan atau obat-obat herbal.

Penanganan psikoterapi dan stigma masyarakat terhadap gangguan kesehatan mental disebabkan dua hal yaitu:

- 1) Kurangnya literasi kesehatan mental pada masyarakat. Kekurangan informasi atau ketidaktahuan memilah informasi yang tepat mengenai kesehatan mental menyebabkan adanya pelabelan negatif dan dianggap suatu aib bagi keluarga sehingga mereka cenderung tertutup terhadap kondisi kesehatan mental.
- 2) Akses pelayanan kesehatan mental terbatas. Pelayanan kesehatan mental di indonesia tidak merata hanya tersebar di kota besar terutama di jawa. Selain itu jumlah tenaga profesional kesehatan mental baik psikolog ataupun psikiater di Indonesia tidak sebanding dengan jumlah pasiennya.

Menurut Novianty dan Retnowati (2006) ada beberapa intervensi psikologis yang dapat dilakukan oleh layanan primer untuk mengatasi masalah kesehatan mental, neurologi dan penyalahgunaan zat, yaitu:

- 1) *Psychological First Aid* (PFA)

Intervensi ini merupakan pertolongan pertama psikologis yang dapat diberikan pada individu yang memiliki masalah psikologis ataupun orang terdekatnya untuk memberikan bantuan yang dapat mengurangi tekanan psikologis seperti trauma awal, panik ataupun kecemasan dalam jangka pendek. Awalnya PFA dilakukan pada individu yang mengalami kondisi traumatis saat bencana alam ataupun kecelakaan. Seiring perkembangan zaman dan kebutuhan, PFA dapat diberikan pada individu yang mengalami kondisi psikologis jangka pendek seperti cemas atau stress jangka pendek. PFA tidak hanya dapat dilakukan oleh kalangan psikolog klinis, namun dapat diberikan pada orang-orang yang melakukan pekerjaan menolong seperti konselor, guru, pemadam kebakaran, polisi, pekerja sosial dan lainnya.

Menurut *World Health Organization*, ada tiga aspek yang perlu diperhatikan dalam pemberian PFA yaitu:

- a. *Look*, maksudnya melakukan observasi kebutuhan individu seperti memastikan keselamatannya, memperhatikan kebutuhan dasar yang saat ini paling dibutuhkan dan perhatikan reaksi kondisi stress.
- b. *Listen*, memiliki pengertian untuk mendengarkan individu tersebut tanpa mengintrupsi atau memberikan masukan, tanyakan kebutuhan, buatlah individu tersebut nyaman pada anda dan hal yang terpenting pastikan individu tersebut memang membutuhkan dukungan sosial.
- c. *Link*, merujuk pada membantu individu untuk menyelesaikan masalah dengan memberikan informasi yang dibutuhkan, berikan informasi dan arahan untuk mendapatkan informasi dan bantuan yang diperlukan.

Saat awal masa pandemi, HIMPSI dan Keminfo melakukan kerjasama untuk mengurangi dampak buruk psikologis masyarakat karena pandemi dengan memberikan konseling telepon. Pemberian bantuan yang dilakukan merupakan sejenis PFA, berdasarkan pengalaman penulis individu yang menelpon memang membutuhkan orang yang mendengarkan keluh kesahnya terhadap kondisi pandemi dan kebutuhan informasi. Misal, salah seorang penelpon merasa ia mengalami kondisi Covid 19 dan merasa takut sekali mati. Penulis mendengarkan ketakutannya dan merespon dengan bertanya mengenai simtom-simtom Covid 19, ternyata ia tidak mengalami kondisi Covid hanya membutuhkan informasi untuk menguatkan kondisi dirinya.

2) *Cognitive Behaviour Therapy*

CBT merupakan terapi kognitif berpikir yang mengubah kepercayaan keliru individu dalam memahami dirinya, orang lain dan lingkungannya. Pada terapi ini berfokus untuk mengidentifikasi pemikirannya yang keliru dengan didasari fakta dan bukti, mengadakan penilaian terhadap fakta dan bukti secara objektif dan mengevaluasi pemikirannya. Pendekatan CBT lebih menantang kembali gagasan keliru,

mendekonstruksikan kepercayaannya dengan berbagai pertanyaan. CBT dianggap terapi yang baik untuk menangani depresi dan kecemasan, berbagai penelitian menunjukkan CBT jauh lebih efektif dibandingkan penanganan obat (farmakoterapi). Meski begitu, konselor tetap harus berhati-hati menggunakan CBT karena tidak sedikit pasien menganggap tidak mendapatkan penerimaan dari terapis/psikolog/psikiater yang seharusnya mau menerima kondisi dan menolongnya.

3) Relaxation Therapy

Teknik relaksasi merupakan serangkaian teknik untuk melatih saraf simpatik dan parasimpatik agar lebih tenang dan terkendali. Teknik relaksasi yang dilakukan dapat relaksasi pernapasan untuk mengatur dan mengendalikan detak jantung serta perpanasan. Teknik relaksasi otot mengendalikan bagian otot yang tegang menjadi rileks. Ada juga teknik relaksasi indera ataupun imajinatif. Beberapa teknik relaksasi yang pada umumnya digunakan adalah meditasi dan yoga. Teknik ini mampu mengatasi ketegangan yang bersifat sementara seperti keluhan fisik namun kurang efektif dalam mengatasi ketegangan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bromet, E. J., Atwoli, L., Kawakami, N., Navarro-Mateu, F., Piotrowski, P., King, A. J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., De Girolamo, G., Gluzman, S., Haro, J. M., De Jonge, P., Karam, E. G., Lee, S., Kovess-Masfety, V., Medina-Mora, M. E., ... Kessler, R. C. 2017. Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(2), 227–241. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002026>
- Chaplin, J. . 2009. *Kamus Psikologi*. Rajawali Press.
- Corey, G., Corey, M., & Corey, C. 2019. *Issues and Ethics in the Helping Professions*. Cengage Learning.
- Himpunan Psikologi Indonesia. 2010. *Kode Etik Psikologi Indonesia*. Pengurus Pusat Himpunan Psikologi Indonesia.
- Kawa, S., & Giordano, J. 2012. A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>
- Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Perempuan. (020, August 7. *Layanan Psikologi Sejiwa Hadir Sebagai Wadah Aduan Bagi Perempuan dan Anak Terdampak Covid 19*. <https://kemenpppa.go.id/index.php/page/read/29/2655/layanan-psikologi-sejiwa-hadir-sebagai-wadah-aduan-bagi-perempuan-dan-anak-terdampak-covid-19>
- Komalasari, G., Wahyuni, E., & Karsih. 2011. *Teori dan Teknik Konseling*. PT Indeks.
- Novianty, A., & Retnowati, S. 2016. Intervensi Psikologi di Layanan Kesehatan Primer. *Buletin Psikologi*, 24(1), 49. <https://doi.org/10.22146/bpsi.12679>
- Restiana, A. 2020. *Psikologi Pendidikan: Teori dan Aplikasi*. UMM Press.
- Depertamen Kesehatan.. 1993. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III*. Departemen Kesehatan.
- Srisayekti, W. 1997. Anamnesa Suatu Pengantar. *Jurnal Psikologi*.

- Sui, X.-C., & Padmanabhanunni, A. 2016. Vicarious trauma: The psychological impact of working with survivors of trauma for South African psychologists. *Journal of Psychology in Africa*, 26(3), 127–133. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14330237.2016.1163894>
- Sundberg, N. D., Winebarger, A., & Julian, T. 2007. *Psikologi Klinis*. Pustaka Pelajar.
- Suwarjo. 2009. Redefinisi Diagnostik dalam Konseling (Sebuah Isu Profesi Konseling). *Paradigma*, 8(4), 71–80.
- Teo, R. A., & Gaw, A. 2016. Hikikomori, A Japanese Culture Bound Syndrome of Social Withdrawal? A Proposal for DSM V. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 444–449. <https://doi.org/10.1097?NMD.0b913e3181e86b1>

BAB 9

PSIKOLOGI KOMUNITAS

Oleh Diana Putri Arini

Women Crisis Center (WCC) Palembang Tercipta dari Siaran Radio



Dahulu kekerasan terhadap perempuan dan anak disebut kekerasan tersembunyi (hidden violence). Hal ini disebabkan kekerasan terhadap perempuan dan anak merupakan hal yang banyak terjadi, tapi masyarakat lebih cenderung diam dan tidak melakukan apa-apa, malah mewajarkan kondisi kekerasan. Beberapa penyebab kondisi tersebut karena dua hal : 1) Budaya atau tradisi kekerasan dianggap sebagai bentuk pendisiplinan; 2) Tidak ada payung hukum yang menganggap tindakan tersebut salah. Pada tahun 1998 ketika terjadi reformasi di Indonesia, masyarakat mulai menyuarakan isu kekerasan terhadap perempuan dan anak. Isu kekerasan berawal dari komunitas menjadi suatu kebijakan yang melindungi hak perempuan dan anak.

Awal berdirinya WCC Palembang bermula adanya talkshow radio berbincang mengenai kekerasan terhadap perempuan dan anak yang diisi oleh seorang advokat, tanpa disangka banyak penelpon dari kalangan perempuan yang mengaku mengalami kondisi kekerasan. Hal ini membuat kegiatan talkshow diperpanjang karena masyarakat membutuhkan wadah untuk membicarakan kasus kekerasan perempuan dan anak awalnya dianggap kasus ranah privat menjadi kasus ranah publik.

Berdasarkan kondisi tersebut, para pendiri WCC Palembang yang berasal dari advokat dan aktivis perempuan mendirikan lembaga perlindungan perempuan dan anak. Layanan yang dimiliki oleh WCC adalah layanan hukum, medis, psikologi dan psikososial. Sampai sekarang WCC Palembang masih melayani kebutuhan masyarakat yang membutuhkan bantuan untuk kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak. WCC Palembang turut mengadvokasi kasus hukum baik ranah public ataupun privat, salah satunya adalah kasus pelecehan seksual yang dilakukan oleh oknum dosen di Universitas Sriwijaya. Tidak hanya melakukan advokasi, penyuluhan dan edukasi ke masyarakat agar memiliki perspektif gender yang baik diberikan dalam upaya untuk mencegah kekerasan.

Pemberdayaan masyarakat juga diberikan pada kelompok-kelompok rentang atau kelompok marginitas, sehingga mereka dapat menjadi agen perubahan dalam komunitas mereka.

9.1 Pendahuluan

Dahulu psikologi klinis masih berpusat pada isu mikro terkait konseling individu yang mengalami gangguan mental. Jika kita ingat lagi pendekatan tradisional klinis yang diperkasai oleh Sigmund Freud menjelaskan bahwa akar gangguan psikologis disebabkan ketidakseimbangan antara id, ego dan super ego. Para penganut Freudian mempercayai ketidakseimbangan id, ego, dan super ego disebabkan karena kegagalan membangun relasi pada figur lekat dapat berupa ibu ataupun keluarga (Feist & Feist, 2011)

Karen Horney menyatakan individu yang bermasalah memiliki kebutuhan-kebutuhan neurotik yang cenderung memikirkan diri sendiri, ketidakstabilan emosi dan membangun hubungan destruktif dengan orang lain (Feist & Feist, 2011). Pandangan para penganut Freudian tidak salah, memang betul figur orangtua berpengaruh pada pembentukan kepribadian dan gangguan mental. Tapi ada satu hal yang dilupakan oleh penganut Freudian mengenai kondisi yang paling mempengaruhi yaitu komunitas tempat tinggal.

Jika dipahami lebih dalam lagi, para penganut Freudian dan pasien-pasiennya tinggal di masa-masa sulit ketika terjadi banyaknya perang antar Negara, pengusiran etnis Yahudi dan gejolak hebat di berbagai Negara entah disebabkan revolusi, krisis ekonomi ataupun ketimpangan kekuasaan. Hal ini menyebabkan lahirnya masyarakat yang sakit disebabkan sistem yang keliru. Sebagai contoh, *Post traumatic stress disorder* ditemukan ketika banyak tentara Amerika Serikat pulang perang mengalami kondisi kecemasan berlebihan, kesulitan tidur, mengalami mimpi buruk berulang kali dan masalah interpersonal (Durand & Barlow, 2007). Parahnya pemerintah saat itu menganggap kondisi para tentara dikarenakan kurang kuat mentalnya, sehingga mereka dikembalikan lagi ke lokasi perang dengan harapan meningkatkan kondisi mental mereka yang optimal. Nyatanya salah, tidak sedikit para tentara mengalami kondisi gangguan mental parah bahkan bunuh diri.

Psikologi Komunitas hadir di tahun 1960-an, saat itu Amerika Serikat sedang mengalami konflik bertubi-tubi mulai dari protes dan demonstrasi, kerusuhan di berbagai kota, perjuangan

masyarakat sipil atas isu perang Vietnam dan lainnya, sehingga membuat banyak psikolog memikirkan cara untuk memecahkan persoalan masalah sosial dan banyak terapis kecewa terhadap peran pasif dalam model terapi klinis level individu (Kloos *et al.*, 2012). Pada kondisi kekecewaan itu membuat para psikolog mengadakan konferensi Swampscott tahun 1965 sehingga istilah psikologi komunitas muncul dan menimbulkan peluang bagi psikolog untuk menjangkau layanan mereka.

Pada tahun 1975 diadakan kembali konferensi pelatihan nasional psikologi komunitas di Austin oleh komite eksekutif divisi psikologi komunitas. Tujuan konferensi adalah mempertemukan psikolog komunitas yang senior dan mudah dalam pertemuan informal dan berdiskusi mengenai masalah psikologi komunitas (Iscoe, 1975). Dalam pertemuan tersebut tercetus lah sebuah hasil diskusi jika psikologi ingin memiliki dampak yang lebih luas terhadap perubahan sosial, maka psikologi harus mengubah setting pendekatan klinisnya.

9.2 Sejarah Psikologi Komunitas

Sebelum kita membahas mengenai perjalanan psikologi komunitas, sebaiknya kita pahami kondisi yang mengilhami psikologi komunitas. Pada tahun 1960-an merupakan titik balik masyarakat Amerika dengan memberikan kehidupan baru bagi masyarakat yang selama ini termaginalkan.

Gerakan orang Afrika-Amerika yang selama ini didiskriminasikan lewat undang-undang bagian atau federal dengan mengkodekan praktik perbudakan yang tidak manusiawi (Miranti, 2020). Para

orang Afrika-Amerika melakukan aksi duduk dan berbagai protes



Gerakan feminsi yang menuntut kesetaraan. Sumber :google



Tuntutan Masyarakat terhadap perang Vietnam. Sumber :google

melawan segregasi antara kulit putih dan kulit hitam. Gerakan kaum feminis menuntut adanya kesempatan kerja yang sama serta menolak diskriminasi seksual (Digital History, 2016). Orang Amerika-Meksiko menuntut diskriminasi dalam pemungutan suara, pendidikan dan pekerjaan. Penduduk asli Amerika yaitu suku Indian meminta pemerintah mengakui klaim tanah dan hak suku untuk mengatur diri mereka secara mandiri. Para pengamat lingkungan potes terhadap kondisi lingkungan yang buruk dan menuntut adanya undang-undang yang membatasi jumlah polusi di lingkungan.

Maka dapat kita pahami di masa tahun 1960-an merupakan masa yang bergejolak ditandai banyaknya protes dan demonstrasi karena kondisi sosial dan politik masa itu. Kondisi yang kacau saat itu membuat para ahli psikologi menyadari keterbatasan psikologi dalam memecahkan masalah sosial. Dalam rangka untuk membangun gerakan kesehatan mental masyarakat, pada masa itu para ahli psikologi mulai fokus pada kondisi masyarakat yang menimbulkan konsentrasi pada bidang-bidang: penelitian tindakan klinis-Pendidikan, program pembangunan komunitas, pengajaran kompetensi anak yaitu kompetensi interpersonal dan keterampilan pemecahan masalah, identifikasi dini anak-anak yang mengalami masalah perilaku, meminta komisi kepresidenan untuk menunjuk layanan kebutuhan mendesak untuk layanan pencegahan gangguan kesehatan mental.

Pada tahun 1965 diadakan konferensi Swampscott merupakan pelatihan program kesehatan masyarakat dan kesehatan mental. Universitas di Amerika mulai fokus pada pendekatan kesehatan mental seperti DePaul University yang mendirikan program doktoral komunitas pertama di AS, selanjutnya Universitas Texas juga ikut mendirikan program doktor psikologi komunitas (American Journal of Community Psychology, 2018). Perkembangan psikologi komunitas sebagai keilmuan terapan yang berguna membuat banyak universitas menawarkan program perkuliahan dan pelatihan berbasis komunitas. Di tahun 1969 ada 50 program perkuliahan psikologi komunitas dan di tahun 1975 terdapat 141 program pascasarjana yang menawarkan pelatihan psikologi komunitas. Di tahun ini juga psikologi komunitas mengalami masa kejayaan karena masyarakat

merasakan kebermanfaatannya dari disiplin ilmu, hingga akhirnya APA membuat divisi ke 27 yaitu psikologi komunitas yang anggotanya mencapai 1800 peserta.

Di Indonesia psikologi komunitas mulai aktif di dekade tahun 1970-an ketika pendapatan nasional bruto Indonesia dibawah rata-rata yang mengkategorikan Indonesia menjadi negara miskin. Kondisi kemiskinan ini mengakibatkan banyak permasalahan sosial mulai dari kondisi pendidikan dan masalah kesehatan masyarakat, gizi buruk, stunting, tingkat buta huruf, pengangguran dan lainnya. Pemerintah giat membangun berbagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat (puskesmas) serta menggerakkan kader-kader untuk memberikan edukasi ke masyarakat mulai dari edukasi gizi, penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana dan pemeriksaan kesehatan.

Universitas Indonesia menjadi salah satu lembaga pendidikan yang menyelenggarakan program untuk mengatasi kemiskinan saat itu. Lembaga Pengabdian Masyarakat (LPM) UI membuat *pilot project* masyarakat Serpong untuk memberikan pelayanan dan penelitian komunitas pendesaan (Wibowo *et al.*, 2017). Praktik psikologi ditujukan untuk mengurangi sumber masalah yang terdapat di lingkungan dengan cara meningkatkan kompetensi dan pemberdayaan di masyarakat. Hingga sekarang mata kuliah psikologi komunitas merupakan mata kuliah yang diperlukan untuk memahami kondisi sosial, ekonomi, dan kesehatan masyarakat yang berpengaruh pada kondisi psikologis.

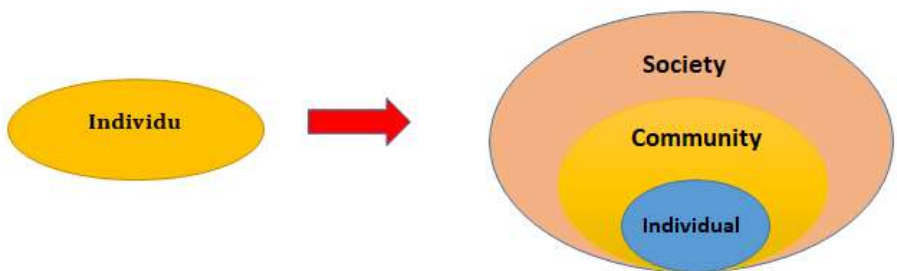
9.3 Definisi Psikologi Komunitas

Pengertian komunitas menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2022) komunitas adalah kelompok organisme (orang dan lainnya) yang hidup dan saling berinteraksi satu sama lain dalam daraha tertentu. Pendapat lain dari Sundberg, Winebarger dan Taplin, (2007) komunitas adalah tempat yang memiliki kesamaan identitas oleh orang-orang yang berada di dalamnya, memiliki kedekatan, memiliki pelayanan dan persediaan komprehensif untuk melayani kebutuhan dasar manusia dan terdiri dari berbagai kelompok serta organisasi secara longgar.

Berdasarkan pendapat tersebut dapat dipahami psikologi komunitas sangat erat dengan lingkungan seperti sosial-demografis, kelompok dalam komunitas dan interaksi antar manusia dalam komunitas tersebut. Ketika berbicara psikologi komunitas, kita tidak sedang menyalahkan atau fokus pada penyebab eksternal terjadinya gangguan. Psikologi komunitas berbicara mengenai interaksi antara orang lingkungan, identifikasi peran dan lingkungan yang sekiranya dapat menciptakan atau mengurangi penyebab masalah sehingga dapat terjadinya pemberdayaan individu atau kelompok.

Menurut Zax dan Specter (dalam Sundberg, Winebarger & Taplin, 2007) psikologi komunitas merupakan pendekatan disiplin keilmuan untuk memecahkan masalah yang terkait terhadap perilaku manusia dengan menekan pada kekuatan atau potensi individu/kelompok sehingga mengurangi atau mencegah permasalahan kedepan.

Psikologi komunitas merupakan bagian dari psikologi klinis, serta memiliki kesamaan untuk mengurangi gangguan dan meningkatkan taraf kehidupan seseorang. Hal yang membedakan adalah lokusnya, setting psikologi klinis lebih mengarah pada individual, sementara psikologi komunitas menggeser perspektif individualism (Kloos *et al.*, 2012). Psikologi komunitas mempertimbangkan bagaimana kondisi seseorang, komunitas dan masyarakat saling berhubungan dan memiliki timbal balik.



Gambar 9.1 : Pergeseran perspektif berdasarkan sudut pandang ekologi

Psikologi komunitas berisi pengetahuan tentang individu dalam konteks sosial, ada beberapa turunan yang perlu diperhatikan untuk memahami psikologi komunitas (Wibowo *et al.*, 2017) yaitu:

1. *First and second order change* (Perubahan turunan pertama dan kedua)

Pada sudut pandang ini ada beberapa asumsi dasar psikologi komunitas untuk memperhatikan, memfokuskan dan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pengembangan diri individu, yaitu:

- Masalah-masalah sosial psikologis muncul dalam situasi atau lingkungan tertentu. Beberapa factor dalam situasi lingkungan bias menyebabkan, memicu dan memperburuk suatu keadaan.
- Masalah-masalah sosial-psikologis muncul karena beberapa elemen sosial di lingkungan yang menghambat usaha penyelesaian.
- Pelayanan yang diberikan harus bersifat straregis, artinya pusat pelayanan masyarakat sebaiknya beada di tempat masalah tersebut muncul.
- Tujuan pelayanan tersebut harus menaati nilai-nilai yang dianut atau dihormati masyarakat tersebut.
- Bentuk pelayanan atau bantuan yang diberikan sebaiknya memanfaatkan sumber daya dari lingkungan sekitar missal bantuan dari komunitas Hal lain dapat pula diberikan dengan menggunakan sumber daya dari luar lingkungan seperti menyewa tenaga ahli atau konsultan untuk memberikan alternative penyelesaian masalah.

2. *Second order rank* (perubahan turunan kedua)

Perubahan atau penyesuaian suatu sistem dan struktur dengan melibatkan individu dengan lingkungannya. Proses perubahan ini mengarah pada akar permasalahan dan per elemen sehingga penyelesaiannya berksiambungan. Pada pendekatan s turunan kedua akan mengubah hubungan antar individu bermasalah dalam latar belakang kehidupan kesehariannya. Beberapa hal yang perlu diperhatikan:

- Penekanan pada efek dari dukungan sosial dan tekanan sosial dalam masyarakat untuk mencegah atau menolong.
- Memperhatikan pemberdayaan lokal dan pentingnya keanekaragaman serta hubungan budaya atau tradisi di wilayah tersebut.
- Penekanan pada masyarakat terhadap potensi atau sumber daya yang dimiliki dalam komunitas sebagai pencegahan terjadinya masalah perilaku.
- Pentingnya ada riset empiris yang tidak hanya berfungsi pada pengembangan teori, juga memfokuskan evaluasi terhadap program kebijakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan masyarakat.

Contoh kasus penyelesaian masalah menggugan *first order change* adalah maraknya kondisi manusia perak dan manusia boneka di pinggir jalan. Awalnya keberadaan manusia perak merupakan proses dari seni jalanan yang ditampilkan oleh seniman di berbagai lokasi wisata. Selama masa pandemi di pertengahan tahun 2020, manusia perak mulai bermunculan memadati jalan raya apalagi di setiap lampu merah. Kota Palembang salah satu wilayah yang banyak dijumpai manusia perak, usia mereka beragam ada yang anak-anak, dewasa ataupun dewasa tengah. Masyarakat mulai merasa terganggu dengan keberadaan manusia perak yang meminta uang disetiap lampu merah. Kondisi ini membuat kepala dinas sosial kota Palembang mengintruksikan sanksi kurungan selama tiga bulan dan denda 50 juta bagi warga yang memberikan uang kepada manusia perak dan pengemis.



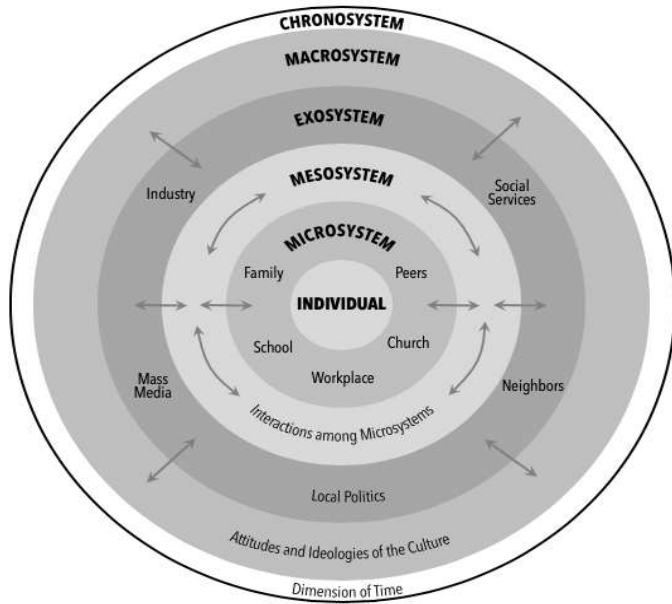
Gambar 9.2 : Manusia perak di lampu merah jalan

Satpol PP dan pihak kepolisian sering melakukan razia di berbagai lokasi lampu merah, meski ditangkap dan mendapatkan sanksi disiplin dari pihak pemerintah, kondisi ini tidak berubah. Para manusia perak dan manusia badut di kota Palembang tetap bermunculan untuk meminta uang. Kondisi ini disebut dengan perubahan turunan pertama (*first order change*). Penyelesaian masalah dengan cara memberikan denda pada pemberi ataupun merazia tidak akan bertahan lama. Kehadiran para manusia perak dan manusia badut bukan hanya menyebabkan kondisi jalanan menjadi kumuh, kemacetan bahkan merusak tata kota, mereka hadir disebabkan masalah sosial. Kebanyakan para manusia perak berasal dari buruh lepas dan anak-anak, kebijakan pemerintah melakukan pembatasan sosial berskala besar mengakibatkan banyak buruh lepas kehilangan pekerjaan dan anak-anak tidak bisa sekolah karena tidak punya fasilitas untuk belajar daring.

Maka penyelesaian masalah tersebut harus mempertimbangkan berbagai kepentingan yang berkaitan satu sama lain. Para buruh lepas yang kehilangan pekerjaan membutuhkan pekerjaan untuk membiayai biaya kehidupan kesehariannya. Anak-anak dan remaja yang menjadi manusia perak

disebabkan ruang belajar mereka berkurang dan tidak terfasilitasi dengan baik. Maka pendekatan masalah ini mengarah pada perubahan yang menysasar dasar masalah, inilah yang disebut dengan perubahan turunan kedua (*second order change*). Pendekatan penyelesaian masalah berdasarkan sistem struktur disebut dengan analisis level ekologi.

Teori ekologi dikemukakan oleh psikolog asal Rusia yaitu Urie Bronfenbrenner, teori ini awalnya dipakai untuk menjelaskan bagaimana kualitas potensi anak dan lingkungannya berinteraksi dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak, dapat menguatkan potensi atau mengurangi potensi anak. Seiring perkembangan, teori ekologi menjadi suatu perspektif yang banyak diminati karena menekankan pentingnya dimensi mikro dan makro dalam lingkungan. Teori ekologi Bronfenbrenner menyatakan bahwa perkembangan atau perubahan sosial merupakan pengaruh dari sistem lingkungan. Ada lima sistem lingkungan yang saling mempengaruhi yaitu mikrosistem, mesosistem, ekosistem, makrosistem dan kronosistem (Santrock, 2012).



Gambar 9.3 : Analisis Sistem Ekologi

Level Individu

Manusia pada dasarnya tidak bisa berdiri sendiri, ketika ia tinggal dalam suatu lingkungan tertentu maka ada serangkaian sistem yang saling bergantung. Individu tersebut dapat memilih hubungan atau lingkungannya sampai batas tertentu, lingkungan tersebut dapat mempengaruhinya dengan berbagai cara. Penelitian menunjukkan transisi ekologis yang dibuat individu mengalami perubahan dalam hubungan sosial, misalnya merantau untuk melanjutkan studi, keluar atau masuk sekolah, menikah, bercerai, menjadi orangnya baru atau kehilangan pekerjaan (Dalton, Alias and Wandersman, 2001).

Level Mikrosistem

Mikrosistem adalah lingkungan tempat individu hidup seperti keluarga, teman-teman sebaya, seklah dan lingkungan sekitar (Santrock, 2012). Lingkungan mikrosistem merupakan lingkungan terkecil yang langsung dihadapi individu, yatu lingkungan dimana ia berinteraksi secara langsung. Interaksi dalam mikrosistem melibatkan keterlibatan pribadi pada keluarga, teman sekelas, guru di sekolah, tetangga di lingkungan. Cara orang-orang dalam lingkungan mikrosistem berinteraksi dengan idnvidu mempengaruhi bagaimana ia bereaksi dan bertindak.

Level Mesosistem

Mesosistem terdiri dari interaksi antar mikrosistem yang berbeda di tempat individu tersebut tinggal. Mesosistem adalah suatu sistem berasal dari mikrosistem dan melibatkan hubungan antara pengalaman keluarga, pengalaman sekolah, rekan atau teman sebaya. Misalnya individu yang memiliki kesulitan dalam membangun kedekatan dan relasi dengan orangtuanya, cenderung sulit membangun relasi dengan rekannya.

Level Ekosistem

Ekosistem berisi kaitan antar lingkungan sosial dimana individu tidak memiliki peran aktif kondisinya (Santrock, 2012), Ekosistem berhubungan terjadi antara dua atau lebih *setting* lingkungan, salah satunya kemungkinan bukan lingkungan yang melibatkan individ namun tetap mempengaruhi kondisinya.

Contohnya, sepasang suami yang mengalami PHK karena masa pandemi, ia mengalami masa sulit sehingga mempengaruhi relasi dengan istrinya buruk karena memperlumaskan masalah ekonomi. Hal ini mempengaruhi relasi keluarga dan anak.

Level makrosistem

Makrosistem memiliki lingkungan yang lebih besar dan jauh dari orang-orang dan tempat yang masih dapat memberikan pengaruh signifikan pada individu. Lingkungan ini tersusun dari pola-pola perilaku, keyakinan dan kebiasaan yang sifatnya turun temurun. Konteks budaya tempat tinggal, keyakinan, status sosial ekonomi, etnis dan ras merupakan bagian dari makrosistem.

Level kronosistem

Kronosistem merujuk pada dimensi waktu yang mempengaruhi perubahan dan keberlanjutan waktu dalam lingkungan individu. Kronosistem dapat berupa perubahan, transisi, dan tingkatan dalam struktur keluarga, status pekerjaan, perubahan sosial dalam masyarakat seperti kondisi ekonomi seperti krisis ekonomi atau perang.

Belakangan ini teori Bronfenbrenner mengalami revisi menambah unsur biologis sebagai teorinya sehingga disebut bioekologis, meskipun demikian konteks teori ekologi dan lingkungan masih menjadi inti dari teori Bronfenbrenner (Santrock, 2012).

9.4 Nilai Dasar Psikologi Komunitas

Nilai merupakan sesuatu yang dianggap baik atau benar yang menjadi suatu pedoman, Maka ketika berbicara nilai, kita berbicara mengenai hal yang dijunjung tinggi, dihormati dan menjadi suatu panduan dalam suatu gerakan (Wibowo *et al.*, 2017). Nilai bergantung pada konteks dan budaya lingkungan setempat, mungkin sekali jika akar dari suatu nilai di wilayah berakar pada spiritualitas atau ideologi. Dalam psikologi komunitas terdapat nilai-nilai yang dihormati dan disepakati bersama yaitu:

1. Kesejahteraan individual dan kesejahteraan keluarga

Kondisi sejahtera dapat dikatakan memiliki kondisi kesehatan fisik yang optimal serta kondisi kesehatan mental yang baik. *American Psychological Association (APA)* mendefinisikan kesejahteraan sebagai keadaan rasa bahagia, kepuasan, tingkat stress rendah, sehat secara fisik dan psikis serta adanya kualitas hidup yang baik. Menurut Soetjipto (dalam Soembodo, 2011)

kesejahteraan keluarga adalah kondisi harmonis dan terpenuhinya kebutuhan fisik, sosial bagi anggota keluarga, tanpa mengalami hambatan yang serius dalam menghadapi masalah keluarga yang dapat diatasi secara bersama-sama.

Kesejahteraan keluarga merupakan hasil pembelajaran manusia dalam hidupnya, maka kondisi kesejahteraan keluarga merupakan sesuatu hal yang diciptakan. Untuk memperkuat kesejahteraan individu berbagai komunitas banyak berfokus pada diskusi atau webinar mengenai perkembangan anak. Kesejahteraan keluarga berfokus pada pendekatan kesejahteraan kolektif, berbagai preventi dilakukan untuk menciptakan kesejahteraan keluarga seperti adanya seminar parenting, kursus pernikahan, seminar pra nikah dan lainnya.

2. Perasaan berkomunitas (*sense of community*)

Sense of community mengacu pada perasaan kepemilikan antar anggota, perasaan bahwa setiap anggota kelompok adalah penting dan adanya keyakinan bahwa kebutuhan bersama serta komitmen masing-masing akan terpenuhi bersama-sama. Anggota yang memiliki ikatan bersama dalam memiliki koneksi emosi yang semakin kuat lewat pengalaman komunitas bersama seperti adanya ritual keagamaan, penghargaan, adat istiadat atau cerita yang dimiliki bersama.

Sense of community tidak selalu menjadi hal positif, banyak juga kondisi kekerasan atau diskriminasi karena perasaan menjadi orang di dalam komunitas dan membedakan orang diluar komunitasnya. Akibatnya *sense of community* dapat menyerang keberagaman suatu konflik sehingga menimbulkan konflik karena anggapan golongan tersebut berbeda dengan komunitas. Upaya penghindaran konflik

disebabkan *sense of community* perlu diseimbangkan nilai lain terutama jika menyangkut keadilan sosial.

3. Menghargai keberagaman (*respect of human diversity*)

Ketika memahami individu dalam suatu komunitas, maka perlu untuk mendalami nilai-nilai yang dianut dan perbedaan manusia meliputi perbedaan gender, etnik, usia, status sosial, ekonomi dan tradisi. Pemahaman keberagaman manusia penting untuk membantu memahami individu dalam suatu komunitas. Dalam menghargai perbedaan perlu diimbangi dengan nilai keadilan sosial dan *sense of community*. Ada kalanya nilai atau tradisi suatu komunitas berbeda, sebagai psikolog komunitas untuk melakukan intervensi sosial perlu mempelajari dan memahami perbedaan lalu menghormati orang lain sebagai manusia ciptaan Tuhan.

Penulis memiliki pengalaman ketika bertemu dengan keluarga teman peneliti yang berasal dari NTT. Ketika teman peneliti wisuda, orangtuanya dan kerabatnya datang, peneliti mencium tangan orangtua teman dan mencium pipi kiri dan kanan. Ibu rekan mengatakan tradisi cium pipi kiri dan kanan bukanlah salam yang baik, mereka bersalaman dengan cara menggesek hidung seperti salam suku Maori di New Zealand. Penulis baru tahu ternyata orang-orang NTT memiliki salam yang berbeda juga, akhirnya peneliti mengikuti salam bertemu hidung untuk menghormati nilai keluarga teman.

4. Keadilan sosial

Keadilan sosial merupakan kesempatan, kewajiban, dan kekuasaan yang adil dalam masyarakat secara umum. Ada dua pengertian umum mengenai keadilan sosial yaitu keadilan terdistribusi yang mengacu pada alokasi sumber daya diantara anggota populasi. Contoh keadilan distribusi adalah kesempatan pendidikan, bantuan untuk masyarakat, subsidi untuk masyarakat tertentu. Keadilan prosedur adalah keadilan dalam proses membuat suatu keputusan. Perspektif keadilan sosial cenderung berkaitan dengan advokasi terhadap kebijakan publik dan upaya perubahan dalam sikap publik.

5. Pemberdayaan masyarakat dan partisipasi masyarakat

Unsur lainnya dalam psikologi komunitas adalah pemahaman akan dinamika kekuatan dalam hubungan

individu, organisasi dan komunitas. Perbedayaan bertujuan untuk memperluas kesempatan dan menguatkan kondisi komunitas. Tujuan dari psikologi komunitas bukan untuk menciptakan ketergantungan pada sumber tertentu, tapi menciptakan pemberdayaan serta partisipasi untuk mengambil keputusan kolektif. Partisipasi warga dalam perspektif psikologi komunitas untk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dari suatu lembaga, mengambil bagian dan turut aktif.

6. Kolaborasi dan kekuatan komunitas

Untuk menyelesaikan suatu permasalahan sosial tidak bisa hanya melihat dari sudut pandang satu keilmuan tertentu. Berbicara mengenai kemiskinan tidak cukup dilihat dari sudut pandang ekonomi saja, namun harus melihat dari sudut pandang yang lebih luas seperti keadaan sosial masyarakat, sistem pelayanan dan ketersediaan sumber daya, akses dan kesempatan masyarakat untuk mendapatkan pendidikan atau kesehatan dan lainnya. Psikolog komunitas perlu membangun hubungan kolobaratif bersama warga sehingga kekuatan komunitas dapat digunakan.

Misalnya intervensi peneliti bersama rekan-rekan keperawatan di suatu desa. Target sasaran kelompok adalah ibu PKK dan tokoh masyarakat, narasumber dari tim psikologi dan keperawatan. Topik yang dibicarakan adalah stunting dan pengasuhan. Kolaborasi dari tim masyarakat tidak hanya menyediakan lokasi namun juga bekerjasama menyediakan makanan sehat seperti bubur dan susu untuk diberikan kepada keluarga yang datang serta flyer berisi informasi pengasuhan dan pencegahan stunting. Kolaborasi ini dapat meningkatkan sense of community sehingga memudahkan pendekatan untuk menciptakan perubahan sosial di masyarakat.

7. Dasar empiris

Dasar empiris merupakan integrasi dari penelitian dan aksi komunitas, untuk meningkatkan aksi komunitas menjadi lebih efektif perlu hasil dari penelitian sehingga menjadi lebih valid dalam memahami komunitas. Permasalahannya psikolog komunitas terkadang sulit mendapatkan dukungan empiris

karena kesulitan mencari teori atau aksi yang dianggap kurang bukti secara ilmiah. Kebanyakan penelitian psikologi komunitas menggunakan metode kuantitatif atau kualitatif karena tidak ada penelitian yang bebas nilai. Oleh karena itu, penarikan kesimpulan dalam penelitian perlu mempertimbangkan nilai dan konteks bukan hanya semata-mata mendapatkan data penelitian.

9.5 Intervensi dalam Psikologi Komunitas

Dalam psikologi komunitas sangat menekankan pada prevensi sebagai dasar untuk mencegah timbulnya masalah baru yang lebih besar. Intervensi kolaboratif artinya prevensi dan intervensi dilakukan secara bersama-sama oleh ahli atau praktisi psikologi dengan warga komunitas, kelompok-kelompok yang berada di dalam komunitas serta masyarakatnya. Masalah-masalah yang menjadi objek penelitian psikologi komunitas seperti kondisi stunting, kekerasan dalam rumah tangga atau pacaran, seks pranikah, penyebaran info hoaks yang menghasilkan prasangka kelompok tertentu.

Beberapa konsep untuk melakukan pendekatan intervensi dalam psikologi komunitas, yaitu:

1. Prevensi/pencegahan

Pencegahan dalam psikologi bertujuan untuk mengurangi risiko perawatan untuk mencegah gangguan lebih parah dan mengurangi biaya taraf pengobatan. Menurut Caplan (dalam Afiatin, 1997) ada tiga macam pencegahan yaitu:

a. Prevensi primer

Prevensi primer merupakan upaya menghadapi keadaan yang memungkinkan timbulnya risiko gangguan sebelum gangguan atau permasalahan terjadi. Prevensi primer artinya melakukan pencegahan pada kelompok yang rentan mengalami gangguan perilaku. Sehingga sejak awal sudah dikondisikan agar kelompok atau individu untuk tidak melakukan risiko. Misalnya, memberikan psikoedukasi pada kelompok remaja mengenai pendidikan seksual untuk mencegah perilaku seks berisiko dan pernikahan dini.



Gambar 9.4 : Kegiatan prevensi primer di kelompok remaja (dok pribadi)

b. **Prevensi sekunder**

Prevensi sekunder dilakukan pada kelompok atau komunitas yang telah mengalami gangguan atau permasalahan untuk mengatasi masalah sejak dini. Upaya yang dapat dilakukan untuk melakukan prevensi sekunder adalah melakukan deteksi sedini mungkin atau skrining pada kelompok rentan, hal ini dilakukan agar kondisi gangguan tidak semakin parah yang mungkin menimbulkan patologi atau hambatan dalam perkembangan. Contohnya, melakukan skrining tumbuh kembang anak untuk deteksi dini perkembangan yang terhambat pada kelompok tertentu.

c. **Prevensi tersier**

Prevensi tersier dilakukan pada kelompok yang terdampak pada gangguan atau masalah psikologis dan telah pulih, upaya pencegahan dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan yang dialami kelompok tertentu untuk mencegah terjadinya kekambuhan atau kembali lagi pada perilaku berisiko. Pencegahan tersier merujuk pada upaya rehabilitas terhadap orang-orang

yang memerlukan penyesuaian kembali karena gangguan atau trauma atau masalah psikologis yang pernah terjadi. Rehabilitasi dapat berupa konseling perubahan perilaku, pelatihan atau terapi dan lainnya. Contohnya, memberikan terapi perilaku pada mantan pencandu narkoba.

2. Pemberdayaan

Konsep kedua intervensi dalam psikologi komunitas adalah pemberdayaan komunitas. Pemberdayaan dalam komunitas merujuk pada menjadikan komunitas sebagai inti dalam pemberdayaan, artinya anggota dalam komunitas bersama-sama aktif berkontribusi dalam kelompok. Konsep pemberdayaan bukan untuk melemahkan atau menyalahkan kondisi lingkungan, namun mengajak komunitas untuk aktif menguatkan atau mencegah terjadinya gangguan.

Menurut Widiningsih, Maretih dan Hirmaningsih (2018) konsep pemberdayaan merujuk pada proses untuk mengontrol, mendapatkan sumber daya yang dibutuhkan, dan memperoleh pemahaman lingkungan sosial manusia secara mendasar. Proses pemberdayaan akan membantu komunitas untuk menyelesaikan masalahnya dan mengambil keputusan berdasarkan keputusan kelompok atau komunitas. Misalnya, di suatu wilayah sering terjadi kecurian pada malam hari. Alih-alih menyewa sekuriti, warga melakukan siskamling bergantian sehingga kasus pencurian berkurang.

Menurut Widiningsih, Maretih dan Hirmaningsih (2018) level pemberdayaan memiliki beberapa level yaitu:

a. Pemberdayaan psikologis (individual)

Pemberdayaan pada level individu merujuk pada pemberdayaan psikologis meliputi usaha untuk melakukan kontrol, pemahaman terhadap lingkungan sosial politik dan peningkatan kompetensi. Dimensi pemberdayaan individual menuntut adanya hubungan intrapersonal, interaksional dan perilaku. Pada level individu mengajak individu memiliki rasa kebersamaan terhadap kelompok/komunitas, memahami terjadinya

ada permasalahan sehingga mampu membuat keputusan yang mempengaruhi kelompok.

b. Pemberdayaan organisasi

Organisasi adalah sekelompok orang yang bekerjasama secara terstruktur untuk mencapai tujuan tertentu. Organisasi memiliki tanggung jawab dalam anggotanya sehingga menuntut adanya kepemimpinan, pengelolaan sumber daya dan pengkoordinasian aktivitasnya yang lebih terarah. Contoh, organisasi di wilayah desa adalah rukun tetangga/rukun warga, karang taruna, lembaga masyarakat kelurahan. Jika dilingkup sekolah/lembaga pendidikan, organisasi yang ada seperti organisasi intra sekolah (OSIS), badang eksekutif mahasiswa (BEM), asosiasi perguruan tinggi katolik (APTİK), asosiasi penyelenggara pendidikan tinggi psikologi indonesia (AP2TPI) dan lainnya.

Organisasi mungkin memiliki pengaruh kecil untuk mempengaruhi kebijakan public, namun organisasi dapat menyediakan kesempatan pada anggotanya untuk meningkatkan keterampilan dan membangun *sense of community*. Misalnya kelompok AP2TPI menyelenggarakan pelatihan pembuatan kurikulum kampus merdeka dan pembelajaran hibrid, sehingga anggota AP2TPI memiliki keahlian dan standar dalam pembelajaran. Organisasi terbentuk karena adanya kesamaan anggotanya mulai dari minat, latar belakang dari anggotanya sehingga antar anggota dapat berbagi informasi atau pengalaman.

c. Pemberdayaan komunitas/masyarakat

Pemberdayaan komunitas merujuk pada upaya inisiatif untuk mengembangkan komunitas, sebagai respon untuk mengatasi tantangan guna meningkatkan taraf kehidupan masyarakat dan memberikan kesempatan luas pada masyarakatnya berpartisipasi agar dapat meningkatkan kompetensi diri. Komunitas yang baik memberikan kesempatan, harapan untuk mengembangkan para anggota dan kelompoknya. Komunitas yang baik diharapkan memiliki koneksi yang

baik dengan organisasi atau kelompok dalam komunitasnya, oleh karena itu perlu adanya pelibatan warga atau masyarakat dalam relasi tetangga seperti dalam lingkup RT/RW, adanya penyusunan program kerja serta adanya pelayanan ke masyarakat.

Sebuah komunitas yang berdaya memungkinkan warga atau anggota masyarakat dapat mengakses layanan atau sumber daya yang dimiliki komunitas tersebut tanpa mengalami diskriminasi. Contoh, akses anak-anak dan warga untuk menikmati taman kota sebagai rekreasi atau layanan posyandu agar masyarakat dapat mengakses layanan pemeriksaan kesehatan atau kesehatan secara gratis.

Pendekatan pemberdayaan komunitas lebih mengarah kepada masyarakat agar turut andil, sehingga fokus pemberdayaan pada pemegang kebijakan, orang-orang yang berada di dalam organisasi. Pengalaman penulis memberikan pemberdayaan masyarakat, peserta kegiatan adalah pengurus posyandu desa, kader PKK, pengurus karang taruna dan organisasi desa lainnya. Tujuan kegiatan adalah pembinaan kesehatan remaja melalui posyandu. Dari hasil asesmen ada beberapa wilayah posyandu yang tidak memiliki kegiatan dikarenakan tidak ada dana untuk menyelenggarakan kegiatan, belum ada lokasi pertemuan/kegiatan dan kondisi lainnya. Pemberdayaan komunitas mengajak komunitas mencari sumber yang dapat menguatkan diri sendiri dengan konsep kebersamaan. Beberapa wilayah sudah memiliki keberdayaan komunitas terlihat dari proker yang berjalan meski tidak ada dana dari stimulus pemerintah, dana berasal dari masyarakat, kegiatan juga diselenggarakan oleh masyarakat dan masyarakat juga merasakan manfaat dari kegiatan. Beberapa kegiatan yang mendapatkan respon positif warga adalah senam atau jalan bersama setiap sabtu pagi, pemeriksaan kesehatan gratis dan pemeriksaan tumbuh kembang anak.



Gambar 9.5: pelatihan anggota posyandu dan karang taruna (dokumen pribadi)

DAFTAR PUSTAKA

- Afiatin, T. 1997. 'Pendekatan Psikologi Komunitas Dalam Prevensi Krisis Keluarga', *Psikologika: Jurnal Pemikiran dan Penelitian Psikologi*, 2(4), pp. 37–41. doi:10.20885/psikologika.vol2.iss4.art5.
- American Journal of Community Psychology. 2018. *What is Swampscott and Why is it Important?* Available at: <https://www.communitypsychology.com/what-is-swampscott-and-why-is-it-important/>.
- Dalton, J.H., Alias, M.J. and Wandersman, A. 2001. *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. USA: Wadsworth.
- Digital History. 2016. *Overview of the 1960s*.
- Durand, M. and Barlow, D. 2007. *Intisari Psikologi Abnormal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Feist, J. and Feist, G. 2011. *Teori Kepribadian*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Iscoe, I. 1975. 'National Training Conference in Community Psychology.', in. *American Psychologist*, pp. 1193–1194. doi:<https://doi.org/10.1037/h0078652>.
- Kloos, B. et al. 2012. *Community Psychology Linking Individuals and Communities*. USA: Wadsworth.
- Miranti, B. 2020. 'Rasisme di AS Lebih Parah dari Negara Lain, Apa Sebabnya?', 29 May. Available at: <https://www.liputan6.com/global/read/4266261/rasisme-di-as-lebih-parah-dari-negara-lain-apa-sebabnya> (Accessed: 13 June 2022).
- Santrock, J. 2012. *Life Span Development*. US: McGraw Hill.
- Soembodo, B. 2007. 'Pandangan Masyarakat Miskin Perkotaan Mengenai Kesejahteraan Sosial', *Journal.Unair.Ac.Id*, (November 1998), pp. 1–13.
- Sundberg, N.D., Winebarger, A. and Taplin, J. 2002. *Psikologi Klinis*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wibowo, I. et al. 2017. *Psikologi Komunitas*. Jakarta: LPSP3 UI.
- Widiningsih, Y., Maretih, A.K.E. and Hirmaningsih. 2018. 'Psikologi Komunitas', *Al-Mujtahadah Press* [Preprint], (52).

BAB 10

BIDANG SPESIALISASI PSIKOLOGI KLINIS: PSIKOLOGI KESEHATAN DAN PENGOBATAN

Oleh Reza Fahlevi

10.1 Pendahuluan

Psikologi kesehatan adalah subspecialisasi yang relatif baru dalam psikologi klinis. Kemunculannya sesuai dengan perubahan jenis penyakit yang menjadi ancaman terbesar dalam masyarakat kita.

Seabad yang lalu, penyakit-penyakit itu adalah pneumonia, TBC, dan influenza, tetapi saat ini adalah penyakit seperti penyakit jantung, kanker, dan stroke. Pembunuh yang lebih baru memiliki komponen perilaku yang jelas; mereka diperburuk oleh perilaku merokok, kebiasaan makan yang buruk, dan kurangnya aktivitas olahraga. Jadi tidak mengherankan bahwa bidang psikologi kesehatan telah muncul dalam beberapa dekade terakhir dan dengan cepat menjadi populer dikalangan dokter dan peneliti (LT Benjamin, 2005; TW Smith, Williams, & Ruiz, 2016).

Divisi psikologi kesehatan dari Asosiasi Psikologi Amerika (*American Psychological Association*) divisi 38 didirikan pada tahun 1978, dan saat ini ada banyak jurnal yang didedikasikan untuk menerbitkan penelitian di bidang ini (misalnya Psikologi Kesehatan, Jurnal Kedokteran Perilaku). Psikologi kesehatan terutama berkaitan dengan cara berpikir, perasaan, dan perilaku kita yang berinteraksi dengan kesehatan fisik. Untuk menjadi seorang psikolog kesehatan yang kompeten, seorang psikolog klinis membutuhkan pelatihan di luar persyaratan program doktor yang khas. Pelatihan ini dapat berbentuk kursus atau magang dan seringkali melibatkan interaksi dengan para profesional dari berbagai profesi kesehatan di luar psikologi (SL Hanson & Kerkhoff, 2012).

Judul bab ini mengandung istilah “Psikologi Kesehatan” dan “Pengobatan Perilaku”, karena literatur yang relevan tercakup dalam berbagai jurnal dengan satu atau istilah lain dalam judulnya. Dalam kenyataan sehari-hari, penelitian dan konten klinis yang tercakup dalam area ini sebagian besar tumpang tindih; banyak dari peneliti yang sama menjadi dewan editorial jurnal dan menjadi kontributor artikel. Di mana ada perbedaan penelitian bahwa Psikologi Kesehatan mencakup penelitian tentang fungsi yang sehat lebih dominan daripada domain kedokteran perilaku, yang agak lebih mungkin untuk mencakup masalah aplikasi klinis.

Memiliki bab terpisah tentang psikologi kesehatan memberikan kesempatan untuk menyoroti persamaan dan perbedaan antara psikologi klinis sebagai tradisional profesi kesehatan jiwa dan psikologi klinis sebagai definisi yang luas terhadap profesi kesehatan. Tujuan bab ini adalah untuk memberikan latar belakang konseptual dan penelitian untuk lebih memahami pekerjaan psikolog klinis dalam perawatan primer dan pengaturan rehabilitasi. Bab ini diatur di sekitar area praktik tertentu di mana psikolog klinis memberikan kontribusi untuk perawatan kesehatan. Kami juga menekankan bahwa pengetahuan yang dikumpulkan oleh peneliti psikologi yang bukan psikolog klinis masih dapat diterapkan untuk meningkatkan perawatan pasien (Brody, 2003).

10.2 Perbedaan Psikologi Kesehatan dan Kedokteran Perilaku

Profesional perawatan kesehatan yang tertarik dengan pandangan bahwa cara pikiran kita memengaruhi tubuh kita cenderung tertarik pada bidang interdisipliner yang luas dalam kedokteran perilaku. Kedokteran perilaku melibatkan integrasi pengetahuan dari berbagai ilmu sosial, termasuk psikologi, sosiologi, dan antropologi, dengan pengetahuan dari disiplin ilmu medis.

Psikologi kesehatan adalah subdisiplin kedokteran perilaku yang secara khusus membahas bagaimana proses mental (misalnya: kognisi, suasana hati, jaringan sosial) berinteraksi dengan kesehatan dan penyakit. Tanggung jawab utama psikolog

kesehatan adalah pengembangan, penilaian, dan penerapan program yang dirancang untuk mempromosikan kesehatan; karena itu, mereka sering bekerja di rumah sakit atau klinik khusus untuk masalah seperti manajemen berat badan, berhenti merokok, kecanduan atau mengontrol rasa sakit (Emery, Anderson, & Andersen, 2011; Lewis, Statt, & Marcus, 2011).

Psikolog kesehatan sering bekerja dalam tim perawatan primer, bersama dokter, perawat, ahli gizi, terapis fisik, terapis okupasi, dan profesional kesehatan lainnya (Goodheart & Rozensky, 2011; Kaholokula & Haynes, 2015).

Psikolog kesehatan mengajukan pertanyaan seperti, “Mengapa siswa cenderung lebih sering sakit di sekitar minggu ujian?” dan “Apakah membuat buku harian makanan membantu klien saya menurunkan berat badan?” Psikolog kesehatan mungkin menghabiskan hari-hari mereka terlibat dalam penelitian atau penerapan kegiatan seperti mempromosikan perilaku sehat (seperti pengurangan atau penghentian merokok, pantang dari *tanning bed*, atau penggabungan lebih banyak buah dan sayuran ke dalam makanan sehari-hari) dan/atau mencegah penyakit melalui cara-cara seperti mengajarkan relaksasi atau keterampilan mengatasi masalah.

10.3 Ruang Lingkup Psikologi Kesehatan

Psikologi kesehatan saat ini memiliki banyak pilihan bidang di mana mereka dapat berlatih, tetapi tidak selalu demikian. Aplikasi pertama dari bidang psikologi kesehatan hanya membahas topik yang menekankan pada respons psikologis dan/atau fisiologis terhadap keadaan internal atau eksternal yang sulit (VandenBos, 2007). Meskipun istilah psikologi kesehatan dan kedokteran perilaku tidak diciptakan sampai tahun 1970-an, gagasan bahwa stres dapat berdampak negatif pada tubuh muncul sejak lama. Pada tahun 1932, Walter Cannon menggambarkan respon *fight-or-flight*: Ketika suatu organisme merasakan ancaman, tubuh dengan cepat memobilisasi cadangan energi melalui sistem saraf simpatik dan sistem endokrin untuk melawan (*fight*) atau melarikan diri (*flight*). Untuk manusia primitif, respons perilaku

tubuh mungkin sebenarnya melawan atau melarikan diri, tetapi "berkelahi" dan "melarikan diri" hal ini terlihat sedikit berbeda.

Durasi stres dapat sangat bervariasi. Stres kronis mengacu pada sindrom yang terlalu umum yang didefinisikan oleh tingkat stres yang secara konsisten tinggi dan tak henti-hentinya, seringkali karena gaya hidup yang terlalu sibuk dan serba cepat. Banyak dari kita memiliki pengalaman langsung tentang stres kronis: Hamermesh dan Lee (2007) menemukan bahwa 55% wanita dewasa Amerika dan 43% pria dewasa Amerika melaporkan merasa stres dengan frekuensi "selalu" atau "sering". Sayangnya, tubuh kita tidak diatur untuk menangani paparan stres jangka panjang, dan dalam jangka waktu yang cukup lama, kita menjadi lelah dan rentan terhadap penyakit. Proses ini dijelaskan oleh Hans Selye (1956) tentang stres yang memuncak, ketika dihadapkan dengan stresor jangka pendek, sistem *fight-or-flight* kita sering bekerja sangat efektif, tetapi dengan paparan stres yang berulang atau berkepanjangan, tubuh kita akhirnya lelah dan rusak.

10.4 Memahami Kesehatan dan Penyebab Penyakit

Agar efektif sebagai profesional dalam perawatan kesehatan, psikolog klinis perlu memahami setidaknya dasar-dasar tentang etiologi medis penyakit umum. Di negara-negara Barat, dua penyebab utama kematian adalah penyakit kardiovaskular dan kanker. Penyakit ini tidak memiliki satu penyebab, tetapi berasal dari multikausal dan masih belum sepenuhnya dipahami. Sisi positifnya, ada banyak bukti bahwa keduanya berada di bagian faktor perilaku yang dapat dikontrol (Yusuf *et al.*, 2004).

Ketika faktor demografis, perilaku, atau psikologis telah ditunjukkan dapat memprediksi perkembangan penyakit dan faktor biologis yang masuk akal, maka faktor tersebut disebut sebagai faktor risiko dan intensitas hubungan antara faktor risiko dan hasil disebut sebagai rasio risiko atau rasio peluang. Perilaku merokok adalah contoh yang baik untuk menunjukkan rasio peluang. Perokok, yang merokok satu bungkus sehari selama bertahun-tahun, kira-kira tiga kali lebih mungkin meninggal karena penyakit kardiovaskular dibandingkan bukan perokok; ini juga dapat digambarkan sebagai *odds ratio* 3:1 (Yusuf *et al.*, 2004).

Pembaca akan melihat istilah “rasio peluang”, “rasio risiko”, dan rasio bahaya di dalam literatur; ketiga istilah tersebut menggambarkan intensitas hubungan antara risiko dan hasil tetapi dihitung menggunakan rumus yang berbeda. *Odds Ratio* menurut definisi sedikit lebih besar daripada rasio risiko, meskipun pada dasarnya mereka menjelaskan definisi yang sama. Rasio bahaya diekstraksi dari studi dengan beberapa pengukuran berulang. Untuk menunjukkan pentingnya faktor perilaku dan psikologis dalam memprediksi suatu penyakit, kami menyertakan Tabel 17.1 yang mewakili hasil ringkasan dari tinjauan besar yang menggambarkan hubungan timbal balik antara faktor risiko dan penyakit kardiovaskular di 52 negara (Yusuf *et al.*, 2004).

Kami menganggap tabel ini informatif karena berbagai alasan. Pertama-tama, data ini mengungkapkan bahwa faktor risiko perilaku yang dapat dimodifikasi seperti merokok dan kurangnya kebugaran fisik adalah prediktor penting, seperti juga ciri kepribadian dan suasana hati tertentu (yaitu, faktor psikososial). Kekuatan hubungan antara faktor risiko psikologis dan penyakit jantung sebagai hasilnya sama besarnya dengan risiko yang terkait dengan banyak faktor risiko medis tradisional. Akhirnya, meskipun tidak ada faktor risiko individu yang membawa rasio risiko lebih besar dari 4:1, kehadiran bersama mereka secara dramatis meningkatkan risiko seseorang terkena penyakit jantung. Seseorang yang membawa semua faktor risiko adalah 129 kali lebih mungkin meninggal karena penyakit jantung daripada individu tanpa faktor risiko ini.

Tabel 10.1 : *Odds Ratio* (OR) untuk Faktor Risiko dari Studi INTERHEART

Peringkat	Faktor Resiko	OR (dan CI)
1	Lipid	3.87 (3.4–4.4)
2	Diabetes	3.08 (2.8–3.4)
3	Merokok	2.95 (2.7–3.2)
4	Psikososial	2.51 (2.2–2.9)
5	Hipertensi	2.48 (2.3–2.7)
6	Obesitas	1,36 (1,2–1,5)
7	Diet	0,70 (0,64–0,77)
8	Olahraga	0,72 (0,65–0,79)
9	Asupan Alkohol	0,79 (0,73–0,86)
Faktor Risiko Bersama-sama		129.2 (90.2–185.0)

10.5 Stres dan Penyakit Fisik

Stres telah dikaitkan dengan berbagai gejala dan penyakit, termasuk sakit kepala (*migrain*), *osteoporosis*, nyeri punggung kronis, penyakit kardiovaskular, bisul, diare, jerawat, dan masalah kesuburan (Hafen, Karren, Frandsen, & Smith, 1996; Schneiderman & Siegel, 2007). Respon tubuh yang sama yang awalnya memberi kita kemampuan untuk menyelamatkan diri dari bahaya langsung, dalam masyarakat kita hal ini menjadi kondisi maladaptif yang menyebabkan penyakit pada banyak orang. Faktanya, para peneliti di *American Institute of Stress* (1997) memperkirakan bahwa 75% hingga 90% dari semua kunjungan ke penyedia layanan kesehatan disebabkan oleh gangguan terkait stres dan bahwa mereka yang stres enam kali lebih mungkin dirawat di rumah sakit karena gangguan fisik. Di antara masalah kesehatan lainnya, stres kronis dapat menyebabkan

- Peningkatan kadar hormon tiroid, mengakibatkan insomnia dan penurunan berat badan;
- Penurunan Endorfin, mengakibatkan nyeri tubuh;
- Berkurangnya hormon seks, yang menyebabkan *amenore* atau infertilitas;
- Penutupan sistem pencernaan, mengakibatkan mual, kembung, dan mulut kering; dan
- Kelebihan pelepasan kolesterol yang dapat berkontribusi pada penyumbatan arteri, peningkatan tekanan darah hingga 400%, stroke, atau aneurisma. (Hafen et al., 1996)

Selain itu, salah satu efek stres yang paling melemahkan adalah melemahnya sistem kekebalan tubuh kita. Stres mengaktifkan aksis *hipotalamus-hipofisis-adrenal* (HPA), yang mengontrol pelepasan hormon stres tubuh kita yaitu kortisol. Kortisol bermanfaat dalam jumlah yang tepat; namun, stres kronis menyebabkan peningkatan kadar kortisol, yang menyebabkan kerusakan sel T, sel penting dalam sistem kekebalan tubuh. Sel-T menyerang patogen asing dan mengatur sel-sel lain dari sistem kekebalan. Ketika kadar kortisol yang tidak teratur menyebabkan penurunan fungsi sel T, hasilnya adalah sistem kekebalan yang

melemah. Atau, lebih sederhananya, stres kronis bisa membuat anda mudah sakit.

Sheldon Cohen menyebutkan bahwa stres dan flu biasa ditemukan pada peserta dengan jumlah stres tertinggi lebih dari lima kali lebih mungkin terinfeksi virus flu biasa (Cohen & Williamson, 1991). Efek merusak dari stres pada sistem kekebalan memberikan upaya untuk penelitian pada psikologi di balik dua penyakit umum dan mematikan: kanker dan AIDS. Meskipun penting untuk dicatat bahwa sama sekali tidak ada bukti bahwa stres penyebab salah satu dari penyakit ini, ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa stres berperan dalam pengembangan dan pemeliharaan kondisi keduanya. Sebagai contoh, para peneliti menemukan bahwa menjadi rentan terhadap stres dikaitkan dengan perkembangan kanker payudara (Faragher & Cooper, 1990). Dalam penelitian yang sama, satu penelitian terhadap orang dengan HIV melaporkan bahwa mereka yang mengalami stres berat memiliki perkembangan penyakit dengan perjalanan penyakit yang jauh lebih cepat (Lesserman *et al.*, 1999). Dalam kemitraan dengan profesional kesehatan lainnya, psikolog klinis dapat memainkan peran penting dalam pengobatan atau pencegahan penyakit ini.

10.6 Stres dan Penanganan

Kita semua tahu setiap orang memberikan respon yang berbeda-beda terkait dengan kondisi stres yang dialami. Perbedaan utama antara tipe orang ini adalah cara mereka belajar mengatasi stres. Mengatasi stres didefinisikan sebagai proses mengelola tuntutan yang dinilai melebihi sumber daya seseorang (Lazarus & Folkman, 1984).

Faktor-faktor apa yang menentukan seberapa baik seseorang mengatasi stres? Seperti jawaban atas banyak pertanyaan dalam psikologi, jawaban ini melibatkan sifat kepribadian dan pola asuh. Dari sisi alamiah, tampaknya kode genetik kita dapat dicetak dengan kerentanan untuk berjuang melawan stres. Misalnya, satu penelitian yang melibatkan 44 pasangan kembar identik dan 30 saudara kembar menunjukkan bahwa faktor genetik menyumbang sebagian besar varians dalam

57% dari variabel koping stres yang dipelajari (Mellins, Gatz, & Baker, 1996). Tampaknya kerentanan biologis terhadap stres ini memanifestasikan dirinya dalam kecenderungan untuk bereaksi berlebihan atau menjadi depresi sebagai respons terhadap stres. Faktanya, para peneliti bahkan berhipotesis bahwa ada kecenderungan genotipik terhadap kepribadian yang rentan terhadap penyakit yang berhubungan dengan stres seperti *arthritis*, bisul, dan penyakit jantung koroner (Scheier & Bridges, 1995; TW Smith & MacKenzie, 2006). Profil kepribadian yang dimaksud adalah salah satu dari ciri kepribadian cemas yang ditandai, depresi, pesimisme, dan permusuhan defensif (Guerrero & Palmero, 2010).

Namun penelitian seperti yang dijelaskan (Mellins *et al.*, 1996) dengan jelas menunjukkan bahwa genetika hanya menyumbang sekitar setengah dari penelitian. Faktor nongenetik apa yang memengaruhi cara kita mengatasi stres? Salah satu faktor penting adalah persepsi individu terhadap stres. Dalam sebuah penelitian terhadap wanita penderita kanker payudara, rasa sakit yang dialami baik psikologis maupun fisik yang diakibatkan oleh penyakit tersebut secara signifikan terkait dengan jumlah kontrol yang dirasakan wanita tersebut. Mereka yang percaya bahwa mereka memiliki lebih banyak kontrol memiliki tekanan yang secara signifikan lebih sedikit daripada mereka yang memiliki persepsi tentang kontrol yang lebih rendah (Barez, Blasco, Fernandez-Castro, & Viladrich, 2009). Jadi, sementara psikolog kesehatan dapat melakukan sedikit atau tidak sama sekali tentang genetika klien, mereka bekerja dengan klien untuk menantang mispersepsi kognitif dan menggantinya dengan sudut pandang yang lebih sehat.

Kesalahpahaman yang umum melibatkan perasaan benar-benar tanpa kendali saat menghadapi stres. Namun, ketika klien ditantang untuk melihat lebih hati-hati pada situasi, mereka akan sering menyadari ada beberapa aspek dari situasi yang berada dalam kendali mereka. Sebagai contoh: Max, seorang veteran militer berusia 64 tahun yang selama bertahun-tahun secara teratur menjadi pasien pada klinik nyeri kronis di rumah sakit Urusan Veteran setempat. Max mendapat banyak manfaat dari layanan yang dia terima di klinik, yang telah menjadi bagian

integral dari rencana manajemen rasa sakitnya. Saat mengetahui bahwa klinik akan ditutup karena pemotongan dana secara tiba-tiba, Max sangat terpukul. Dia dengan cepat mulai membayangkan masa depan yang menyedihkan, sakit punggung yang konstan. Psikolog kesehatan Max, Dr. Phelps, berusaha mengubah persepsi Max bahwa tanpa klinik, dia tidak memiliki kendali atas kesehatan punggungnya sendiri. Dia bekerja dengannya dalam menyusun daftar tip dan teknik yang dia pelajari dari klinik selama bertahun-tahun dan cara dia bisa menerapkannya sendiri. Dengan masukan dari dokter Max, dia juga mencari bacaan yang relevan, video latihan manajemen nyeri, dan sumber daya lain di komunitas, termasuk kelompok dukungan manajemen nyeri mingguan gratis di kota tetangga. Dalam waktu yang relatif singkat, Dr. Phelps dapat bekerja dengan Max untuk mengubah persepsinya tentang ditinggalkan dan tidak berdaya menjadi salah satu yang memiliki banyak sumber dukungan. Penting untuk dicatat bahwa proses ini tidak hanya mengurangi kecemasan Max tetapi juga rasa sakit fisiknya (Pomeranz, 2020).

Keterampilan koping sehat lainnya yang dapat dikembangkan oleh psikolog kesehatan adalah koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*). Koping yang berfokus pada masalah yang menekankan upaya proaktif dan konstruktif untuk mengambil tindakan tentang situasi stres yang dialami. Pendekatan ini dicontohkan pada orang-orang yang meskipun menyadari bahwa terjadinya badai benar-benar di luar kendali mereka, masih bekerja untuk bersiap sedini mungkin dengan menimbun keadaan darurat, persediaan dan membuat rencana evakuasi dan komunikasi. Penelitian telah sangat mendukung gagasan bahwa mereka yang percaya bahwa mereka dapat menggunakan beberapa kendali pribadi atas situasi stres lebih baik secara emosional maupun fisik daripada mereka yang melihat diri mereka memiliki sedikit atau tidak ada kendali atas stres (Pittner, Houston, & Spiridigliozzi, 1983). Ketika stresor kurang dapat dikendalikan-misalnya, cedera bencana pada teman atau anggota keluarga, psikolog kesehatan dapat mempromosikan koping yang berfokus pada emosi (*emotional focused coping*), di mana penekanannya adalah pada perubahan reaksi emosional terhadap stresor (daripada stresor itu sendiri). Fleksibilitas antara

koping yang berfokus pada masalah dan koping yang berfokus pada emosi dapat menjadi strategi keseluruhan yang bermanfaat untuk mengatasi stres (Carver, 2013).

Sebagai contoh koping yang berfokus pada masalah. Sandra, seorang mahasiswi berusia 19 tahun yang menderita *maag* dan sering sakit kepala selama dua tahun pertamanya di perguruan tinggi. Meskipun dia memiliki banyak sumber stres, dia menggambarkan stresor utamanya sebagai kekhawatiran yang terus-menerus bahwa orang tuanya tidak akan dapat terus mendukungnya secara finansial dan bahwa tanpa bantuan mereka dia tidak akan dapat melanjutkan di universitasnya. Dengan dorongan dari Dr. Yu, seorang psikolog kesehatan yang bekerja sama dengan para dokter yang merawat sakit *maag* dan sakit kepala Sandra, Sandra mulai mencari aspek-aspek dari situasi ini yang dapat ia kendalikan. Misalnya, Dr. Yu membantu Sandra mengidentifikasi perguruan tinggi lain yang lebih terjangkau, termasuk beberapa di kota yang sama, tempat ia mungkin dapat pindah. Dr. Yu juga membantu Sandra membuat daftar sumber pendapatan lain yang bisa dia pertimbangkan, termasuk pekerjaan, pinjaman, dan beasiswa. Dr. Yu juga menyarankan agar Sandra bertemu dengan spesialis bantuan keuangan di kampusnya, yang menawarkan lebih banyak sumber daya kepada Sandra. Hasilnya adalah dengan mengambil kendali dan melakukan sesuatu terhadap masalahnya daripada hanya memikirkannya, tubuh dan pikiran Sandra terasa lebih baik. *Maag* dan sakit kepalanya tidak terlalu parah, dan dia juga merasa lebih stabil secara emosional.

10.7 Dukungan Sosial

Teman dan keluarga adalah senjata penting untuk melawan efek merusak dari stres. Bahkan, menurut beberapa pendapat bahwa dukungan sosial adalah satu-satunya sumber daya yang paling vital melawan stres (Hafen *et al.*, 1996). Dukungan sosial dapat digambarkan sebagai persepsi bahwa seseorang memiliki hubungan dengan orang lain yang dapat memberikan dukungan di saat krisis dan dapat berbagi dalam hal yang membahagiakan juga. Dukungan sosial adalah salah satu fenomena yang paling didokumentasikan dalam psikologi kesehatan; manfaatnya bagi

kesehatan fisik cukup banyak dan tidak dapat disangkal. Thomas Padus mengatakan bahwa, “Rusaknya struktur dukungan sosial memicu rusaknya sistem kekebalan tubuh” (Hafen *et al.*, 1996).

House, Kahn, McLeod, dan Williams (1985) menyatakan bahwa sumber daya sosial terdiri dari tiga komponen: jaringan sosial, hubungan sosial, dan dukungan sosial. Jejaring sosial seseorang adalah cakupan luas dari semua kontak sosial yang dimiliki seseorang. Dalam suatu lingkungan besar ada interaksi yang lebih kecil dari mereka yang dengannya seseorang memiliki hubungan sosial yang lebih bermakna. Dukungan sosial mengacu pada kuantitas dan kualitas kedekatan serta kepedulian dan bantuan yang dibawa oleh hubungan tersebut. Jadi, seseorang dengan jejaring sosial kecil yang memiliki satu hubungan sosial yang bermakna disertai dengan tingkat dukungan sosial yang besar mungkin lebih baik daripada orang yang memiliki jaringan luas (*sosial butterfly*) dengan jaringan sosial yang luas tetapi tidak ada teman dekat. Menariknya, pria yang sudah menikah melaporkan bahwa sumber utama dukungan sosial mereka adalah istri mereka, sedangkan wanita yang sudah menikah lebih mengandalkan anggota keluarga dan teman lain. Dihipotesiskan bahwa ini mungkin menjelaskan fakta bahwa pria lebih mungkin menderita penyakit fisik terkait stres setelah perceraian dibandingkan wanita (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996).

Bagaimana tepatnya dukungan sosial melindungi kesehatan kita? Jawabannya belum sepenuhnya jelas. Beberapa berhipotesis bahwa perasaan positif yang terkait dengan memiliki dukungan sosial memungkinkan kita untuk memahami stres dan lebih mudah dikelola. Misalnya, dukungan sosial yang diberikan oleh kehadiran di komunitas dihipotesiskan menjadi alasan utama mengapa mereka yang menghadiri komunitas sosial secara teratur lebih bahagia dan lebih sehat daripada mereka yang tidak (LB Koenig & Vaillant, 2009). Hipotesis lain, yang sangat didukung oleh karya James Pennebaker, adalah bahwa mereka yang memiliki jaringan sosial yang kuat cenderung lebih percaya pada orang lain. Pennebaker (1990) telah mempelajari manfaat kesehatan dari curhat dan menyimpulkan, “Tidak mengungkapkan pikiran dan perasaan kita bisa menjadi tidak sehat. Mengungkapkan pikiran dan perasaan bisa menyehatkan”. Penelitiannya telah mengungkap

manfaat bagi sistem kekebalan yang terbukti setelah tindakan curhat pada orang lain. Temuan terkait kekebalannya dicerminkan oleh psikolog kesehatan Janice Kiecolt-Glaser; salah satu studinya menemukan bukti yang jelas bahwa mereka yang lebih kesepian memiliki kekebalan yang paling lemah (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1985). Hipotesis ketiga tentang bagaimana dukungan sosial melindungi kesehatan kita berkaitan dengan sensasi sentuhan. Penelitian di bidang ini lahir dari penelitian klasik oleh Harry Harlow yang membandingkan perkembangan bayi monyet dengan dan tanpa akses ke monyet lain dan menemukan bahwa monyet yang disentuh dan dipeluk bernasib jauh lebih baik (Harlow & Zimmermann, 1959). Studi pada manusia telah menghasilkan hasil yang serupa. Misalnya, bayi prematur yang dibelai dan dipijat selama dirawat di rumah sakit secara signifikan lebih sehat dan lebih berat dan memiliki lebih sedikit masalah fisik pada periode tindak lanjut 8 bulan dibandingkan mereka yang tidak (S. Weiss, 2005). Studi lain melaporkan bahwa orang dewasa yang menikmati sentuhan cinta yang teratur memiliki jantung yang lebih kuat dan tekanan darah yang lebih rendah, dan mereka melaporkan bahwa mereka merasa lebih sedikit stres (Engle & Graney, 2000).

10.8 Faktor Budaya pada Psikologi Kesehatan

Dalam semua aspek pekerjaan, sangat penting bagi psikolog kesehatan untuk sepenuhnya menghargai dampak dari faktor-faktor yang berhubungan dengan budaya dan keragaman pada pengalaman yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit klien. Faktanya, penelitian telah menunjukkan bahwa intervensi psikologi kesehatan yang telah diadaptasi untuk kelompok budaya tertentu biasanya lebih efektif daripada intervensi serupa yang belum diadaptasi secara budaya (M. Barrera, Castro, Strycker, & Toobert, 2012).

Sebagai titik awal, sangat penting bagi psikolog kesehatan untuk mengenali kesenjangan yang ada dalam perawatan kesehatan antara berbagai kelompok etnis, serta sikap yang berbeda dari anggota kelompok-kelompok ini terhadap perawatan medis. Ada perbedaan yang signifikan dalam kualitas perawatan kesehatan dan status kesehatan keseluruhan dari kelompok etnis

dalam populasi AS, dengan orang kulit putih dan orang Asia-Amerika berada di peringkat teratas dan peringkat Afrika-Amerika dan penduduk asli Amerika di dekat bagian bawah dalam peringkat status kesehatan secara keseluruhan (LaVeist, 2005). Konteks historis dari peringkat ini, termasuk penindasan selama berabad-abad yang diderita oleh orang Afrika-Amerika dan penduduk asli Amerika di Amerika Serikat, tidak dapat diabaikan. Contoh yang relatif baru dari penindasan ini diwakili oleh studi sifilis Tuskegee, di mana AS Faktor-faktor historis ini tidak diragukan lagi berhubungan dengan persepsi yang dipegang oleh anggota kelompok yang beragam mengenai rumah sakit dan dokter. Misalnya, pasien Afrika-Amerika tampaknya menunjukkan ketidakpercayaan yang lebih besar terhadap sistem perawatan kesehatan daripada pasien kulit putih (misalnya, LaVeist, 2005). Dalam sebuah survei terhadap pasien medis (LaVeist, Nickerson, & Bowie, 2000), persentase pasien Afrika-Amerika secara signifikan lebih besar daripada pasien kulit putih setuju dengan pernyataan, "Pasien terkadang ditipu atau disesatkan di rumah sakit," "Rumah sakit sering ingin tahu lebih banyak tentang urusan pribadi atau bisnis Anda daripada yang benar-benar perlu mereka ketahui," "Rumah sakit terkadang melakukan eksperimen berbahaya pada pasien tanpa sepengetahuan mereka," dan "Diskriminasi rasial di kantor dokter adalah hal biasa. Survei yang sama menemukan bahwa persentase pasien Afrika-Amerika yang jauh lebih rendah daripada pasien kulit putih setuju dengan pernyataan, "Dokter memperlakukan orang Afrika-Amerika dan kulit putih dengan cara yang sama" dan "Di sebagian besar rumah sakit, orang Afrika-Amerika dan kulit putih menerima jenis perawatan yang sama. " Untuk psikolog kesehatan, apresiasi terhadap perbedaan di antara beragam kelompok mengenai pengalaman dan sikap perawatan kesehatan merupakan komponen penting dari kompetensi budaya. Faktor budaya juga dapat memainkan peran yang kuat dalam menentukan cara pasien atau klien memahami sumber masalah medis mereka. Menurut Huff (1999), sumber penyakit yang dirasakan bisa jatuh ke dalam salah satu dari empat kategori:

- Di dalam pasien (*within the patient*)—infeksi, cedera, atau ketidakateraturan biomedis lainnya

- Dunia alamiah (*the natural world*)—elemen lingkungan di sekitar individu, seperti racun atau faktor terkait iklim
- dunia sosial (*the social world*)—konflik interpersonal dengan orang lain, terutama dengan siapa individu tersebut memiliki hubungan dekat
- Dunia supranatural (*the supernatural world*)—sihir, roh leluhur, atau dewa pendendam

Huff (1999) menjelaskan bahwa dalam budaya Barat, adalah tipikal bagi individu untuk mengaitkan penyakit dengan faktor-faktor dalam diri mereka sendiri, dan atribusi ini cukup konsisten dengan perawatan medis Barat, yang menekankan penyebab biomedis penyakit. Namun, dalam banyak budaya non-Barat, sangat umum bagi individu untuk menghubungkan penyakit dengan salah satu dari tiga kategori lainnya, yang masing-masing menempatkan penyebab penyakit di luar individu. Jadi penting bagi psikolog kesehatan untuk mengingat bahwa dalam berbagai kelompok budaya, beberapa individu akan mempertahankan lokus kendali eksternal, bukan internal, mengenai masalah kesehatan mereka yang mungkin bertentangan dengan asumsi pengobatan Barat. Apresiasi terhadap perbedaan ini, bersama dengan penyesuaian yang sesuai dalam praktik, pada akhirnya dapat meningkatkan kesehatan klien.

Psikolog kesehatan yang kompeten secara budaya juga menghargai bahwa, dibandingkan dengan klien kulit putih, anggota kelompok etnis minoritas mungkin memiliki harapan yang berbeda mengenai jenis perawatan yang akan mereka terima dan jenis interaksi yang akan mereka miliki dengan pengasuh mereka (Huff, 1999; Kline & Huff, 1999). Misalnya, di banyak kelompok etnis minoritas terbesar di Amerika Serikat, termasuk Amerika Hispanik, Asia-Amerika, penduduk asli Amerika, dan Afrika-Amerika, ketergantungan pada penyembuh tradisional dan metode penyembuhan adalah hal biasa. Metode ini mungkin termasuk tanaman obat dan herbal, pijat, akupunktur, akupresur, doa, nyanyian, atau metode lainnya. Selain itu, metode ini sering kali tidak melibatkan jenis pertanyaan cepat, berdasarkan fakta, ya/tidak yang menjadi ciri banyak interaksi dokter-pasien dalam budaya Barat. Akhirnya, penting bagi psikolog kesehatan untuk

menunda penilaian tentang bagaimana klien dari latar belakang etnis yang beragam dapat merasakan penyakit mereka atau mendekati pengobatan mereka (Huff, 1999). Cara tradisional Barat untuk memahami penyakit hanyalah salah satu dari banyak cara, dan psikolog kesehatan yang peka secara budaya secara terbuka mengakui validitas dalam cara pemahaman lain juga.

10.9 Pencegahan dan Penatalaksanaan Penyakit

Pada penjelasan sebelumnya dijelaskan bahwa faktor emosional dan perilaku saling terkait, dan dijelaskan peran faktor tersebut dalam perkembangan penyakit kronis dan mengancam jiwa. Dijelaskan pula bahwa dalam hal perkembangan penyakit kronis, tidak semua individu sama karena adanya perbedaan paparan stres awal kehidupan mereka. Psikolog kesehatan dapat menggunakan pengetahuan yang diperoleh dari semua cabang psikologi untuk berperan dalam pencegahan dan pengelolaan penyakit. Mungkin paling mudah untuk memahami apa yang dapat dilakukan, dan bagaimana, dengan memperkenalkan konsep-konsep utama dari literatur tentang pencegahan penyakit. Dalam bidang praktik ini, terdapat tiga jenis pencegahan, yaitu utama (*primary*), sekunder (*secondary*), dan tersier (*tertiary*) (Linden & Hewitt, 2019).

Syarat pencegahan primer diterapkan pada setiap upaya untuk membendung perkembangan penyakit pada individu yang sehat; yaitu, orang yang tidak memiliki tanda-tanda penyakit. Upaya yang dilakukan termasuk kampanye iklan yang mencegah remaja untuk mulai merokok, vaksinasi rutin untuk anak-anak dan orang dewasa, atau memberikan tips tentang cara menangani stres. Ini sebagian dapat diimplementasikan melalui media populer, seperti melalui media sosial, iklan di televisi, video, atau dokumenter. Juga, setiap upaya pemerintah untuk mengurangi kemiskinan dan kekerasan melalui perubahan kebijakan dan retribusi pendapatan dapat dianggap sebagai pencegahan primer.

Pencegahan sekunder secara khusus diarahkan pada individu yang diketahui berisiko untuk mengalami penyakit dan memindahkan upaya pencegahan dari sifat pencegahan primer yang tidak langsung ke tindakan langsung kepada individu.

Individu tersebut mungkin memiliki kecenderungan untuk mengidap penyakit melalui genetika atau paparan stres awal kehidupan (pertumbuhan terhambat dan kemampuan belajar karena kekurangan gizi, atau kesulitan bagi orang dewasa muda untuk melekat pada pasangan jangka panjang ketika sebagai anak-anak mereka memiliki pengalaman penolakan awal).

Pencegahan sekunder juga berlaku untuk skrining dan intervensi dini untuk faktor risiko seperti merokok, stres, kolesterol tinggi, atau tekanan darah tinggi. Mengingat adanya faktor risiko seperti tekanan darah atau kolesterol tinggi umumnya tidak terlihat oleh penderita, sistem layanan kesehatan terkadang melakukan pemeriksaan massal di masyarakat. Banyak upaya pencegahan sekunder dibangun ke dalam perawatan medis rutin yang diberikan oleh dokter keluarga yang menggunakan kunjungan rutin untuk menilai fungsi jantung dan tingkat tekanan darah, melakukan tes *pap smear* untuk wanita, dan pemeriksaan dubur untuk mendeteksi kanker prostat pada pria. Lebih langsung terkait dengan psikologi kesehatan adalah skrining masyarakat luas untuk adanya depresi atau gangguan kecemasan.

Pencegahan tersier mencakup upaya untuk memaksimalkan rehabilitasi dan penyesuaian pada penyakit seperti kanker atau penyakit jantung koroner, dan juga mencakup rekomendasi untuk perubahan perilaku yang dapat mencegah kekambuhan atau setidaknya membantu mencegah penyakit memburuk. Mengingat tingginya prevalensi dan insiden penyakit seperti diabetes, radang sendi, penyakit jantung, atau kanker, ada populasi pasien yang sangat besar di luar sana yang dapat mengambil manfaat dari upaya pencegahan tersier. Mengingat jenis dan titik waktu yang berbeda untuk tindakan yang mungkin, psikologi kesehatan kemungkinan besar terlibat dalam pencegahan tersier melalui rehabilitasi dan manajemen penyakit. Untuk mencegah atau meminimalkan dampak penyakit kronis, kita dapat berkontribusi pada perubahan perilaku kesehatan dengan:

- Meningkatkan kebugaran jasmani,
- Mendorong pola makan sehat,
- Membantu upaya berhenti merokok,
- Menjaga tingkat stres (Linden, 2005), dan

- Meningkatkan kepatuhan terhadap berbagai rekomendasi kesehatan yang diterima pasien dari dokter mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Barez, M, Blasco, T, Fernandez-Castro, J, & Viladrich, C. 2009. 'Perceived control and psychological distress in women with breast cancer: A longitudinal study', *Journal of Behavioral Medicine*, vol 32, no.1, pp. 187–196.
- Barrera, MJ, & Castro, FG. 2006. 'A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions', *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 13, pp, 311–316.
- Benjamin, LT 2005, 'A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future)', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 1, pp.1–30.
- Carver, C. 2013. *Coping*. In M. D. Gellman & J. R. Turner, *Encyclopedia of behavioral medicine*, Springer Science+Business Media, New York
- Cohen, S, & Williamson, G. 1991. 'Stress and infectious disease in humans', *Psychological Bulletin*, vol. 109, pp. 5–24.
- Emery, CF, Anderson, DR, & Andersen, BL. 2011. *Psychological interventions in health-care settings*. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford handbook of clinical psychology*, Oxford University Press, New York.
- Engle, V, & Graney, M. 2000. 'Biobehavioral effects of therapeutic touch', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 32, pp. 287–293.
- Faragher, E, & Cooper, C. 1990. 'Type A stress prone behavior and breast cancer', *Psychological Medicine*, vol. 20, pp. 663–670.
- Guerrero, C, & Palmero, F. 2010. 'Impact of defensive hostility in cardiovascular disease', *Behavioral Medicine*, vol. 36, pp. 77–84.
- Goodheart, CD, & Rozensky, RH. 2011. *Psychotherapy patients: Health and medical conditions*. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change, 2nd ed*, American Psychological Association, Washington
- Hafen, B, Karren, K, Frandsen, K, & Smith, L. 1996. *Mind/ body health: The effects of attitudes, emotions, and relationships*. Allyn & Bacon, Boston.

- Hamermesh, DS, & Lee, J. 2007. 'Stressed out on four continents: Time crunch or yup-pie kvetch?', *Review of Economics and Statistics*, vol. 89, pp. 374–383.
- Hanson, SL, & Kerkhoff, TR. 2012. The health care setting: Implications for ethical psychology practice. In S. J. Knapp (Ed.), *APA handbook of ethics in psychology: Vol. 2. Practice, teaching, and research*, Washington, pp. 75-90.
- Harlow, H., & Zimmermann, R. 1959. 'Affectional responses in the infant monkey', *Science*, vol. 130, pp. 421–432.
- House, J, Kahn, R, McLeod, J, & Williams, D. 1985. *Measures and concepts of social support*. In S. Cohen & L. Syme (Eds.), *Social support and health*, Academic Press, San Diego, pp. 83–108
- Huff, RM. 1999. *Cross-cultural concepts of health and disease*. In R. M. Huff & M. V. Kline (Eds.), *Promoting health in multicultural populations: A handbook for practitioners*, CA: Sage, Thousand Oaks, pp. 23–39.
- Kaholokula, JK, & Haynes, SN. 2015. *Behavioral medicine/Health psychology*. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The encyclopedia of clinical psychology*, Chichester, UK: Wiley Blackwell, Chichester, pp. 310–319.
- Kiecolt-Glaser, J, Newton, T, Cacioppo, J, MacCallum, R, Glaser, R, & Malarkey, W. 1996. 'Marital conflict and endocrine function: Are men really more psychologically affected than women?', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, pp. 324–332.
- Kline, MV, & Huff, RM. 1999. *Tips for the practitioner*. In R. M. Huff & M. V.Kline (Eds.), *Promoting health in multicultural populations: A handbook for practitioners*, Thousand Oaks, CA: Sage. Thousand Oaks, pp. 103–111.
- Koenig, LB, & Vaillant, GE. 2009. 'A prospective study of church attendance and health over the lifespan', *Health Psychology*, vol. 28, pp. 354–363.
- LaVeist, TA, Nickerson, K, & Bowie, J. 2000. 'Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients', *Medical Care Research and Review*, vol. 57, pp. 146–161.

- LaVeist, TA. 2005. *Minority populations and health: An introduction to health disparities in the United States*, CA: Jossey-Bass, San Francisco.
- Lazarus, R, & Folkman, S. 1984. *Coping and adaptation*. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine*, Guilford Press, New York. pp. 282–325.
- Lesserman, J, Jackson, E, Petitto, J, Golden, R, Silva, S, & Perkins, D. 1999. 'Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support', *Psychosomatic Medicine*, vol. 61, pp. 397–406.
- Linden, W. 2005. *Stress management: From basic research to better practice*, CA: Sage, Thousand Oaks.
- Linden, W, & Hewitt, PL. 2015. *Clinical psychology: A modern health profession*, Psychology Press, New York.
- Mellins, C, Gatz, M, & Baker, L. 1996. 'Children's methods of coping with stress A twin study of genetic and environmental influences', *Journal of Childhood Psychology and Psychiatry*, vol. 37, pp. 721–730.
- Pennebaker, J. 1990. *Opening up: The healing power of confiding in others*, William Morrow, New York.
- Pittner, M, Houston, B, & Spiridigliozzi, G. 1983. 'Control over stress, type A behavior pattern, and response to stress', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 44, pp. 627–637
- Pomerantz, AM. 2019. *Clinical psychology: Science, practice, and diversity*, Sage Publications, Los Angeles
- Scheier, M, & Bridges, M. 1995. 'Personvariables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease', *Psychosomatic Medicine*, vol. 57, pp. 255–268.
- Schneiderman, N, & Siegel, S. 2007. Mental and physical health influence each other. In S. O. Lilienfeld & W. T. O'Donohue (Eds.), *The great ideas of clinical science: 17 principles that every mental health professional should understand*, Routledge, New York. pp. 329–346.
- Selye, H. 1956. *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.

- Smith, TW, & MacKenzie, J. 2006. 'Personality and risk of physical illness', *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 2, pp. 435–467.
- Smith, TW, Williams, PG, & Ruiz, JM. 2016. *Clinical health psychology*. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *APA handbook of clinical psychology*, American Psychological Association, Washington DC, pp. 223–258.
- VandenBos, GR. 2007. *APA dictionary of psychology*, American Psychological Association, Washington.
- Weiss, S. 2005. 'Haptic perception and the psychosocial functioning of preterm, low birth weight infants', *Infant Behavior and Development*, vol. 28, pp. 329–359.
- Yusuf, S, Hawken, S, Ounpuu, S, Dan, T, Avezum, A, Lanas, F, Lisheng, L. 2004. 'on behalf of the INTERHEART Study Investigators: Effect of modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case control study'. *The Lancet*.

BAB 11

NEUROPSIKOLOGI

Oleh Ima Fitri Sholichah

11.1 Pendahuluan

Neuropsikologi merupakan salah satu ilmu saraf yang telah berkembang menjadi bidang spesialisasi terpisah dalam psikologi selama sekitar 40 tahun terakhir, meskipun selalu ada minat didalamnya sepanjang 120 tahun sejarah psikologi ilmiah modern. Neuropsikologi berusaha memahami hubungan antara otak dan perilaku, yaitu mencoba menjelaskan cara aktivitas otak diekspresikan dalam perilaku yang dapat diamati. Semua pertanyaan sebelumnya menyangkut fungsi otak. Ada berbagai cara di mana neuropsikologis melakukan penyelidikan mereka terhadap pertanyaan-pertanyaan seperti itu, tetapi tema utama masing-masing adalah untuk memahami perilaku manusia, kita perlu memahami otak manusia. Sebuah psikologi tanpa referensi fisiologi hampir tidak bisa lengkap. Otak telah berevolusi untuk memainkan peran yang sangat penting dalam tubuh manusia, tidak hanya dalam mempertahankan kehidupan, tetapi juga dalam semua pemikiran, perilaku, dan penalaran. Otak merupakan satu-satunya organ yang sepenuhnya tertutup oleh jaringan tulang pelindung, tengkorak, dan merupakan satu-satunya organ yang tidak dapat ditransplantasikan. Tapi bagaimana tepatnya jaringan otak menghasilkan dan membatasi peristiwa mental?

Operasi otak relevan dengan perilaku manusia, dan pemahaman tentang bagaimana otak berhubungan dengan perilaku dapat memberikan kontribusi yang signifikan untuk memahami bagaimana faktor-faktor lain, yang lebih murni psikologis, beroperasi dalam mengarahkan perilaku. Bagaimana otak berurusan dengan fungsi manusia yang cerdas dan kompleks, bagaimanapun juga, merupakan subjek penyelidikan yang penting dalam dirinya sendiri, dan yang memiliki relevansi langsung bagi mereka yang menderita cedera dan penyakit otak, serta relevansi yang lebih luas untuk praktek medis. Upaya untuk memahami

hubungan pikiran-tubuh dan kontribusi relatifnya terhadap kesehatan dan kesejahteraan meluas setidaknya ke filosofi Plato, Descartes, dan Kant. Seperti banyak ilmu lainnya, neuropsikologi telah berkembang dari bidang terkait, terutama psikologi, neurologi, ilmu saraf, biologi, dan filsafat.

11.2 Psikologi Vs Neuropsikologi

Psikologi adalah studi tentang perilaku. Secara khusus, psikologi berusaha untuk menggambarkan, menjelaskan, memodifikasi, dan memprediksi perilaku manusia dan hewan. Neuropsikologi (subspesialisasi psikologi) adalah studi tentang bagaimana sifat kompleks otak memungkinkan perilaku terjadi. Neuropsikologi mempelajari hubungan antara fungsi otak dan perilaku. Khususnya, perubahan dalam pemikiran dan perilaku yang berhubungan dengan integritas struktural atau kognitif otak. Dengan demikian, neuropsikologi merupakan salah satu cara untuk mempelajari otak dengan mengkaji perilaku yang dihasilkannya. Aktivitas manusia seperti membaca, menulis, mengarang musik, dan berolahraga dan lain sebagainya akan berkaitan dengan otak yang mengoordinasikan dan menengahi semua aktivitas manusia yang memiliki sejumlah besar komponen. Dan, pada kenyataannya, otak mengandung miliaran sel, atau neuron, dan kemungkinan koneksi dalam jumlah tak terbatas diantara neuron individu, memungkinkan kita untuk bertukar informasi yang kompleks. Pola koneksi yang menakjubkan ini menentukan bagaimana dan apa yang dilakukan otak. Memahami jaringan neuron ini adalah fokus utama neuropsikologi.

Neuropsikologi telah berkembang pesat sejak 1970-an. Pada 1990-an neuropsikologi merupakan subspesialisasi yang paling cepat berkembang dalam psikologi. Neuropsikolog memimpin studi tentang hubungan perilaku otak dan terlibat dalam desain dan pengembangan teknologi untuk mengobati penyakit otak. Mereka terlibat dalam perawatan pasien dan penelitian tentang otak dan bekerja di universitas, lembaga penelitian, rumah sakit medis dan psikiatri, fasilitas pelayanatan, angkatan bersenjata, dan praktik swasta.

Studi neuropsikologi saat ini sedang membentuk pemahaman kita tentang semua perilaku. Tapi ini tidak selalu benar. Banyak ide sebelumnya tentang bagaimana fungsi otak tidak berasal dari bukti ilmiah. Secara umum, dua doktrin telah muncul. Doktrin pertama, vitalisme, menunjukkan bahwa banyak perilaku, seperti berpikir, hanya sebagian dikendalikan oleh kekuatan mekanis atau logis—mereka juga sebagian ditentukan sendiri dan terpisah dari determinan kimia dan fisik. Pendukung ekstrim vitalisme berpendapat bahwa roh atau fenomena psikis menjelaskan banyak perilaku yang dapat diamati. Psikoanalisis Sigmund Freud akan menjadi contoh yang baik dari doktrin ini. Doktrin kedua, materialisme, menunjukkan bahwa kekuatan logis, seperti materi yang bergerak, menentukan fungsi otak-perilaku. Materialisme, dalam bentuknya yang paling sederhana, menyukai pandangan mekanistik tentang otak (sebagai mesin).

11.3 Sejarah Neuropsikologi

Sangat menarik untuk mengetahui seberapa jauh studi neuropsikologis telah dilakukan. Sekitar 2500 SM banyak masyarakat primitif dan bahkan beberapa masyarakat yang lebih maju melaporkan beberapa kasus trauma pada otak. Mereka telah mempraktekkan trepanasi tengkorak, meskipun bukti praktek tersebut dalam bentuk artefak dan sisa-sisa manusia. Tujuan trepanasi untuk mengetahui apakah magis, medis, agama, atau hanya hukuman merupakan penyebab individu memiliki sakit pada kepala?. Namun, hasilnya masih tidak jelas, tetapi praktiknya telah dicatat disebagian besar dunia, dan hingga abad terakhir.

Pada masa Yunani klasik, ada minat pada otak dan fungsinya. Para penulis Hippocrates dengan jelas mengakui peran otak dalam fungsi mental dari studi yang cermat terhadap pasien mereka. Namun, sementara ide-ide ini masuk ke dunia Arab, dan dipertahankan di sana sampai Renaisans. Ide-ide Yunani tentang otak tidak memegang tempat penting dalam pemikiran abad pertengahan Barat. Galen, pada abad kedua masehi juga membuat kemajuan luar biasa dalam pengamatan anatomi otak, tetapi gagasannya tentang fungsi otak, dan gagasan yang dikembangkan dari karyanya, tidak menjadi dasar pemahaman kita saat ini.

Setelah Renaisans, pertumbuhan anatomi manusia, deskripsi anatomi otak semakin canggih dan akurat. Sekitar pertengahan abad ke-19 sejumlah faktor datang bersama-sama untuk membentuk dasar neuropsikologi modern. Faktor-faktor tersebut antara lain: letak korteks otak sebagai sumber perilaku; deskripsi akurat dari neuroanatomi (sensorik dan motorik); gagasan bahwa proses psikologis dapat dianalisis dan dikelompokkan ke dalam sejumlah sistem "kemampuan" yang terkait, dan pengamatan bahwa area tertentu di otak dapat diidentifikasi dan apabila rusak, mengakibatkan hilangnya kemampuan bahasa.

Pada tahun 1830-an Gall dan Spurzheim, telah mendirikan "ilmu" frenologi, yang didasarkan pada gagasan bahwa perkembangan berbagai kemampuan mental dikaitkan dengan perkembangan area tertentu di otak. Hal ini tercermin dalam benjolan pada tengkorak. "Membaca gundukan" menjadi mode di sebagian besar abad ke-19. Profesor J. Millot Severn memberikan "penggambaran" dari orang atau dari di Brighton Phrenological Institute hingga Perang Dunia I. Meskipun hipotesis tentang perkembangan otak dan refleksinya di kulit kepala akhirnya harus dihentikan. Frenologi setidaknya menanamkan gagasan bahwa karakteristik psikologis dapat dipecah menjadi sejumlah komponen, dan setiap komponen terkait dengan area otak tertentu.

Pada tahun 1861, Broca menunjukkan bahwa lesi pada area tertentu mengganggu produksi bicara. Sejak tahun 1860-an, ada studi intensif tentang lesi kortikal pasien dengan defisit psikologis dalam upaya untuk memetakan hubungan otak-perilaku. Pendekatan ini dikenal sebagai teori lokalisasi karena memberikan fungsi tertentu ke bagian atau lokasi otak yang tepat, dan memiliki keberhasilan yang moderat. Namun, sejak awal, ada orang yang mendukung teori ekuipotensial, percaya bahwa pemetaan fungsi yang tepat tidak mungkin dilakukan karena kerusakan di tempat yang berbeda di otak dapat mengakibatkan defisit spesifik yang sama. Teori ekuipotensial menyatakan bahwa sementara input sensorik dapat dilokalisasi, persepsi melibatkan seluruh otak, dan efek lesi otak tidak bergantung pada lokasinya tetapi pada luasnya. Bukan sel mana yang rusak yang penting tetapi seberapa banyak sel itu rusak. Teori ekuipotensial memiliki banyak pendukung

terkemuka hingga abad ke-20, termasuk Kurt Goldstein, Henry Head, dan Karl Lashley. Namun karena, di satu sisi, dimungkinkan untuk menunjukkan semacam hubungan antara lokasi kortikal dan fungsi spesifik tertentu dan, di sisi lain, tidak mungkin untuk mendapatkan indeks kerusakan otak yang baik yang tidak bergantung pada lokasi kerusakan otak. Sehingga dapat dikatakan teori ekuipotensi telah terbukti agak tidak memuaskan.

Karya Hughlings Jackson, dan kadang-kadang disebut teori interaksionis, mengusulkan bahwa fungsi yang lebih tinggi dibangun dari sejumlah keterampilan komponen yang lebih mendasar. Keterampilan komponen ini relatif terlokalisasi, tetapi karena potensi berbagai cara kompleks di mana keterampilan terkait untuk membentuk fungsi cerdas, perilaku tingkat yang lebih tinggi tidak selalu tampak terlokalisasi. Bahwa tidak ada fungsi tunggal atau proses pembelajaran yang sepenuhnya bergantung pada area korteks tertentu, dan bahwa setiap bagian otak memainkan peran yang tidak setara dalam fungsi yang berbeda, akan mendukung posisi ini. Teori interaksionis, sering dikaitkan dengan ekuipotensi regional, yang berpendapat untuk ekuipotensi tetapi dalam wilayah yang relatif terdefinisi dengan baik, adalah posisi yang diterima secara implisit oleh sebagian besar ahli neuropsikologi kontemporer.

11.4 Cabang Neuropsikologi

Neuropsikologi sering dibagi menjadi dua bidang utama yaitu neuropsikologi klinis dan neuropsikologi eksperimental. Perbedaan antara kedua bidang tersebut terletak pada subjek (studi klinis, pada subjek cedera otak, dan studi eksperimental, pada subjek normal) meskipun metode penyelidikan juga berbeda. Pembagian antara keduanya tidak sepenuhnya jelas tetapi membantu untuk membentuk klasifikasi awal dari jenis pekerjaan yang melibatkan neuropsikolog.

Neuropsikologi klinis berurusan dengan pasien yang memiliki lesi otak. Lesi ini mungkin akibat penyakit atau tumor, mungkin akibat kerusakan fisik atau trauma pada otak, atau akibat perubahan biokimia lainnya, mungkin disebabkan oleh zat beracun. Trauma mungkin tidak disengaja, disebabkan oleh luka atau

benturan; mungkin akibat dari beberapa kegagalan dalam sistem vaskular yang memasok darah ke otak; atau mungkin hasil yang diinginkan dari intervensi bedah saraf untuk memperbaiki beberapa masalah neurologis. Neuropsikolog klinis mengukur defisit dalam kecerdasan, kepribadian, dan fungsi sensorik-motorik dengan prosedur pengujian khusus, dan menghubungkan hasilnya ke area tertentu dari otak.

Sebaliknya, neuropsikolog eksperimental bekerja dengan subjek normal dengan otak utuh. Bidang neuropsikologi eksperimental berkembang pesat sejak tahun 1960-an, dengan penemuan berbagai teknik yang dapat digunakan di laboratorium untuk mempelajari fungsi yang lebih tinggi di otak. Ada hubungan erat antara neuropsikologi eksperimental dan psikologi eksperimental serta kognitif umum. Metode laboratorium yang digunakan di ketiga bidang ini memiliki kesamaan yang kuat. Subjek umumnya diminta untuk melakukan tugas kinerja sementara akurasi atau kecepatan respon mereka dicatat, dari mana kesimpulan tentang organisasi otak dapat dibuat. Variabel terkait, termasuk variabel psikofisiologis atau elektrofisiologis, juga dapat dicatat.

11.5 Asesmen dalam Neuropsikologi

Pendekatan neuropsikologis bergantung pada penggunaan tes yang dirancang untuk mencerminkan berbagai aspek fungsi kognitif. Performa buruk pada tes dapat mengindikasikan kerusakan otak fokal (lokal). Kinerja yang buruk pada serangkaian pengujian dapat mencerminkan kerusakan yang menyebar (meluas). Asesmen neuropsikologis memiliki beberapa tujuan. Pertama, dapat memberikan profil "neurokognitif" individu, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam kinerja kognitif. Misalnya, asesmen awal individu mungkin menyoroti masalah khusus dengan memori spasial yang ditetapkan dengan latar belakang IQ di atas rata-rata. Karena banyak tes yang "distandarisasi", kinerja seseorang dapat dengan mudah dibandingkan dengan skor yang dihasilkan oleh responden lain yang sesuai dengan usia dan/atau jenis kelamin (proses yang dikenal sebagai referensi norma). Kedua, pengujian berulang dari

waktu ke waktu dapat memberikan wawasan tentang perubahan fungsi kognitif yang mungkin berhubungan baik dengan pemulihan setelah kecelakaan/cedera atau perkembangan penyakit neurologis.

Asesmen neuropsikologis terdiri dari pemberian tes yang memeriksa satu set domain fungsional yang kurang lebih independen yang dikendalikan oleh sistem otak. Sementara neuropsikolog setuju pada rentang umum domain fungsional, beberapa kategori dapat digabungkan dalam pemeriksaan yang berbeda. Namun demikian, asesmen neuropsikologis umumnya menyentuh sebagian besar area fungsi yang berpotensi dipengaruhi oleh gangguan otak.

1. Perhatian dan Kecepatan Pemrosesan

Kemampuan untuk memfokuskan dan mempertahankan perhatian dalam aktivitas mental tercermin dalam kecepatan pemrosesan, akurasi sederhana dalam tugas fokus yang berkelanjutan, pemikiran yang terbagi di antara tugas-tugas, manipulasi dan kontrol mental, serta ketahanan terhadap gangguan internal atau eksternal.

2. Performa Motorik

Kemampuan untuk melakukan tugas motorik kasar dan halus, serta kemampuan untuk melakukan tugas yang bertujuan sangat penting dalam mengevaluasi perbedaan antara kedua sisi tubuh. Apraksia mengacu pada ketidakmampuan untuk melakukan gerakan akibat cacat neurologis.

3. Ketajaman Sensorik

Kemampuan untuk mendeteksi sensasi visual, pendengaran, dan sentuhan dasar sangat penting untuk memproses informasi pada tingkat yang lebih tinggi.

4. Memori Kerja

Memori kerja terkait erat dengan perhatian karena melibatkan penjagaan sejumlah informasi tetap aktif, sering diperbarui, dan dapat diakses dengan cepat untuk rentang waktu yang singkat. Kebanyakan orang memiliki kapasitas memori kerja sekitar tujuh item.

5. Belajar dan Memori

Kemampuan untuk mengkodekan informasi baru, menyimpan informasi dalam sistem memori relasional, dan mengambil informasi diukur dalam verbal atau auditori serta dalam modalitas spasial atau visual.

6. Kecerdasan

Kecerdasan adalah ringkasan dan konsep multifaset dari kemampuan mental umum, yang mencerminkan kemampuan untuk memahami, beradaptasi, dan berinteraksi dengan lingkungan. Pola di antara komponen kecerdasan, yang mencerminkan keterampilan "tahan" versus "tidak tahan", memberikan dasar yang kuat untuk menyimpulkan perubahan kecerdasan saat ini dari kecerdasan pramorbid yang disimpulkan. Kecerdasan bukanlah domain tertentu tetapi gabungan dari beberapa domain. Biasanya termasuk dalam asesmen neurofungsional. Sebagai indeks fungsional yang komprehensif dan, karena multifaset, mungkin tidak mencerminkan beberapa bentuk cedera atau gangguan otak.

7. Bahasa

Kemampuan untuk menerima dan mengekspresikan pemikiran melalui berbagai bentuk manipulasi simbolik diukur dalam berbagai tes bahasa. Bahasa reseptif diukur dari kemampuan membaca dan memahami bahasa lisan. Bahasa ekspresif diukur secara tertulis dan kemampuan merumuskan bahasa lisan.

8. Perhitungan

Kemampuan untuk memanipulasi simbol matematika dan melakukan operasi dapat mencerminkan tingkat keterampilan atau hilangnya keterampilan yang pernah dimiliki individu. Sifat khusus dari kesulitan perhitungan dapat menyarankan area tertentu dari disfungsi otak.

9. Analisis Visuospasial

Kemampuan untuk menerima, menafsirkan, dan menerapkan makna informasi visual diukur dalam keterampilan konstruksi dan tes persepsi visual.

10. Pemecahan Masalah dan Penilaian

Pemecahan masalah mengacu pada pemrosesan informasi tingkat lanjut yang lebih tinggi di mana pengetahuan dinilai dan dimanipulasi untuk menemukan solusi untuk masalah dan membuat penilaian yang terinformasi dan beralasan. Berpikir aritmatika adalah sejenis pemecahan masalah.

11. Berpikir Abstrak

Kemampuan untuk menggunakan informasi umum dan menerapkannya pada situasi tertentu melibatkan pemikiran abstrak atau konseptual.

12. Suasana hati dan Temperamen

Kemampuan individu untuk berfungsi dalam situasi kehidupan sehari-hari tergantung pada gaya kognitif, ciri-ciri kepribadian, keyakinan, perilaku, organisasi mental, dan status emosional dan variabilitas.

13. Fungsi Eksekutif

Metakognisi adalah kemampuan untuk mencapai wawasan dan kesadaran diri; untuk merenungkan, memulai, mengevaluasi, dan mengatur (mengaktifkan dan menghambat) pemikiran dan perilaku; untuk berpikir fleksibel; dan untuk membuat keputusan yang mengintegrasikan penilaian dan umpan balik.

Tes yang Biasa Digunakan Dalam Pemeriksaan Neuropsikologis

Neuropsikolog menggunakan tes objektif yang divalidasi secara ilmiah untuk mengevaluasi fungsi otak. Sementara pemeriksaan neurologis dan CT, MRI, EEG, serta PET scan melihat kondisi struktural, fisik, dan metabolisme otak. Pemeriksaan neuropsikologis adalah satu-satunya cara untuk menilai fungsi otak secara formal. Tes neuropsikologis mencakup berbagai proses mental dari kinerja motorik sederhana hingga penalaran kompleks dan pemecahan masalah. Di hampir semua tes objektif, hasil kuantitatif dibandingkan dengan beberapa standar normatif, termasuk data dari kelompok orang yang tidak mengalami cedera otak dan kelompok orang dengan berbagai jenis cedera otak. Jika norma didasarkan pada usia dan prestasi pendidikan, perbandingan yang sah dapat dibuat antara kinerja individu dan

orang-orang dalam kategori diagnostik yang diketahui serta orang-orang yang tidak memiliki diagnosis cedera otak.

Asesmen secara kualitatif pada tes neuropsikologi memberikan pandangan pada proses yang dapat digunakan individu dalam menghasilkan skor kuantitatif. Analisis pola kinerja di antara sejumlah besar tes adalah kunci untuk penilaian neuropsikologis. Dengan demikian, pemilihan tes yang digunakan dalam baterai tes neuropsikologis harus mengambil sampel berbagai domain fungsional. Kombinasi skor objektif, pengamatan proses perilaku, dan konsistensi dalam pola hasil yang muncul, bersama dengan riwayat klinis yang komprehensif, merupakan seni dan ilmu asesmen neuropsikologi. Kebanyakan neuropsikolog memilih kombinasi unik dari tes yang berfokus pada pertanyaan diagnostik dan pemeriksaan yang menarik bagi seorang individu.

Tabel di bawah ini merupakan beberapa tes yang lebih sering digunakan dalam asesmen neuropsikologi. Deskripsi singkat pada tes neuropsikologi menunjukkan maksud dari setiap tes. Ada beberapa tes pada tabel di bawah ini yang sebenarnya bukan tes neuropsikologi, tetapi tes tersebut dapat digunakan dalam pemeriksaan komprehensif.

Tabel 11.1 : Instrumen Neuropsikologi

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>Ammons Quick Test</i>	Tes ini telah digunakan selama bertahun-tahun untuk membantu menilai kecerdasan pramorbid. Tes ini bersifat pasif tes respon gambar-kosa kata
	<i>Aphasia Tests (various)</i>	Beberapa tes afasia dan bahasa memeriksa level kompetensi dalam keterampilan bahasa reseptif dan ekspresif (misalnya Reitan-Indiana Aphasia Screening Test)
	<i>Beck Depression or Anxiety Scales</i>	Skala ini memberikan penilaian cepat tentang pengalaman subjektif dari gejala yang berhubungan dengan depresi atau kecemasan
	<i>Bender Visual Motor Gestalt Test</i>	Tes ini mengevaluasi fungsi visual-perseptual dan visualmotor, menghasilkan kemungkinan tanda-tanda disfungsi otak,

No	Nama tes	Tujuan tes
		masalah emosional, dan perkembangan kematangan.
	<i>Boston Diagnostic Aphasia Examination</i>	Pemeriksaan diagnosis gangguan bahasa pada orang dewasa
	<i>Boston Naming Test</i>	Tes ini menilai kemampuan dengan menyebutkan gambar benda melalui tanggapan spontan dan kebutuhan untuk berbagai jenis isyarat. Tes ini juga dapat menggambarkan mengenai bahasa dan kemungkinan lokalisasi dari kerusakan otak
	<i>California Verbal Learning Test</i>	Prosedur ini mengkaji beberapa aspek verbal belajar, organisasi, dan memori. Tes ini digunakan untuk orang dewasa dan anak-anak
	<i>Cognitive Symptom Checklists</i>	Tes ini digunakan untuk evaluasi diri dari area gangguan kognitif pada remaja dan dewasa
	<i>Continuous Performance Test</i>	Tes ini membutuhkan perhatian intensif pada visual-motor yang digunakan dalam menilai perhatian berkelanjutan dan kebebasan dari distraksi. (misalnya Vigil; Connors Continuous Performance Test)
	<i>Controlled Oral Word Association Test</i>	Tes ini digunakan untuk menilai kefasihan verbal dan kemudahan dimana seseorang dapat memikirkan kata-kata yang dimulai dengan huruf tertentu
	<i>Cognistat (The Neurobehavioral Cognitive Status Examination)</i>	Tes skrining ini menguji bahasa, memori, aritmatika, perhatian, penilaian, dan penalaran. Tes ini biasanya digunakan dalam menyaring individu yang tidak dapat mentolerir lebih rumit atau lebih panjang tes neuropsikologi
	<i>d2 Test of Attention</i>	Prosedur ini mengukur perhatian selektif dan konsentrasi mental
	<i>Delis-Kaplan Executive Function System</i>	Tes ini digunakan untuk menilai bidang utama fungsi eksekutif (pemecahan masalah, fleksibilitas berpikir, kelancaran, perencanaan, penalaran deduktif) baik dalam spasial maupun modalitas verbal, dinormalisasi untuk usia 8-89 tahun

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>Dementia Rating Scale</i>	Tes yang digunakan untuk memberikan pengukuran terhadap perhatian, inisiasi, konstruksi, konseptualisasi, dan memori untuk menilai status kognitif pada orang dewasa yang lebih tua dengan penurunan pada korteks.
	<i>Digit Vigilance Test</i>	Tes yang umum digunakan untuk perhatian, kewaspadaan, dan kapasitas pemrosesan mental menggunakan visual yang cepat
	<i>Figural Fluency Test</i>	Tes yang digunakan untuk mengevaluasi fleksibilitas mental nonverbal. Tes ini sering dibandingkan dengan tes kefasihan verbal
	<i>Finger Tapping (Oscillation) Test</i>	Prosedur ini mengukur kecepatan motor dengan memeriksa kinerja di kedua sisi tubuh, kesimpulan dapat ditarik mengenai kemungkinan kerusakan otak lateral
	<i>Grooved Pegboard</i>	Tes ini mengukur kecepatan kinerja dalam tugas motorik halus dengan pemeriksaan kedua sisi tubuh. Kesimpulan yang dapat ditarik mengenai kerusakan otak lateral
	<i>MicroCog</i>	Tes ini mengukur konsep pembelajaran. Pemeriksaan fleksibilitas berpikir dan keterbukaan untuk belajar. Tes ini dianggap sebagai ukuran yang baik dari fungsi otak secara keseluruhan
	<i>Halstead-Reitan Neuropsychological Battery</i>	Serangkaian tes yang menguji bahasa, perhatian, kecepatan motorik, pemikiran abstrak, memori, dan penalaran spasial. Tes ini digunakan untuk menghasilkan keseluruhan penilaian fungsi otak. Beberapa neuropsikolog menggunakan beberapa atau semua set tes baterai yang asli
	<i>Hooper Visual Organization Test</i>	Tes ini menguji kemampuan untuk mengintegrasikan informasi secara visual menjadi persepsi yang utuh. Pengukuran pada tes ini yaitu ukuran cedera otak sedang sampai berat
	<i>Kaplan Baycrest</i>	Menilai kemampuan kognitif pada orang

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>Neurocognitive Assessment</i>	dewasa, termasuk perhatian, memori, kelancaran verbal, pemrosesan spasial dan penalaran/pergeseran konseptual
	<i>Kaufman Functional Academic Skills Test</i>	Tes singkat yang diberikan secara individual yang dirancang untuk menentukan kinerja dalam membaca dan matematika seperti yang diterapkan pada situasi kehidupan sehari-hari
	<i>Kaufman Short Neuropsychological Assessment</i>	Mengukur fungsi kognitif yang luas pada remaja dan orang dewasa dengan keterbelakangan mental atau demensia
	<i>Luria-Nebraska Neuropsychological Battery</i>	Seperangkat beberapa tes yang dirancang untuk berbagai domain fungsional dan untuk menyediakan analisis pola kekuatan dan kelemahan di seluruh area fungsi otak. Tes mencerminkan model skema penilaian kuantitatif kualitatif A. R. Luria
	<i>MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)</i>	Tes digunakan untuk menilai kepribadian dan status emosional yang mungkin memberikan pemahaman kepada reaksi terhadap gangguan neurofungsional
	<i>Memory Assessment Scales</i>	Rangkaian tes yang komprehensif untuk menilai memori jangka pendek, verbal, dan visual
	<i>MicroCog</i>	Asesmen terkomputerisasi mengukur sembilan area kognitif fungsional yang sensitif terhadap cedera otak
	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>	Asesmen laporan diri tentang gangguan kepribadian dan sindrom klinis. Asesmen ini digunakan sebagai instrumen tambahan secara komprehensif pada asesmen neuropsikologis
	<i>Mooney Problem Checklist</i>	Instrumen ini membantu individu mengekspresikan masalah pribadi. Asesmen ini mencakup perkembangan kesehatan dan fisik, rumah dan keluarga, moral dan agama, pacaran, seks, dan pernikahan
	<i>Multilingual Aphasia Examination</i>	Kumpulan subtes pada asesmen ini digunakan pada gangguan bahasa

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>North American Reading Test</i>	Tes membaca ini sering digunakan untuk membantu menilai kecerdasan pramorbid, untuk dibandingkan dengan Kecerdasan saat ini yang diukur dengan lebih tes komprehensif
	<i>Quick Neurological Screening Test</i>	Asesmen yang digunakan cepat untuk mengidentifikasi kemungkinan tanda-tanda neurologis, terutama di motorik, sensorik, dan daerah persepsi
	<i>Paced Auditory Serial Attention Test</i>	Tes untuk defisit perhatian termasuk konsentrasi, kecepatan pemrosesan, perhitungan mental, dan pelacakan mental. Mendiagnosis kognitif gangguan pada individu berusia 16 tahun ke atas
	<i>Paulhus Deception Scales</i>	Instrumen ini mengukur kecenderungan untuk memberi tanggapan yang diinginkan secara sosial, berguna untuk mengidentifikasi individu yang mendistorsi tanggapan mereka
	<i>Personality Adjective Checklist</i>	Pengukuran laporan diri ini mengevaluasi beberapa pola kepribadian, terutama berfokus pada gangguan kepribadian
	<i>Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status</i>	Dirancang sebagai pengukuran singkat dan berulang dari penurunan kognitif atau stabilitas dari waktu ke waktu, untuk trauma, penyakit, atau stroke
	<i>Rey Auditory Verbal Learning Test</i>	Prosedur ini mengevaluasi kemampuan untuk mempelajari kata daftar. Tes ini merupakan cikal bakal tes pembelajaran verbal lainnya menggunakan daftar kata-kata
	<i>Rey Complex Figure Test</i>	Tes menggambar dan memori visual ini menguji kemampuan untuk membangun sosok yang kompleks dan mengingatnya untuk diingat nanti. Tes ini mengukur memori serta organisasi visual-motorik
	<i>Rey 15-item Memory Test</i>	Tes ini digunakan untuk mengevaluasi potensi berpura-pura dalam kenangan
	<i>Rey-Osterrieth Complex Figure Test</i>	Menganalisis aspek kemampuan visuospasial dan memori di segala usia
	<i>Rivermead Behavioural Memory Test</i>	Mengevaluasi gangguan dalam memori sehari-hari terkait situasi kehidupan nyata

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>Rogers Criminal Responsibility Scale</i>	Instrumen ini dirancang untuk menilai kerugian individu pada saat kejahatan dilakukan
	<i>Rorschach Projective Technique</i>	Tes digunakan untuk mengevaluasi dinamika psikologis secara kompleks. Orang dengan cedera otak telah terbukti menghasilkan jenis-jenis tertentu tanggapan yang dapat melengkapi tes dan bantuan lainnya untuk memahami perubahan kepribadian yang terkait dengan kerusakan otak
	<i>Ruff Figural Fluency Test</i>	Prosedur visual ini melengkapi kelancaran tes verbal dalam menilai kemampuan berpikir fleksibel tetapi menggunakan rangsangan visual daripada kata-kata
	<i>Sensory Screening Test</i>	Berbagai prosedur termasuk asesmen kepekaan taktil terhadap berbagai objek, kemampuan untuk mengenali objek dengan sentuhan, dan kemampuan untuk mendeteksi angka yang ditulis di tangan dengan sentuhan saja. Dengan memeriksa kedua sisi tubuh, kesimpulan mungkin ditarik tentang kemungkinan kerusakan otak lateral
	<i>SCL-90 (Symptom Checklist 90)</i>	Mengevaluasi keluhan subjektif individu
	<i>Shipley Institute of Living Scale</i>	Perbandingan pengetahuan kosa kata dan kemampuan untuk mencari tahu pola sekuensial abstrak telah ditetapkan sebagai pengukuran fungsi sensitif otak umum
	<i>Stroop Test</i>	Prosedur singkat ini memeriksa perhatian, kecepatan mental, dan kontrol mental
	<i>Symbol Digit Modalities Test</i>	Tes skrining untuk anak-anak dan orang dewasa untuk mendeteksi gangguan kognitif
	<i>Tactual Performance Test</i>	Menilai kecepatan kinerja motorik, taktil persepsi, pemecahan masalah spasial, dan memori spasial di segala usia
	<i>Test of Memory Malingering</i>	Tes ini digunakan untuk mengevaluasi potensi berpura-pura dalam kenangan
	<i>Test of Memory and Learning (TOMAL)</i>	Tes untuk anak-anak dan remaja ini mengukur berbagai aspek memori, menilai

No	Nama tes	Tujuan tes
		pembelajaran, perhatian, dan ingatan
	<i>Test of Memory Malinger</i>	Untuk usia 16-84, tes pengenalan visual ini membantu membedakan berpura-pura dari gangguan ingatan yang sebenarnya
	<i>Thematic Apperception Test</i>	Tes proyektif ini paling sering digunakan untuk memeriksa karakteristik kepribadian yang dapat membantu dalam memahami psikologis atau penyesuaian emosional cedera otak
	<i>Tower of London</i>	Tes untuk segala usia, menilai pemecahan masalah tingkat tinggi dan untuk memeriksa fungsi eksekutif dan perencanaan strategi
	<i>Trail Making Tests A and B</i>	Tes ini mengukur perhatian, pencarian visual, kecepatan pemrosesan mental, dan kemampuan mental mengontrol pola stimulus simultan. Tes-tes ini sensitif terhadap status otak global tetapi tidak terlalu sensitif terhadap cedera otak ringan
	<i>Validity Indicator Profile</i>	Tes yang kompleks dan dianalisis komputer untuk mengevaluasi usaha dan motivasi dalam mengerjakan ujian
	<i>Verbal (Word) Fluency Tests (various)</i>	Ada berbagai tes kefasihan verbal yang digunakan. Masing-masing dirancang untuk mengukur kecepatan dan fleksibilitas proses berpikir verbal. (misalnya Controlled Oral Word Association Test; Thurstone Verbal Fluency)
	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale—III</i>	Kumpulan 13 "subtes" terpisah ini menghasilkan pengukuran memori, pengetahuan, pemecahan masalah, perhitungan, berpikir abstrak, orientasi spasial, perencanaan, dan kecepatan pemrosesan mental. Selain ringkasan pengukuran kecerdasan, kinerja pada setiap subtes menghasilkan implikasi untuk domain neurofungsional yang berbeda. Serangkaian tes membutuhkan waktu sekitar satu jam atau lebih untuk mengelolanya. WAIS-III sering menjadi dasar untuk asesmen

No	Nama tes	Tujuan tes
	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children—III</i>	neuropsikologis Sebanding dengan Wechsler Adult Intelligence Scale, prosedur ini berisi subtes yang mengukur domain serupa pada anak-anak
	<i>Wechsler Memory Scale—III</i>	Kumpulan 18 "subtes" terpisah ini menghasilkan informasi tentang berbagai macam memori dan proses pembelajaran. Ringkasan indeks memori disediakan di samping skor individu dari subtes. Seluruh rangkaian tes membutuhkan waktu sekitar satu jam untuk dikelola. WMS-III memberikan gambaran yang komprehensif pada asesmen memori. Hal ini disamakan dengan WAIS-III dan biasanya digunakan bersama dengannya
	<i>Wechsler Test of Adult Reading</i>	Memberikan perkiraan intelektual pra-morbid berfungsi pada orang berusia 18-89 tahun, dinormalisasi dengan WAIS-III dan WMS-III
	<i>Wide Range Achievement Test</i>	Memberikan tingkat kinerja dalam membaca, mengeja, dan aritmatika tertulis. Tes bacaan dan ejaannya sering digunakan dalam memperkirakan premorbid fungsi intelektual
	<i>Wisconsin Card Sort Test</i>	Mirip dalam konsep dengan Category Tes. Prosedur ini juga mengukur kemampuan belajar konsep. Ini dianggap sebagai pengukuran frontal lobus yang baik
	<i>Wonderlic Personnel Test</i>	Personnel Test ini bukan instrumen neuropsikologis semata tetapi digunakan untuk membantu mengevaluasi kemampuan dan potensi kejuruan untuk dibandingkan dengan tes neuropsikologi lainnya dalam membuat keputusan prognostik praktis
	<i>Word Memory Test</i>	Prosedur validitas yang dirancang untuk mendeteksi bias respons yang mungkin mengindikasikan penurunan nilai yang berlebihan atau gejala pura-pura

Biasanya, pemeriksaan neuropsikologis mengeksplorasi secara mendalam kinerja individu dalam berbagai domain fungsional. Namun, ada beberapa contoh, pada fase awal eksplorasi diagnostik ketika adanya cedera atau penyakit otak tidak meyakinkan tetapi ketika kecurigaan dapat dipertimbangkan secara wajar. Dalam kasus tersebut, bersama dengan prosedur diagnostik lainnya, pemeriksaan skrining neuropsikologis dapat digunakan. Pemeriksaan penapisan neuropsikologis adalah versi yang jauh lebih singkat dari asesmen neuropsikologis lengkap, yang hanya melihat area fungsi yang sensitif.

Tujuan pemeriksaan skrining neuropsikologis adalah untuk menentukan apakah ada bukti yang masuk akal, di luar kesan klinis awal, untuk diagnosis cedera otak atau penyakit otak. Meski bersifat "*screening*", pemeriksaannya harus definitif dalam hal ini. Melewatkan diagnosis neurologis berdasarkan pemeriksaan skrining bisa sangat disayangkan. Setelah skrining menunjukkan kemungkinan yang masuk akal bahwa ada kondisi neurologis, pemeriksaan neuropsikologis lengkap akan diindikasikan untuk mendapatkan informasi diagnostik, prognostik, dan perencanaan perawatan lebih lanjut. Rujukan untuk pemeriksaan neurologis juga akan sesuai pada saat ini.

Baik skrining maupun pemeriksaan neuropsikologis lengkap menawarkan kesempatan untuk mendiagnosis kemungkinan disfungsi otak (sebagai lawan diagnosis gangguan psikodinamik, kepribadian, dan/atau emosional yang tidak terkait dengan penyebab neurologis). Untuk pemeriksaan skrining, menilai kemungkinan disfungsi otak adalah sejauh diagnosis berjalan. Pemeriksaan neuropsikologis lengkap, di sisi lain, diperlukan untuk menggambarkan berbagai manifestasi fungsional dari kerusakan atau penyakit otak. Detail tersebut diperlukan untuk memahami konsekuensi kehidupan dari gangguan fungsional (misalnya, pekerjaan, sekolah, interpersonal, kompetensi, dan sebagainya).

DAFTAR PUSTAKA

- Beaumont, J. G, Kenealy, P. M, & Rogers, M. J. C. 1999. 'The Blackwell Dictionary of Neuropsychology', Oxford, UK: Blackwell.
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. 2003. 'Fundamentals of Human Neuropsychology Fifth revised edition', San Francisco: Freeman.
- Bunge, M. 1980. 'The Mind–Body Problem', Oxford, UK: Pergamon Press.
- Shallice, T. 1988. 'From Neuropsychology to Mental Structure', Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Andrewes, D. G. 2001. 'Neuropsychology: From Theory to Practice', Hove, UK: Psychology Press.
- Martin, G. N, 'Human Neuropsychology Second edition', Harlow, UK: Pearson Education.

BAB 12

PSIKOLOGI FORENSIK

Oleh Diana Putri Arini

Saksi Psikolog : Tingkah Jessica Tak Ada yang Aneh



medcom.id, Jakarta: Jessica Kumala Wongso tidak menunjukkan gelagat aneh saat bertemu Wayan Mirna Salihin di Kafe Olivier. Semua yang dilakukan Jessica hal biasa dalam pertemanan. Hal itu diungkapkan ahli psikologi klinis Antonio Ratih Andjayani yang dihadirkan Jaksa Penuntut Umum (JPU) di sidang ke-12 kasus kematian Mirna. Ratih diminta menjabarkan perilaku Jessica jelang kematian Mirna. JPU Ardito Muwardi bertanya pada Ratih perihal sikap Jessica yang memesan lebih dulu es kopi Vietnam untuk Mirna. Menurut Ratih, sikap Jessica itu hal yang lumrah.

Jessica menunjukkan adanya itikad baik untuk menunjukkan inisiatif memesan kopi temannya. Ini hal biasa. Lumrah terjadi dalam pergaulan," ujar Ratih di ruang Sidang Pengadilan Negeri Jakarta Pusat, Senin (15/8/2016).

Ratih melanjutkan, kalau ada penolakan dari Mirna untuk dipesankan lebih dulu, itu juga hal wajar dalam sebuah interaksi. Kalau akhirnya Mirna menyatakan tidak keberatan, itu bisa jadi ada dua kemungkinan. "Setuju atau sungkan," ujar Ratih.

Ratih juga ditanyai soal sikap Jessica yang membawa bingkisan saat bertemu Mirna. Menurut Ratih itu hal yang lumrah sebagai bentuk apresiasi dan perhatian seorang teman. Termasuk, hadiah sabun yang dibawa Jessica dalam paper bag. "Kalau bicara perilaku orang muda, dalam persahabatan, pertemanan yang lama, memberi hadiah adalah hal sering dilakukan," ungkap Ratih.

Sumber : <https://www.medcom.id/nasional/hukum/GNljdOXk-saksi-psikolog-tingkah-jessica-tak-ada-yang-aneh>.

12.1 Pendahuluan

Di tahun 2016 publik Indonesia dihebohkan dengan pembunuhan seorang perempuan bernama Wayan Mirna Salihih di kafe Oliver Jakarta. Kematian Wayan disebabkan racun sianida yang dimasukkan dalam cairan es kopi Vietnam sehingga mengakibatkan kelarutan kristal natrium-sianida lalu mengendap pada dasar gelas kopi dan sedotan. Tidak ada bukti dan saksi langsung yang menunjukkan siapa pelakunya. Setelah banyak terjadi penyelidikan, kepolisian menangkap Jessica Wongso sebagai pelaku. Hal ini disebabkan karena ia berada di lokasi pembunuhan dan memiliki motif pembunuhan.

Sidang pengadilan terjadi beberapa kali dengan memanggil berbagai saksi yang menyaksikan. Hal yang unik adalah memanggil saksi ahli mulai dari ahli teknologi dan ahli psikologi untuk membahas sisi psikologi. Adanya saksi ahli psikologi yang datang di kasus tersebut menyita perhatian, walau pada dasarnya keberadaan saksi ahli psikologi bukanlah hal yang baru. Psikologi Forensik mulai menjadi perhatian diikuti dengan berbagai diskusi dan membuka perhatian publik pentingnya psikolog forensik untuk menangani kasus.

Di tahun 2016, penulis juga mengikuti pelatihan saksi ahli psikologi yang diisi oleh ketua Asosiasi Psikologi Forensik Indonesia (APSIFOR) di masa itu yaitu Reni Kusumowardhani, M.Psi., Psikolog di Cilacap, Jawa Tengah. Saya ingat bu Reni mengatakan bahwa tugas psikolog forensik adalah menerangkan kasus, kita berpihak pada kebenaran untuk membantu hakim. Walaupun psikolog forensik atau saksi ahli kemungkinan besar dipanggil oleh jaksa penuntut umum ataupun pengacara pelaku. Pada bab ini menjelaskan mengenai psikologi forensik secara keilmuan dan praktisi.

12.2 Psikologi Forensik dan Sejarahnya

Untuk memahami psikologi forensik, sebaiknya kita memahami dulu ilmu forensik sebagai terapan dari ilmu alam, fisik, dan ilmu sosial pada resolusi isu-isu terkait sosial dan hukum (Kitaef, 2011). Jika merujuk dari Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2022) forensik merupakan (1) cabang ilmu kedokteran yang

berhubungan dengan penerapan fakta medis pada masalah hukum; (2) ilmu bedah yang berkaitan dengan penentuan identitas mayat seseorang yang ada kaitannya dengan kehakiman dan peradilan.



Gambar : gigi korban pembakaran
Sumber : google

Menurut Muluk (2013) kata forensik dalam ilmu sains dan praktik dianggap sebagai segala sesuatu untuk melakukan pencarian alat bukti kejahatan yang akan digunakan dalam proses pengadilan. Maka dari itu cabang ilmu forensik berpusat untuk mencari bukti adanya kasus kejahatan. Ketika berbicara forensik dapat diartikan sebagai proses pengumpulan bukti untuk mengungkap kejahatan dengan landasan ilmiah melalui pendekatan cabang ilmu tertentu.

Cabang ilmu forensik terbagi terbagi beberapa macam seperti *odontology forensik*. *Odontologi forensik* merupakan bagian ilmu kedokteran gigi yang berurusan bukti berupa gigi atau rongga mulut, Pemeriksaan sarana gigi dapat memberikan pemeriksaan perkiraan usia korban dan hasil pemeriksaannya setara dengan sidik jari (Larasati, Irianto and Bustomi Cania, 2018). Ada juga toksikologi forensik merupakan studi mengenai perilaku dan efek yang merugikan suatu zat terhadap makhluk hidup, seperti kasus kematian karena racun atau penggunaan obat-obatan (Budiawan, 2008). Antropologi forensik merupakan cabang ilmu antropologi biologi yang berbasis pada osteologi dan anatomi tubuh manusia bertujuan mengidentifikasi rangka dengan informasi yang bisa didapat seperti ras, jenis kelamin, tinggi, perkiraan umur, bekas trauma *permortem* dan penyebab kematiannya (Hidayat & Susanti, 2017). Ada juga cabang ilmu forensik yang sering digunakan untuk kasus penggelapan uang ataupun korupsi yaitu akutansi forensik. Akutansi forensik merupakan penyelidikan dan pengivenstigasi pembukuan keuangan ataupin catatan keuangan yang terkait dengan adanya dugaan tindak korupsi (Claudia, 2018).

Berdasarkan cabang-cabang ilmu forensik tersebut dapat dipahami terapan dari beberapa ilmu bersifat untuk membuktikan

suatu tindakan kejahatan, mulai dari mengetahui penyebab kematian ataupun membuktikan dugaan tindak korupsi. Lalu apa kaitannya psikologi terhadap forensik? Kualitas bukti psikologis atau perilaku lain disebut dengan bukti ilmiah 'lunak', bukti tersebut lebih mengarah untuk mendekati pemahaman lazim anggota penegak hukum ketimbang bukti ilmiah 'keras' seperti ilmu kedokteran atau fisika (Kitaef, 2011)

Psikologi menawarkan aspek-aspek hukum perilaku manusia terhadap berbagai kasus yang membutuhkan penerapan prinsip dan pengetahuan psikologis seperti hak asuh anak, penganiayaan anak, kekerasan seksual, kapasitas kognitif seseorang untuk memahami peristiwa, tanggung jawab pelaku pada perbuatannya, kemampuan seseorang menghadapi persidangan dan memberikan saran pada hakim dalam hal-hal yang berkaitan penetapan hukuman (Kitaef, 2011). Kembali pada contoh kasus yang penulis tampilkan di hadapan depan, kasus pembunuhan Mirna tidak memiliki bukti pentunjuk, sehingga membutuhkan pendekatan psikologis dengan menganalisa orang-orang yang berpotensi menjadi pelaku.

Psikologi Forensik merupakan salah satu cabang ilmu psikologi terapan yang dianggap muda. *American Psychologist Association* mengakui psikologi forensik pada tahun 2001 dan disertifikasi ulang pada tahun 2008. Awalnya psikologi forensik dianggap ranah psikologi klinis dengan memberikan penilaian ke pengadilan, lama kelamaan cangkupan praktik psikologi forensik meluas tidak hanya memberikan penilaian namun memberikan konteks yang luas (American Psychological Association, 2022)

Perjalanan Psikologi Forensik sebagai ilmu termasuk panjang bermula dari berbagai penelitian eksperimen psikologi mengenai kesaksian para ahli. Pada tahun 1879, Wilhelm Wundt bapak psikologi Eropa membangun laboratorium psikologi di Leipzig Jerman. Wundt menciptakan metode eksperimen psikologi dengan menyediakan metode penelitian yang dapat digunakan dalam psikologi terapan. Di tahun 1890 James Mc Keen Cattell melakukan serangkaian eksperimen ke dalam sifat kesaksian dengan menyoroti efek perbedaan situasional dan individu yang memberikan kesaksiaan di pengadilan (Crawford, 2014)

James Cattell memberikan pertanyaan kepada mahasiswa dan meminta mereka untuk memberikan tanggapan serta menilai kepercayaan diri mereka. Pertanyaan-pertanyaan yang diberikan adalah:

1. Apakah pohon kastanye atau ek yang kehilangan daunnya lebih awal di musim gugur?
2. Apakah kuda di lapangan berdiri dengan kepala atau ekor yang mengikuti angin?
3. Ke arah manakah biji apel?
4. Bagaimana cuaca satu minggu yang lalu di hari ini?

Hasil penelitian menunjukkan para saksi memberikan jawaban yang tidak akurat terhadap pertanyaan yang diberikan. Para saksi tidak yakin dengan jawaban diri sendiri namun mereka percaya diri mengungkapkan jawaban. Penelitian ini mengilhami para praktisi lapangan di bidang kriminal, pengadilan dan penegak hukum mengenai masalah serius tentang validitas kesaksian di pengadilan. Selain itu, William Stren mengkaji ingatan saksi dengan metode eksperimen. Ia membuat suatu kondisi perselisihan di dalam ruangan, para saksi diminta untuk menyimpulkan kejadian tersebut. Dari hasil riset disimpulkan bahwa emosi mengurangi ingatan kesaksian saksi (Kitaef, 2011).



Potret Hugo Munsterberg
Sumber : gopgle

Para ahli psikologi sudah menyadari ada celah dari kesaksian seseorang yang berdampak pada orang tersebut menjadi salah tangkap. Seorang advokat bernama Hugo Munsterberg menyadari kasus salah tangkap didasarkan kesaksian yang salah. Hal ini membuatnya belajar penelitian psikologi di bawah bimbingan Wilhelm Wundt di Leipzig. Munsterbeg menjelaskan pentingnya untuk meneliti kembali kesaksian saksi di pengadilan, awalnya idenya tidak dianggap serius dan diabaikan oleh profesi hukum (Crawford, 2014). Munsterberg membawa psikologi dalam pengadilan yang mengkritisi sistem penilaian juri. Wrightsman

(2000) menyebutkan ada beberapa sumbangsih yang dilakukan oleh Munsterberg terhadap psikologi di peradilan yaitu:

1. Mendemonstrasikan kesalahan saksi kasus seperti terlalu melebihkan atau mengurangi informasi penting.
2. Mempublikasikan hasil risetnya berjudul "On the Witness Stand" yang menjadi sorotan publik saat itu. Dalam bukunya banyak menjelaskan faktor psikologi yang data mempengaruhi hasil persidangan meliputi kesaksian palsu, penggunaan alat deteksi kebohongan, kekuatan sugesti dari pemeriksaan.
3. Menawarkan diri sebagai saksi ahli di persidangan kasus besar. Kasus terkenal yang ditanganinya adalah pembunuhan seorang pengusaha terkenal yaitu Harry Osgard di Idaho, ia berhasil memberikan pandangannya lewat pendekatan psikologis menerangkan kasus dan menghilangkan tuduhan tak mendasar tersangka (Weiss and Xuan, 2015)

Di masa tersebut para penegak hukum masih merasa tidak butuh tenaga ahli psikologi dalam pengadilan (Crawford, 2014). Meski banyak ahli yang menyebutkan Hugo Munsterbeg pantas disebut sebagai bapak psikologi forensik karena jasanya membawa profesi psikologi menjadi penting di hadapan publik, ia bukanlah figur contoh yang baik. Ia dianggap sebagai pribadi yang angkuh, kasar dan sering mementingkan diri sendiri. Bahkan Willam James mendeskripsikannya sebagai pribadi yang omong kosong dan banyak omong (Wrightman, 2001)

Dahulu psikologi forensik banyak berpusat pada validitas kesaksian mulai dari memori, keakuratan saksi ahli, pengaruh sugesti, deteksi kriminal, pencegahan kriminal dan hipnosis (Wrightman, 2000). Penelitian lain yang menjelaskan perubahan kesaksian saksi dikarenakan adanya memori palsu telah didemonstrasikan oleh Wells dan Loftus(Loftus, 2006). Psikologi Frensik di tahun 1980-an masih berfokus pada proses tindak kesaksian, hingga di tahun 1915 terjadilah kasus yang menghebohkan.

Hans Schmidt (1915) adalah seorang pendeta katolik yang didakwa membunuh dan memutilasi tubuh seorang perempuan bernama Anna Aumuller dan melemparkan sisa tubuhnya ke sungai Hudson. Kasus ini cukup mencuri perhatian publik karena latar belakang pelaku adalah pemuka agama, sehingga publik mempertanyakan bagaimana cara perekrutan pihak gereja. Selama proses penyidikan Schmidt berulang kali mengatakan bahwa Tuhanlah yang memerintahkan dirinya untuk melakukan pembunuhan terhadap korban sebagai bentuk pengorbanan dan penebusan dosa. Ia juga meminta permohonan pembebasan karena ketidakwarasannya.



Hans Schmidt
Sumber : google

Proses peradilan juga cukup panjang terjadi beberapa kali sebelum pinalti terjadi. Hal ini disebabkan saat persidangan pertama ia berpura-pura gila, pengacara menggunakan pernyataan Schmidt sebagai bukti ia mengalami halusinasi. Hakim saat itu adalah Benjamin Cardozo menuliskan “ada kalanya beberapa kata salah seharusnya tidak terbatas pada kesalahan hukum. Jika seseorang mengalami delusi bahwa Tuhan telah menampakkan dirinya dan memerintahkan kejahatan, maka terdakwa tidak mungkin tahu bahwa perbuatannya salah (Kitaef, 2011).

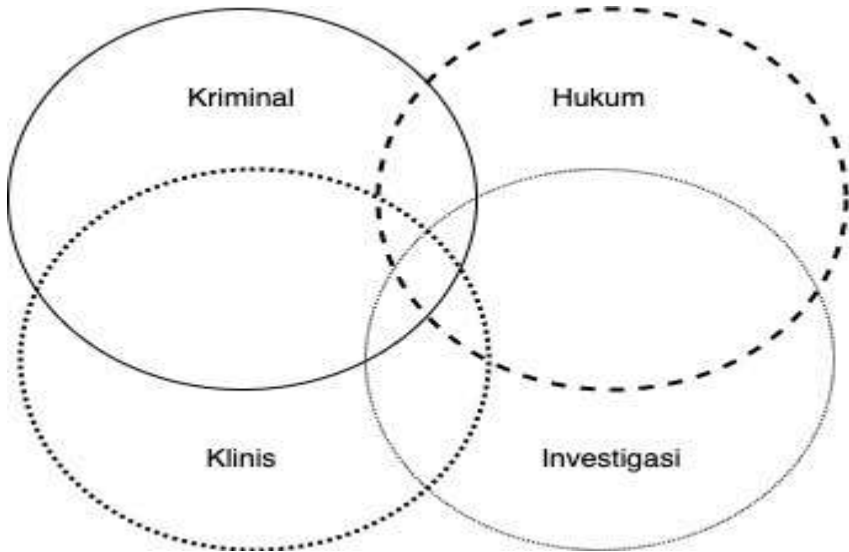
Psikologi forensik kembali dipandang sebagai ilmu yang dianggap penting karena mampu memberikan sudut pandang baru terhadap kasus di ranah hukum. Praktik psikologi tidak hanya berkaitan ke dalam proses penyidikan dan peradilan juga menekankan aktivitas klinis di ranah hukum. Lightner Witmer dan Wiliam Healt memberikan kuliah mengenai psikologi kejahatan dan mendirikan institusi rehabilitas masalah kenakalan remaja yaitu *Chicago Juvenile Psychopatic Institute* (Kaloeti, Indrawati and Alfaruq, 2019). Kepercayaan publik yang kuat terhadap peranan psikolog forensik dalam konteks hukum membuat para psikolog forensik membuat divisi *American Psychology-Law Society* (AP-LS). Misi AP-LS adalah meningkatkan kesejahteraan, keadilan dan hak

asasi manusia melalui ilmu praktik psikologi dalam konteks hukum.

12.3 Pengertian Psikologi Forensik dan Peranannya

Menurut Prabowati (2008) istilah psikologi forensik seringkali tertukar dan tumpang tindih dengan istilah lainnya seperti *psychology in law, psychology and criminology, psychology of court room, investigate psychology*. Selain itu penyebutan psikologi forensik bisa disebut *psychology of law, psychology and law, psychology in law, psycholegal, legal psychology, psychology and criminology, psychology of crime, psychology of criminal behavior, psychology of abnormal behavior, psychology of court room, psychology of judicial sentencing, psychology of judges, policepsychology, psychology for police officer, psychology for law enforcement work, psychologyfor person identification, psychology of prison, psychology in prison, psychology of punishment, psychology of imprisonment, investigative psychology* (Meliala,2008)

Terminologi psikologi forensik berbeda-beda bukan bermaksud untuk mengeksklusifkan keilmuan psikologi forensik. Istilah-istilah yang dikemukakan menunjukkan arah minat berbeda dalam bidang psikologi. Sundberg, Winebarger and Julian, (2007) mengelompokkan adanya 4 isu utama dalam psikologi forensik yang saling beririsan satu sama lain, keempat tema dalam psikologi forensik meliputi kriminal, klinis, hukum dan investigasi.



Gambar 12.1 : Tema dan isu utama dalam psikologi forensik
 Sumber: Sundberg, Winebarger dan Julian, (2007)

Dari ilustrasi gambar diatas dapat dipahami bahwa ada timpang tindi antara psikolog klinis, investigasi, hukum dan kriminal. Misalnya ketika ada tindakan kejahatan dapat menjadi fokus psikologi kriminal namun berkaitan juga dengan psikologi klinis mengenai asesmen kondisi kejiwaan. Senada dengan pendapat Sundber, Winebarger dan Julian (2007), Meliala (2008) berpendapat walaupun ada penyebutan berbeda terkait psikologi forensik, ada tiga ciri khas fokus utama yang dibawa yaitu: 1) Bukan ilmu psikologi yang berbeda ketika penyebutannya menjadi *psychology of court room* ataupun *psychology of prison* namun konteksnya. Prinsip, teori dan metode psikologi yang digunakan tetap sama; 2) dalam rangka menghadapi kontes yang berbeda seperti terkait pekerjaan berhubungan dengan hakim, polisi ataupun petugas lapas maka psikologi adalah ilmu yang berada dalam posisi untuk membantu. Oleh karena itu, pihak yang dibantu mulai dari sistem hukum, aparat hukum ataupun sistem peradilan pidana dalam kesehariannya yang membuat seakan-akan posisi tawar bantuan psikologi rendah dan pihak aparat hukum tinggi. 3) Bantuan psikologi dalam kasus hampir dipastikan mencapai kebenaran hukum yang memiliki keakuratan dan kebenaran tinggi.

Psikologi forensik memang paling sulit didefinisikan dibandingkan cabang ilmu psikologi lainnya karena mencakup berbagai jurusan dan bidang psikologi lain seperti psikologi klinis, sosial, kognitif, perkembangan, neuropsikologi dan behavioral (Sundberg, Winebarger & Julian, 2007) Meski begitu perlu untuk mendefinisikan psikologi forensik agar mengetahui batasan psikologi forensik dan layanan yang dapat diberikan.

American Psychological Association (2022) menyebutkan psikologi forensik sebagai spesialisasi dalam psikologi yang dicirikan pada kegiatan memberikan keahlian profesional psikologi dalam sistem peradilan dan hukum. *Committee on Ethical Guidelines for forensic psychologist* mendefinisikan sebagai semua pekerjaan psikologis yang secara langsung membantuk pihak pengadilan, pihak yang terlibat dalam proses hukum, fasilitas layanan kesehatan mental koreksional dan forensik, serta badan-badan adminisratif, judisial dan legislatif yang bertindak dalam sebuah kapasitas judisial (Sundberg, Winebarger & Julian, 2007)

Kitaef (2011) membagikan definisi psikologi forensik yaitu definisi sempit dan luas. Psikologi forensik dalam pengertian sempit memandang psikologi forensik adalah cabang dari psikologi klinis yang terlibat dalam praktik klinis di dalam sistme hukum. Definisi luas tidak hanya mencakup bidang klinisi saja, tetapi psikologi forensik juga memandang keilmuan lain seperti psikologi sosial, kognitif, konseling, eksperimen, industri organisasi , perkembangan dan lainnya.

Luasnya pengertian psikologi forensik membuat Blackburn (dalam Prabowati, 2008) membagi psikologi forensik menjadi tiga bidang yaitu *psychology in law*, *psychology and law*, dan *psychology of law*.

1) *Psychology in law*

Aplikasi praktis *psychology in law* dalam bidang hukum adalah kehadiran psikolog diundang sebagai saksi ahli untuk menjelaskan dinamika psikologis, kondisi mental, menentukan hak perwalian anak. Kedudukan hukum lebih tinggi daripada psikologi, artinya psikolog baru akan dipanggil jika diperlukan.

2) *Psychology and law*

Meliputi *psychology legal research* artinya penelitian individu terkait dengan aparat penegak hukum seperti jaksa, hakim, pengacara, terdakwa. Pada bidang ini posisi psikologi tidak dipandang tinggi atau rendah. Psikologi dianggap suatu cabang keilmuan yang mengevaluasi komponen hukum dari perspektif psikologi.

3) *Psychology of law*

Hubungan *psychology of law* cenderung abstrak pada bidang. Hukum dianggap penentu perilaku. Isu yang dikaji bagaimana masyarakat dapat mempengaruhi hukum, sebaliknya bagaimana hukum mempengaruhi masyarakat.

Menurut Agung (Sopyani & Edwina 2021) ada empat praktik psikologi forensik yang dalam dilakukan didalam hukum, yaitu:

1) Pencegahan

Pada tahap ini psikolog dapat membantu aparat penegak hukum dalam memberikan sosialisasi cara pencegahan perilaku kriminal, Hal-hal yang dapat dilakukan adalah memberikan *profiling* pelaku kejahatan sehingga diketahui pola atau modus yang biasa dilakukan, target atau sasaran korban dan kemungkinan ciri khas pelaku. Misal, memberikan sosialisasi bahaya pedofil di media sosial.

2) Penangan

Pada tahapan ini, psikolog mampu membantu aparat hukum dalam mengidentifikasi motif pelaku. Setiap kejahatan memiliki motif tersembunyi, ada konflik tidak disadari oleh pelaku yang mengakibatkan terjadinya kejahatan. Contohnya, pembunuhan Eno Parihah dengan gagang pacul di kelaminnya. Motif dapat terungkap oleh ahli psikologi yaitu adanya dendam, frustasi seksual dan amarah.

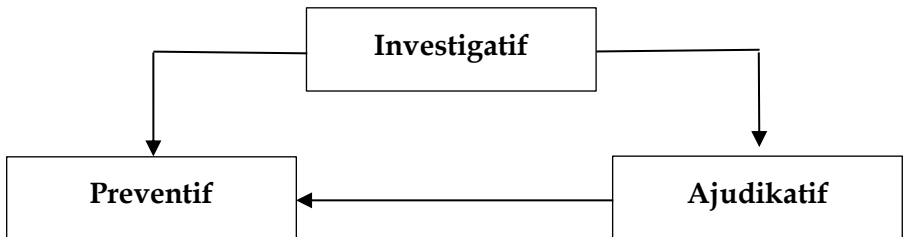
3) Pemidanaan

Dalam tahap ini psikolog memberikan penjelasan mengenai kondisi psikologis pelaku sehingga aparat hukum bisa memberikan hukuman sesuai dengan tindak kejahatan pelaku. Misalkan, apakah pelaku memiliki gangguan mental tertentu ataukah korban memiliki kapasitas kognitif dibawah rata-rata sehingga membuatnya tereksplotasi.

4) Pemenjaraan

Pada tahap ini psikolog dapat memberikan pendampingan pada pelaku kejahatan yang ditempatkan di lembaga pemasyarakatan ataupun di rehabilitas. Misalnya kasus pembunuhan dilakukan remaja 14 tahun NF yang sempat heboh di tahun 2020. Setelah diselidiki kondisi remaja tersebut sedang dalam kondisi hamil dan korban pemerkosaan sehingga membutuhkan dampingan lebih lanjut.

Sundberg, Winebarger and Julian, (2007) membuat skema psikologi forensik untuk memberikan pandangan lebih mendalam sehingga psikologi forensik dapat diilustrasikan sebagai berikut:



Gambar 12.2 : Ilustrasi hubungan sirkuler diantara kategori bidang dan tahapan psikologi forensik

Sumber : Sundberg, Winebarger and Julian, (2007)

1) Tahapan Investigatif

Fase investigatif dimulai ketika terjadi suatu tindakan kejahatan sehingga investigasi atau penyelidikan secara resmi dimulai termasuk penggunaan ilmu psikologi dalam penegakkan hukum. Hal yang dapat dilakukan dalam fase investigasi meliputi:

a. Memprofilkan pelaku yang tidak diketahui

Profiling merupakan identifikasi seseorang dengan mengidentifikasi kepribadian, ciri khas dimiliki, lokasi demografis, kebiasaan atau hal lainnya terkait pelaku. Dengan kata lain *profiling* merupakan riset deskriptif dari pelaku kejahatan yang belum teridentifikasi untuk memfasilitasi penangkapan dan interaksinya kelak.

b. Otopsi psikologi

Otopsi psikologi dalam investigasi dilakukan untuk menetapkan cara kematiannya (bunuh diri, alamiah, dibunuh atau kecelakaan), cara kematian, dan penyebab kematian. Contoh: seseorang ditemukan tewas dengan tembakan di dahinya. Dalam kasus ini jelas ia mati karena tembakan namun cara kematiannya belum jelas. Apakah ia memang mati dengan menembakkan diri untuk bunuh diri, kecelakaan atukah dibunuh?

Banyak kematian sifatnya samar-samar artinya keadaan dan bukti forensik tidak mengidentifikasi dengan jelas bagaimana cara orang tersebut mati. Maka, psikolog forensik dapat menganalisa kematian dengan latar belakang almarhum, bukti TKP kematian, informasi saksi untuk mengidentifikasi kepribadiannya secara tipikal.

c. Wawancara hipnotik dan kognitif

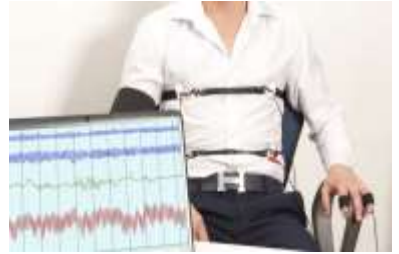
Banyak penelitian wawancara hipnotik dan kognitif lebih mempertinggi ingatan saksi sehingga membuat proses laporan menjadi lebih terinci ketimbang wawancara yang bersifat intimidatif. Meski begitu, banyak riset yang menjelaskan wawancara hipnosis bagaikan pedang bermata dua, meskipun memberikan data tambahan berguna namun di beberapa kasus hipnosis mengakibatkan berbagai masalah kelak.

d. Wawancara pada anak-anak korban kekerasan

Isu lain adalah bagaimana mewawancarai atau menginvestigasi korban atau saksi anak pada kasus kekerasan seksual? Keterbatasan kognitif anak untuk memahami pertanyaan menjadi kunci penting. Tidak sedikit kasus kekerasan anak mendapatkan buntut penyelidikan atau salah tangkap karena tidak memahami keterangan anak.

e. Indikator kebohongan

Ketika mewawancarai saksi seringkali kejujurannya diragukan, maka untuk mengidentifikasi kejujuran adalah mengidentifikasi kebohongan. Beberapa metode deteksi kebohongan yang sering digunakan kepolisian adalah poligraf, sebuah alat untuk merekam (membuat grafik) ukuran-ukuran fisiologis seperti



Gambar : alat deteksi fisiologis
Sumber : google

detak jantung, dan pupil. Kebohongan dianggap adalah situasi mengancam sehingga ketika berbohong seseorang memberikan gejala fisiologis tertentu. Banyak riset menunjukkan metode poligraf memiliki tingkat kesalahan yang tinggi. Poligraf tidak bisa membedakan reaksi fisiologis disebabkan karena takut berbohong atau cemas karena diinterogasi.

Psikolog forensik hadir dengan membantu mengidentifikasi orang berbohong dan jujur. Pernyataan jujur juga mampu menimbulkan kecemasan di pihak orang berbohong. Ada beberapa tindakan non verbal yang terkait seperti gerakan tubuh yang lebih banyak, ekspresi verbal, konten ucapan dan reaksi fisiologis.

f. Pengakuan bersalah palsu di bawah paksaan

Pengakuan bersalah palsu menjadi isu penting dalam hukum karena tidak sedikit orang yang sebenarnya tidak layak dihukum mendapatkan hukuman pengadilan. Pengakuan bersalah terbagi beberapa jenis yaitu : 1) pengakuan bersalah disengaja, biasa digunakan untuk melindungi orang lain atau untuk mendapatkan ketenaran atau bisa jadi sebagai kebutuhan psikologisnya mendapatkan hukuman. 2) pengakuan bersalah palsu karena paksaan, situasi dimana seseorang yang tidak bersalah mengakui kejahatan karena proses interogasi panjang dan melelahkan bahkan mendapatkan kekerasan.

g. Identifikasi saksi mata

Banyak penelitian psikologi kognitif menunjukkan metode investigasi kepolisian berdampak besar pada keakuratan saksi mata. Pada proses ini, psikolog forensik dapat memberikan rekomendasi apakah saksi yang hadir layak dipercaya kesaksiannya.

2) Tahapan Ajudikatif

Dalam kasus kejahatan kriminal, pengambilan keputusan dilakukan oleh hakim dan putusannya berupa penetapan apakah terdakwa melakukan kejahatan sesuai dengan hal yang didakwa oleh jaksa. Pada tahap ini psikolog forensik dapat memberikan kontribusi berupa proses asesmen kondisi pelaku atau korban. Ada banyak evaluasi psikologi forensik yang diminta pada fase ajudikatif yaitu:

a. Asesmen kompetensi mental

Pada asesmen kompetensi mental merujuk pada kapabilitas emosional atau kognisi seseorang untuk memahami dan berpartisipasi dalam sebuah tindakan hukum. Jika pengadilan menganggap seseorang tidak kompeten seperti mengalami depresi karena peristiwa tersebut, maka tindak hukum dapat dibatalkan atau ditunda sampai orang tersebut mendapatkan kembali kompetensinya.

Tidak sedikit banyak tersangka kasus yang mengalami berbagai kondisi kejiwaan dalam rangka untuk meringankan atau menghapus hukumannya, sehingga dibutuhkan asesmen psikolog forensik. Contoh kasus pejabat yang pura-pura gila atau hilang ingatan saat dilakukan sidang kasus korupsi.

b. Asesmen terhadap keadaan mental saat kondisi terhadi

Evaluasi psikologi forensik pada tahap ini melihat ciri-ciri emosional dan kognitif terdakwa pada saat melakukan tindakannya. Beberapa kondisi mental saat melakukan tindakan dapat mengurangi hukuman atau tanggung jawab terdakwa atas tindakan. Misal ia melakukan tindakan kejahatan dalam pengaruh obat-obatan atau kondisi menolong diri sendiri.

c. Asesmen terhadap cedera atau disabilitas mental

Untuk asesmen ini biasa terjadi pada kasus perdata, walau tidak sedikit kasus kriminal membutuhkan cedera atau disabilitas mental. Untuk kasus perdata dapat memberikan evaluasi psikologis bahwa seseorang mendapatkan cedera mental bertahun-tahun akibat tindakan tergugat. Misal seorang pengugat yaitu istri mengaku mengalami dampak psikologis akibat perlakuan suaminya, sehingga untuk memperkuat alasannya cerai meminta asesmen cedera atau disabilitas mental. Untuk kasus kriminal, penulis pernah melakukan asesmen cedera atau disabilitas mental pada korban kekerasan atau pelecehan seksual. Seringkali untuk kasus kekerasan atau pelecehan seksual bukti visum tidak berbunyi, sementara korban mengalami dampak psikologis seperti depresi atau *post traumatic stress disorder*.

d. Evaluasi hak asuh anak

Salah satu tugas hukum menentukan orangtua mana yang paling berhak mendapatkan hak asuh anak-anaknya setelah bercerai dan berpisah. Walau dalam ketentuan hukum menyebutkan hak asuh anak dibawah usia 13 tahun berada pada ibu. Untuk kasus tertentu ketika terjadi perebutan hak asuh anak membutuhkan evaluasi mendalam. Psikolog forensik membantu pihak pengadilan dalam menetapkan kehidupan anak kedepannya yang lebih layak, sehingga kepentingan hak asuh anak didasarkan analisis seksama dari orangtua, anak dan lingkungan.

3) Tahapan Preventif

Tahapan preventif bertujuan untuk merespon atau bereaksi suatu peristiwa dalam rangka memberikan pencegahan yang dapat dilakukan agar tidak terulang lagi. Hal yang dapat dilakukan adalah memberikan rekomendasi pada penetapan hukuman pidana dan upaya rehabilitas yang dilakukan. Pencegahan juga dapat dilakukan dengan mensosialisasikan kepada masyarakat sehingga mereka memiliki keputusan yang lebih baik.

12.4 Saksi Ahli

Saksi ahli merupakan sebutan orang yang ahli dibidang kompetensi tertentu untuk menjelaskan suatu permasalahan berdasarkan keilmuan atau latar belakang pendidikannya. Misalkan ketika ada kasus Ratna Sarumpaet yang dituduh melakukan publik, saksi ahli yang dipanggil jaksa penuntut umum adalah dr. Tompi sebagai dokter spesialis bedah kecantikan, ia diminta keterangan dari keilmuannya mengenai perbedaan luka lembab akibat pukulan dan operasi kecantikan (Paramaesti, 2019)

Profesi psikolog dapat menjadi saksi ahli ketika ia memiliki kualifikasi yang dibutuhkan, kesaksian yang diberikan dapat menjadi dasar yang dipercaya berdasarkan pendekatan ilmiah yang logis serta didukung oleh data yang akurat (Kaloeti, Indrawati & Alfaruqy, 2019). Seorang saksi ahli psikologi dapat bersaksi sebagai ahli yang dipanggil pihak pengadilan atau bisa juga dipanggil dari pihak pengacara atau terdakwa kasus. Ia dapat menjadi seseorang yang memberatkan pihak yang dibela atau meringankan pihak yang didakwa.

Sebelum membicarakan peranan saksi ahli dalam kasus di peradilan, sebaiknya kita membahas mengenai bukti. Bukti merupakan suatu alat yang dapat menerangkan kebenaran suatu kasus. Kitaef (2011) memberikan klasifikasi bukti yang dapat diberikan di pengadilan hukum, yaitu:

1) Bukti rill atau bukti fisik

Bukti rill atau bukti fisik merupakan benda actual yang penting dan material bagi suatu kasus. Bukti ini disebut 'benda nyata' merupakan senjata pembunuhan sesungguhnya, bukan sekedar senjata sejenis atau replika yang sekiranya digunakan didalam suatu kejahatan. Contoh bukti rill adalah senjata pembunuhan, sidik jari, gigi, mobil yang rusak berat jika kasus kecelakaan, kontrak tertulis, lembab, luka dan lainnya. Bukti rill biasanya dibawa ke pengadilan namun bisa juga tidak.

2) Bukti demonstratif

Bukti demonstratif bukanlah material kongkret untuk menjelaskan atau mendeskripsikan kasus, dupergunakan untuk menyederhanakan masalah atau fakta yang akan dibuktikan. Jadi hanya sekedar alat bantu visual untuk

membantu hakim menangkap nuansa yang sebenarnya dari suatu peristiwa. Beberapa contoh bukti demonstratif adalah foto atau rekaman video digital, rekaman suara baik melalui *tape recorder*, telpon atau pesan sms, peta, model atau grafik, hasil rekaman CT scan dan lainnya. Contoh kasus adalah kasus pencemaran nama baik yang dilakukan Baiq Nuril karena rekaman berisi pelecehan yang dilakukan atasannya tersebar (cnnindonesia.com)

3) Bukti dokumenter

Bukti dokumenter merupakan kumpulan isi tulisan, rekaman atau simbol yang bertujuan untuk menceritakan suatu kasus atau peristiwa. Untuk melakukan autentifikasi bukti biasanya dipersyaratkan dengan kehadiran saksi ahli. Beberapa dokumen yang dapat dijadikan bukti dokumenter adalah salinan catatan publik yang disahkan, dokumen resmi, surat kabar, catatan rekapikulasi, dan inskripsi dagang tidak dibutuhkan ahli untuk membuktikannya. Contoh bukti dokumenter adalah buku keuangan kasus proyek yang diduga ada tindak korupsi.

4) Bukti testimonial

Bukti testimonial masuk ke pengadilan melalui saksi-saksi yang telah disumpah. Para saksi dapat memberikan keterangan dari apa yang mereka lihat, apa yang didengar atau sesuatu hal yang mereka ketahui seperti (tipikal kepribadian, kebiasaan atau adat istiadat). Saksi juga terbagi beberapa jenis yaitu:

a. Saksi awam (*lay witness*)

Saksi yang memiliki pengetahuan personal tentang fakta-fakta yang mendasari sebuah kasus sehingga mereka bisa bersaksi mengenai persepsi, fakta atau data sesuai dengan pengalamannya sendiri. Saksi awam dilarang bersaksi mengenai pendapat mereka.

b. Saksi ahli

Tipe bukti saksi kedua adalah kesaksian diberikan oleh saksi ahli. Saksi ahli adalah mereka yang memiliki pengetahuan atau keterampilan khusus yang diperoleh dari pendidikan, pelatihan atau pengalaman yang dianggap lebih berpengetahuan dibandingkan masyarakat biasa. Beberapa saksi ahli memberikan kesaksian adalah

profesional di bidang medis, kesehatan mental dan forensik. Saksi ahli diperbolehkan untuk menginterpretasikan data dan informasi yang relevan dengan sebuah kasus dan mengungkapkan pendapatnya terkait fakta-fakta.

Menurut Meliala (2008) ada beberapa persoalan yang khas di Indonesia mengenai saksi ahli yaitu:

- 1) Perihal siapa yang bisa dipanggil atau menjadi saksi psikolog. Jika mengacu pada pengertian psikolog berdasarkan kode etik psikologi adalah seseorang dengan latar belakang pendidikan lulusan program pendidikan tinggi psikologi strata 1 (S1) dengan sistem kurikulum lama dan lulus dari pendidikan profesis psikologi serta memiliki izin praktik psikologi (Himpsi, 2010). Permasalahannya adalah tidak meratanya penyebaran tenaga psikologi di suatu kota dan tidak adanya kemampuan menjadi saksi ahli.
- 2) Permasalahan kedua lebih dari soal siapa yang menjadi saksi ahli. Hal yang substansial terkait saksi ahli adalah keterangan yang diberikan memiliki standar atau parameter sehingga bisa dibedakan mana keterangan saksi ahli yang memenuhi syarat dan tidak. Ada risiko berbahaya ketika semua hal kemudian di-psikologi-kan sehingga terlihat dibuat-buat.
- 3) Kehadiran psikolog di kasus sifatnya fakultatif atau opsional, tidak semua kasus bisa menghadirkan psikolog. Sehingga ada kesan, hanya perkara yang memungkinkan terdakwa adanya gangguan jiwa dalam rangka menentukan kebertanggungjawabannya maka dipanggilah saksi ahli psikolog. Walau ada beberapa kasus saksi ahli diminta hadir oleh hakim.

12.5 Tantangan Menjadi Psikolog Forensik

Kitaef (2011) menyebutkan menjadi psikolog forensik atau pakar kesehatan mental yang bersaksi di pengadilan memiliki dua tipe hak istimewa yaitu hak istimewa untuk menyediakan penanganan pasien dan pengacara pasien. Jika psikolog memberikan kesaksian bertindak sebagai profesional kesehatan

mental, maka ia memiliki hak istimewa sebagai penyedia penanganan kesehatan mental. Jika profesional memberikan kesaksian bertindak sebagai evaluator ahli, maka hak istimewa pengacara-klien berlaku.

Hak istimewa psikolog-pasien seperti halnya hak istimewa psikiater-pasien bertujuan untuk meningkatkan diagnosis dan penanganan penyakit yang efektif dengan melindungi pasien dari rasa malu dan dipermalukan yang disebabkan pengungkapan informasi oleh klien pada psikolog selama proses penanganan. Oleh karena itu, tidak semua informasi klien atau pasien bisa diungkapkan ke pengadilan, informasi yang bersifat konfindensial memerlukan izin dari pasien. Misal kondisi orientasi seksual pasien, ini sifatnya konfidensial karena ada potensi pasien akan dipermalukan. Namun hak istimewa ini tidak berlaku jika psikolog dipekerjakan oleh pengacara untuk keperluan asesmen sebagai persiapan kasus. Dalam keadaan ini, informasi yang digunakan oleh dan diambil dari profesional medis atau psikologi tetap dilindungi kerahasiaannya melalui hubungan pengacara-klien, hak istimewa, atau kode etik pengacara.

Hak istimewa pengacara-klien menyatakan bahwa komunikasi pengacara dan klien diberi hak istimewa dengan pengecualian tertentu, misalnya bilamana klien mengancam untuk melakukan tindakan ilegal di masa mendatang. Informasi yang diperoleh pengacara dari klien didalam proses asesmen kesehatan mental tidak wajib diungkapkan.

Hakim mengizinkan psikolog sebagai saksi ahli berdasarkan pendidikan, pelatihan dan pengalamannya serta bagaimana kaitannya terhadap pertanyaan yang sekiranya dapat dijawab di pengadilan. Penasihat hukum atau pengacara dapat menolak kehadiran saksi ahli tapi lebih seringnya saksi ahli diterima dan kesaksian mereka dapat dilakukan secara silang.

Selama beberapa dekade psikolog terus memberikan kesaksiannya didalam pengadilan baik untuk kasus pidana dan perdata. Banyak kasus-kasus yang membutuhkan kesaksian ahli tidak terbatas kasus gangguan kejiwaan, bisa juga *malingering*, hak asuh anak, kekerasan anak dan perempuan, gangguan stress paska trauma, kekerasan dalam rumah tangga, kasus disabilitas dan lainnya. Ada potensi kecurangan saksi ahli psikologi ketika

dipanggil di kasus, terutama jika ia dipanggil untuk meringankan terdakwa. Hal ini disebabkan karena tidak semua psikolog mampu berpendapat berdasarkan pengetahuannya secara adekuat dan merefleksikan diri sebagai tenaga profesional.

Kitaef (2011) mengilustrasikan kasus pakar psikologi yang menyatakan pendapatnya tidak berdasarkan penelitian atau data relevan, seperti kasus yang dilakukan Bettleheim. Di tahun 1960, psikoanalisis Bruno Bettleheim mengklaim bahwa anak-anak autistik dihasilkan oleh ibu-ibu yang dingin pada anaknya (*refrigerator mom*). Bettleheim menganggap ibu-ibu yang dingin ini tidak kompeten menjalin hubungan emosional anak sehingga anak tidak mampu membangun kelekatan emosional pada anak-anaknya. Lucunya, terlepas dari pengalamannya sebagai psikoanalisis. Bettleheim sama sekali tidak menyodorokan bukti apapun. Padahal riset membuktikan autistik pada anak dapat disebabkan pada kerusakan abnormalitas otak dan keturunan. Pernyataan Bettleheim memberikan dampak signifikan pada perawatan anak, para ibu saat itu menganggap dirinya tidak cakap dan takut menjadi ibu dingin, akibatnya harga dirinya rendah bahkan tidak sedikit melaporkan diri mengalami kondisi depresi.

Menurut Huss (2014) ada beberapa faktor yang memicu potensi kecurangan ilmiah yang biasa didapati pada psikolog forensik sebagai saksi ahli sebagai berikut:

- 1) Insentif.

Pemberian insentif untuk tenaga ahli psikologi belum memiliki aturan ataupun standarnya sehingga ada potensi dari pihak penasehat hukum atau terdakwa dapat memberikan upah yang berlebih. Hal ini dapat berpotensi adanya sogokan sehingga saksi ahli bersaksi sesuai keinginan pihak yang memanggil.

- 2) Hubungan di luar kasus persidangan.

Hubungan yang telah terjalin sebelumnya seperti jaksa adalah teman lama dari saksi ahli, terdakwa atau pengacara adalah rekan kerjanya, bahkan mungkin saudara atau kerabat. Hal ini membuat saksi ahli psikologi cenderung bias memberikan kesaksian. Kesaksian yang diberikan bukan berdasarkan kompetensinya bahkan mungkin tidak sesuai karena adanya hubungan kekerabatan terjalin sebelumnya.

3) Tekanan dari pengacara

Banyak kasus ketika pengacara memberikan sejumlah pertanyaan yang memojokkan saksi ahli yang dipanggil kubu lawan seperti jaksa. Pertanyaan-pertanyaan cukup mengintimidasi dan terkesan adanya *ad hominem*, sehingga sikap ilmiah psikologi cenderung goyah. Saksi psikologi harus yakin dengan pendapatnya sesuai dengan kaidah keilmiahan, serta menyakini tugas pengacara memang seperti itu untuk membela klien. Contoh kasus bisa dilihat sikap pengacara Jessica Wongso mencecar saksi ahli yang dipanggil yaitu psikolog Ratih Ibrahim.

4) Sikap politik dan moral

Dalam beberapa kasus terdapat perkara yang memuat isu politik dan moral. Ketika saksi ahli memiliki latar belakang tertentu dalam hal politik, ideologi, agama dan etnis berpotensi untuk memiliki bias dalam kesaksian. Bias disebabkan kesamaan latar belakang berkontribusi membuat ahli memberikan kesaksian tidak berimbang dan cenderung meringankan pihak yang memiliki kesamaan dengannya. Misal ketika ada kasus berkaitan dengan suku tertentu, saksi ahli ternyata berlatar belakang sama dengan pelaku atau korban. Maka pendapatnya akan menjadi bias disebabkan perasaan kesamaan senasib dengannya.

5) Popularitas saksi ahli

Psikolog yang memiliki nama besar mungkin ia adalah *selebgram*, *influencer* atau orang yang sudah dikenal luas di masyarakat cenderung memberikan saksi yang bias. Tidak sedikit psikolog yang seperti ini melebih-lebihkan kasus sehingga dapat menarik perhatian publik. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan popularitas pribadinya. Contoh kasus kemarahan penyanyi Anji pada psikolog dan host Pagi-Pagi Happy karena mempertanyakan pengasuhan anaknya tanpa persetujuannya sebagai narasumber (Gautama,2017)

6) Kompetisi

Ketika para kubu baik pembela dan penuntut masing-masing memanggil saksi ahli dalam ruang sidang. Para saksi cenderung untuk saling mempengaruhi keputusan hakim. Hal ini

membuat terkesan adanya kompetisi antar para ahli. Semangat kompetisi inilah yang membuat bias pendapat ahli.

7) Kurangnya kesadaran tentang bias

Hal yang paling berbahaya jika saksi ahli psikologi tidak menyadari kecenderungan bias yang mereka alami dalam mengambil keputusan. Bias ini bisa disebabkan kondisi internal saksi ahli ataupun kondisi eksternal.

Psikolog Margareth Hagen (dalam Kitaef, 2011) mengkritisi tentang bisnis kesaksian ahli di pengadilan dan keputusan menggelikan para saksi ahli yang memberikan teori psikologi populer. Padahal dasar ilmiah psikologi populer belum terbukti. Menurut Kaloeti, Indrawati dan Alfaruqy (2019) *syndrome evidence* merupakan area kontroversial dalam bidang psikologi forensik, pengertian *syndrom evidence* ditujukan untuk menhelaskan perilaku tidak biasa pada korban yang mengalami sindrom khusus. Contoh *battered women syndrome*, *Stockholm syndrome* dan lainnya. Hagen menyebutkan saksi ahli yang mempengaruhi asumsi orang-orang dengan asumsi aneh yaitu sindroma dan disfungsi sebagai pelacur peradilan. Ia juga menyebutkan psikiatri modern sekarang sebagai ilmu pengetahuan sampah.

Sindroma merupakan kumpulan dari beberapa gejala dan tanda klinis yang muncul bersamaan sehingga seringkali diasosiasikan gangguan tertentu. Dalam ilmu kedokteran ada *syndrom down*, *syndrom savant* dan *syndrom Asperger*. Dalam ilmu psikologi sindroma menyebutkan suatu ciri atau gejala tertentu yang tidak lazim ditemukan dan terjadi di kasus-kasus tertentu. Sindrom tidak sama dengan penyakit gangguan mental yang sudah diklasifikasikan dalam DSM ataupun ICD.

Sebenarnya bukti-bukti sindrom memiliki peran sangat penting untuk menerangkan pada hakim suatu kondisi psikologis tertentu. Contohnya, pada kasus kekerasan dalam rumah tangga, seringkali korban tidak bisa menyelamatkan diri bahkan cenderung membela pasangan walaupun ia mengalami serangkaian penyiksaan baik secara fisik ataupun mental. Orang-orang yang mengetahui kasus tersebut menganggap korban bodoh atau mengalami cinta buta yang tidak menggunakan logika. Namun kondisi yang dialami korban bukan disebabkan cinta buta

melainkan karena *battered women syndrome*. Sehingga kondisi ini butuh penanganan khusus dan butuh penjelasan khusus kepada pihak aparat penegah hukum. Untuk itu, sebuah penentuan sindrom tidak bisa hanya dibuat ahli sendiri sebagai saksi ahli, ia memerlukan bukti relevan terkait dengan penelitian sebelumnya.

12.6 Kesimpulan

Psikologi forensik merupakan cabang psikologi klinis terapan yang bersifat membantu proses peradilan mulai dari tahapan penyelidikan, adjudikatif dan pencegahan kasus. Kasus-kasus yang ditangani psikolog forensik dapat berupa kasus perdata mulai dari hak asuh ataupun dampak cedera/disabilitas dan kasus kriminal mulai dari kasus kekerasan, kasus terhadap anak, kasus untuk korban/pelaku gangguan mental, kasus penelantaran anak dan lainnya. Ada berbagai tantangan untuk menjadi psikolog forensik yang menyebabkan adanya bias pandangan, bias pandangan ini diduga dapat mempengaruhi keputusan psikolog yang tidak netral pada kasus.

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association. 2022. *Forensic Psychology*. Available at: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/forensic>.
- Budiawan, N. 2008. 'Peran Toksikologi Forensik Dalam Mengungkap Kasus Keracunan Dan Pencemaran Lingkungan', *Universitas Indonesia Indonesian Journal of Legal and Forensic Sciences*, 1(1), pp. 35–39. Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/282201-peran-toksikologi-forensik-dalam-mengung-95856fae.pdf>.
- Claudia, G. 2018. 'Akuntansi Forensik Untuk Bedah Kasus Korupsi', *Jemap*, 1(1), p. 95. doi:10.24167/jemap.v1i1.1586.
- Crawford, M.A. 2014. *History of Forensic Psychology*. Edited by J. Dr. Robert Meyer. Minnesota: Walden University.
- Gautama, R.W. 'Psikolog Poppy Amalya Akhirnya Temui Penyanyi Anji Usai Dikecam di Acara Pagi-pagi Pasti Happy', December, p. 2014. Available at: <https://lampung.tribunnews.com/2017/12/25/psikolog-popy-amalya-akhirnya-temui-penyanyi-anji-usai-dikecam-di-acara-pagi-pagi-pasti-happy?page=all> (Accessed: 13 June 2022).
- Hidayat, T. and Susanti, R. 2017. 'Analisis Antropologi Forensik pada Kasus Penemuan Rangka di dalam Koper', *Pertemuan Ilmiah Tahunan*, pp. 281–285.
- Kaloeti, D., Indrawati, E.S. and Alfaruq, M.Z. 2019. *Psikologi Forensik*. Yogyakarta: Psikosain.
- KBBI. 2022. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Available at: kbbi.kemdikbud.go.id.
- Kitaef, J. 2011. *Psikologi Forensik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Larasati, A.W., Irianto, M.G. and Bustomi Cania, E. 2018. 'Peran Pemeriksaan Odontologi Forensik Dalam Mengidentifikasi Identitas Korban Bencana Masal', *Majority*, 7(3), pp. 228–233. Available at: <https://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/download/2082/2050>.
- Loftus, E.F. 2006. 'False Memory', *Encyclopedia of Cognitive Science* [Preprint]. March 2018. doi:10.1002/0470018860.s00536.

- Melati Sopyani, F., Noor Edwina, T. and Mercu Buana Yogyakarta, U. 2021. 'Peranan Psikologi Forensik dalam Hukum di Indonesia', *Jurnal Psikologi Forensik Indonesia*, 1(1), pp. 46-49.
- Meliala, A. 2008. 'Kontribusi Psikologi dalam Dunia Peradilan: Dimana, dan Mau Kemana', *Indonesian Journal of Legal and Forensic Sciences*, 1(1), p. 4.
- Paramaesti, C. 2019. 'TOMPI Jadi Saksi Ahli di Sidang Ratna Sarumpaet: Saya Fotografer', 23 April. Available at: <https://seleb.tempo.co/read/1198527/tompi-jadi-saksi-ahli-di-sidang-ratna-sarumpaet-saya-fotografer> (Accessed: 13 June 2022).
- Sundberg, N.D., Winebarger, A. and Julian, T. 2007. *Psikologi Klinis*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Weiss, K.J. and Xuan, Y. 2015. 'You can't do that! Hugo Münsterberg and misapplied psychology', *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43(December), pp. 1-10. doi:10.1016/j.ijlp.2015.08.001.
- Wrightsmann, L. 2001. *Forensic Psychology*. Australia: Wadsworth.

BIODATA PENULIS



Sulistyani Prabu Aji

Staf Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa ikatan Dinas S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah sebagai pembicara maupun moderator. Mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan . Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Meilisa Silviana Patodo S.Psi., M.A

Dosen pengajar pada Fakultas Kedokteran Universitas Tadulako

Meilisa Silviana Patodo S.Psi., M.A merupakan dosen pengajar pada Fakultas Kedokteran Universitas Tadulako. Penulis lahir di Palu, Sulawesi Tengah pada tanggal 4 Mei 1989 dan merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Jenjang akademik penulis dimulai dengan menempuh program studi S1 Jurusan Psikologi di Universitas Teknologi Yogyakarta lulus tahun 2011. Kemudian, untuk jenjang Magister, penulis melanjutkan studinya pada program studi S2 Psikologi Klinis (Sains) di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta dan lulus pada tahun 2015. Penulis aktif dalam kegiatan ilmiah dan juga dalam profesinya sebagai pengajar mata kuliah Psikologi serta menulis beberapa ide dan gagasan dalam bentuk tulisan ilmiah.

BIODATA PENULIS



Yohannes Wijaya, S.Kom., S.Psi., M.M., M.Psi., Psikolog
Dosen tetap Program Studi Psikologi

Penulis lahir di Palembang pada tanggal 26 September 1989. Penulis merupakan Psikolog Klinis yang memiliki ketertarikan dengan dunia anak dan remaja, terutama pada kasus anak dengan berkebutuhan khusus. Penulis juga dosen tetap Program Studi Psikologi. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di STMIK MDP jurusan Sistem informatika dan Universitas Bina Darma jurusan Ilmu Psikologi. Penulis menyelesaikan Pendidikan S2 di Magister Manajemen di Universitas Tridinanti dan Magister Profesi Klinis Universitas Tarumanagara Jakarta.

BIODATA PENULIS



Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb.,

Dosen di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Borneo Tarakan (UBT)

Idha Farahdiba, S.ST., M.Keb., adalah dosen di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Borneo Tarakan (UBT) sejak Mei 2022. Lahir di Pare-pare, 13 Desember 1988. Menempuh pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky hingga tahun 2010, dan pendidikan magister Kebidanan di Universitas Hasanuddin hingga tahun 2015. Sebelum menjadi staf pengajar di UBT, sempat bekerja sebagai bidan di Rumah Bersalin ALIFAH selama 3 tahun dan menjadi dosen di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Kesdam XIV/Hasanuddin selama 7 tahun 8 bulan. Hingga saat ini sejumlah penelitian dan publikasi ilmiah bersama kolega aktif dilakukan. Korespondensi dengan Idha dapat dilakukan melalui alamat surel idha.farahdiba@borneo.ac.id.

BIODATA PENULIS



Sairah, M.Psi, Psikolog

Dosen Intitut Agama Islam di Pasuruan dan sekarang di Fakultas Psikologi, Universitas Medan Area, Medan Sumatra Utara

Lahir dan besar di Pasuruan, 13 Juni 1987, bekerja sebagai dosen dari tahun 2018 di Intitut Agama Islam di Pasuruan dan sekarang di Fakultas Psikologi, Universitas Medan Area, Medan Sumatra Utara. Penulis menyelesaikan S1 Fakultas Psikologi pada tahun 2019 dan S2 Magister Profesi Psikologi konsentrasi klinis pada tahun 2012 di Universitas Muhammadiyah Malang Jawa Timur.

Email Penulis: sairahmpsi@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ratnasartika Aprilyani, S.Psi., Psi.,M.Si., Psikolog
Dosen tetap di Universitas Binawan Program Studi Psikologi

Penulis lahir di Pontianak pada tanggal 15 April 1979. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Binawan Program Studi Psikologi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Profesi Psikolog dan S2 di Magister Psikologi Universitas Gadjah Mada.

BIODATA PENULIS



Hj. Yuhanah. S.ST.,M.Kes

Dosen tetap di Universitas Sembilanbelas November Kolaka, Sulawesi Tenggara, Program Studi Diploma Tiga Keperawatan

Penulis lahir di Bandung (Jawa-Barat) pada tanggal 12 Juli 1964. Penulis sebagai dosen tetap di Universitas Sembilanbelas November Kolaka, Sulawesi Tenggara, Program Studi Diploma Tiga Keperawatan yang awalnya sebagai tenaga PNS di Puskesmas Tosiba Kab. Kolaka (profesi Bidan) sejak tahun 1984 sampai tahun 2017. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan (Konsentrasi Kespro) UIT Makassar. Sampai saat ini aktif melaksanakan tridarma perguruan tinggi berupa penelitian dan pengabdian kepada masyarakat termasuk aktif menulis buku.

BIODATA PENULIS



Diana Putri Arini, M.A.,M.Psi.,Psikolog

Dosen psikologi di Unika Musi Charitas dan psikolog klinis

Sebelum menjadi dosen, mengawali karir sebagai konselor psikologi di Non Government Organization dan aktivitas sosial, pernah berkarir menjadi psikolog klinis di RSUD Bantul. Pada tahun 2019 sampai sekarang berkarir menjadi dosen psikologi di Unika Musi Charitas dan psikolog klinis di beberapa platform digital. Selain itu, Diana aktif mengedukasi masyarakat mengenai kesehatan mental dan parenting. Untuk diskusi lebih lanjut dapat melalui instagram @diana_putri_arini

BIODATA PENULIS



Reza Fahlevi, S.K.M., M.M., M.Psi., Psikolog

Dosen tetap Program Studi Psikologi dan praktisi Psikolog Klinis

Penulis lahir di Palembang pada tanggal 23 Desember 1991. Penulis merupakan dosen tetap Program Studi Psikologi dan praktisi Psikolog Klinis dengan bidang minat terhadap Psikologi Kesehatan dan Psikologi Positif. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Profesi Psikologi Universitas Tarumanagara pada bidang Psikologi Klinis. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Manajemen Universitas Tridinanti bidang Sumber Daya Manusia serta S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Swijaya dan S1 Psikologi Universitas Bina Darma.

BIODATA PENULIS



Ima Fitri Sholichah, S.Psi., M.A

Dosen psikologi klinis di Program Studi Psikologi Universitas Muhammadiyah Gresik

Ima Fitri Sholichah, S.Psi., M.A lahir pada 24 Februari 1994 di Kediri Jawa Timur. Magister Psikologi lulusan Universitas Gadjah Mada ini sehari-hari sebagai dosen psikologi klinis di Program Studi Psikologi Universitas Muhammadiyah Gresik. Minatnya yang tinggi pada kajian tata piker, perilaku, dan performasi individu dalam konteks olahraga membawanya pada berbagai aktivitas.

Tahun 2014 bergabung menjadi tim psikologi di KONI Jawa Timur. Tahun 2014 mendampingi atlet renang di PON Remaja. Tahun 2017 bergabung menjadi mental coach di Asosiasi Pelatih Mental Olahraga Indonesia (APMOI). Tahun 2017 bergabung menjadi asisten manager PRIMA Indonesia. Tahun 2018 bergabung menjadi tim psikologi SOIna Jawa Timur dan mendampingi atlet disabilitas di SOIna Riau.