

**PSIKOLOGI KLINIS KELAUTAN  
(Kasus-kasus dalam bidang klinis)**

**ISBN 987-979-3153-92-6**

Pengarang:

Windah Riskasari, M.Psi, Psikolog

Ratna Insyani K, M.Psi, Psikolog

Puri Aquarismawati, M.Psi, psikolog

Copyright © Juli 2016

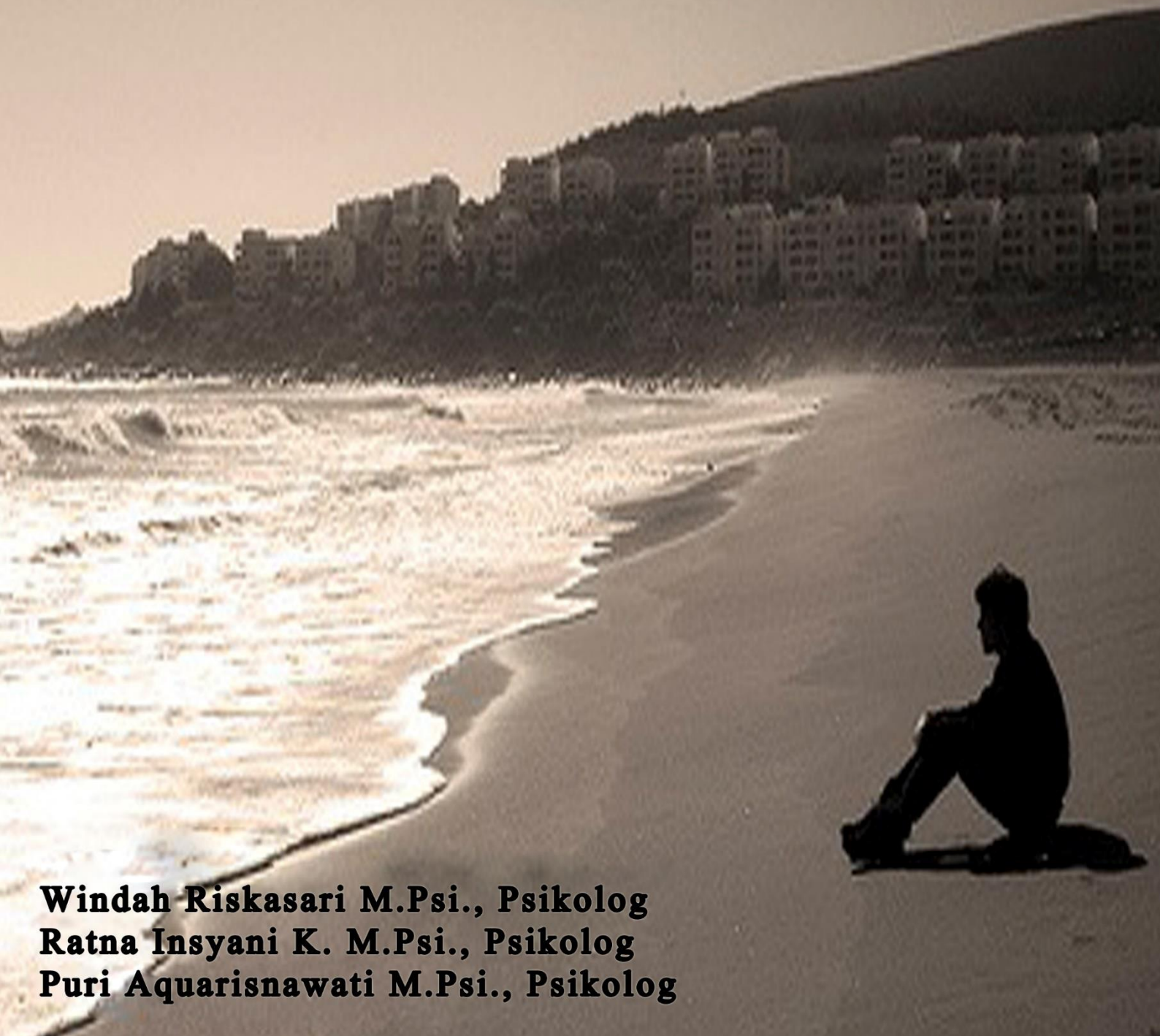
Diterbitkan pertama kali oleh:

Hang Tuah University Press

Surabaya

# **Psikologi Klinis Kelautan**

*(Kasus-kasus Terkait Dalam Bidang Klinis)*



**Windah Riskasari M.Psi., Psikolog**  
**Ratna Insyani K. M.Psi., Psikolog**  
**Puri Aquarisnawati M.Psi., Psikolog**

## **KATA PENGANTAR**

Rasa syukur yang dalam kami sampaikan kehadiran Tuhan Yang Maha Pemurah, karena berkat kemurahanNya buku ini dapat terselesaikan sesuai yang diharapkan. Dalam buku ini akan membahas mengenai sejarah psikologi klinis, pespektif psikologi klinis sampai pada traitment-traitment yang terkait dengan kasus-kasus klinis kelautan.

Buku ini dibuat dalam rangka untuk pengembangan ilmu tentang teori-teori dari psikologi klinis, sehingga nantinya dapat bermanfaat bagi semua. Adapun kasus-kasus yang dibahas merupakan serangkaian dari pembelajaran bagi pembaca secara umum, maupun penulis khususnya. Adanya buku ini diharapkan mampu menggali potensi-potensi yang ada pada diri individu untuk terus mencintai bidang-bidang klinis, khususnya kasus klinis kelautan

Demikian buku ini dapat dibuat dengan rasa syukur jdan bahagia, semoga dapat bermanfaat bagi semua, kurang dan lebihnya kami mohon maaf. Adapun kritik ataupun saran kami harapkan agar nantinya dapat lebih bermanfaat esok dan dikemudian hari. Amin.

Surabaya, Juli 2016

**Tim Penyusun**

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	ix
<b>BAB I PSIKOLOGI KLINIS</b> .....	1
A. Latar Belakang Munculnya Psikologi Klinis .....	1
B. Istilah Psikologi Klinis .....	3
C. Psikologi Klinis dalam Kajian Ilmu Psikologi .....	3
D. Istilah dan Bidang Kajian dalam Psikologi Klinis .....	5
E. Ruang Lingkup Perkembangan dan Sejarah Psikologi Klinis .	6
a. Perkembangan Psikologi Klinis .....	6
b. Sejarah Psikologi Klinis .....	7
F. Pendidikan dan Praktik Spesialis Psikologi Klinis .....	9
G. Pendidikan Psikologi dan Psikologi Klinis di Indonesia .....	9
a. Pendidikan Psikologi .....	10
<b>BAB II PERSPEKTIF TEORITIS PSIKOLOGI KLINIS</b> .....	
Latar Belakang Perspektif Teoritis Psikologi Klinis .....	11
a. Model kedokteran dan Psikoanalisis .....	11
Pendekatan psikoanalisis/ Psikodinamik .....	12
Pendekatan Belajar .....	13
b. Pendekatan Belajar (Beberapa Konsep) .....	13
Pendekatan Humanistik .....	16
Pendekatan Sosiokultural .....	17
Pendekatan Perilaku .....	18
Cara Belajar .....	19
Penggunaan Pendekatan Perilaku .....	20
Anak Berkebutuhan Khusus .....	21

Kategori Anak Berkelainan .....	22
Pendekatan Psikodrama .....	24
Dasar Pemikiran Dan Konsep Dasar Psikodrama .....	26
Prosedur Penerapan .....	26
Pendekatan Kelompok .....	26
Faktor-faktor Kuratif .....	27
Pembinaan Harapan .....	27
Universalitas .....	28
Penerangan .....	28
Altruisme .....	28
Pengulangan Korektif Keluarga Asal .....	29
Pengembangan Teknik Sosialisasi .....	29
Peniruan Tingkah Laku .....	29
Belajar Berhubungan Dengan Pribadi Lain .....	30
Rasa kebersamaan .....	30
Katarsis.....	31
Faktor Eksistensi .....	31
Pengertian Diri .....	31
Tipe Pendekatan Kelompok .....	32
Tahap-tahap Tindakan Dalam Kelompok .....	32
Catatan Tentang Tahapan-tahapan Pendekatan Kelompok .....	34
Tugas Pemandu Kelompok .....	34
Norma Kelompok .....	35

<b>BAB III</b>	<b>PSIKOLOGI KESEHATAN, NEUROLOGI &amp;</b>	
	<b>PSIKOFARMAKOLOGI .....</b>	<b>36</b>
	Psikologi Kesehatan .....	36
	Sejarah Psikologi Kesehatan .....	36
	Pengertian Dasar dan Definisi .....	37
	Neuropsikologi .....	38

Sejarah dan Definisi Neuropsikologi .....	38
Anteseden/Penyebab Gangguan Otak Organik .....	40
Pendekatan dan Interpretasi Hubungan Otak dan Perilaku .....	40
<i>Gangguan-Gangguan Neuropsikologi</i> .....	40
Teknik Asesmen Neuropsikologi .....	43
Pendekatan Neuropsikologi Dalam Psikopatologi .....	43
Psikofarmakologi .....	44
Definisi Psikofarmakologi .....	44
Penyakit Jiwa, Neurotransmisi, dan Penggunaan Obat Psikotropik-Narkotik .....	44
Gejala Sasaran (Target Symptoms) dalam Pengobatan Gangguan Jiwa .....	47
Efek Samping Obat Psikotropika .....	48
Pengelompokkan Obat Psikotropika .....	48
<b>BAB IV      PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS</b> .....	49
Penelitian Dalam Psikologi Klinis .....	49
Metode Observasi .....	49
Metode Penelitian Epidemiologis .....	50
Metode Korelasi .....	50
Penelitian Longitudinal Versus Cross-Sectional .....	51
Metode Penelitian Eksperimental .....	51
Desain Satu Kasus .....	52
Desain A-B-A-B .....	53
Desain Multiple Baseline .....	53
Desain Campuran .....	53
Penelitian Dan Etika .....	53
Etika Penerapan dan Penelitian Psikologi Klinis Mikro-Makro ...	54
Kontrak .....	56

<b>BAB V</b>	<b>PSIKOLOGI FORENSIK .....</b>	<b>57</b>
	Aktifitas Utama Pskologi Forensik .....	58
	Kasus-Kasus Kriminal .....	59
	Dalih Ketidakwarasan .....	60
	Kasus-Kasus Perdata .....	61
	Hak Pasien .....	62
	Memprediksi Bahaya .....	63
	Penanganan Psikologis .....	64
	Konsultasi .....	64
	Penelitian dan Psikologi Forensik .....	64
	Peran Psikologi Klinis Dalam Sistem Legal .....	65
	Kegiatan Psikolog Dalam Bidang Psikologi Forensik .....	66
	Peran Psikologi Forensik Dalam Proses Hukum Di Indonesia .....	67
<b>BAB IV</b>	<b>MENGASES DAN MENDIAGNOSIS .....</b>	<b>71</b>
	Alasan Asesmen .....	72
	Sasaran Asesmen .....	73
	Metode Asesmen .....	74
	Laporan Psikologi .....	81
	Nilai Ilmiah Asesmen .....	84
	Proses Asesmen Psikologi Klinis .....	85
	Planning Data Collection Procedures .....	85
	Pedoman Studi Kasus .....	86
	Tujuan Asesmen Klinis .....	87
	Collecting Assessment Data .....	89
	Processing Assessment Data .....	91
	Communicating Assessment Data .....	93
	Outline Assessment Data .....	93
	Berbagai Jenis Asesmen Psikologi Klinis .....	95
	Asesmen Pempfungian Intelektual .....	95
	Kategori-kategori Pempfungian Intelektual dalam WBIS/WAIS .....	98

Hubungan antara Informasi dan Komprehensi .....	99
Similiritas .....	99
Digit Span dan Arithmetic .....	99
Asesmen Kepribadian .....	102
Projective Assessment .....	103
Objective Assessment .....	104
1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) .....	104
2. California Psychological Inventory (CPI) .....	105
Asesmen Pemfungsian Neuropsikologis .....	106
Asesmen Perilaku .....	109
<b>BAB VII INTERVENSI KLINIS .....</b>	<b>112</b>
Definisi Psikoterapi .....	113
Tingkat Level dan Tujuan Psikoterapi .....	117
Psikoterapi dan Teori Kepribadian .....	117
Bentuk-bentuk atau Model-model Psikoterapi .....	118
Hal-Hal Yang Umumnya Terjadi Dalam Semua	
Jenis Psikoterapi .....	119
Efektivitas Psikoterapi: Variabel Klien .....	119
Efektivitas Psikoterapi: Variable Terapis .....	120
Psikoanalisis Dan Yang Berorientasi Psikodinamik .....	121
Perspektif Fenomenologis Dan Humanistik Eksistensial .....	123
Konseling Rogerian .....	124
Terapi Perilaku .....	126
Terapi Kelompok, Terapi Keluarga, Dan Terapi Pasangan .....	132
Terapi Perilaku Kelompok .....	135
Terapi Keluarga dan Pasangan (Suami-Istri) .....	136
Terapi Falsafati dan Keagamaan .....	136
Perjalanan Intervensi Klinis (Course of Clinical Intervention) ....	137
Intervensi Klinis Mutakhir di USA .....	138

<b>BAB VIII</b>	<b>PENANGANAN (INTERVENSI) PADA ANAK</b> .....	
	Intervensi Pada Anak Penyandang ADD .....	140
	Teknik Alternatif Orang Tua Terhadap ADD .....	140
	Mengapa Tidak Memakai Tablet Saja? .....	142
	Apa Yang Dilakukan ADDapt? .....	143
	Program ADDapt .....	145
	Intervensi Pada Anak ADHD .....	152
	a. Intervensi Pendidikan .....	152
	b. Intervensi Perilaku .....	153
	c. Intervensi Sosial .....	154
	d. Terapi anak penderita ADHD dengan modifikasi perilaku .....	154
	Intervensi Psikologis Pada Anak Learnign Disorder, Disleksia, Disgrafia, dan Diskalkulia .....	154
	a. Learning Disorder .....	154
	b. Disleksia .....	157
	c. Disgrafia .....	158
	d. Diskalkulia .....	159
	Intervensi Pada Anak Autis .....	180
	Intervensi Pada Anak Dengan Gangguan Motorik .....	181
<b>BAB IX</b>	<b>KASUS-KASUS PSIKOLOGI KLINIS KELAUTAN</b> .....	182
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	185

## DAFTAR TABEL

Tabel :

2.1. Sejarah Psikologi Klinis.....	7
2.2. Pendidikan Psikologi.....	10
4.1. Model kedokteran dan Psikoanalisis.....	13
4.2. Pendekatan belajar.....	17

## DAFTAR GAMBAR

Gambar	: 1.1. Perkembangan Psikologi Klinis.....	9
--------	---	---

## **BAB I**

### **A. LATAR BELAKANG MUNCULNYA PSIKOLOGI KLINIS**

Pada awalnya sebelum Perang Dunia II, Psikologi Klinis di Amerika Serikat hanya terbatas pada penggunaan tes Psikologis, untuk menegakkan diagnosis gangguan yang dialami individu. Hal ini tidak mengherankan karena Psikologi Klinis dikembangkan oleh dokter yang dulunya disebut Diagnostisian (lih. Yalom, 2005; sebuah buku novel tentang Freud muda dan Mentornys Breuer). Baru setelah perang usai, Psikologi Klinis mulai dikembangkan untuk menangani veteran yang mengalami gangguan mental pasca perang. Kebanyakan veteran tersebut mengalami gangguan mental pasca trauma di akhir tahun 1940an dan awal tahun 1950an. Semenjak itulah psikoterapi mulai berkembang dalam praktik Psikologi Klinis, terutama untuk menangani kasus-kasus gangguan pasca trauma tersebut.

Jurnal psikologi klinis terbitan *American psychological Association* (APA) terkini menunjukkan bahwa psikologi klinis telah menyebar ke semua kehidupan, baik itu di tingkat individu, keluarga, kelompok, organisasi, masyarakat luas, maupun dunia global. Psikologi klinis tidak hanya untuk kesehatan mental saja tetapi juga untuk kesehatan fisik, tidak hanya untuk individu saja tapi untuk masyarakat. Orientasi Psikologi Klinis tidak hanya dalam sektor pribadi saja tetapi juga sektor publik, dan tidak hanya berdasarkan Psikopatologi tapi lebih pada kesejahteraan masyarakat. Di sini terlihat bahwa Psikologi Klinis bukan bidang statis, tapi berkembang pesat sesuai tuntutan zaman.

Di Indonesia, seperti juga di dunia, usia Psikologi dibandingkan dengan ilmu pengetahuan lain relatif masih amat muda. Psikologi di Indonesia berawal dari biro (nama biro di sini identik dengan kantor yang menangani suatu urusan) Psikoteknik peninggalan Belanda, di Universitas

Indonesia (UI) oleh Prof. Slamet Iman Santoso, Alm. adalah seorang Psikoterapi dan mengembangkan program studi Psikologi di UI awal tahun 1950 di Fakultas Kedokteran. Di Universitas Padjajaran (UNPAD), Psikologi berkembang dari Biro Psikologi Angkatan Darat. Di Yogyakarta, Psikologi berkembang dari bidang pendidikan. Sebelum tahun 1965, Psikologi merupakan salah satu jurusan di Fakultas Sastra, Pendidikan dan Filsafat, di Universitas Gadjah Mada (UGM). Baru pada tanggal 8 januari 1965, jurusan tersebut mandiri menjadi Fakultas Psikologi UGM.

Psikologi klinis merupakan salah satu jenis Psikologi terapan yang sampai sekarang masih sering dipertanyakan arti, kedudukan, dan perannya jika dibandingkan dengan Psikiatri. Psikiatri sering dianggap sebagai cabang ilmu Kedokteran yang sudah lebih mudah dipahami orang kebanyakan, ialah cabang Kedokteran yang menangani penyakit, atau istilah yang dianggap lebih tepat saat ini adalah gangguan kejiwaan. Dalam hal Psikologi Klinis, bahkan istilah Psikologi saja masih banyak orang yang tidak mengetahuinya. Bahkan sejak pertama kali digunakan, pada tahun 1530-an, telah terlihat adanya ketidakpastian mengenai materi apa yang sebenarnya dibahas dalam Psikologi Klinis. Philip Melanchton yang pada tahun tersebut merencanakan adanya psikologi sebagai substansi matakuliah perilaku, ia menyatakan bahwa substansi atau materi Psikologi adalah substansi yang melengkapi Faal tubuh, malaikat, setan, dan Tuhan yang memunculkan gejala perilaku.

Pada tahun 1920-an, muncul Watson yang menghendaki adanya materi Psikologi berdasarkan kaidah-kaidah ilmu pengetahuan yang obyektif, dapat diukur dan diamati, ialah perilaku teramati semata-mata, yang bagi penentangannya dianggap menghilangkan “Ruh” Psikologi. Oleh karena itu, hanya sebagian dari Psikologi Klinis yang menerima syarat ilmiah; yang tidak bergabung ini, kemudian “bergabung” dalam gerakan “pascamodern”. Perkembangan Psikologi berikutnya menjadi lebih rumit lagi, karena sangat

banyak mengikuti perkembangan Filsafat dan Budaya, bahkan Agama, terutama tentang hakekat manusia dan Metodologi ilmu yang merupakan salah satu bagian dari Filsafat ilmu Epistemologi. Jadi, Psikologi Klinis sesuai dengan perkembangan materi Psikologi pada umumnya, juga menghadapi masalah yang sama, yakni kerumitan mengenai apa yang sebenarnya dibaca oleh Psikologi, yaitu jiwa, ruh, mental, perilaku, pengalaman, penghayatan, dan lain-lain.

Psikologi klinis memiliki fungsi, yaitu mempelajari orang-orang abnormal atau subnormal. Tugas utama psikologi klinis adalah menggunakan tes yang merupakan bagian integral suatu pemeriksaan klinis yang biasanya dilakukan di rumah sakit. Secara luas, Psikologi Klinis merupakan bidang Psikologi yang membahas dan mempelajari kesulitan-kesulitan serta rintangan emosional pada manusia, tidak memandang apakah abnormal atau subnormal.

Psikologi klinis meneropong gejala-gejala yang dapat mengurangi kemungkinan manusia untuk berbahagia. Kebahagiaan erat hubungannya dengan kehidupan emosional-sensitif dan harus dibedakan dengan kepuasan yang lebih berhubungan dengan segi-segi rasional, intelektual (Yap kie Hien, 1968). Phares (1992), Psikologi Klinis menunjuk pada bidang yang membahas kajian, diagnosis dan penyembuhan (*treatment*) masalah-masalah psikologis, gangguan (*disorder*) atau tingkah laku abnormal.

## **B. ISTILAH PSIKOLOGI KLINIS**

Menurut L.Witmer, penggabungan istilah psikologi yang terkait dengan Psikologi akademik atau Psikologi sebagai ilmu, dengan istilah klinik yang artinya tempat orang berobat (Arieti, 1959 & Phares, 1993). Dari penggabungan ini dapat dilihat bahwa bidang terapan ini berpijak pada dua

displin ilmu yang berbeda yakni Psikologi akademik dan Kedokteran, khususnya Psikiatri.

Klinik Psikologi pertama kali didirikan oleh Witmer pada tahun 1890. Pada klinik ini tugas Psikologi adalah memeriksa anak-anak yang mengalami kesulitan menerima pelajaran. Klinik Psikologi pada waktu itu tidak bergerak sebagai badan pelayanann bagi orang sakit atau orang-orang yang mengalami gangguan penyesuaian diri, tetapi merupakan badan pendidikan. Oleh karena berasal dari dua disiplin ilmu yang berbeda Psikologi dan Psikiatri, maka timbul beberapa masalah dalam Psikologi Klinis, yakni dalam hal identitas, definisi istilah-istilah dan kewenangan melakukan Psikoterapi.

Seringkali Psikolog dan Ilmu Kedokteran menggunakan istilah-istilah yang sama, sebagai contoh emosi, kesadaran, pemikiran, stereotype, dll. Kedua disiplin ini mempunyai penjelasan dan perincian yang berbeda untuk istilah-istilah tersebut. Sebagai contoh, kalangan Psikiatri memandang emosi sebagai suatu sifat umum dan bertentangan dengan rasio. Kalangan Psikologi berpendapat bahwa emosi ada bermacam-macam dan bergantung pada penilaian (irasional) atas situasi-situasi yang dihadapinya, jadi lebih membahas pengalaman-pengalaman emosi yang spesifik.

### **C. PSIKOLOGI KLINIS DALAM KAJIAN ILMU PSIKOLOGI**

Psikologi Klinis lahir berdasarkan pendapat Hippocrates, bahwa setiap perilaku, termasuk gejala sakit, bersumber pada otak, hanya saja apa yang dimaksudkan dengan otak itu diperluas menjadi persyarafan, dan khusus untuk perilaku, pengertian otak ini disubstansikan dengan "*psike*" atau "jiwa", "mental" atau "*mind*". Selang waktu antara tahun 1896 dan 1946, merupakan tahun tahun penting dalam sejarah perkembangan Psikologi Klinis. Pada kurun waktu tersebut, praktek maupun wacana tentang

Psikologi Klinis mendominasi wacana Psikologi pada umumnya. Lightner Witmer, adalah seorang Psikolog yang dapat dianggap sebagai Bapak Psikologi Klinis. Pada tahun 1896, ia mendirikan Klinik Psikologis yang pertama di Universitas Pennsylvania. Oleh karena itu, tahun 1896 dianggap sebagai tahun penemuan Psikologi Klinis sebagai profesi. Di Universitas lain pendirian Klinik Psikologis seperti itu kemudian bermunculan, antara lain Klinik Psikologi yang dibangun oleh Carl E. Seashore di Universitas IOWA. Pada tahun 1914 telah tercatat 19 klinik Psikologi yang dibangun, dan jumlahnya meningkat tajam pada tahun 1935 hingga menjadi 87 buah klinik (Louttit, 1939).

Pada awalnya, Psikologi Klinis merupakan bidang kajian dan terapan kecil yang juga menyangkut bagian kecil dari Psikologi secara menyeluruh. Asesmen klinis, yang sebelumnya lebih dikenal dengan sebutan Diagnostika atau khusus untuk masalah-masalah Psikologis disebut Psikodiagnostika, merupakan upaya untuk memahami gejala-gejala yang menyangkut masalah yang dialami anak-anak. Asesmen klinis ini merupakan aktivitas profesional utama yang dilakukan para praktisi psikologi klinis, yang saat itu kebanyakan terbatas dalam sisi keterampilannya. Sejumlah Minoritas Klinikus yang melakukan Psikoterapi, melakukannya di bawah supervisi Psikiatris. Praktek pribadi umumnya jarang, yang dalam kegiatannya terutama lebih banyak merupakan konsultasi psikologi dari pada Psikologi Klinis yang sebenarnya. Adapun yang merupakan konsentrasi tetap, lebih banyak dikenal berperan sebagai *Mental tester* oleh atau bagi profesi lain. Maksudnya adalah bahwa psikolog klinis berfungsi merespons permintaan profesi lain, seperti psikiater, psikolog industri dan organisasi, guru, dan lain-lain untuk melakukan tes mental terhadap klien atau pasien mereka.

Pada tahun 1946, barulah Psikoterapi menjadi aktivitas profesional yang tetap bagi psikolog klinis. Sejak tahun 1970-an, kebanyakan psikolog

klinis melakukan kegiatan psikoterapi, sementara kegiatan asesmen atau diagnosis hanya menyita 10% saja dari keseluruhan waktu praktek yang digunakan. Dalam kegiatan praktisnya, Psikolog Klinis lebih sedikit mirip Psikolog pada umumnya dari padan pendeta atau manager personalia ataupun dokter. Yang sama di antaranya adalah dalam evaluasi individu pada waktu dan pada perangkat lingkungan tertentu. Tugas utamanya adalah lebih dalam memahami individu sebagai landasan untuk penanganan berikut atau keperluan tertentu yang telah dirancang.

Psikologi klinis merupakan salah satu bidang Psikologi terapan selain Psikologi Pendidikan, Industri, dll. Psikologi Klinis menggunakan konsep-konsep Psikologi Abnormal, Psikologi Perkembangan, Psikopatologi, Psikologi Kepribadian, prinsip-prinsip dalam asesmen dan intervensi, untuk dapat memahami masalah-masalah Psikologis, gangguan penyesuaian diri dan tingkah laku abnormal.

#### **D. ISTILAH DAN BIDANG KAJIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS**

Yap Kie hien, 1968, mengemukakan beberapa istilah lain untuk psikologi klinik. Istilah ini tidak sepenuhnya memiliki istilah yang sama, karena setiap istilah mewakili aliran berbeda. Istilah tersebut adalah *psikopatologi*, *psikologi abnormal*, *psikologi medis*, *patopsikologi* dan *psikologi mental health*.

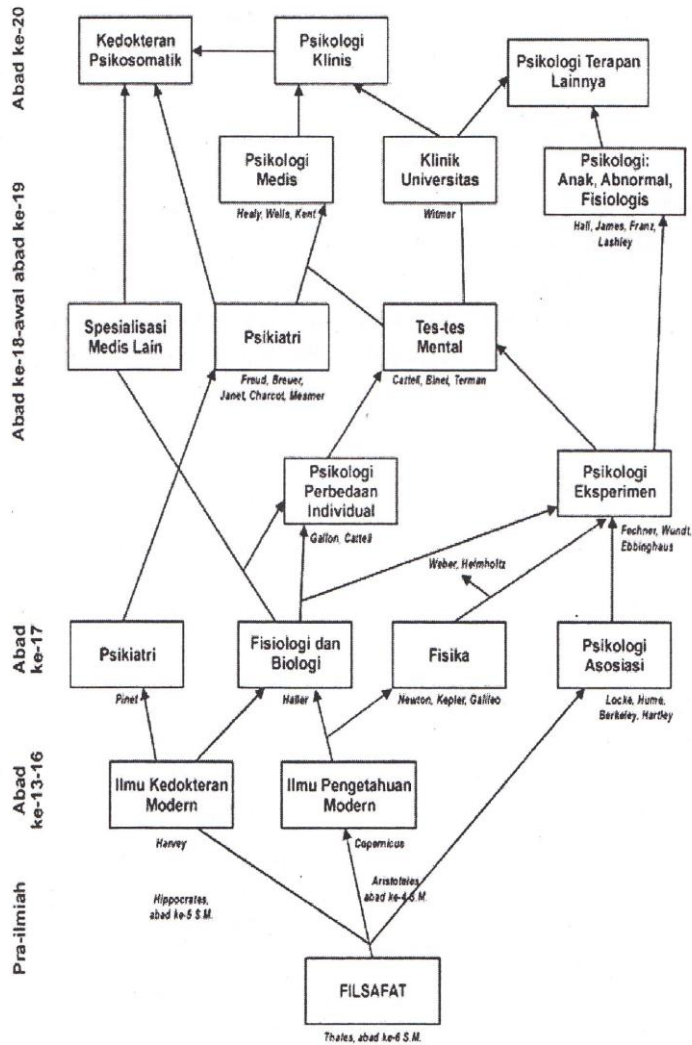
*Psikopatologi*, adalah bidang yang mempelajari bidang atau kelainan dari proses kejiwaan. Istilah ini digunakan dalam lingkungan psikiatri. *Psikologi Medis*, adalah suatu penjabaran dari psikologi umum dan psikologi kepribadian untuk ilmu kedokteran. Tujuannya adalah untuk melengkapi pengetahuan dokter tentang gambaran biologis manusia dengan gambaran kehidupan kejiwaan, fungsi-fungsi psikis, berfikir, pengamatan, afek serta kehidupan perasaan manusia normal. Pengetahuan menyeluruh tentang

fungsi normal pada individu ini akan menjadi dasar dalam mengenali kejiwaan yang terganggu.

*Psikologi Abnormal*, istilah yang populer pada tahun 50-an. Nama ini diciptakan oleh para psikolog yang ingin mengklasifikasikan keadaan yang tidak normal yang mungkin terjadi pada individu, sebagai contoh intelegensi : IQ normal adalah 90 – 110, diatas angka ini adalah supranormal, di bawah angka ini adalah dubnormal, yang digolongkan menjadi dull-normal, debil dan imbecil.

*Patopsikologi*, menunjukkan bahwa seseorang yang membutuhkan pertolongan tidak selalu sakit, pertolongan psikolog dapat diberikan kepada mereka yang mengalami kesulitan, sebagai contoh konflik, ketengangan yang mengganggu keseimbangan. *Mental Health dan Mental Hygiene*, istilah *mental hygiene* lebih dekat dengan bidang kedokteran, istilah ini lebih banyak membahas dari segi penyembuhan. *Mental hygiene* bertugas mempertahankan dan memelihara kesehatan mental dan mencegah terjadinya gangguan mental. Di dalam praktiknya, *mental hygiene* mencakup penyembuhan sedini mungkin atas gangguan mental, *mental hygiene* adalah suatu ilmu positif, normatif dan praktis. Disebut ilmu positif karena bertujuan membangun suatu keadilan jiwa yang sehat, sedangkan normatif karena mempunyai standart tertentu yang ingin dicapai, yaitu *mental health*. *Mental Health* merupakan kemampuan seluruh aspek kepribadian untuk berfungsi secara penuh dan harmonis, untuk dapat mencapai fungsi tersebut terdapat 3 syarat, yaitu : (1) ekspresi penuh dan potensi-potensi individu yang bersangkutan ; (2) adanya harmoni dalam mengadakan ekspresi dari potensi-potensi tersebut, dan ; (3) diarahkannya ekspresi potensi pada suatu tujuan umum (Hadfield, 1960).

## E. RUANG LINGKUP PERKEMBANGAN DAN SEJARAH PSIKOLOGI KLINIS



Gambar 1-1 Perkembangan Psikologi Klinis—bidang-bidang anteseden dari pengetahuan dan tokoh-tokoh sejarah. (Sumber: "Clinical Psychology" oleh Helen D. Sergent dan Martin Mayman dalam *American Handbook of Psychiatry, Volume II*, disunting oleh Silvano Arieti. © 1959 oleh Basic Books, Inc.)

**Tabel 1.1**

<b>Tahun</b>	<b>Assesmen + Penelitian</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Profesi</b>
1848	Wundt (1879)	Dix: RS Jiwa (1848)	
1882	Galton: Lab. Anthropometris		
1890	Cattel: mental test		
1892			A.Psycho. Ass
1895		Breur & Freud: Studies in Hysteria	
1896			Witmer: Psychol. Clinic
1900		Freud: interpretasi mimpi	
1904	Binet: tes Intelegensi		
1905	Jung: tes Asosiasi kata		
1908		Beers: Mental Hygiene Movement	
1909		Healy: Child Guidance Clinic	
1913	Kraeplin: Diagnostik Psikiatrik		
1916	Terman: Tes Intelegensi		
1917	Yerkes: Army Alpha Tes		
1920		Watson & Rayner: Conditioning of Fear	
1921	Tes Rorschach		
1927			M. Prince: Harvad Psychol Clinic
1932		Moreno: Terapi Kelompok	
1935	Murray: TAT	Psikodrama	
1937	Frank: Teknik Proyeksi		Journal of Consulting Psychology
1938	Tes Bender Gestalt		
1939	Wechsler: WBIS		
1943	Hathaway: Tes MMPI		
1946			Dukungan Nasional di USA untuk Psiklinis
1947	Halstead: Tes Neuropsikologi		Scientist-Practitioner (Boulder Conference)
1950		Dollard & Miller: Personality & Psychotherapy	

<b>Tahun</b>	<b>Assesmen + Penelitian</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Profesi</b>
1951		Rogers: Client-Centered Therapy	
1952	Eysenck: Kategori Psikiatri	Eysenck: Kritik terhadap Psikoterapi	
1953		Skinner: Prinsip-prinsip Operan dalam Terapi	APA: Ethical Standards
1954	Rogers, Penelitian Rotter:		
1958		Wolpe: Systematic Desensitization	
1965		Community Psychology Movement	
1968			Progam Psychology Doctor
1970	Behavioral/Assesment		

Tabel di atas menggambarkan perkembangan dan sejarah dari Psikologi klinis yang berkaitan dengan assesment, penelitian, intervensi dan organisasi profesional. Pada tabel 1.2 diatas menjelaskan bahwa pada tahun 1970 orientasi dalam bidang penelitian adalah pada pendekatan behavioral. Dalam bidang intervensi orientasi perkembangannya adalah pendekatan komunitas. Dalam bidang pendidikan profesi psikologi klinis, orientasinya adalah sistem pendidikan yang lebih singkat tidak melalui Ph.D. dalam bidang assesment orientasinya adalah penggunaan tes-tes Neuropsikologi (Phares, 1992).

## **F. PENDIDIKAN DAN PRAKTIK SPESIALIS PSIKOLOGI KLINIS**

Tahun 1973 *American Pysvhological Association* (APA), Amerika Serikat mengusulkan peran psikologi klinis sebagai *Scientist-Practitioner*. Sejak sekitar tahun 60-an di Amerika Serikat diadakan jalur pendidikan spesialis psikologi klinis yang lebih singkat dengan gelar Psy.D. jalur pendidikan ini biasanya bernaung di bawah organisasi profesi atau berada di

luar universitas. Untuk dapat berpraktik psikologi klinis tidak perlu melakukan penelitian untuk Ph.D. terlebih dahulu.

Di samping itu ada juga *profesional school*, yakni pelatihan-pelatihan yang relatif singkat untuk memperoleh keterampilan dalam salah satu bidang psikologi klinis, seperti *short term psychotherapy*, *family therapy*. Untuk mengatur kewenangan praktik, Amerika Serikat memiliki *American Board of Professional Psychology* (ABPP) yang pada tahun 1968 menyelenggarakan ujian dan observasi untuk memberi sertifikat bagi psikolog yang akan melakukan praktik psikologi klinis, psikologi konseling, psikologi industri dan psikologi sekolah.

## **G. PENDIDIKAN PSIKOLOGI DAN PSIKOLOGI KLINIS DI INDONESIA**

Pendidikan psikologi di Indonesia dipelopori oleh Slamet Iman Santoso. Pendidikan ini diharapkan dapat membentuk suatu lembaga yang mampu menempatkan *The Right Man in The Right Place*, karena pada masa itu banyak kejadian di mana orang-orang yang kurang kompeten menduduki posisi penting sehingga membuat keputusan yang salah.

Awal dari pendidikan psikologi dilakukan di Lembaga Psikoteknik yang dipimpin oleh Teutelink yang kemudian menjadi program study psikologi yang pernah bernaung di bawah berbagai fakultas di lingkungan Universitas Indonesia. Di Jakarta, mata kuliah filsafat dinaungi Fakultas Sastra; mata kuliah statistik oleh Fakultas Ekonomi, dan mata kuliah ilmu faal Fakultas Kedokteran, seperti dalam gambar pada tabel 1.2 di bawah ini.

**Tabel 1.2**

<b>Tahun</b>	<b>Progam</b>	<b>Lembaga</b>	<b>Lama Program</b>	<b>Lama dalam Kenyataan</b>	<b>Gelar</b>	<b>Sebutan</b>
1953-1955	Kursus Asisten Psikolog	Lembaga Psikologi	3 tahun			Asisten Psikolog
1956-1960	Psikologi	Jur. Psikologi Fak. Kedokteran	5 tahun	7 tahun	Sarjana Psikolog	Psikolog
1960-1992	Psikologi	F. Psikologi	5 tahun	7 tahun	Sarjana Psikologi	
1992-1994	(S1) Psikologi	Fak. Psikologi	4 tahun		Sarjana Psikologi	Psikolog
	(S1+) (S1+) Profesi Psikolog	F. Psikologi	2 tahun di UI		S. Psikolog	
Universitas Indonesia	(S1) Psikologi	F. Psikologi	4 tahun		Sarjana Psikologi	Psikolog
	2000 – (S2) Magister Profesi	F. Psikologi	2 tahun		Sarjana Psikolog	

Progam studi psikologi kemudian pada tahun 1956-1960 menjadi jurusan psikologi pada fakultas kedokteran UI, pada tahun 1960 psikologi menjadi fakultas yang berdiri sendiri di UI (Somadikarta et. Al., 2000). Kurikulum dan pelaksanaan progam studi psikolog dimulai pada tahun 1960, dibina oleh pakar yang mendapat pendidikan Doktor (S3) dan Diploma dari negeri Belanda dan Jerman. Liepokliem mendirikan bagian klinis dan psikoterapi bertempat di barak I RSUP (RSCM). Yap Kie Hien mendirikan bagian psikologi eksperimen di Salemba. Myra Sidharta mendirikan klinik bimbingan anak. Koestoer dan Moelyono memimpin bagian psikologi kejuruan dan perusahaan (PIO). A.S. Munandar bagian psikologi sosial, yang dirintis oleh Marat, kemudian dipimpin oleh Z. Joesoef. Setelah kepergian Liepokliem ke Australia, bagian psikologi klinis dan psikoterapi

berganti nama menjadi psikologi klinis dan konseling yang dipimpin oleh Yap Kie Hien (1960-1969).

Tahun 1992, pendidikan akademik dan pendidikan profesi dipisahkan untuk memungkinkan sarjana psikologi meneruskan ke bidang lain yang mereka minati. Tahun 2000 forum menyepakati bahwa persyaratan bagi pendidikan profesi psikolog agar dapat melakukan praktik psikologi adalah tingkat S2. Tahun 1994, psikologi yang berpraktik, artinya memberikan konsultasi psikologi, melakukan assesmen atau psikodiagnostik, melakukan konseling dan terapi, diwajibkan memiliki izin praktik psikolog, yang diperoleh dari rekomendasi dari organisasi profesi, atau dikenal dengan Himpsi .

Di Indonesia pendidikan profesi spesialis psikologi klinis secara formal belum diadakan, padahal sebenarnya sudah cukup banyak pakar yang berpengalaman di berbagai bidang psikologi klinis seperti terapi tingkah laku, *family therapy*, konseling. Upaya untuk membuka jalur pendidikan spesialistik-profesional, seharusnya didukung oleh organisasi profesi (ISPSI/HIMPSI) karena pihak pemerintah (Direktorat Pendidikan Tinggi Dep. Pendidikan Nasional) lebih mementingkan akademik S1, S2, S3.

## **BAB II**

### **PERSPEKTIF TEORITIS PSIKOLOGI KLINIS**

#### **Latar Belakang Perspektif Teoritis Psikologi Klinis**

Pada awal abad ke-19 di Eropa, penyakit jiwa dipandang sebagai keadaan kemasukan roh jahat (pandangan supranatural). Karena itu penyembuhannya pun dilakukan dengan upacara-upacara ritual untuk mengusir roh jahat itu. Salah satu yang dilakukan bangsa Inca di masa lalu adalah trephinasi, yaitu membuat lubang di kepala untuk memberi kesempatan roh jahat untuk keluar dari diri orang yang terkena. Di Indonesia, praktik-praktik kesurupan masih banyak dilakukan sebagai suatu cara alternative untuk mengobati penderita gangguan jiwa. Misalnya bila ada seseorang yang (menurut istilah medis) mengalami gangguan jiwa, hal itu kadang-kadang dikaitkan dengan suatu kegiatan yang terjadi sebelumnya atau berdekatan waktunya. Misalnya sebuah pohon tua telah ditebang di dekat rumahnya. Ada kepercayaan bahwa pohon tersebut dihuni oleh roh, dan karena roh itu marah, maka ia masuk ke dalam diri seseorang yang kemudian menjadi sakit jiwa atau gila. Maka untuk penyembuhannya, dilakukan upacara di dekat pohon yang ditebang itu agar roh jahat keluar dari tubuh penderita.

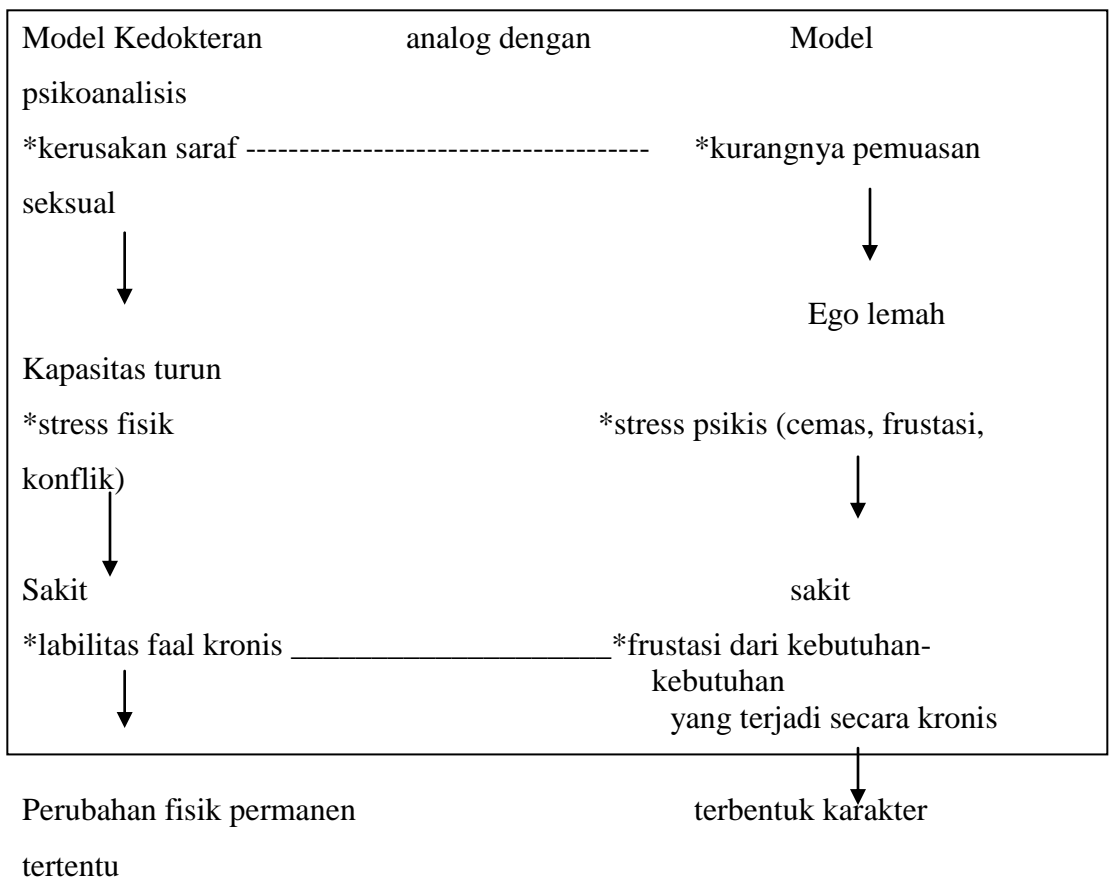
Pandangan lain tentang penyebab gangguan jiwa di masa lalu ialah bahwa seseorang terserang gangguan jiwa karena kehendak yang lemah pada dirinya. Menurut pandangan ini, tingkah laku abnormal disebabkan oleh ketidakmampuan seseorang untuk mengendalikan impuls-impuls hewani yang ada pada dirinya. Penyembuhan pun dilakukan melalui cara-cara keagamaan.

Pandangan yang dominan tentang penyakit jiwa adalah pandangan atau model kedokteran (*medical model*). Menurut pandangan ini, gangguan

fisik, yang dapat merupakan bawaan sejak lahir, diperoleh setelah kelahiran, atau diperoleh setelah kelahiran, atau diperoleh kemudian. Seorang yang alkoholik mempunyai kemungkinan mengalami kerusakan otak yang kemudian dapat berakibat ia sakit jiwa. Sakit jiwa adalah akibat keadaan fisik yang abnormal. Teori kedokteran ini tidak membicarakan tentang ” Jiwa ”.

Kemudian berkembang teori yang analog dengan model kedokteran, yang dinamakan juga model psikodinamik, atau psikoanalisis yang dimulai oleh Freud. Berikut digambarkan analogi dari pendekatan medis dengan pandangan Psikodinamik (lihat table 4.1).

**Table 2.1 Model kedokteran dan Psikoanalisis**



Persamaan model psikodinamik dengan model kedokteran ialah bahwa suatu gangguan dapat diidentifikasi. Penyebab ini menimbulkan gejala sakit. Dasar pendekatan ini adalah bahwa ada kepribadian yang normal, yang artinya kurang lebih sama dengan kepribadian yang sehat, baik, dan umum terdapat pada kebanyakan orang.

Berikut ini akan dibahas beberapa pendekatan untuk memahami gangguan penyesuaian diri atau tingkah laku abnormal, yaitu pendekatan psikodinamik/psikoanalisis, pendekatan belajar, pendekatan humanistik, dan pendekatan sosiokultural.

### **Pendekatan psikoanalisis/ Psikodinamik**

Pendekatan psikoanalisis atau psikodinamik menganggap bahwa tingkah laku abnormal disebabkan oleh faktor-faktor intrapsikis (konflik tak sadar, represi, mekanisme defensif), yang mengganggu penyesuaian diri. Menurut Freud, esensi pribadi seseorang bukan terletak pada apa yang ia tampilkan secara sadar, melainkan apa yang tersembunyi dalam ketidaksadarannya. Pendekatan ini mengutamakan penggalian isi ketidaksadaran seseorang. Aspek-aspek kepribadian yang menjadi perhatian adalah *ego-id-superego* (Freud), *persona, ego, shadow, archetype* (Jung), jenis orientasi *moving toward-away-against* (Horney), *inferiority-compensation* (Adler) dan sebagainya.

*Perilaku R. kasus I yang acuh tak acuh, menyendiri, tak bertanggung jawab, dapat dilihat dengan beberapa cara. Dalam pendekatan psikodinamik perilaku tersebut diinterpretasikan sebagai defense menghindar. Salah satu kemungkinan latar belakangnya adalah konflik intrapsikis yang direpresi. Bila didasarkan pada konsep Horney, simtom/perilaku R adalah suatu pola reaksi moving away.*

Menurut pendekatan analisis, suatu simtom adalah manifestasi dari suatu *defense* yang berkembang dalam yang bersangkutan. Pada kasus R yang acuh tak acuh dan menyendiri, *defense*-nya adalah menghindar. Dengan latar belakang pemikiran psikodinamik, psikolog akan menggunakan tes proyeksi yang mengungkap konflik intrapsikis yang terjadi pada R dan hal-hal apa yang direpresi.

Apabila R mengerjakan tes TAT, bias terungkap bahwa konflik yang direpresi adalah konflik antar saudara. Observasi dalam pendekatan psikoanalisis dapat diarahkan pada semua yang dimiliki subjek, misalnya hasil karyanya berupa puisi, lukisan, dan sebagainya yang mungkin memproyeksikan dunia pribadi subjek yang tak terungkap dalam interaksi biasa. Meskipun Freud dan tokoh-tokoh Psikoanalisis lain kebanyakan adalah dokter saraf atau psikiater, tokoh-tokoh ini tidak begitu menganggap penting label *diagnostic*. Teori-teori mereka lebih mengutamakan dinamika terjadinya gangguan.

Psikoterapi yang berorientasi psikoanalisis umumnya berlangsung lama karena berusaha merekonstruksi kepribadian seseorang setelah melihat isi ketidaksadarannya. Seseorang menjadi sakit atau terganggu bila terlalu banyak mengalami represi. Untuk menjadikannya seorang yang sehat, ia harus mengurangi represi dan isi ketidaksadaran yang mengganggu, dengan jalan lebih menyadari apa yang ada di dalam dirinya. Terapis yang melaksanakan Psikoterapi berorientasi Psikoanalisis bagi dirinya sendiri. Psikoanalisis ini dilakukan oleh Psikoanalisis senior yang sekaligus menjadi gurunya. Ini dilakukan untuk mengembangkan keterampilan melaksanakan Psikoanalisis.

## **Pendekatan Belajar**

Orientasi belajar dalam pendekatan dan penyembuhan gangguan jiwa didasarkan atas teori-teori belajar, antara lain prinsip-prinsip kondisioning klasik, kondisioning operan, dan belajar social. Untuk pendekatan belajar dapat digunakan skema (dalam Kanfer & Philips, dalam suwondo, 1980).

### **S-O-R-K-C**

S = Stimulus                      C = *Concequence*, akibat

O = Organisme

R = Respons                      K = *Contingency*, kedekatan

Salah satu asumsi model belajar untuk memahami gangguan jiwa adalah bahwa gangguan jiwa merupakan respons yang tidak cocok (*inappropriate*) yang terbentuk melalui proses belajar yang mempertahankannya. Neurosis adalah '*an inappropriate response affecting your life*'.

Dalam interviu, tidak perlu digali peristiwa-peristiwa di masa lampau dan konflik-konflik yang tidak disadari seperti halnya dalam pendekatan psikoanalisis. Pendekatan belajar tidak melihat adanya peran semua itu. Yang penting untuk memahami dan menyembuhkan suatu simtom adalah keadaan masa kini yang langsung mencetuskan simtom tersebut. Suatu simtom hanya diperhatikan kuatitasnya, apakah berlebihan (*excess*) atau kekurangan (*deficit*). Contoh simtom deficit misalnya anak yang 'malas belajar', atau kasus R yang 'kurang mau peduli terhadap lingkungan keluarga'. Contoh simtom excess adalah anak yang dikeluhkan ibunya sebagai anak 'nakal' dan 'sering memukul adiknya'. Untuk semua keluhan-keluhan itu, yang dilihat adalah perilaku nyata yang dinyatakan secara objektif dan seteliti mungkin. Misalnya pada keluhan tentang anak yang sering memukul adiknya, maka yang diteliti ialah beberapa kali anak memukul tiap hari selama suatu periode tertentu, siapa yang dipukul,

bagaimana intensitasnya, dan seterusnya. Biasanya observasi ini dinyatakan dalam suatu grafik. Untuk keluhan 'anak malas belajar' yang dicatat adalah apa saja kegiatan yang dinamakan belajar, misalnya menghadapi buku, menulis, membaca dan senagainya. Selanjutnya dilakukan pencatatan mengenai bagaimana 'malas belajar' itu selama seminggu. Langkah berikutnya adalah menentukan variable tergantung serta variable bebas, dalam proses terjadinya respons 'malas' dan 'sering memukul' itu. Pertanyaan-pertanyaan yang ingin dijawab adalah mengapa kedua respons itu bertahan sedemikian lama? Apakah ada hal-hal yang memperkuat perilaku itu (*reinforcement*) hingga berlangsung terus dan mengganggu lingkungannya? Apakah ada stimulus yang secara langsung menimbulkannya?

Terapi dengan pendekatan belajar dinamakan *Behavior Theraphy*. Terapi pada psikoanalisis disebut dengan *Insight Therapy*. Perbedaan antara *Insight Therapy* dan *Behavior Therapy* adalah: *Insight Therapy* (dinamakan juga Psikoterapi tradisional) yang dipelopori oleh Freud pada dasarnya masih mempertahankan model penyakit yang diterapkan pada keadaan mental. Pusat perhatian terapis adalah ke masa lalu yang dianggap sebagai sumber permulaan terjadinya gangguan. Konflik-konflik di masa lalu yang tidak disadari itu harus didasarkan agar terjadi penyembuhan. Behavior therapy memusatkan perhatian pada tingkah laku yang dapat diobservasi dan tidak mencari determinan-determinan di dalam diri individu, melainkan mencari determinan-determinan luar suatu tingkah laku patologis. Teknik-teknik dalam *behavior therapy* sangat bermacam-macam, sama seperti jenis simtom yang ada. Tidak seperti *insight therapy* yang menggunakan teknik saregam untuk semua jenis gangguan. Ini disebabkan karena dalam psikoterapi tradisional tujuannya adalah mencapai insight, dan bukan suatu proses belajar gaya *Conditioning*.

*Contoh kasus R yang acuh tak acuh dan dinilai tidak bertanggung jawab oleh orang tuanya, bila dibahas dengan pendekatan belajar harus dibuat lebih konkret dengan menggambarkan apa yang dilakukan secara sama persis, kapan hal itu dilakukan, berapa kali dalam sehari (respons tak sesuai harapan, dan lain-lain). Apakah perilaku itu terjadi dalam suatu konteks tertentu, apakah ia menerima semacam ‘imbalan’ (Skinner) setelah ia melakukan perilakunya itu (table 4.4).*

**Table 2.2 Pendekatan Belajar (Beberapa Konsep)**

	Skinner	Pavlov, Dollard & Miller	Bandura
Struktur kepribadian	Respons atau operants	Respons atau kebiasaan	Perilaku
Dinamika kepribadian (proses)	Kondisioning operan	Kondisioning klasik	Meniru model <i>social learning</i>
Masa lalu/dini	Tak penting	Tak penting	Tak penting
Masa kini	Utama	Utama	Utama
Alam tak sadar	-	-	-
Alam sadar	Penting	Penting	Penting
Tingkah laku abnormal	Hasil belajar yang salah	Hasil belajar yang salah	Model yang tidak adekuat

## **Pendekatan Humanistik**

Salah satu tokoh pendekatan Humanistic adalah Carl Rogers yang terkenal dengan metode terapi bernama *Client Centered/person Centered Psychotherapy*. Teori Rogers dinamakan juga teori fenomenologis atau teori “ Self ”. Pendekatan Humanistic menentang teori psikoanalisis Freud karena dianggap terlalu merendahkan harkat manusia. Freud menganggap manusia sangat dikuasai oleh insting seks. Alasan lain adalah bahwa Freud menegakan suatu teori atas dasar penelitian terhadap kasus abnormal. Pendekatan humanistic ini juga tidak setuju dengan pendekatan belajar, karena manusia di sini seolah-olah disamakan dengan hewan, tidak memiliki kebebasan untuk menentukan apa yang di inginkan, mempunyai bakat yang baik yang sering kali ditekan pemunculannya oleh lingkungan. Keyakinan-keyakinan tentang hakikat manusia tersebut merupakan hasil penelitian riwayat hidup orang-orang terkenal seperti Abraham Lincoln. Mereka menemukan bahwa orang-orang tersebut memiliki ciri-ciri: bebas, spontan, tidak mudah terbawa oleh lingkungan, mempunyai tujuan yang jelas, tidak terganggu oleh konflik dan tekanan yang terus-menerus, dapat menikmati hidup dan dapat membedakan mana yang baik, yang benar, serta mana yang buruk, yang salah. Manusia seperti Lincoln telah “ Mengaktualisasikan Diri ”. Yang dimaksud dengan mengaktualisasikan diri adalah seorang telah mewujudkan bakat, cita-cita diri yang berguna untuk masyarakat dan lingkungannya. Kebutuhan untuk mengaktualisasikan diri ada pada semua orang meskipun tidak semua orang mencapai aktualisasi diri tersebut.

Maslow membedakan orang-orang yang di namakan “ rata-rata ”, dan orang-orang “ sehat ”. Orang “ rata-rata ” ialah manusia yang pada umumnya masih didominasi oleh kebutuhan-kebutuhan dasar yakni kebutuhan Faali (makan, minum, dan seks), kebutuhan akan rasa aman, dan kebutuhan-kebutuhan sosial yakni kebutuhan akan cinta dan ketergolongan, dan

kebutuhan akan penghargaan atau dihargai. Secara berturut-turut empat kebutuhan itu berjenjang atau hierarkis. Menurut Maslow, suatu kebutuhan yang letaknya lebih rendah harus dipenuhi dulu sebelum kebutuhan yang letaknya lebih atas dapat berfungsi atau dipenuhi. Manusia 'sehat' adalah mereka yang kebutuhan dasar dan sosialnya tidak lagi menjadi prioritas utama karena relative sudah terpenuhi. Yang menjadi pendorong perilaku manusia 'sehat' antara lain: mencari keadilan, keindahan, kesederhanaan, dan lain-lain. Hal-hal inilah yang termasuk dalam kebutuhan aktualisasi diri.

Dalam penyelenggaraan konseling, Rogers menganjurkan agar terapis selalu menciptakan lingkungan terapeutik yang aman, sehingga klien dapat secara bebas mengungkapkan segala sesuatu yang ada dalam pikiran dan perasaannya. Dalam terapi gaya Rogers, terapis bersikap empatik (selalu berusaha memahami jalan pikiran dan perasaan klien, mengambil sudut pandang klien), tidak menilai maupun mengarahkan, namun memberi informasi, member kemudahan bagi klien untuk mengungkapkan diri. Dalam kondisi tak menilai seperti ini, klien yang mempunyai perasaan takut atau rendah diri akan sampai pada pemahaman yang baru dan utuh tentang dirinya, dan sejalan dengan itu ia akan 'sembuh'. Keadaan ini dalam perspektif teori Rogers merupakan suatu keadaan *Congruence* (antara aku dengan pengalaman organisme pada kepribadian klien).

### **Pendekatan Sosiokultural**

Pendekatan sosiokultural beranggapan bahwa tingkah laku abnormal disebabkan bukan oleh faktor-faktor dalam diri pribadi individu, tetapi oleh keadaan lingkungan, khususnya lingkungan sosial dan kultural. Tokoh-tokoh dalam pendekatan ini berpendapat bahwa tekanan dari lingkungan dapat menyebabkan seorang individu gagal memenuhi tuntutan untuk menyesuaikan diri dengannya. Lingkungan sosial seolah-olah menekan

seseorang untuk bertindak di luar batas kemampuannya, demi mendapat sesuatu yang dituntut oleh lingkungan itu. Bila ia tidak berhasil maka ia akan mendapat julukan yang serba negatif (*labeling*), yang akhirnya menyebabkan ia terisolasi dari teman-temannya, dan dalam keadaan ekstrem menjadi 'gila'. Pendapat ini dikemukakan oleh Gruenberg (dalam Million, 1973) yang member nama "*Social Breakdown Syndrome*" sebagai istilah yang lebih sesuai untuk 'gangguan jiwa'. Karena sebetulnya yang menganggap seseorang terganggu adalah lingkungan sosialnya. Tokoh-tokoh lain, yaitu Thomas Szasz, Scheff, Ruddock, Perlman, berpendapat bahwa gangguan jiwa terjadi karena hal-hal yang sama seperti dikemukakan oleh Gruenberg, dan member nama yang lebih umum untuk penyakit atau gangguan jiwa, yakni berturut-turut: *problems in living (sasz)*, *residual deviance (Scheff)*, kegagalan menyeimbangkan berbagai peran (Ruddock), dan kegagalan menjalankan suatu peran (Perlman). Pendekatan ini tidak mengacu pada satu tokoh utam, namun semuanya menunjuk pada peran lingkungan sosial dan kultural dalam menjelaskan mengapa seorang menjadi terganggu. Dalam salah satu buku, pendekatan ini bahkan dijuluki sebagai pendekatan *conspirational*.

Kurt Haas (1979) menyebutkan bahwa menurut pendekatan sosiokultural, penyebab perilaku abnormal antara lain adalah perubahan sosial, kemiskinan, diskriminasi, pengangguran, yang merupakan hal-hal yang sulit diatasi. Penyakit jiwa ialah manifestasi personal dari suatu penyakit dan stress dalam masyarakat. Penanganannya (*treatment*) ialah tindakan-tindakan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan sosial yang bertujuan menciptakan masyarakat yang lebih adil dan lebih sehat. Pendekatan komunitas yang merupakan salah satu bidang spesialisasi psikologi klinis, sedikit banyak akan memperhatikan penyebab tingkah laku abnormal sebagaimana dikemukakan dalam pendekatan sosiokultural,

karena itu upaya yang diutamakan ialah upaya preventif (mencegah terjadinya gangguan jiwa) dan promotif (memajukan kesehatan jiwa), serta pemberdayaan masyarakat setempat dalam komunitas itu sendiri.

Interview dan observasi dalam pendekatan ini diarahkan keluar diri individu yang bermasalah, misalnya dibahas lebih detail lingkungan tempat tinggal, norma masyarakat yang tinggal di sekitar individu, keadaan ekonomi dan sosial keluarga, berikut dengan tekanan-tekanan apa yang kiranya dialami individu, pekerjaan orang tua, dan penggunaan waktu luang pada subjek yang bermasalah.

Penggunaan tes-tes individual kemungkinan tidak begitu penting. Lebih penting untuk mengadakan asesmen dalam kelompok yang bertujuan untuk mengamati interaksi individu dengan kelompoknya; kelompok keluarga; kelompok teman; dan kelompok kerja.

*Kasus ibu H yang merasa mempunyai kemampuan meramal bila ditinjau dari sudut pandang humanistic, dapat dipahami dengan menanyakan lebih lanjut peran yang biasa dilakukan oleh ibu itu, apakah ada keserasian dalam peran-peran yang selama ini telah ia menjalani (peran menurut Ruddock). Hal ini untuk mengetahui sejauh mana kemampuan 'meramal' yang ia perlihatkan merefleksikan suatu keinginan berperan dalam konteks sosialnya. Kasus ini mungkin juga memerlukan pendekatan medis untuk meneliti sejauh mana hal itu berkaitan dengan keadaannya.*

## **Pendekatan Perilaku**

Beberapa tahun lalu pendekatan perilkakuan seolah-olah merupakan anak tiri dalam terapan psikologi klinis di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh

berbagai pengertian yang keliru tentang pendekatan perilaku. Dalam pendekatan perilaku, pengiraan merupakan satu kesatuan dengan tindakan. Itulah kelebihan pendekatan perilaku. Semua tercatat dengan seksama, sehingga ada bukti bahwa tindakan yang dilakukan memang salah dan perilakunya dapat diubah.

Perlu diketahui terlebih dahulu definisi perilaku. Pendekatan klasikal dan operant akan digambarkan secara sederhana. Analisis fungsional perlu dipelajari sebab tindakan tidak akan bermanfaat tanpa pengurangan lebih dulu. Pendekatan perilaku sangat berguna untuk anak berkebutuhan khusus. Semua ini terapan pendekatan perilaku mikro.

Secara makro, pendekatan perilaku dapat diterapkan di suatu lembaga, organisasi, sistem penggajian, sistem lalu lintas. Kecuali sistem lalu lintas yang membutuhkan peralatan otomatis dan biaya yang paling besar, pendekatan perilaku telah lama diterapkan di lembaga, organisasi, sistem penggajian. Penggunaan sistem penghargaan berkala merupakan terapan konsep *Reinforcement* untuk mengukuhkan perilaku yang diharapkan, seperti disiplin kerja dan moral kerja.

### ***Cara belajar***

Pendekatan perilaku menunjukkan pandangan positif dan optimis terhadap perilaku manusia yang dianggap tidak umum alias abnormal. Perilaku normal atau abnormal berasal dari cara belajar yang sama. Dengan sendirinya apabila ada perilaku abnormal maka perilaku tersebut dapat dikembalikan pada status semula. Menurut pandangan perilaku, tingkah laku adalah respons organisme atau apa yang dilakukan oleh organisme. Respons dapat dikategorikan dapat dikategorikan menjadi tiga, yaitu motorik, fisiologik, dan kognitif. Respons motorik biasanya disebut perilaku yang tampak, seperti berjalan, berbicara, makan, menulis, memukul, dst.

Respons fisiologik yang sering diteliti adalah perubahan dalam sistem saraf otonom, seperti detak jantung, keluarnya keringat, ataupun ketegangan otot. Perilaku motorik dikendalikan oleh sistem saraf perifer. Respons yang tidak terlalu mudah diamati adalah respons kognitif. Bentuk-bentuk respons kognitif adalah bayangan yang muncul ketika manusia memikirkan sesuatu. Bayangan ini dapat bersifat pendengaran, penglihatan, pembauan, ketika memikirkan sesuatu ataupun mimpi. Intinya apakah perilaku tersebut dapat diobservasi atau diamati.

Menurut pandangan teori perilaku, perilaku manusia baik yang disebut normal ataupun menyimpang dibentuk melalui prinsip yang sama, yaitu prinsip belajar. Menurut Bellack dan Hersen (1979), yang menyebabkan konsistensi perilkuan adalah konsistensi situasi stimulus. Artinya orang akan berperilaku dengan cara yang sama pada situasi yang sama. Misalnya orang makan apabila ia lapar yang ditandai oleh kontraksi perut, sehingga terasa melilit. Kesimpulan ini berasal dari konsep dasar perilkuan, yaitu perilaku dibawah control stimulus. Jadi, yang berperan dalam pembentuka perilaku adalah stimuli anteseden (hal-hal yang mendahului respons) dan stimuli konsekuen (hal-hal yang mengikuti suatu respons). Hal ini dapat diterangkan melalui cara belajar atau pengkondisian.

Cara belajar atau pengkomdisian ada dua macam yaitu, cara belajar klasikal yang hasilnya disebut perilaku responden dan cara belajar instrumental yang hasilnya disebut perilaku *operant*. UCS (*unconditioned stimulus*) dan CS (*conditioned stimulus*) merupakan bentuk primer stimuli anteseden yang mengendalikan dalam kondisioning klasikal. Umumnya stimuli tak terkondisi menimbulkan respons tak terkondisi. Pada awalnya bila stimuli terkondisi dipasangkan dengan stimuli tak terkondisi, respons juga masih menimbulkan respons tak terkondisi. Akan tetapi, bila keduanya dipasangkan terus-menerus stimuli terkondisi akan menimbulkan respons

terkondisi. Misalnya ketika kita lapar, perut berbunyi (UCS  $\rightarrow$  UCR). Saat itu kebetulan ada suara “ting, ting, ting” di siang hari, yang berarti penjual bakso, atau di malam hari suara “dhok, dhok, dhok” yang berarti penjual bakmi, lalu perut kita berbunyi (CS  $\rightarrow$  UCS  $\rightarrow$  CR).

$S^D$  adalah stimulus diskriminatif yang akan menimbulkan respons (R) bila diikuti oleh reinforment ( $S^R$ ) atau penguat. Stimuli konsekuensi primer adalah reinforce atau penguat ( $S^R$ ) di dalam paradigma *operant*. Menggambarkan kedua paradigma tersebut adalah munculnya rasa takut. Pada mulanya seorang anak senang dengan anjing, ia tidak takut bermain dengannya. Suatu ketika anjing tersebut menggigitnya (UCS) yang menimbulkan rasa sakit yang sangat (UCR). Rasa sakit ( $S^D$ ) membuat ia lari (R) atau menghindari anjing sehingga ia terlepas ( $S^R$ ) dari rasa sakit. Beberapa lama kemudian anak mulai takut ( $C^R$ ) terhadap anjing meskipun ia hanya melihat (CS) saja tanpa anjing tersebut mengejar atau menggigitnya. Setelah itu, ia akan menghindar bahkan takut pada semua anjing meskipun yang dilihatnya hanya anjing kecil.

Para ahli-ahli percaya bahwa gangguan mental yang berat seperti skizofrenia adalah gangguan biologis dan psikologis. Jadi, sebaiknya apabila ada yang mengalami gangguan itu, ia perlu diberi obat dan di terapi. Ahli-ahli ini juga percaya akan adanya faktor genetik yang sifatnya biologis. Gangguan mental berat disebabkan sebagian besar oleh faktor genetik. Skinner menyatakan bahwa kita tidak perlu mengurus gangguan mental berat karena asal mula gangguan itu berasal dari faktor genetik yang tidak dapat diapa-apakan. Satu-satunya yang dapat dilakukan adalah mengelola stimulus dari luar diri manusia.

Pendekatan perilaku tidak menyukai adanya klasifikasi ataupun penggolongan gangguan yang dialami oleh seseorang. Dikatakan bahwa

diagnostik yang diberikan bagi seseorang yang mengalami gangguan berdasarkan penggolongan tersebut akan memberikan label pada orang tersebut (Bellack & Hersen, 1979; Ross, 1980; Walker et al., 1981).

### ***Penggunaan Pendekatan Perilaku***

Di Indonesia pendekatan perilkakuan sudah dilaksanakan oleh orang Jawa, yaitu dengan adanya istilah kendali stimulus. Contohnya yaitu melipat tangan di depan perut bila ada di acara formal atau di depan orang yang dihormati. Dalam bahasa Jawa sikap itu disebut *ngapurancang* supaya tangan orang tidak *sraweyan* yang sering dianggap tidak sopan. Dalam pendekatan perilkakuan, bermacam-macam teknik tindakan tersedia meskipun paradigma sama. Perilaku baik normal ataupun abnormal berasal dari cara belajar klasik, operant. Pandangan ini sangat optimistik, sehingga perilaku apapun dapat diubah atau dikembalikan dengan cara yang sama tergantung asal mula terbentuknya perilaku itu. Perilaku yang perlu diubah dikategorikan menjadi perilaku berlebihan, perilaku kurang, dan perilaku yang tidak tepat.

### ***Anak Berkebutuhan Khusus***

Banyak anak terlahir normal sehingga orang tua relative mudah dalam mengasuh dan mendidik mereka. Akan tetapi, pada kenyataannya ada anak lahir berkelainan sehingga membutuhkan perhatian khusus. Anak seperti ini dianggap oleh masyarakat sebagai tidak normal. Perkembangan anak ini tidak sama dengan perkembangan anak sebayanya apakah secara fisik ataupun secara mental, atau keduanya. Anak yang mempunyai kelainan tubuh belum tentu mempunyai kelainan mental. Akan tetapi, apabila seorang anak mempunyai kelainan mental biasanya dia mempunyai kelainan tubuh yang mempunyai cirri khas terutama anak dengan sindroma *Down*.

Misalnya, tubuhnya lebih pendek, matanya bertipe mongoloid, lidahnya lebih panjang, kepalanya lebih kecil dibandingkan dengan anak sebayanya; kelainan fisik ini akibat adanya ekstra kromosom pada pasangan kromosom ke-21 atau disebut *Trisomi 21*. Akan tetapi, banyak pula anak berkelainan yang tubuhnya normal seperti anak sebayanya. Misalnya anak yang mempunyai masalah belajar, masalah bicara, hiperaktif, intelegensi yang di bawah normal, menderita autisme, ataupun menderita psikotik. Jadi, sesungguhnya arti anak berkelainan dapat bermacam-macam. Istilah yang terkesan lebih manusiawi adalah anak berkebutuhan khusus.

Bagi orangtua tentunya akan sangat memprihatinkan apabila mereka mempunyai anak yang berkelainan. Ada beberapa orang tua yang tidak mau tahu akan keadaan anaknya. Ada juga orang tua yang menerima anaknya yang berkebutuhan khusus dan dengan gigih mencari mencari upaya bagi kehidupan normal anaknya.

Bayangkan apabila itu terjadi pada keluarga miskin dengan segala keterbatasannya, anak kemungkinan besar akan terlantar. Atau terjadi pemasangan pada anak agresif karena tindakannya membahayakan dirinya dan orang lain. Ini menjadi persoalan kebijakan. Sudah ada Sekolah Luar Biasa dengan tipe-tipenya untuk berbagai kelainan dan kebutuhan.

Mendidik anak sesungguhnya merupakan pekerjaannya yang tidak mudah. Apalagi mendidik anak yang berkelainan dengan kebutuhan khusus berkembang. Meskipun demikian, orang tua ataupun pendidik tidak perlu mencemaskan hal itu, karena tersedia berbagai metode tertentu untuk mendidik anak dan menangani anak yang berkelainan dengan kebutuhan khusus tersebut. Salah satu model yang dapat dipakai untuk menangani anak berkelainan, baik oleh pendidik ataupun orangtua, adalah pendekatan perilaku.

### ***Kategori Anak Berkelainan***

Sesungguhnya tidak mudah untuk menentukan bahwa seseorang anak mempunyai kelainan atau tidak. Untuk menentukannya perlu kriteria tertentu. Bagi seseorang reaksi marah adalah normal apabila ia tersinggung. Akan tetapi, kalau setiap kali marah ia melukai dirinya sendiri atau orang lain, maka dapat dikatakan mempunyai kelainan. Jadi, untuk menentukan seorang anak berkelainan dibutuhkan derajat dan frekuensi penyimpangan dari suatu norma. Seorang anak yang berkelainan adalah mereka yang berbeda dari norma sedemikian signifikan dan sedemikian sering sehingga merusak keberhasilan mereka dalam aktivitas social, pribadi, atau pendidikan (Haring, 1982). Selanjutnya haring (1982) mengatakan bahwa mereka dapat dideskripsikan oleh professional sebagai tidak mampu (*disabled*), mempunyai kesulitan (*impaired*), terganggu (*disordered*), cacat (*handicapped*), atau berkelainan (*exceptional*).

Seseorang yang tidak mampu adalah seseorang yang mempunyai keterbatasan karena adanya kekurangan fisik yang akan mengganggu masalah belajar atau penyesuaian social. Misalnya seseorang yang kehilangan anggota tubuhnya, mengalami kerusakan otak, ataupun akibat penyakit tertentu. Seseorang yang mempunyai kesulitan dalam pengindraannya juga akan mengalami masalah yang sama dengan orang yang tidak mampu. Misalnya seseorang yang buta, tuli, bisu. Kemudian seseorang dapat terganggu dalam hal belajar, sehingga ia disebut mempunyai gangguan perilaku. Seseorang disebut cacat apabila ia mempunyai kesulitan dalam merespons atau menyesuaikan diri dengan lingkungan karena adanya masalah intelektual, fisik, atau emosi.

Bagi masyarakat umum istilah-istilah tersebut tampaknya dapat dipertukarkan. Akan tetapi, kalau dipakai istilah berkelainan, maka semua istilah di atas termasuk juga anak yang mempunyai kelebihan dari anak

seumurnya. Misalnya anak yang sangat cerdas, mempunyai bakat yang sangat menonjol. Untuk kelompok ini mungkin tidak banyak masalah yang dihadapi oleh orangtua atau pendidik terkait kelebihan yang mereka mempunyai. Dan biasanya orangtua akan sangat bangga kalau mempunyai anak dengan bakat tertentu yang hebat ataupun kecerdasan jauh di atas rata-rata. Meskipun belum tentu bahwa anak-anak yang mempunyai kelebihan ini kelak akan menjadi orang dewasa sukses. Seperti yang diilustrasikan oleh Telford & Sawrey (1981), mereka mengutip Mouton yang menggambarkan seorang anak yang sangat berbakat, misalnya telah dapat membaca dan mengeja kalimat pada usia kurang dari tiga tahun. Kemudian umur lima tahun ia telah dapat membaca dalam bahasa Rusia, Prancis, Jerman, dan usia sebelas tahun ia telah menjadi mahasiswa di Harvard. Akan tetapi, ketika dewasa ia tidak dapat mempertahankan pekerjaannya, ia berpindah dari satu pekerjaan ke pekerjaan lain. Sepanjang hidupnya ia menyalakan ayahnya yang dianggapnya merusak hidupnya.

Tidak demikian dengan orang tua yang mempunyai anak yang berkelainan yang dalam arti kurang dari normal; mereka biasanya sulit untuk menerima kenyataan itu. Meskipun demikian, mereka ini, baik yang cacat maupun yang mempunyai kelebihan, mempunyai kebutuhan-kebutuhan tertentu yang sebaiknya dipenuhi oleh pendidik khusus, psikolog, ataupun terapis kerja. Dengan demikian, mereka dapat berkembang secara optimal dan dapat menjadi orang dewasa yang sejahtera dan dapat menyesuaikan diri dengan tuntutan lingkungan. Selanjutnya Haring (1982) membuat kategori anak berkelainan sebagai berikut:

1. Cacat penginderaan, misalnya kerusakan pendengaran atau penglihatan.
2. Penyimpangan mental, termasuk di dalamnya yang sangat berbakat ataupun yang terbelakang mentalnya.
3. Gangguan komunikasi, misalnya masalah-masalah bicara dan bahasa.

4. Ketidakmampuan belajar, yaitu masalah-masalah belajar yang serius akan tetapi tanpa adanya cacat fisik.
5. Gangguan perilaku, termasuk di dalamnya masalah emosi.
6. Cacat fisik dan kesulitan dalam kesehatan, seperti kerusakan neurologis, kondisi-kondisi Ortopedik, penyakit seperti leukemia dan anemia karena sel-sel yang sakit, cacat bawaan, dan ketidakmampuan dalam perkembangan.

Tidak jauh berbeda dari Haring (1982), Telford & Sawrey (1981) juga mengelompokan anak berkelainan dan memasukan anak yang sangat berbakat di dalamnya. Mereka mengklasifikasi individu berkelainan berdasarkan bidang penyimpangan primer, yaitu:

1. Penyimpangan intelektual dan akademik.
2. Penyimpangan penginderaan
3. Penyimpangan motor.
4. Penyimpangan perilkuan dan kepribadian.
5. Penyimpangan sosial.

Dari permasalahan ini semua, maka diciptakan sekolah luar biasa, yang memberikan sigma tertentu bagi anak yang masuk ke sekolah itu.

### **Pendekatan Psikodrama**

Psikodrama adalah salah satu teknik dari pendekatan kelompok di dalam psikoterapi atau konseling. Beda psikodrama dengan drama biasa adalah adanya unsur penyembuhan di situ. Hal yang sama adlah istilah-istilah yang digunakan. Terapis disebut sutradara. Anggota kelompok disebut penonton. Ko-terapis disebut asisten. Istilah-istilah ini berguna karena dapat mengurangi stigma yang diderita oleh pasien atau kelayan.

Psikodrama dikembangkan oleh Jacob L. Moreno (1889-1974), seorang psikiater yang tentu saja berlatar belakang disiplin kedokteran. Ia

lahir di Bucharest, Romania. Pada ranah makro, psikodrama menjadi sosiodrama. Psikodrama lebih berorientasi pada konflik dalam diri perorangan; sedangkan sosiodrama dimainkan oleh kelompok dalam kehidupan sosial budaya yang berbeda, terutama di Negara beragam budaya seperti Amerika Serikat, Australia, Indonesia, New Zealand.

### ***Dasar Pemikiran Dan Konsep Dasar Psikodrama***

Sejak kita kecil kita telah bermain-main dalam dunia kita sendiri. Misalnya waktu kecil seorang gadis bermain dengan bonekanya. Ia mendadani boneka seakan-akan boneka tersebut anaknya. Demikian juga anak laki-laki bermain perang-perangan. Ia menggunakan pelapah pisang dan membuatnya seperti senapan. Dengan teman-temannya mereka bermain perang-perangan. Ada yang mati, ada yang luka. Kemudian teman perempuan menjadi perawat dan merawat yang luka. Anak-anak bermain-main sebagai suatu penindakan terhadap fantasi mereka. Disitu mereka menindaki peran sosialnya sesuai dengan kebudayaan setempat. Kegiatan dan penindakan dunia anak-anak penuh energi, kegairahan, dan pembelajaran social. Permainan fantasi anak bebas dan kreatif.

Orang-orang primitif melakukan tarian dan dramatisasi sebagai persiapan untuk perang, kelahiran, dan kematian. Dukun menggunakan gerakan dan ritual dramtik untuk mengusir setan dan mengobati penyakit. Begitu individu semakin beradab, penindakan-penindakan ini diritualkan, dalam istilah Moreno, dilestarikan menjadi Drama di zaman Yunani kuno mulai sebagai pengamatan religious. Dionysus ditunjukkan dengan kehidupan, kematian, dan keabadian. Bagian upara religious digunakan untuk memotret dan mendramatisasi pengalaman para dewa secara ritual untuk menjadi satu dengan Tuhan melalui doa kepada Jiwa. Psikodrama modern merupakan

perpanjangan hidup. Di situ katarsis dan pencerahan tersedia tidak hanya untuk pengunjung tetapi juga untuk pemain.

Drama yang dimainkan merupakan pandangan anak kecil terhadap kehidupan nyata. Apa yang dimainkan dalam drama sama persis seperti kehidupan di dunia yang senyatanya. Begitu pengalaman pribadi di ungkapkan dalam dram dan dimainkan oleh orang lain, pengalaman itu akan menimbulkan kesadaran bahwa drama perorangan bukan milik pribadi tanpa diketahuo orang lain.

Berbagai teknik dikembangkan dalam psikodrama. Pendekatan ini merupakan prosedur penanganan yang digunakan sebagai tempat belajar dan saling mendukung di antara kelompok di bawah bimbingan seorang terapis. Terapis di dalam teklinik ini juga dapat berfungsi sebagai sumber dukungan bagi seluruh anggota kelompok. Sebagai terapis, dia bertumpu pada pertemuan yang sifatnya eksistensial. Dia menganggap anggota sebagai mitra sejajar dan mempunyai kedudukan yang samadengan dirinya.

Dalam psikodrama, terapis disebut sutradara. Anggota kelompok adlah penonton. Anggota kelompok dan ko-terapis yang terlatih dapat berfungsi *Auxiliaries* atau pembantu atau dapat pula disebut asisten.

### ***Prosedur Penerapan***

Psikodrama menggunakan prosedur yang aslinya drama dan beberapa digunakan sebaga metode itu sendiri. Penggunaan waktu dan seleksi prosedur dramatik memberikan keyakinan tentang bagaimana perubahan terjadi untuk seorang individu. Teori Psikoterapi adalah bahwa seseorang biasanya mempunyai kemampuan untuk mengoreksi diri bila diberi informasi tepat tentang perilakunya. Beberapa prosedur akan dikenalkan dibawah ini.

Dalam *penyajian peran role (role presentation)* seseorang (1) memperkenalkan diri dalam peran main sederhana yang memperlihatkan

dirinya dalam kehidupan sehari-hari atau (2) memperkenalkan diri secara simbolik melalui dramatisasi aspek-aspek yang berbeda dari pengalaman intrapsikik atau interpersonalnya. Menentukan bagaimana memperkenalkan itu sendiri dapat bersifat *Insightful* (fine, 1979).

*Pergantian peran (role reversal)* dimaksudkan untuk menukar peran dengan orang lain dan melihat hubungan atau konflik melalui kaca mata orang lain.

Dalam *soliloquy*, protagonis berpura-pura sendiri dan tidak ada seorang pun yang mendenagr pikiran dan perasaannya yang diungkapkan dengan keras. *Soliloquy* adalah asosiasi bebas yang dopasangkan dengan gerakan-gerakan ekspresif. *Soliloquy* dapat merupakan tahap penghangatan untuk aktivitas atau untuk menggabungkan pemikiran setelah tindakan terjadi. *Soliloquy* memberikan informasi sutradara tentang status kelayakan saat ini, terutama bila perilakunya selaras atau tak selaras dengan kata-katanya.

*Aside* membolehkan protagonis untuk menyuarakan perasaan yang seakan-akan tidak tepat kalau diucapkan dengan keras, atau ia tidak mengatakannya dengan keras pada kehidupan nyatanya.

*Doubling* merupakan suatu ego lain dari protagonist (Toeman, 1948). *Auxiliary* menyatu dengan protagonis dengan cara menirukan gerakan-gerakannya dan melalui cara mengungkapkan dirinya seolah-olah ia adalah kenyataan.

*Melantangkan (amplifying)* adalah bentuk penyerdehanaan *doubling*. *Auxiliary* berkata lebih keras bahkan berteriak tentang apa yang telah dikatakan oleh kelayan yang disebut protagonist dalam psikodrama.

*Cermin (mirror)* adalah suatu metode umpan balik supaya kelayan melihat releksinya. Ia memperlihatkan seorang *auxiliary* mengulang

peristiwa yang baru saja diselesaikan. Hal itu seperti pengulangan kembali peristiwa di televisi.

*Peneladanan (modeling)* adalah demonstrasi alternative perilaku yang dilakukan anggota kelompok untuk kelayan. Suatu aturan, prosedur lain digunakan lebih dahulu untuk membiarkan kelayan menemukan caranya sendiri.

Psikodrama biasanya adalah psikoterapi kelompok, tetapi tidak menutup kemungkinan untuk diterapkan pada terapi individual, dalam bentuk monodrama. Kelayan mengambil semua peran dan dapat menerapkan semua prosedur sendiri.

### **Pendekatan Kelompok**

Pada ranah mikro, Psikoterapi konseling menjadi modal utama saat melakukan tindakan sesuai dengan hasil pengindraan terhadap persoalan yang dihadapi perorangan. Setiap konseling atau psikoterapi adalah suatu proses kompleks. Banyak faktor yang mempengaruhinya yaitu faktor konselor atau terapis (profesional), metode yang digunakan, dan karakteristik klien yang dihadapinya. Ketiga faktor itu mempunyai peran penting dalam keberhasilan konseling atau psikoterapi. Pendekatan kelompok adalah salah satu metode yang banyak digunakan pada klien.

Selain faktor pribadi profesional, faktor kepercayaan juga tidak kalah pentingnya. Faktor metode atau faktor teknik yang digunakan tidak kalah pentingnya dari faktor profesional. Karakteristik klien akan banyak berpengaruh pada proses tindakan entah konseling ataupun psikoterapi.

Penelitian bagaimana memasang profesional, teknik dan karakteristik klien banyak dilakukan oleh Beutler (1983) dan Goldstein & Stein (1976). Beutler mengembangkan psikoterapi eklektik dan Goldstein & Stein mengembangkan *prescriptive psychotherapies*. Pendekatan kelompok

sangat menekankan pada metode yang digunakan. Salah satu metode yang banyak digunakan adalah pendekatan interaksional yang dikembangkan oleh Yalom (1975).

Menurut Yalom ada sebelas kategori utama yang merupakan faktor-faktor kuratif didalam konseling kelompok. Sebelas faktor kuratif tersebut ditambah faktor eksistensial yang sering di diskusikan dalam kelompok.

### ***Faktor-faktor Kuratif***

Sebelas faktor kuratif yang dikemukakan oleh Yalom (1975) dalam pendekatan kelompok interaksional adalah pembinaan harapan, universalitas, penerangan, altruism, pengurangan korektif keluarga asal, pengembangan teknik sosialisasi, peniruan tingkahlaku, belajar berhubungan dengan pribadi lain, rasa kebersamaan, katarsis, dan faktor-faktor eksistensial. Kesebelas faktor kuratif itu tidak berdiri sendiri-sendiri dalam proses konseling atau terapi tetapi berkaitan erat satu sama lainnya. Selain kesebelas faktor kuratif tersebut Butler dan Fuhrman (1983) menyebutkan satu faktor lagi, yaitu *pengertian diri*. Kedua peneliti ini mengemukakan bahwa ada tiga faktor secara konsisten muncul di dalam pendekatan kelompok untuk pasien rawat jalan. Ketiga faktor kuratif tersebut adalah pengertian diri, katarsis, dan belajar berhubungan dengan pribadi lain sebagai input. Faktor keempat yang juga dinilai tinggi adalah kohesivitas atau rasa kebersamaan.

### ***Pembinaan Harapan***

Tugas profesional adalah terus menerus menjaga agar harapan tiap anggota terpenuhi selama proses kelompok. Tugas profesional adalah mengungkapkan hal ke seluruh anggota dengan cara setiap kali mengarahkan perhatian mereka pada perubahan positif yang telah mereka alami.

Sering terjadi profesional muda biasanya skeptis terhadap pendekatan yang dilakukannya. Jangan sampai rasa skeptis ini mempengaruhi kelompok yang ditanganinya. Ia perlu belajar untuk optimis dan mempunyai rasa positif terhadap kelompok dan pendekatan yang digunakannya. Rasa ini akan menambah keyakinan anggota kelompok terhadap kelompok dan dirinya sendiri.

### ***Universalitas***

Banyak kelayan yang datang ke kelompok dengan pikiran bahwa masalah yang dihadapinya unik alias hanya diderita olehnya. Juga kadang-kadang ia merasa bahwa ia sendiri yang mempunyai masalah berat, pikiran, fantasi, dan impuls buruk. Keunikan yang dirasakan klien ini biasanya disebabkan oleh kesendiriannya yang biasa diandalkan untuk mendukung ataupun menolak rasa keunikannya tersebut.

Kesamaan dalam masalah kekhawatiran yang timbul dan penerimaan penuh dari seluruh anggota yang disertai kelegaan emosional disebut *universal*. Kesamaan perasaan ini akan meningkatkan rasa bersatu di dalam kelompok yang tentunya juga akan meningkatkan kepercayaan terhadap kelompok. Pengalaman ini merupakan faktor kuratif yang sangat spesifik dalam pendekatan kelompok dan tidak ditemukan dalam konseling individual.

### ***Penerangan***

Penerangan yang bersifat didaktif dapat dilakukan oleh profesional ataupun anggota dalam kelompok. Penerangan dapat meliputi cara belajar, cara menumbuhkan kepercayaan diri, topik kesehatan mental, penyakit mental, psikodinamika umum yang diberikan oleh profesional.

Validitas eksternal pendekatan tersebut pada dasarnya masih dipertanyakan. Apakah pendekatan mereka tetap didukung oleh kelompok selanjutnya tidak dibahas, sehingga bukti nyata bahwa pendekatan mereka tetap efektif untuk kelompok-kelompok berikutnya masih perlu diuji kembali. Apakah intervensi yang mereka kembangkan dapat dilakukan oleh ahli lain juga belum dibahas. Perlu dukungan data terlebih lanjut untuk mendaku bahwa intervensi mereka punya pengaruh positif jangka panjang. Salah satu kelemahan intervensi di masyarakat karena belum ada validitas eksternal bahwa perlakuan yang dikembangkan betul-betul efektif di dunia nyata.

### ***Altruisme***

Kelompok merupakan tempat untuk melatih klien memberi dan menerima. Klien dengan masalah emosi berat biasanya datang ke kelompok dengan moral rendah dan memiliki perasaan bahwa ia tidak mempunyai sesuatu untuk diberikan. Di dalam kelompok ia menemukan bahwa ia dapat berperan penting untuk orang lain. Hal ini dapat menambah rasa berharga, sehingga akan dapat menambah harga dirinya. Dalam proses kelompok dengans sendirinya antar-anggota akan saling menolong. Mereka menawarkan dukungan, memberikan keyakinan, saran-saran, pencerahan, dan berbagi masalah serupa.

*Altruism* juga merupakan faktor kuratif yang khusus ada dalam pendekatan kelompok. Itu tidak akan di jumpai dalam pendekatan individual. Profesional harus peka di dalam hal ini karena kadang-kadang anggota yang tidak membutuhkan kelompok akan tidak hadir dan kohesivitas kelompok dapat terganggu. Tugas profesional adalah menjaga supaya *altruism* ini berkwmbang di antara anggota kelompok.

### ***Pengulangan Korektif Keluarga Asal***

Dalam pendekatan kelompok biasanya ada dua ko-profesional yang memandu kelompok. Pendekatan kelompok, yang dalam banyak hal hamper sama dengan keluarga asal, merupakan kesempatan bagi anggota untuk mengulangi konflik-konflik yang di alami ketika kecil secara singkat. Akan tetapi pengalaman ini akan berbeda oleh karena sikap profesional dan anggota lain tidak sama dengan keluarga asalnya dulu. Hal ini memberi kesempatan klien untuk mencoba tingkah lakunya yang baru dalam hubungannya dengan orang lain. Penyelesaian masalah dengan profesional dengan anggota lain merupakan pemecahan masalah yang tak terselesaikan di masa lalu.

Persaingan di antara anggota untuk memperoleh perhatian profesional juga sering terlihat jelas. Bagaimana seorang profesional menggunakannya untuk kepentingannya untuk kepentingan kelompok merupakan keterampilan sendiri.

### ***Pengembangan Teknik Sosialisasi***

Kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain sangat penting bagi semua orang lain. Mereka biasanya sangat peka pada proses kelompok dan belajar untuk menyelesaikan konflik, sehingga mereka lebih mau mengerti dan memahami masalah orang lain. Kemampuan semacam ini sangat penting dalam interaksi social mendatang.

Tenggang rasa dan kerja sama biasanya dituntut dalam kehidupan kelompok. Jika hal ini tidak diungkapkan dalam kelompok, anggota tersebut tidak akan memperoleh manfaat kelompok. Untuk itu, sejak awal mereka yang kurang aktif harus di dorong untuk lebih menikmati kegiatan di kelompok.

### ***Peniruan Tingkah Laku***

Tidak jarang klien meniru profesional dalam cara mereka bicara, jalan, duduk, atau pun mungkin cara profesional berpikir. Di dalam kelompok, proses peniruan ini lebih menyebar oleh karena mereka bias meniru anggota lain selain profesional yang memandu kelompok.

Seringkali terjadi kelayan memperoleh manfaat dari pengamatannya pada proses kelompok. Ia memperoleh manfaat dari kelayan yang mempunyai masalah serupa dengannya. Peristiwa merupakan pengaruh proses kelompok yang mantap, yaitu menemukan dan memilah apa yang tidak dipunyai dan apa yang dipunyai sehingga dapat memperbaikinya.

### ***Belajar Berhubungan dengan Pribadi Lain***

Kelompok merupakan mikrokosmik sosial. Bagaimana seseorang berhubungan dengan orang lain dalam kelompok mencerminkan caranya berhubungan dengan orang lain di luar kelompok. Seorang kelayan yang dulunya menunjukkan sikap acuh tidak acuh, yang sesungguhnya disebabkan oleh perasaan takut di tolak, menjadi orang yang penuh perhatian pada anggota lain setelah ia mengkomunikasikan perasaannya ini di dalam kelompok. Ketakutannya tersebut tidak berdasar setelah ia memperoleh umpan balik dari profesional dan anggota lain.

Pengalaman emosi terkoreksi (*corrective emotional experience*) diperoleh anggota ketika mereka mencoba mengekspresikan perasaannya yang positif dan negatif.

Pengalaman emosi terkoreksi terdiri dari lima komponen:

1. Ekspresi emosi kuat dalam kelompok sebagai pengambilan resiko;
2. Kelompok mendukung dan mengizinkan pengambilan risiko itu;
3. Menilai kenyataan dengan validasi kompak dengan seluruh anggota;

4. Pengenalan perasaan dan tingkah laku menghindar;
5. Kesempatan untuk berinteraksi lebih mendalam dan jujur.

### ***Rasa Kebersamaan***

Kebersamaan atau *cohesiveness* dapat diberi batasan sebagai rasa tertarik anggota pada kelompok dan pada anggota lain. Rasa kebersamaan atau rasa bersatu ini membuat anggota kelompok lebih mau menerima satu sama lainnya. Mereka lebih saling mendukung dan lebih cenderung membentuk hubungan yang berarti di dalam kelompok.

Untuk dapat menerima dan mengerti, anggota akan cenderung mengekspresikan dirinya dan menggali aspek-aspek dirinya yang tidak dapat diterimanya. Rasa bersatu ini menunjang tingkah laku sosial anggota baik di dalam maupun di luar kelompok. Kelompok yang rasa bersatunya tinggi adalah anggota kelompok yang stabil. Menurut Stokes, Fuehrer and Childs (1983), pembukaan diri mengenai topik-topik yang intim dapat menambah kohesivitas kelompok. Pengambilan resiko dalam pembukaan diri menurut peneliti-peneliti itu akan lebih bermanfaat pada kelompok yang telah lanjut. Pembukaan diri dan umpan balik yang sifatnya positif akan menambah kohesivitas kelompok. Sesungguhnya semakin kohesif suatu kelompok, makin intensif pula pembukaan diri anggotanya. Tampaknya keduanya berkaitan erat.

Johnson (2009) mengembangkan metode pendekatan kelompok semi tersusun dan terstruktur dengan seksama untuk mahasiswa di pusat pelayanan konseling di suatu universitas. Dalam jurnal psikoterapi lainnya, tulisan Johnson lebih menggambarkan proses daripada hasil penelitian empiris.

### ***Katarsis***

Seperti dalam pendekatan individual, katarsis atau penjernihan yang sifatnya emosional merupakan salah satu faktor penyembuh didalam pendekatan kelompok. Dalam kelompok ia dapat mengekspresikan emosi tersebut dengan bantuan profesional ataupun anggota lain.

Katarsis dalam pendekatan kelompok lebih dapat terjadi karena adanya anggota lain. Ia akan memperoleh banyak dukungan ketika ia mengemukakan permasalahan yang di hadapi dengan segala macam dilemanya. Ia akan banyak di dengar oleh banyak anggota. Empaty dan simpati yang di terimanya akan banyak memberikan kelegaan bagi dirinya.

### ***Faktor Eksistensi***

Hidup dan mati bukan manusia yang menentukan tetapi merupakan persoalan baginya. Kadang-kadang hidup ini tidak adil dan tidak seimbang. Manusia tidak biasa melarikan diri dari penderitaan dan dari kematian.

### ***Pengertian Diri***

Pengertian diri sesungguhnya merupakan hasil pendekatan kelompok. Setelah anggota berinteraksi di dalam kelompok, mereka mulai mengenal diri mereka sendiri. Melalui umpan balik (*feedback*) yang diberikan oleh pemimpin, maupun anggota lain, seseorang akan mengerti dirinya sendiri, ia mulai mengenal aspek-aspek signifikan dalam perilaku antar pribadinya. Ia mulai mengenal kekuatan, keterbatasan, pelencengan, dan perilakunya yang malasuai (*maladaptive*) yang menimbulkan respons-respons yang tidak dikehendaki dari orang lain.

### ***Tipe Pendekatan Kelompok***

Dalam pelaksanaannya, pendekatan kelompok mempunyai tiga variasi meskipun ketiganya tidak secara timbale balik terpisah. Variasi satu

biasanya dikombinasikan dengan variasi lainnya. Penggunaan variasi ini dapat digunakan untuk menentukan tipe kelompok.

Glassman dan Wright (1983) mengemukakan ketiga bentuk atau tipe kelompok yang lebih bersifat kontinum tersebut sebagai berikut:

1. Konseling atau terapi di dalam kelompok. Bentuk ini adalah pendekatan individual yang dilakukan di dalam kelompok. Pendekatan yang biasa digunakan adalah psikodinamika, analisis transaksional, ataupun terapi Gestalt.
2. Konseling atau terapi dengan kelompok. Bentuk ini biasanya digunakan di dalam kelompok temu ataupun kelompok-T (*training*). Profesional di dalam kelompok tipe ini disebut peserta pakar atau *expert participant*.
3. Konseling atau terapi kelompok. Bentuk ini lebih menekankan pada interaksi antaranggota. Fokus ada pada di sini-dan-saat ini.

Oleh karena ketiga tipe pendekatan ini bersifat kontinum, bentuk yang satu dapat pula digunakan pada bentuk yang lain.

### ***Tahap-tahap Tindakan dalam Kelompok***

Seperti juga di dalam pendekatan individual, pendekatan kelompok mempunyai tahap-tahap. Oleh karena yang dihadapi pemandu tidak hanya pada satu individu, maka isu kerahasiaan sangat penting. Untuk itu perlu suatu persiapan bagi anggota kelompok yang biasanya tidak perlu dilakukan didalam pendekatan individual. Setelah persiapan dilakukan kemudian ada masa transisi dan selanjutnya diikuti oleh kerja kelompok sesungguhnya. Tahap akhir adalah terminasi. Dibawah ini akan diuraikan lebih lanjut tahap-tahap tersebut.

#### **A. Persiapan**

Pada tahap pertama ini konselor atau terapis (selanjutnya disebut pemimpin) perlu mempersiapkan terbentuknya kelompok. Pertama kali

yang perlu dilakukan adalah menerangkan pada calon kelayan tentang konseling atau terapi kelompok.

Setelah persiapan selesai, selanjutnya adalah pertemuan pertama, yang di sebut *peran-serta*. Langkah-langkah dalam pertemuan pertama yang dilakukan oleh pemimpin:

1. *Perkenalan*: pemandu memperkenalkan tiap anggota secara langsung atau anggota saling memperkenalkan orang disebelahnya.
2. *Penyusunan agenda*: pemandu mendampingi tiap anggota membuat agenda yaitu tujuan jangka panjang setelah kelompok berakhir dan tujuan jangka pendek untuk tiap pertemuan.
3. *Norma kelompok*: salah satu norma penting yang perlu disetujui bersama adalah kerahasiaan.
4. *Penggalian ide dan perasaan*: sebelum pertemuan pertama berakhir perlu digali perasaan dan ide masing-masing anggota untuk membuat diri mereka nyaman bekerjasama dalam kelompok.

## B. Transisi

Disebut transisi karena saat ini merupakan saat transisi antara awal konseling dan konseling sesungguhnya. Diketahui dengan jelas tentang apa yang diharapkan oleh pemimpin atau anggota lain, seseorang menjadi ambivalen tentang keanggotaannya dalam kelompok. Ia merasa enggan apabila harus membuka diri. Dibutuhkan keterampilan pemimpin dalam beberapa hal yaitu, kepekaan waktu, kemampuan untuk melihat perilaku anggota, dan mengenal suasana emosi di dalam kelompok.

1. Kepekaan waktu: pemandu tahu kapan waktu yang tepat saat melakukan intervensi.
2. Pengamatan pola perilaku: pengamatan sesama selama proses kelompok di butuhkan untuk menyampaikan pola perilaku anggota pada saat yang tepat.

3. Pengenalan suasana emosi: pengamatan tentang perasaan pemandun sendiri disini dan saat ini merupakan isyarat suasana emosi kelompok dan pemandu perlu menyampaikan komentar proses pada saat yang tepat untuk kepentingan kemajuan proses kelompok.

#### C. Kerja Kelompok

Kerja kelompok yang sesungguhnya ini ditandai oleh tingkatan moral yang tinggi dan rasa memiliki kelompok yang tinggi pula. Interaksi antar anggota-pemimpin mulai menurun dan interaksi antara anggota-anggota menaik. Pada saat ini pemimpin lebih berperan sebagai pengamat dan fasilitator.

Kerja kelompok biasanya dapat diamati dari proses yang terjadi. Pakah semua anggota belajar dan berlatih memenuhi agenda pada tiap sesi merupakan proses kelompok. Dari refleksi diharapkan tiap anggota kelompok akan memahami dirinya sendiri dari balikan anggota lainnya. Kerja kelompok ditandai oleh pengisian agenda tiap anggota. Pemandu banyak memberikan komentar proses melalui meta komunikasi. Bagaimana komunikasi dikomunikasin oleh tiap anggota pada anggota lain menjadi bahan komentar proses di sini dan saat ini supaya terjadi cerminan refleksi diri. Tiap anggota akan mengenal diri mereka berdasarkan balikan dari anggota lain dan komentar proses pemandu.

Secara kualitatif dapat dipantau proses kemajuan kelompok, ada sejumlah pengukuran psikometrik yang dapat digunakan.

#### D. Terminasi

Untuk mengakhiri kelompok dibutuhkan persiapan beberapa minggu sebelumnya. Terminasi sebaiknya membuat kesan yang positif bagi anggota, jadi jangan sampai anggota mempunyai ganjalan-ganjalan pada saat ini. Untuk itu perlu diberikan kesempatan bagi masing-masing anggota untuk mengemukakan ganjalan-ganjalan yang sesungguhnya mereka rasakan

selama kelompok berlangsung. Dengan demikian anggota akan meninggalkan kelompok dengan perasaan lega dan puas.

### ***Catatan tentang Tahapan-tahapan Pendekatan Kelompok***

Tahap-tahap dalam kelompok tidak hanya terjadi sepanjang kelompok bertemu, tetapi tiap pertemuan pun dilalui dengan tahapan-tahapan tersebut. Sebelum pertemuan diakhiri, pemandu juga mengingatkan anggota apa yang mereka pelajari tentang dirinya sendiri selama pertemuan berlangsung.

### ***Tugas Pemandu Kelompok***

Pemandu kelompok mempunyai tugas yang tidak ringan. Menurut Yalom (1975), tugas-tugas pemimpin kelompok adalah membuat dan mempertahankan kelompok, membentuk budaya kelompok, dan membentuk norma-norma kelompok.

#### **1. Membuat dan Mempertahankan Kelompok**

Pemimpin kelompok mempunyai tugas untuk membuat dan mempertahankan kelompok.

#### **2. Membuat Budaya**

Begitu kelompok telah terbentuk, pemimpin akan mengerahkan tenaganya untuk membentuk kelompok menjadi system social yang terapeutik.

#### **3. Membentuk Norma**

Norma-norma di dalam kelompok dibentuk berdasarkan harapan anggota terhadap kelompok dan pengarahan langsung maupun tidak langsung dari pemimpin dan anggota-anggota yang lebih berpengaruh.

### ***Norma kelompok***

Beberapa norma kelompok yang sebaiknya ada pada kelompok adalah Kelompok pemantauan Diri (*The Self-Monitoring Group*), Pembukaan Diri (*Self-Disclosure*), Norma Prosedural (*Procedural Norms*), Pentingnya Kelompok (*The Importance of the Group*), dan Anggota sebagai Agen Penolong (*Members as Agents of Help*). Untuk lebih jelasnya akan diuraikan satu persatu berikut ini.

#### 1. Kelompok Pemantauan Diri

Supaya suatu kelompok efektif, dibutuhkan aktivitas anggota dengan pemimpin yang aktif dari pemimpin.

#### 2. Pembukaan Diri

Pembukaan diri adalah komponen yang dibutuhkan dalam proses terapeutik.

#### 3. Norma Prosedural

Format procedural dalam kelompok adalah prosedur yang tidak terstruktur, tanpa latihan, dan merupakan interaksi yang bebas.

#### 4. Pentingnya Kelompok

Semakin penting arti kelompok bagi anggota, kelompok akan menjadi semakin efektif.

#### 5. Anggota sebagai Agen penolong

Kelompok akan berfungsi dengan sangat baik apabila anggota menghargai pertolongan berharga yang saling mereka berikan.

### **BAB III**

## **PSIKOLOGI KESEHATAN, NEUROPSIKOLOGI & PSIKOFARMAKOLOGI**

### **A. PSIKOLOGI KESEHATAN**

#### ***Sejarah Psikologi Kesehatan***

Istilah Psikologi Kesehatan, sering dikaitkan dengan Pengobatan Keprilakuan (*Behavioral Medicine*) yang istilah pengobatan atau *medicine*-nya member kesan di luar psikologi. Pendapat itu masuk akal, tetapi juga perlu diketahui, bahwa pokok pembahasan ini memang mempunyai kaitandan bahkan dimulai dari sisi fisik atau dunia kedokteran. Oleh APA Psikologi Kesehatan telah diakui sebagai salah satu bidang dalam Psikologi Klinis pada tahun 1978. Permasalahannya adalah bahwa terdapat berbagai gangguan kesehatan fisik yang ternyata disebabkan oleh kebiasaan dan perilaku umumnya yang salah dari banyak orang ketika melakukan memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Untuk sebagian, terdapat empat bidang kehidupan yang terkenal dengan istilah 4F, yakni *food* (makanan), *fashion* (pakaian), *fun* (kesenangan, rekreasi), *fund* (mencari uang).

Kegiatan-kegiatan tersebut jelas mengandung unsur-unsur utama yang bersifat fisik, tetapi juga jelas tidak lepas dari latar belakang psikologis. Kondisi ini tampak mengulangi timbulnya Psikologi Abnormal dan khususnya Psikologi Klinis, yang lahir terutama didorong oleh kebutuhan kedokteran (khususnya psikiatri) akan keterangan psikologis untuk keadaan pasien psikiatris yang dihadapinya, yang tidak ada dalam disiplin kedokteran.

Selanjutnya, penyebab-penyebab gangguan fisik itu mempunyai kaitan erat dengan pola perilaku atau dikenal dengan gaya hidup (*life style*). Banyak negara berkembang yang masyarakatnya mengikuti gaya hidup

masyarakat yang telah maju, seperti Amerika Serikat, termasuk Indonesia, dengan berbagai alasan, antara lain komunikasi yang berjalan searah dari negara maju ke negara berkembang, mengalami situasi yang makin mendekati kondisi negara tersebut. Juga dalam bentuk rendah diri, dengan kompensasi meniru tanpa kritik yang cukup tajam, apa yang sedang berlaku di negara yang telah maju itu. Pengusaha makan dan minum membangun usaha *franchise*. Hal ini sejalan dengan dugaan para ahli yang menyatakan bahwa pada abad ke-21, adalah abad informasi atau perkembangan teknologi komunikasi. Hanya dalam hal ini ada yang perlu diamati, bahwa sejalan dengan prinsip entropi dalam fisika, maka informasi dari negara maju – terutama gagasan-gagasan kehidupannya – lebih banyak deras mengalir ke negara yang masih dan belum berkembang. Sebaliknya kemampuan masyarakat dari negara yang masih atau belum berkembang untuk bersikap kritis terhadap apa yang masuk dari masyarakat lebih maju, tidak cukup kuat. Jadi tidak mustahil bahwa efek negatif dari gaya hidup akan lebih besar dirasakan oleh negara berkembang melalui berbagai tayangan media dan, apalagi kalau pada kenyataannya kemampuan ekonomi masyarakat berkembang untuk menangani akibat negatif tersebut jauh di bawah masyarakat yang telah maju.

Menurut Rice, lahirnya Psikologi Kesehatan didasari oleh adanya dua perspektif yang bersangkutan dengan kesehatan dan sakit, yakni tradisi biomedis dan perspektif psikologis. Pada tahun 1940-an persenyawaan ini dikenal dengan nama “ Kedokteran Psikosomatis ”. Pada awalnya muatan psikosomatika ini sepenuhnya merupakan urusan psikiatri dan kedokteran. Namun sisi psikologinya makin lama makin besar berpengaruh terutama setelah penelitian Holmes dan Rahe, 1967. Keterangan Lazarus mengenai besarnya pengaruh stress dalam kejadian kehidupan terhadap kesehatan, dan masalah tipe kepribadian A yang bercirikan hostilitas, kompetitif, dan

dorongan waktu. Hal lain yang mendorong timbulnya masalah ini adalah berkembangnya biopsikososial (Engel, 1977) yang mengemukakan peranan faktor-faktor psikologis dan sosial terhadap kesehatan dan penyakit.

Saat ini Psikologi Kesehatan telah memasuki tahap kedua temanya, yakni bagaimana orang yang sudah mengetahui pola dan gaya hidup yang berpengaruh buruk pada kesehatan, dapat benar-benar menjauhi kebiasaan itu dalam perilaku nyata sehari-hari. Ini masalah kemauan, motivasi, dan niat. Jadi, tugas psikolog saat ini adalah membangun kemauan untuk melakukan gaya hidup sehat, bukan lagi memberikan keterangan untuk dipahami masyarakat. (dalam Sutardjo, 2009: hlm. 155-157).

### ***Pengertian Dasar dan Definisi***

*Behavioral Medicine* adalah integrasi dari ilmu perilaku dengan praktik dan ilmu kedokteran (Miller, dalam Phares 1992). Sedangkan menurut Matarazzo (dalam Phares, 1992), definisi *Behavioral Medicine* adalah suatu lapangan multidisiplin penelitian ilmiah, pendidikan, dan praktik, yang berkaitan dengan kesehatan, penyakit dan disfungsi faali yang terkait.(dalam Suprapti, 2003: hlm. 172).

Psikologi Kesehatan merupakan bidang spesialisitas dalam psikologi yang lebih spesifik mengacu pada peranan utama psikologi sebagai ilmu dan profesi dalam pengobatan keperilakuan. Menurut Smet, 1994, Psikologi Kesehatan ini merupakan kepedulian para pakar psikologi yang peduli akan kesehatan yang sifatnya holistik mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Di masa kini, bisa jadi pula perlu secara khusus tetapi tentative dimasukkan aspek spiritual. Kegiatannya meliputi praktis, riset, industrial, fisiologis, dan lain-lain. Psikologi Kesehatan secara khusus dapat didefinisikan:

*“Penggerak kontribusi disiplin psikologi pendidikan, ilmiah, dan professional yang spesifik untuk mempromosikan dan memelihara kesehatan,*

*prevensi dan penanganan sakit, dan identifikasi hubungan etiologis dan diagnostis mengenai kesehatan, sakit, dan disfungsi yang berkaitan.”* (Matarazzo, 1980, dikutip dari Trull, 2005).

Definisi ini kemudian diperluas, dan definisi yang baru mengenai hal ini dikemukakan Brannon dan Feist (2004), yang menyatakan bahwa: *Psikologi Kesehatan meliputi sumbangan psikologi bagi pengembangan kesehatan, prevensi dan penanganan penyakit, identifikasi faktor risiko kesehatan, pengembangan sistem pemeliharaan kesehatan, dan penajaman pendapat masyarakat menghargai kesehatan.*

Dengan pengertian-pengertian semacam itu maka permasalahannya menjadi lebih luas meliputi hubungan antara stress, gaya hidup dan perilaku, kepribadian, dukungan sosial, dan kesehatan. Namun kiranya perlu ada penekanan aspek pendidikannya, baik pada taraf untuk penumbuhan pengetahuan dan sikap sampai perilaku nyata. (dalam Sutardjo, 2009: hlm. 157-158).

## **B. NEUROPSIKOLOGI**

### ***Sejarah dan Definisi Neuropsikologi***

Neuropsikologi tidak dianggap sebagai hal baru dalam psikologi dan Psikologi Klinis pada khususnya. Kira-kira tahun 3000 SM dan khususnya 1700 SM, hubungan antara fungsi otak dan perilaku telah dibicarakan para ahli, meskipun suasananya banyak bernuansa filsafat. Selain itu, apa yang disebut dengan neuropsikologi pun pada dasarnya adalah studi mengenai hubungan antara fungsi otak (syaraf) itu dengan perilaku yang meliputi pemahaman, asesmen, dan penanganan perilaku (yang *maladjustive*) yang secara langsung berhubungan dengan fungsi otak.

Asesmen neuropsikologis merupakan metode noninvasif dalam menguraikan fungsi otak yang didasarkan pada kinerja pasien berdasarkan

tes baku yang telah memperhatikan indikator yang akurat dan sensitif menyangkut hubungan otak-perilaku (Golden et. al., 1992). Seorang ahli neuropsikologi bertugas mengemukakan lateralisasi, lokalisasi, dan progres luka serebral. Evaluasi neuropsikologis juga menyediakan informasi yang berguna mengenai dampak keterbatasan pasien terhadap penyesuaian edukasional, sosial, atau pekerjaan. Karena banyak pasien neurologis, seperti penyakit degenerative, peristiwa kardiovaskuler, atau sklerosis ganda, sangat bervariasi dalam perkembangan gangguan maupun kesembuhannya. Cara yang paling berarti untuk mengases pasien mengenai keadaannya adalah dengan mengases perilakunya secara obyektif melalui prosedur-prosedur asesmen neuropsikologis. (dalam Sutardjo, 2009).

Neuropsikologi adalah suatu ilmu yang mempelajari hubungan antara otak dan perilaku, disfungsi otak dan perilaku, dan melakukan assesmen dan treatment untuk perilaku dengan fungsi otak yang terganggu. Sedangkan asesmen neuropsikologis adalah sebuah metode untuk menggambarkan fungsi otak berdasarkan pada performance pasien melalui test-test yang distandarisasi, yang telah terbukti memiliki indicator akurat mengenai hubungan otak perilaku.

Dalam lima tahun terakhir, neuropsikologi berkembang pesat. Ini terlihat dari jumlah anggota asosiasi Neuropsikologi, program pelatihan, makalah-makalah yang dipublikasikan, dan posisi-posisi tugas berkaitan dengan Neuropsikologi di Amerika Serikat yang meningkat (*Phares 1992*).

Sebagai ilmu, Neuropsikologi dianggap sebagai salah satu bagian dari Biopsikologi. Bidang lain yang termasuk dalam biopsikologi antara lain; psikologi faal, psikofisiologi, dan psikologi perbandingan. Neuropsikologi adalah *interface* neurologi dan neurosains, yang dipacu oleh kemajuan yang sangat pesat dalam penelitian biokimia, ilmu faal, histologi susunan syaraf pusat. Neuropsikolog atau neurology berasumsi bahwa perilaku manusia,

kepribadiannya, proses psikopatologi dan strategi kognitif diantara (*mediated*) oleh otak (*Carlson 1992*). Neuropsikologi klinis yang bertujuan mendeteksi dan mendiagnosis proses neuropatologi, dan menjembatani *gap* antara dengan ilmu-ilmu perilaku. Neuropsikologi klinis melakukan evaluasi kekuatan dan kelemahan aspek kognitif, aspek psikologis, serta menentukan hubungannya dengan fungsi otak.

Para ahli neuropsikologi memiliki fungsi dalam sejumlah peran yang berbeda. Peran-peran para neurology adalah membantu menegakkan peraturan dalam melakukan diagnosis tertentu, membuat prediksi mengenai prognosis maupun penyembuhannya, neurology memiliki peran utama dalam memberikan intervensi dan rehabilitasi.

Pasien dengan kerusakan otak kiri biasanya lumayan bagus dalam menggambar bagian dari gambar, tapi mereka tampaknya salah menempatkan bagian yang berhubungan itu. Pasien dengan kerusakan otak kanan, biasanya bagus dalam menggambar semua bentuk, tapi lebih sedikit detailnya. Pemrosesan informasi nonverbal melibatkan sinyal yang sangat kompleks yang terlibat dalam komunikasi sosial dan emosional.

Kesulitan dari penderita kerusakan otak kanan adalah, menilai situasi secara tepat, dalam berhubungan dengan orang lain, dan dalam menerima isyarat dari orang lain oleh suatu masalah—mereka biasanya tidak sadar akan kekurangan mereka. Ketidakmampuan untuk memahami besar dan parahnya kesulitan seseorang disebut *anosognosia*.

### ***Anteseden/Penyebab Gangguan Otak Organik***

Ada 6 variabel yang dapat merupakan anteseden dari gangguan fungsi otak, yaitu :

1. *Trauma*, ada 3 istilah untuk trauma pada otak, yaitu gegar otak (*concusion*), pendarahan otak (*contusion*), dan robek otak (*laceration*).

2. *Vascular accident*, terjadinya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak.
3. *Tumor*, gejala yang tampil terkadang terkesan ringan (sakit kepala, gangguan penglihatan) tetapi akibatnya fatal.
4. *Penyakit degeneratif*, penyakit yang menyebabkan terjadinya kemunduran, misalnya demencia jenis Alzheimer.
5. Defisiensi nutrisi (kurang gizi).
6. Keracunan, yang dapat menyebabkan seseorang mengigau (delirium).  
(dalam Suprapti, 2003: hlm. 179)

### ***Pendekatan dan Interpretasi Hubungan Otak dan Perilaku***

Ada dua pendekatan untuk menginterpretasi hubungan gejala gangguan perilaku dengan kerusakan otak, yaitu :

- (1) Pendekatan lokalisasi, menyatakan bahwa kerusakan pada bagian otak tertentu menimbulkan gangguan pada fungsi tertentu pula. Pendekatan ini tidak sejalan dengan prinsip *equipotential* bahwa semua bagian otak ikut terlibat dalam suatu kerusakan, bukan hanya sebagian.
- (2) Pendekatan lateralisasi, menyatakan bahwa ada perbedaan yang mendasar antara fungsi otak kiri dan kanan. Pandangan ini menimbulkan pertanyaan tentang orang-orang *left-handed* dan *right-handed*. (Suprapti, 2003).

### ***Gangguan-Gangguan Neuropsikologi***

#### **1. Depresi**

Neuropsikologi telah tertarik pada depresi sejak Gainotti (1972) mendokumentasikan dalam gaya sistematis bahwa jenis-jenis kerusakan otak yang berbeda menghasilkan reaksi emosional yang berbeda pula. Pasien yang mengalami kerusakan pada otak kanan sering menunjukkan

reaksi yang cenderung ceria, tidak tepat, reaksi yang tidak pasti akan merusak mereka, perubahan dalam status, dan hospitalisasi. Gainotti menyebut itu sebagai reaksi “ *Euphoric atau Indifference* ”. (reaksi ini sering diikti oleh anosognosia, yaitu ketidaksiapan akan kekurangan). Sebaliknya, pasien yang mengalami kerusakan otak kiri sering menunjukkan apa yang Gianotti sebut sebagai reaksi “ *Catastrophic*”, dimana karakter reaksi ini ditandai oleh simptom dari depresi seperti selalu berlinang air mata dan penderitaan.

Akhir-akhir ini, studi dari Robinson dan kawan-kawan telah memastikan bahwa di suatu tempat diantara sepertiga dan duapertiga pasien menjadi depresi saat mengalami kerusakan pada otak kiri (Starkstein & Robinson 1988). Riset ini juga menunjukkan bahwa kemungkinan seseorang bisa mengembangkan depresi berkorelasi tinggi dengan luka pada otak bagian depan. Jika luka lebih dekat dengan bagian depan-kiri otak, depresinya lebih parah. Saat orang depresi dibandingkan dengan orang yang tidak, hemisfer kiri dari orang yang non-depresi itu tidak seaktif hemisfer kanannya.

## 2. **Schizophrenia**

Ahli Neuropsikologi juga mempelajari tentang pemfungsian otak dalam Schizophrenia. Studi akhir-akhir ini yang kebanyakan menggunakan metode *Tachistoscopic* menunjukkan bahwa pemicu dari disorder ini disebabkan oleh over aktivasi dari hemisfer kiri (Gur, 1978). Studi ini menunjukkan bahwa area prefrontal kiri pada penderita schizophrenia (Schizophrenics) itu tidak normal karena area itu tidak diaktifkan dalam performa pada tes seperti *Wisconsin Card Sort Test*. Hasil ini kompatibel dengan beberapa observasi mengenai simptomatologi tentang schizophrenia. Pertama-tama, banyak

Schizophrenia menunjukkan apa yang disebut dengan simptom negatif. Simptom negatif ini meliputi sikap yang datar, kurangnya inisiatif, kekurangan energi, absen dari kehidupan sosial, dan kurangnya spontanitas. Simptom yang sama ini dihadapi pada pasien-pasien tertentu dengan luka pada area prefrontal. Kedua, gangguan dalam reasoning linear, pemikiran logis, dan bahasa terlihat dengan jelas dalam schizophrenia dan konsisten dengan sejenis kerusakan pada area khusus dari hemisfer kiri.

Bagaimanapun juga kita harus hati-hati dalam menarik kesimpulan. Area prefrontal tergabung dengan rumit pada banyak bagian dari otak, dan kerusakan dan disfungsi di area lain bisa membuat area prefrontal menjadi tidak berfungsi. Lebih jauh lagi, studi biasanya dilakukan pada sampel kecil, sejak schizophrenia relatif langka pada populasi umum, pasien-pasiennya sulit di tes, dan tehnologinya sangat rumit dan mahal. Meski begitu, banyak peneliti percaya bahwa schizophrenia berhubungan dengan kerusakan atau disfungsi dari area prefrontal dari hemisfer kiri (Rubin et al., 1991).

### 3. Keterbatasan Belajar

Beberapa studi telah mengindikasikan bahwa *Dyslexia* (ketidakmampuan membaca) berkaitan dengan disfungsi dari hemisfer kiri. Studi *Tachistoscopic* dan pengukuran Behavioral lainnya telah menemukan bahwa anak-anak dengan masalah membaca lebih menunjukkan keuntungan yang direduksi untuk hemisfer kiri berhubungan dengan hemisfer kanan (Obzurt, 1988). Anak-anak ini cenderung bergantung pada hemisfer kiri daripada kanan dalam proses belajar membaca. *Dyslexia* berkorelasi dengan kekurangan dalam kemampuan berbahasa.

Beberapa studi telah melaporkan hasil dari otopsi otak pada orang yang memang mengalami dyslexia. Studi-studi ini telah menemukan bahwa struktur dari hemisfer kiri pada penderita *dyslexia* itu berbeda dengan orang-orang kebanyakan. Dalam kasus lain para peneliti telah menemukan bukti dari sel yang “salah tempat” yang disebut dengan “*Ectopias*”, pada hemisfer kiri. *Ectopias* tersebut terjadi pada saat perkembangan dari otak, saat sel bermigrasi ke tempat yang seharusnya dalam Cortex. Kesalahtempatan ini bisa menimbulkan penundaan dalam perkembangan dan kekurangan dalam pemfungsian dari hemisfer kiri.

Ahli neuropsikologi klinis, anak-anak sering bisa membantu mengetahui kekurangan dalam hemisfer kiri pada anak-anak dengan kesulitan membaca. Mereka sering membantu program perbaikan untuk anak-anak tersebut dan berkonsultasi dengan guru dan para orangtua bagaimana bisa mendapatkan informasi akademik yang tepat.

#### 4. Keterbatasan Non Verbal

Tipe berbeda dari keterbatasan belajar melibatkan kekurangan dalam kemampuan visuospasial dan visuomotor sebagaimana juga kemampuan-kemampuan lain yang bergantung pada hemisfer kanan. Sindrom ini pertama kali dijelaskan oleh Myklebust (1975), tapi akhir-akhir ini riset neuropsikologi lebih mengutamakan dalam penggambaran gangguan ini dan mengkomunikasikan sebesar apa signifikansinya pada para guru dan profesional lain. Diagnosa yang lalu dan perlakuan pada anak-anak yang mempunyai keterbatasan belajar nonverbal harusnya membantu mencegah beberapa dari masalah psikologis ini.

Dalam bukunya pada keterbatasan belajar nonverbal, Rourke (1989) berpendapat bahwa kekurangan hemisfer kiri pada awal masa

anak-anak bisa berpengaruh besar pada perkembangan normal. Defisit tersebut menghalangi anak-anak untuk menggali lingkungan di sekitarnya, belajar konsekuensi dari tindakan, dan meraih pengalaman esensial dalam *skill* visulomotor. Wendy Heller dan kawan-kawan (Heller, Hopkins, & Cox, 1991) telah mempelajari bayi yang mengalami pendarahan dalam otak yang disebabkan oleh perkembangan yang lambat pada sistem vaskular. Mereka menemukan bahwa bayi yang hemisfer kanannya sudah rusak tidak lebih menampakkan ekspresi wajahnya dan menunjukkan hubungan timbal balik yang lebih sedikit dalam interaksi mereka dengan ibu daripada bayi yang menderita kerusakan hemisfer kiri pada otak dan bayi yang sehat. Sejak interaksi ibu-bayi memprediksi kualitas dari kedekatan pada umur yang sedikit lebih tua, dan sejak kualitas kedekatan itu memprediksi “*Social Adjustment*” pada masa anak-anak, hasil ini menyatakan bahwa dalam tambahan pada keterbatasan motorik dan kognitif, abnormalitas dini dalam hubungan sosial menempatkan anak-anak yang menderita keterbatasan dalam belajar nonverbal pada resiko untuk kesulitan emosional pada hidupnya kelak.

### ***Teknik Asessmen Neuropsikologi***

Seorang ahli neuropsikologi biasanya mengikuti satu atau dua pendekatan untuk mengases seorang pasien yang dicurigai terserang kerusakan otak. Pendekatan pertama adalah untuk mengatur sesuatu yang menentukan sebelumnya, menetapkan ukuran seperangkat tes yang bergabung menjadi sebuah *Battery*. Tes *Battery* berisi seragam teknik asessmen untuk semua pasien. Pendekatan kedua adalah metode pembedaan, yang mana beberapa tes terus-menerus diberikan pada semua pasien tapi sisa tes diseleksi dengan kebutuhan khusus terutama pasien

dengan ingatan. Pendekatan pembedaan menyesuaikan pilihan tes untuk pertanyaan diagnostik spesifik sebaik untuk mengetahui tentang pasien dari awal.

Ada pendapat yang berbeda mengenai pelaksanaan tes neuropsikologi, yaitu dalam metode (dengan baterai standar atau baterai khusus sesuai klien), administrasi (satu alat tes atau lebih) dan interpretasi (kualitatif atau kuantitatif). Sehubungan dengan hal administrasi, contoh tes tunggal untuk assesmen neuropsikologi adalah *Wechsler Memory Scale* (WMS) untuk mengukur ingatan, *Wechsler Bellevue Subtes Hold* dan *Don't Hold* untuk mengukur ada tidaknya kemunduran itelegensi, *Bender-Gestalt* untuk dugaan kerusakan otak. Baterai neuropsikologi yang sering dipakai adalah *Luria-Nebraska* dan *Halstead-Reitan. Neuropsychological Deficit Scale* (Wolfson, 1993). (dalam Suprapti, 2003: hlm. 180).

### ***Pendekatan Neuropsikologi Dalam Psikopatologi***

Akhir-akhir ini pendekatan neuropsikologi telah mulai bisa menjelaskan banyak kelainan-kelainan psikologi (*Psychological Disorder*), meliputi depresi dan Schizophrenia. Neuropsikologi juga sudah mulai bisa menjelaskan juga tentang beberapa permasalahan pada masa kecil, khususnya keterbatasan belajar.

## **C. PSIKOFARMAKOLOGI**

### ***Definisi Psikofarmakologi***

Psikofarmakologi adalah suatu cabang ilmu atau ilmu pengetahuan yang mempelajari obat-obatan yang secara khusus berpengaruh terhadap fungsi-fungsi mental dan perilaku (disebut juga obat psikoaktif). (dalam Suparno, 2008: hlm. 1).

Psikofarmakologi mempelajari efek obat pada perilaku manusia dan bagaimana efek ini terjadi melalui perubahan aktivitas neural (saraf). Psikofarmakologi mempelajari obat-obat khusus yang dinamakan psikotropik-obat yang efeknya pada otak, yang memiliki dampak terapeutik langsung pada proses mental (Maramis, 1994). (dalam Suprpti, 2003: hlm. 82).

### ***Penyakit Jiwa, Neurotransmisi, dan Penggunaan Obat Psikotropik-Narkotik***

Menurut Olson (1993) penyakit jiwa adalah penyakit neurotransmisi atau penyaluan listrik-kimiawi-listrik antarneuron. Olson membedakanya ke dalam dua kelompok berdasarkan peristiwa yang menyebabkannya, antara lain :

1. Karena terlalu banyak neurotransmisi yang dapat disebabkan oleh neuron yang terlalu mudah terangsang (*Hyperexcitable*) serta terlalu banyaknya molekul Neurotransmitter pada reseptor pascasinaps (*Postsynaptic Receptor*).
2. Terlalu sedikit neurotransmisi karena terlalu sedikitnya NT yang di ikat oleh reseptor pascasinaps (*Postsynaptic Receptor*).

Obat Psikotropika adalah obat yang bekerja secara selektif pada susunan saraf pusat dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku. Biasanya digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik. Sedangkan obat narkotika adalah obat yang bekerja secara selektif pada susunan saraf pusat dan mempunyai efek utama terhadap penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri. Biasanya digunakan untuk analgesik (anti rasa sakit), Antitusif (mengurangi batuk), Antipasmodik (mengurangi rasa mulas atau mual) dan pramedikasi

anestesi dalam praktik kedokteran (Maslim R, 1999). (dalam Suprapti, 2003: hlm. 88)

Obat psikotropik (psikotropika, psikofarmaka) merupakan obat yang bekerja secara selektif pada Susunan Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku (*Mind and Behavior altering drugs*), digunakan untuk terapi gangguan Psikiatrik (*Psychotherapeutic Medication*).

Obat narkotik (narkotika) merupakan obat yang bekerja secara selektif pada Susunan Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, dan mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri (*altered reaction to the painful stimulus*), digunakan untuk analgesik, antitusif, antispasmodik, dan premedikasi anestesi dalam praktek kedokteran.

Obat psikotropik dan narkotik termasuk salah satu zat psikoaktif. Namun demikian harus dibedakan pula dengan zat adiktif, yaitu zat yang dapat menimbulkan sindrom ketergantungan. Tidak semua zat psikoaktif adalah zat adiktif. Di dalam PPDGJ-III terdapat pula kategori diagnosis F-55 “ Penyalahgunaan zat yang tidak disebabkan ketergantungan ”, misalnya obat antidepresi dan neuroleptika. Secara legal, seperti pada “ *Untied Nation Convention of Psychotropic substances 1971*” digunakan istilah zat psikotropik (*psychotropic substances*) yang bermakna sama dengan zat psikoaktif.

*Dampak Penyalahgunaan Obat Psikotropik.* Obat psikotropik, sebagai salah satu zat psikoaktif, bila digunakan secara salah (*missue*) atau disalahgunakan (*abuse*) berisiko menyebabkan timbulnya gangguan jiwa yang menurut PPDGJ-III termasuk kategori diagnosis F-10, F-19 “ Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif ”.

Gangguan mental dan perilaku tersebut dapat bermanifestasi dalam bentuk sebagai berikut (dalam Suparno, 2008) :

a. Intoksikasi Akut (tanpa atau dengan Komplikasi)

1. Berkaitan dengan dosis zat yang digunakan (efek yang berbeda pada dosis yang berbeda).
2. Gejala intoksikasi tidak selalu mencerminkan efek primer dari zat (dapat terjadi efek paradoksal).

b. Penggunaan yang Merugikan (*Harmful use*)

1. Pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan (dapat berupa fisik dan atau mental).
2. Belum menunjukkan adanya sindrom ketergantungan.
3. Sudah ada hendaya psikososial sebagai dampaknya.

c. Sindrom Ketergantungan (*Dependences Syndrome*)

1. Adanya keinginan yang amat kuat (dorongan kompulsif) untuk menggunakan zat psikoaktif secara terus menerus dengan tujuan memperoleh efek psikoaktif dari zat tersebut.
2. Terdapat kesulitan untuk menguasai perilaku menggunakan zat, baik mengenai mulainya, menghentikannya, ataupun membatasi jumlahnya (*Loss of Control*).
3. Penghentian atau pengurangan penggunaan zat menimbulkan keadaan putus zat, dengan perubahan fisiologis tubuh yang sangat tidak menyenangkan, sehingga memaksa orang tersebut menggunakan zat tersebut lagi atau yang sejenis untuk menghilangkan gejala putus zat tersebut.
4. Terjadi peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan untuk memperoleh efek yang sama (gejala toleransi).
5. Terus menggunakan zat meskipun individu menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya.

d. Keadaan Putus Zat (*Withdrawal state*)

1. Gejala-gejala fisik dan mental yang terjadi pada penghentian pemberian zat sesudah suatu penggunaan zat yang terus menerus dan dalam jangka waktu panjang dan/atau dosis tinggi.
2. Bentuk dan keparahan gejala tersebut tergantung pada jenis dan dosis zat yang digunakan sebelumnya.
3. Gejala putus zat tersebut mereda dengan meneruskan penggunaan zat.
4. Salah satu indikator dari sindrom ketergantungan.

e. Gangguan Psikotik (*Psychotic Disorder*)

1. Sekelompok gejala-gejala psikotik yang terjadi selama atau sesegera sesudah penggunaan zat psikoaktif.
2. Ditandai oleh halusinasi, kekeliruan identifikasi, waham dan/atau “*Ideas of Reference*” (gagasan yang menyangkut diri sendiri sebagai acuan) yang seringkali bersifat kecurigaan atau kejaran, gangguan psikomotor (*excitement* atau *stupor*) dan efek yang abnormal yang terentang antara ketakutan yang mencekam sampai ke kegembiraan yang berlebihan.
3. Pada umumnya keadaan kesadaran jernih.
4. Variasi pola gejala dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan dan kepribadian pengguna zat.

f. Sindrom Amnesik (*Amnesic Syndrome*)

1. Terjadi hendaya/gangguan daya ingat jangka pendek (*recent memory*) yang menonjol, kadang-kadang terdapat gangguan daya ingat jangka panjang (*remote memory*), sedangkan daya ingat segera (*immediate recall*) masih baik. Fungsi kognitif lainnya biasanya relatif masih baik.

2. Adanya gangguan sensasi waktu (menyusun kembali urutan kronologis, meninjau kejadian berulang kali menjadi satu peristiwa, dll).
3. Keadaan kesadara jernih.
4. Perubahan kepribadian, yang sering disertai keadaan apatis dan hilangnya inisiatif, serta kecenderungan mengabaikan keadaan.

Dalam bidang terapi, orientasi terarah pada gejala sasaran (*target syndrome oriented*). Penggunaan klinis obat psikotropik ditujukan untuk meredam (*suppression*) gejala sasaran tertentu dan pemilihan jenis obat disesuaikan dengan tampilan gejala sasaran yang ingin ditanggulangi.

**Tabel 3.1. Jenis Obat dan Gejala Sasaran**

Jenis Obat	Gejala Sasaran
Anti – Psikosis	Psikosis
Anti – Depresi	Depresi
Anti – Mania	Mania
Anti – Ansietas	Ansietas
Anti – Insomnia	Insomnia
Anti – Obsesif kompulsif	Obsesif kompulsif
Anti – Panic	Panik

***Gejala Sasaran (Target Symptoms) dalam Pengobatan Gangguan Jiwa***

Obat psikotropika tidak menyembuhkan suatu penyakit/gangguan, tetapi mengurangi atau menghilangkan gejala sasaran. Berikut adalah beberapa gejala sasaran untuk beberapa gangguan jiwa.

1. *Gangguan depresi*, gejala sasarnya adalah :
  - a. Simtom neurovegetatif (tidur, nafsu makan, dan lain-lain),
  - b. Simtom psikomotor (ekspresi wajah, tangan, tubuh, secara keseluruhan),
  - c. Perubahan suasana hati (dari depresi menjadi *irritable*),

- d. Perubahan konsentrasi, atensi, dan memori,
  - e. Pikiran depresi, rasa bersalah, ruminasi (terus menerus mengingat hal-hal tak enak dari masa lalu), kognisi yang terdistorsi,
  - f. Simtom psikotik.
2. *Gangguan mania*, gejala saranya adalah :
    - a. *Kegiatan psikomotor yang tinggi yang harus dikurangi*,
    - b. *Pressure of speech*, yaitu bicara cepat, mengalir dan penuh semangat, yang sulit dihentikan,
    - c. *Kurang tidur*.
  3. *Gangguan psikosis*, gejala saranya berhubungan dengan gejala/simtom arousal, afek, aktivitas psikomotor, pikiran, dan penyesuaian social.
  4. *Gangguan cemas*, gejala saranya adalah pengalaman subjektif yang ditandai oleh keresahan/kekhawatiran juga ketegangan motorik, hiperaktivitas autonomik dan kewaspadaan. (dalam Suprapti, 2003).

### ***Efek Samping Obat Psikotropika***

Efek samping obat psikotropika bermacam-macam, antara lain :

1. Terjadinya hipotensi ortostatik, yakni tekanan darah turun ketika seseorang dalam posisi berdiri.
2. Gejala neurologik, seperti tremor (gemetar), parkinsonisme (gejala penyakit parkinson, yakni langkah kecil-kecil, posisi badan kaku), dyskinesia (gangguan pengendalian gerakan) antara lain gerakan mata, lidah.
3. Gangguan autonomik, vegetatif atau hormonal, seperti mengantuk, lelah, mulut kering, *tachycardia* (detak jantung menjadi cepat), sukar kencing, konstipasi (sukar buang air besar), gangguan menstruasi, perasaan mabuk, penurunan potensi seks.
4. Gejala psikiatrik, misalnya menjadi hipomanik (gembira berlebihan).

5. Alergi, berat badan naik, dan ikterus (badan menjadi kuning) (Maramis, 1994).  
(dalam Suprapti, 2003: hlm. 97)

### ***Pengelompokkan Obat Psikotropika***

Maramis mengelompokkan obat psikotropik dalam 4 kelompok :

1. Penenang (*tranquilizer*) mempunyai efek anti cemas, anti tegang, dan anti agitasi.
2. Neuroleptik (melumpuhkan saraf), dulu dinamakan *major tranquilizer*. Memiliki efek antischizo-phrenia, anti-psikosa, dan juga anti cemas, anti tegang, dan anti agitasi.
3. Anti-depresan yang terdiri dari dua kelompok, kelompok pertama adalah *timoleptika* yang berguna menurunkan depresi dan menimbulkan efek anti-cemas, anti-tegang dan anti-agitasi. Kelompok kedua adalah *thimeretika* yang berguna mengurangi depresi dan mengaktivasi dan menghilangkan hambatan.
4. Psikomimetika (meniru psikosis) efek yang ditimbulkan adalah gejala psikotik yang reversibel. (dalam Suprapti, 2003: hlm. 97).

## **BAB IV**

### **PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS**

Penelitian dalam psikologi klinis sangat perlu dilakukan, karena sesuai dengan kenyataan bahwa psikologi klinis adalah sains dan juga terapan (science-practitioner). Tujuan penelitian psikologi klinis adalah untuk membuktikan kebenaran suatu teori dalam praktiknya (misalnya, teori sasaran perkembangan Erickson, Oedipus complex Freud), dan untuk lebih memahami keunikan perilaku, perasaan dan pikiran individu klien, bukan untuk mengadakan generalisasi. Metode penelitian dalam psikologi klinis pada dasarnya sama dengan metode penelitian pada umumnya, namun tujuan dan penekanannya adalah untuk keperluan populasi khusus, misalnya mengetahui efektivitas suatu perlakuan pada kelompok tertentu, menentukan tes yang dapat meramalkan kerentanan seseorang terhadap serangan stroke, dll.

Metode-metode yang digunakan ialah: metode observasi, penelitian epidemiologi, metode korelasi, penelitian longitudinal, metode eksperimen, dan desain satu khusus.

#### **Metode Observasi**

Ada beberapa jenis observasi, yakni observasi tak sistematis, observasi alami, observasi terkontrol, dan observasi pada studi kasus.

1. Observasi tak sistematis misalnya observasi yang dilakukan oleh pemeriksa secara kebetulan terhadap seorang subjek yang sedang menunggu giliran, atau saat subjek sedang menjalani tes.
2. Observasi alamiah atau naturalistik ialah yang dilakukan dalam setting alamiah. Misalnya observasi terhadap seorang penderita schizophrenia yang bertujuan melihat sosialisasinya di Rumah Sakit Jiwa, atau

observasi terhadap penderita pascastroke di RS. Observasi jenis inilah yang digunakan oleh Freud dalam melahirkan dan membuktikan hipotesisnya.

3. Observasi terkendali (*Controlled*). Jenis observasi ini dilakukan untuk memperbaiki observasi alami yang kurang sistematis dengan memberi suatu “stimulus” kepada orang yang akan diamati dalam setting alamiah, untuk mengetahui sejauh mana stimulus itu berpengaruh dalam perilaku. Misalnya, dalam suatu wisma untuk orang lanjut usia (lansia) diberi stimulus musik gembira selama beberapa waktu dalam satu hari. Kemudian diobservasi bagaimana perilaku lansia yang tinggal di wisma itu, dibandingkan dengan lansia yang tinggal di wisma tanpa musik gembira.
4. Studi kasus, ialah suatu penelitian intensif terhadap satu subjek, yang bertujuan memberikan deskripsi yang mendetail tentang subjek yang diteliti. Peneliti melakukan wawancara, observasi atau mempelajari catatan biografinya. Studi kasus bertujuan mengungkapkan keunikan yang terdapat pada kasus, dan dapat mengarahkan pada suatu pembentukan hipotesis baru apabila temuan sangat unik. Menurut Lazarus dan Davidson 1971, studi kasus sangat bermanfaat untuk memberi deskripsi atas fenomena baru atau yang jarang terjadi. Studi kasus dapat meniadakan informasi yang sebelumnya dianggap “ Universal ”.

### **Metode Penelitian Epidemiologis**

Metode ini mempelajari kejadian (*Incidence*), prevalensi, dan distribusi penyakit atau gangguan dalam suatu populasi. Metode ini biasanya dilakukan dalam bidang kedokteran untuk mengetahui penyebaran penyakit menular dan penyakit-penyakit yang terkait dengan kondisi daerah tertentu. Kebanyakan penelitian epidemiologis didasarkan atas hasil survei

berdasarkan kuesioner yang disebar di suatu daerah tertentu, dengan harapan bahwa subjek yang mengisi kuesioner akan melaporkan yang sebenarnya. Namun, dalam penelitian dengan kuesioner semacam ini kadangkala terjadi bahwa subjek tidak menyatakan yang sebenarnya, dan menjawab seperti yang dikehendaki oleh peneliti (sesuai dengan *Social Desirability*)

### **Metode Korelasi**

Metode korelasi memungkinkan peneliti untuk menentukan apakah suatu variabel tertentu berkaitan dengan variabel lain. Misalnya, apakah ada hubungan antara skor tes intelegensi dengan jenis gangguan psikiatri tertentu; apakah ada hubungan antara suatu jenis terapi dengan tingkat kesembuhan; apakah ada hubungan antara seks dengan gangguan depresi, dan sebagainya.

Teknik korelasi memerlukan dua set data (dari observasi, skor tes, dll) untuk dicari apakah data set pertama berhubungan dengan data set lainnya, yang menghasilkan suatu koefisien korelasi. Untuk penelitian bidang klinis kadang-kadang suatu koefisien korelasi yang secara statistik bermakna, tidak mempunyai makna praktis, atau sebaliknya. Misalnya, meskipun secara statistik hubungan antara penderita gangguan depresi dengan kejadian stres tidak bermakna secara statistik, dalam pengalaman praktik psikologi klinis, hubungan antara kedua hal tersebut patut selalu mendapat perhatian.

Hasil perhitungan korelasi seringkali dianggap sebagai bukti bahwa satu variabel merupakan penyebab dari variabel lain. Misalnya, apabila ada korelasi positif antara banyaknya anak yang menderita gangguan retardasi mental dengan banyaknya ibu yang pendidikannya rendah, maka ada kecenderungan untuk menganggap bahwa ibu yang pendidikannya rendah

menyebabkan anak-anak yang kecerdasannya rendah. Penyimpulan seperti ini tidak benar karena angka korelasi hanya menunjukkan adanya hubungan, tapi hubungan itu bukan hubungan kausal. Untuk menentukan ada tidaknya suatu hubungan kausal antara dua variabel perlu dilakukan penelitian eksperimen.

Motode korelasi dapat berlanjut dengan menggunakan matriks korelasi yang menggambarkan korelasi antara sejumlah banyak variabel, dan identifikasi adanya faktor-faktor yang jumlahnya lebih sedikit dari variabel-variabel tadi. Identifikasi faktor-faktor ini dinamakan *analisis faktor*, misalnya bila dilakukan antarkorelasi antara sejumlah variabel seperti umur, pendidikan, lingkungan sosial, berat badan, keluhan fisik, keluhan psikis. Bisa jadi variabel pendidikan, lingkungan sosial merupakan satu faktor, artinya keduanya saling berkorelasi tinggi.

### **Penelitian longitudinal versus cross-sectional**

Desain penelitian cross sectional adalah penelitian yang membandingkan dua kelompok pada suatu kurun waktu tertentu yang sama. Misalnya membandingkan anak balita dan anak usia 10 tahun pada tahun 1977. Desain penelitian longitudinal meneliti sejumlah orang yang sama dalam suatu kurun waktu tertentu, misalnya meneliti kelompok lanjut usia antara tahun 1977 hingga tahun 2000. Contoh lain adalah meneliti sejumlah anak berbakat dari usia 5 tahun hingga mereka dewasa. Desain longitudinal sangat penting untuk mengetahui hal-hal yang berpengaruh pada perkembangan anak, perkembangan psikopatologi, dan lain-lain.

### **Metode penelitian eksperimental**

Untuk memastikan adanya suatu hubungan sebab akibat antara dua peristiwa, perlu dilakukan metode eksperimen. Misalnya, bila peneliti ingin

memperkenalkan pengaruh musik pada emosi gembira pada sejumlah penghuni panti werdha. Untuk menguji dugaan tersebut perlu dilakukan metode eksperimen. Peneliti memilih dahulu penghuni di wisma yang akan menjadi kelompok eksperimental yakni yang akan diberi stimulus musik dangdut pada waktu tertentu misalnya jam 5 sore. Kelompok ini dibandingkan dengan kelompok kontrol, yakni mereka yang ada di wisma lain, yang tidak diberi musik. Atas dua kelompok ini dicatat observasi perilaku penghuni yang dapat menggambarkan emosi gembira misalnya, ekspresi wajah, gerakan, kata- kata yang diucapkan. Observasi akan lebih objektif bila dilakukan pemotretan dengan kamera video.

Setelah ada observasi awal, yang dinamakan data dasar (baseline data), baru diberikan stimulus pada kelompok eksperimental. Observasi dilakukan sekali lagi terhadap kedua kelompok itu pada saat yang sama, untuk kelompok eksperimental dan kelompok kontrol. Bila pada kelompok eksperimen terjadi peningkatan perilaku gembira, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan, maka dapat dikatakan bahwa stimulus musik itu yang menyebabkan peningkatan perilaku itu. Dalam contoh ini perilaku gembira dinamakan variabel tergantung dan stimulus musik dinamakan variabel bebas.

Desain antarkelompok (*between- group designs*) ialah bila dua kelompok yang dibandingkan, menerima stimulus yang berbeda, yang dibandingkan akibatnya. Misalnya kelompok A menjalani psikoterapi jenis konseling nindirektif, dan kelompok B menjalani psikoterapi jenis konseling direktif. Kemudian dibandingkan yang mana yang lebih efektif. Desain dalam kelompok (*within- group designs*) ialah bila satu individu dalam kelompok terapi konseling direktif, dibandingkan kemajuannya dalam beberapa periode, misalnya setelah satu bulan, setelah dua bulan dan seterusnya.

Dalam penelitian eksperimental ada dua hal yang harus diperhatikan, yakni masalah validitas internal dan eksternal. Validitas internal ialah adanya jaminan bahwa yang menyebabkan terjadinya suatu perubahan yang direncanakan oleh eksperimen itu adalah hanya stimulus yang diberikan dan bukan hal-hal lainnya. Jadi agar validitas internal baik, haruslah ada kelompok kontrol. Kadang-kadang validitas internal penelitian eksperimental kurang baik, karena perubahan yang dihasilkan oleh eksperimen lebih disebabkan oleh karena adanya harapan dari subjek yang diteliti ( untuk memenuhi keinginan peneliti). Untuk mencegah hal itu ada baiknya dilakukan penelitian eksperimen secara double blind, artinya baik peneliti maupun subjek yang diteliti sama sama tidak tahu siapa yang menjadi kelompok eksperimen dan siapa yang kelompok kontrol, juga kelompok mana yang mendapat perlakuan dan mana yang tidak (Phares, 1992)

### **Desain satu kasus**

Desain satu kasus mempunyai persamaan dengan desain studi kasus dan desain eksperimental. Dalam desain satu- kasus, diukur perilaku individu sebelum dan sesudah perlakuan, dan hal ini dilakukan dalam situasi eksperimen. Desain satu kasus adalah perwujudan dari pendekatan perilaku (behavioral approach), yang mengutamakan pengukuran perilaku nyata seperti yang dianjurkan dalam belajar operan (Phares, 1992)

### **Desain A-B-A-B**

Salah satu contoh desain satu kasus yang dapat direncanakan ialah perlakuan misalnya terhadap seorang anak dengan perilaku agresif. Di ruang terapi, anak diamati selama beberapa jam/ beberapa hari, dicatat perilaku agresif apa saja yang ia tampilkan, dan dicatat frekuensinya (situasi A).

Kemudian diberikan perlakuan yakni apabila anak memperlihatkan perilaku baik, maka ia diberi imbalan. Misalnya kalau ia duduk diam meski hanya sejenak, ia diberi perhatian oleh terapis, misalnya diberi permen atau ditanggapi dengan senyuman. Perlakuan ini dipertahankan selama beberapa jam/ beberapa hari, dan dicatat lagi perilaku anak yang positif, yakni duduk diam (B). Setelah itu, kembali lagi anak dibiarkan seperti situasi A, yakni tidak diberi perlakuan. Setelah itu kembali diberlakukan situasi B.

### **Desain multiple baseline**

Kadangkala situasi pemberian imbalan seperti yang terjadi pada situasi B tidak mudah untuk ditiadakan dengan pertimbangan etis. Dalam desain ganda dilakukan hal yang sama dengan kasus anak dengan perilaku agresif, namun desain AB itu diberlakukan dalam dua situasi, yakni di rumah dan di ruang terapi. Yang diamati dan dicatat baselinenya adalah dalam dua situasi yakni situasi di ruang terapi dan situasi di rumah. Dalam situasi terapi tidak perlu diadakan peniadaan imbalan. Penghentian imbalan dilakukan hanya dalam situasi dirumah. Apabila peningkatan perilaku positif selalu terjadi menyusul perlakuan (pemberian imbalan), maka dapat disimpulkan bahwa perlakuan itulah yang menyebabkan bertambahnya perilaku positif dan berkurangnya perilaku agresif.

### **Desain campuran**

Dalam desain ini teknik eksperimental dan teknik korelasi digabung. Sebagai contoh rancangan penelitian yang dikemukakan oleh Davison & Neale pada tahun 1990 (dalam Phares, 1992) ialah penelitian mengenai efektivitas tiga jenis terapi pada penderita gangguan psikiatrik tertentu. Bila pasien untuk masing- masing jenis terapi tersebut dianggap sebagai masing-

masing satu kelompok maka salah satu jenis terapi itu mungkin terlihat lebih berhasil. Namun bila pasien dalam tiga jenis terapi itu dibedakan dalam kelompok dengan gangguan parah dan gangguan ringan, maka kesimpulannya bisa berbeda untuk tiap kelompok itu (Phares, 1992)

### **Penelitian dan etika**

Penelitian klinis harus mematuhi etika profesi psikologi. Dalam hal ini mulai dari proposal penelitian yang diajukan, apakah subjek penelitian akan dirugikan atau tidak, bagaimana perjanjian antara peneliti dan peserta penelitian dan sebagainya, harus dipertimbangkan. Dalam Kode Etik Himpsi ada bab mengenai etika penelitian, yang isinya antara lain : adanya informed consent, kerahasiaan, penjelasan mengenai tujuan penelitian, dan lain- lain ( Kode Etik Himpsi Hasil Kongres Himpsi, Oktober 2000).

### **Etika Penerapan dan Penelitian Psikologi Klinis Mikro-makro**

Jelas sekali prinsip utama dalam penerapan dan penelitian psikologi adalah melakukan tindakan tanpa mencelakai pihak yang dilayani dan diteliti. Salah satu cara yang umum dilakukan yakni kontrak penanganan psikologis. Dalam kontrak disebutkan secara singkat tapi rinci tentang tahap pengiraan sampai tindakan serta tindak lanjutnya. Klien perlu tahu apa saja yang akan dilakukan oleh psikolog untuk menangani keluhan yang disampaikan. Termasuk di dalam kontrak adalah perlindungan kelayan atas kerahasiaan data. Perlu ditulis siapa saja yang boleh memperoleh data dan kapan izin harus diperoleh dari kelayan. Kerahasiaan ini menjadi dilema bila kerahasiaan menyangkut tindakan kekerasan dan pelanggaran hukum. Siapa saja yang boleh memperoleh data merupakan pertanyaan klasik dalam hal kerahasiaan klien yang menunjukkan kecenderungan membunuh atau bunuh diri.

Apabila ada tanda-tanda klien akan mencelakai diri sendiri atau orang lain, kontrak perlu ditulis dengan ditandatangani kelayan dan disaksikan psikolog. Kontrak berisi nama kedua pihak, kelayan dan psikolog; kelayan berjanji akan menghubungi psikolog, dengan menyebut nomor yang dapat dihubungi, bila mempunyai pikiran melakukan tindakan yang akan mencelakai diri sendiri atau orang lain. Kontrak diberi tanggal dan diakhiri dengan tanda tangan klien dan psikolog sebagai saksi. Kontrak selain melindungi klien juga akan melindungi profesi psikolog dari tuntutan bila ada tuduhan malpraktik.

Selain itu, persetujuan subjek dalam penelitian perlu diisi dengan tanda tangan subjek dan peneliti. Termasuk di dalam persetujuan subjek adalah tentang kerahasiaan, sukarela, dan resiko yang mungkin akan terjadi bila berperan serta dalam penelitian. Di dalam persetujuan subjek perlu disebutkan siapa saja yang akan dapat memaca dan menggunakan data yang diperoleh dan ditulis cara merahasiakan identitas subjek. Subjek secara sukarela ikut serta dalam penelitian, dan boleh kapan saja berhenti jadi peserta penelitian. Resiko perlu disebutkan sejelas-jelasnya terutama bila ada tindakan yang akan dilakukan selama penelitian terutama penelitian dengan rancangan eksperimen. Bila ada resiko tertentu juga ditulis cara pengatasannya.

Kode etik profesi psikologi di indonesia tersedia di laman HIMPSI dengan alamat HYPERLINK "<http://www.Himpsi.org>". Dalam bentuk buku, Kode Etik Psikologi Indonesia (2010) juga telah tersedia. Contoh Bentuk Kontrak :

## KONTRAK

**Saya yang bertanda di bawah ini,**

Nama (klien) :

Alamat :

Nomor Kontak (rumah dan HP) :

**Akan segera menghubungi,**

Nama (psikolog) :

Alamat :

Nomor Kontak (rumah dan HP) :

Apabila saya punya pikiran dan keinginan untuk mencelakai diri sendiri atau orang lain. Saya tidak akan melakukan keinginan tersebut selama masih berkonsultasi dengan psikolog yang menjadi saksi dalam KONTRAK.

Nama Kota, Tanggal KONTRAK

Tanda Tangan Psikolog

Tanda Tangan Klien

Saksi

Nama Klien

## **BAB V**

### **PSIKOLOGI FORENSIK**

Psikologi forensik adalah interface dari psikologi dan hukum, dan merupakan aplikasi pengetahuan psikologi, khususnya psikologi klinis, pada masalah-masalah yang dihadapi jaksa, polisi, dan lain-lain untuk penyelesaian masalah yang berhubungan dengan keadilan sipil, kriminal, dan administratif. Awal psikologi forensik adalah ketika terdapat perbedaan pendapat antara Munsterberg dan Wigmore pada tahun 1908, tentang peran psikologi dalam proses pengadilan. Psikologi forensik juga sebagai penerapan metode, teori, dan konsep psikologi terhadap sistem hukum (Wrightsmann, Nietzel dan Fortune, 1998). Bidang psikologi ini mula-mula dikembangkan berdasarkan pikiran seseorang ahli, yang bisa juga disebut sebagai bapak psikologi industri dan organisasi, lulusan laboratorium psikologi Leipzig yang didirikan dan dipimpin Wilhelm Wundt. Ia menulis buku *On the Witness Stand*, 1908. Namun sebelumnya ada kegiatan penelitian yang dilakukan oleh tokoh psikologi terkenal, William Stern, 1901. Mengenai daya ingat yang dihubungkan dengan masalah kesaksian seseorang atas sesuatu peristiwa kriminal. Dalam buku Munsterberg menggap para pejabat dibidang peradilan itu perlu untuk menggunakan tenaga ahli, bukan orang-orang yang hanya menggunakan akal sehat (*Common Sense*) saja, namun pendapat itu dianggap sebagai arogansi seseorang psikolog. Dan telah mencemarkan nama baik pengadilan. Alasannya adalah bahwa peristiwa pengadilan adalah kenyataan sedangkan yang diajukan psikolog itu lebih sebagai gejala laboratorium. Hal ini dikemukakan oleh guru besar dibidang hukum John Wigmore, pada tahun 1909. Bahkan masalah ini telah berlanjut dipengadilan dengan kekalahan di pihak Munsterberg. Karena itu untuk jangka waktu yang lama psikolog tidak dapat

“ menyentuh ” pengadilan. Namun 30 tahun kemudian Wigmore melunakan serangannya, dan menganggap perlu untuk menerima psikolog dipengadilan dengan harapan didapatnya keterangan yang lebih sehat, akurat, dan praktis.

Pada tahun 1954, secara resmi psikolog mendapat sedikit peluang memasuki wilayah hukum ini, dimana Kejaksaan Agung mulai memperhatikan ilmu- ilmu sosial, termasuk psikolog. Dan pada 1962 seorang hakim Amerika Serikat, Bazelon menulis buku yang menyatakan bahwa psikolog yang berkualitas dapat memberikan kesaksian dipengadilan sebagai saksi ahli dalam bidang gangguan mental

Kini psikologi forensik telah merupakan bidang kajian populer dan peranan psikolog dalam pengadilan, termasuk proses yang mengawalinya dan dalam semua bidang pidana maupun perdata, keluarga maupun perusahaan

Terhadap masalah-masalah profesional yang terkait dengan peranan psikologi forensik yakni masalah pelatihan (training) dan etika serta standar (ethics and standart). Dalam hal pelatihan untuk menjadi ahli psikologi forensik Poytress 1979, menggap bahwa para calon haruslah familiar dengan pengujian dan konsep legal, asesmen kelayakan. Pengetahuan sesuai literatur, dan orientasi pada ruang pengadilan. Untuk mencapai kemampuan dan pengetahuan itu para calon harus memenuhi pengantar survei lapangan, seminar- seminar dengan topik psikologi forensik dan bidang enempatan dalam perangkat forensik. Menambah pengetahuan mengenai psikologi klinis secara umum, mereka harus mendapatkan keahlian dalam bidang hukum sehingga kesaksian, konsultasi, dan riset mereka memadai. Secara meningkat , departemen akademik menawarkan pelajaran forensik

Dalam masalah etika dan standar, disamping standar etika yang umum, ilmuan dibidang forensik harus mengikuti code akademik Amerika mengenai ilmu-ilmu forensik (Blau, 1998). Kode ini menekankan pada (a)kelengkapan dan keakuratan dalam menyatakan kualifikasi profesional

seseorang, (b) akurasi dan kejujuran teknis dan ilmiah dalam membuat laporan dan kesaksian dan (c) tidak memihak.

## **AKTIFITAS UTAMA PSKOLOGI FORENSIK**

Perkembangan psikologi forensik telah mendorong psikologi dalam banyak peran, yang terutama sebagai saksi ahli. Delapan peran yang dimaksud adalah

### 1) Saksi Ahli

Ada saksi ahli dan saksi biasa, saksi biasa yang paling umum kita kenal adalah seseorang yang dapat memberi keterangan faktual mengenai kejadian suatu perkara. Dari saksi tidak/ jarang diminta pendapat, melainkan faktanya. Jadi keterangan saksi biasa merupakan keterangan faktual. Saksi faktual adalah saksi yang memberikan pendapat, penilaian, atau kesimpulan mengenai suatu perkara atau suatu beberapa kejadian dari perkara. misalnya dalam psikologi seseorang saksi psikologi forensik diminta untuk mengajukan pendapat, apakah pelaku kejahatan memiliki kondisi emosional atau psikologis lainnya yang dapat diminta pertanggung jawaban atas perbuatannya atau tidak, karena misalnya dinyatakan terganggu secara psikologis

Dalam hal ini sangat penting dimiliki dan diakuinya kualifikasi tertentu. Kualifikasi itu antara lain didasari oleh adanya pengetahuan mengenai ilmu-ilmu yang berkaitan, selain psikologi klinis dan forensiknya. Selain menguasai teori, juga kualifikasi ini didukung oleh pemahaman atas profesi, pelatihan, atau pengalaman. Saat ini kualifikasi mulai dinyatakan dengan berbagai sertifikat atau brevet

Rogers dan Barrett 1996, mengajukan usulan aturan untuk membantu psikologi klinis menjadi saksi ahli, yakni

- a. Menggunakan pengumpulan data yang memadai secara teoritis maupun psikometris
- b. Mengambil kesimpulan dengan menggunakan posisi-posisi teoritis yang secara ilmiah telah tervalidasi
- c. Menimbang dan mengaktualifikasi kesaksian atas dasar kecukupan penelitian empirik dan teori mengenai masalah yang sedang dipersoalkan
- d. Mempersiapkan diri untuk mempertahankan status ilmiah metode pengumpulan data selama proses kualifikasi sebagai saksi ahli

Selain masalah kualifikasi, juga dalam kedudukan sebagai saksi ahli perlu pemahaman atas topik-topik untuk kesaksian ahli. Pada kenyatannya banyak sekali area untuk kesaksian ahli, yang antara lain meliputi : komitmen terhadap rumah sakit jiwa, masalah hak asuh, penderita psikologis sebagai akibat dari kelalaian, pembebasan dari kurungan / tahanan, alasan mengenai perlunya konservator untuk ketidakmampuan, memprediksi keberbahayaan, hak-hak penderita ketidakmampuan mental dalam lembaga, kompetensi untuk diadili, tanggung jawab kriminal, penentuan kecacatan untuk pengajuan perlindungan sosial, klaim-klaim kompetensi pekerja, kondisi-kondisi yang mempengaruhi kesaksian saksi mata, saran kepada jaksa mengenai faktor-faktor yang akan berpengaruh terhadap perilaku juri, sindrom trauma karena penculikan, keakuratan identifikasi saksi mata, pelecehan seksual, psikologi polisi, seleksi juri, program-program penanganan penyerang, serta pembuatan profil kriminal.

Dalam hal-hal tersebut ,juga dalam hal –hal lain, seseorang ahli hanya mengajukan pendapat sesuai keahlian dan tidak boleh untuk mengajukan kesimpulan yang bersangkutan masalah hukum. Saksi ahli mencegah dari penyidikan “ pendapat ahli ” (Ultimate opinion) (Wrigtsman, et, al 1998)

Penting juga masalah pemeriksaan silang dalam hal ini. Pemeriksaan silang adalah pemeriksaan terhadap setiap pihak yang terlibat secara sendiri-sendiri sehingga dapat disimpulkan apa dan bagaimana sebenarnya. Schwitzgebel 1980, mengajukan strategi untuk menangani pemeriksaan silang ini yakni harus dipersiapkan, harus jujur, mengakui kelemahan, berbucara dengan istilah-istilah yang secara pribadi penuh arti. Mengandung secara teliti, terhadap penggunaan kata-kata dari setiap pertanyaan, dan tidak sayang menggunakan waktu untuk berfikir.

### **KASUS-KASUS KRIMINAL**

Banyak masyarakat mempertanyakan cara terbaik untuk menangani orang-orang yang terlibat dalam pelanggaran undang-undang kriminal, sehingga banyak perdebatan apakah mereka secara pribadi bertanggung jawab atau sebaliknya. Juga sulit untuk membuat keputusan apakah seorang terhukum benar-benar salah atau sebaliknya.

### **DALIH KETIDAKWARASAN**

Jika terhukum adalah seorang yang normal secara kejiwaanya, masih jelas aturan hukum dapat diberlakukan kepadanya, baik hanya denda, kurungan atau masa percobaan. Tetapi kalau hukuman itu adalah orang yang secara mental tidak normal, maka masalahnya tidak bisa dengan sendirinya menggunakan apa yang telah ditentukan. Ia harus mendapat perlakuan khusus. Karena dianggap tidak mampu bertanggung jawab atas tindakan-tindakanya. Namun setiap kasus tidak begitu mudah untuk disebut dapat bertanggung jawab atau tidak, melainkan tampaknya berada diantaranya. Oleh karena itu dapat di pahami jika hukuman ditentukan batas minimal dan maksimalnya atau bahkan hanya ditentukan batas maksimalnya saja.

Istilah yang sering digunakan adalah “ kegilaan ” atau “ ketidakwarasan ”, suatu istilah yang tidak dikenal dalam psikiatri maupun psikologi. Bagi para penegak hukum, yang penting adalah apakah yang bersangkutan rasional, dalam arti yang bersangkutan mengerti bahwa perbuatannya itu merupakan perbuatan yang salah, meskipun alasannya sangat bermacam-macam dan apakah perbuatan ditunjuk untuk keperluan tertentu. Kalau irasional maka disebut tidak waras, tidak dianggap mampu bertanggung jawab atas perbuatannya, karena itu harus ditangani secara lain ialah dalam perawatan psikiatri/psikolog, bukan berupa kurungan. Pada kenyataan saat ini adalah bahwa kebanyakan psikolog tidak sependapat bahwa semua perilaku normal dipilih secara rasional, pandangan deterministik ilmu pengetahuan menciptakan permasalahan-permasalahan semacam itu.

Untuk mengetahui evaluasi tentang ketidakwarasan (insanity) kriminal, psikolog harus memastikan apakah orang tersebut mengalami gangguan atau kelainan mental dan bagaimana status mental orang tersebut saat melakukan kejahatan. Untuk itu pemeriksaan akan dilakukan sangat meluas dengan banyak akses, termasuk riwayat hidup dan keadaan keluarga sejak kecil, intelektualitas dan kompetensi untuk menghadapi keadaan sebagaimana waktu peristiwa itu terjadi, kondisi neuropsikologis, kepribadian, sampai menelaah apakah orang itu mampu atau berpura-pura (Malingering, 1998).

Masalah kompetensi pelaku untuk menghadapi pengadilan, juga merupakan masalah yang penting dalam tugas kesaksian ahli. Jadi pada saat menghadapi pengadilan, bukan saat melakukan kejahatan, juga perlu diketahui dengan jelas. Kondisi mental yang tidak baik, bisa jadi akan menyulitkan jalannya pengadilan dan bahkan keterangan yang diajukan tidak sesuai dengan yang sebenarnya. Iapun harus dapat berkonsultasi dengan pengacaranya dengan tingkat pemahaman yang memadai.

## **KASUS-KASUS PERDATA**

Banyak hal terkait dengan perhatian seorang psikologi forensik, dari masalah-masalah mereka perdagangan sampai gugatan masyarakat (class-action), dua area yang paling penting untuk psikolog forensik adalah (a) Penahanan atau pembebasan dari instusi-instusi perawatan mental, (b) Masalah-masalah domestik seperti hak asuh anak dalam kasus perceraian suami-istri.

1. Masalah penahanan dirumah sakit jiwa. Penahanan dirumah sakit merupakan perlawanan individu yang bersangkutan akan apa yang *disebut involuntary commitment* atau penahanan paksa. Penahanan paksa ini menurut Szasz (1970) berpendapat bahwa perumahan sakit jiwa secara paksa adalah bahaya dan seringkali merupakan penyalahgunaan kekuasaan untuk menjaga pengadilan terhadap mereka tidak sesuai dengan kehendak masyarakat. Dalam *voluntary commitment* individu setuju untuk masuk dan bisa jadi keluar setiap saat. Dibeberapa rumah sakit saat individu meninggalkan rumah sakit, ia diminta untuk menandatangani pernyataan bahwa keluarnya ia ” bertentangan dengan saran medis”. Banyak kejadian bahwa pemasukan individu ke rumah sakit diluar kehendak yang Bersangkutan , melainkan kehendak keluarga, lingkungan terdekat, polisi, hakim dan jaksa atau personel lembaga kesehatan jiwa.

Di pengadilan dalam merujuk seseorang untuk masuk dalam rumah sakit jiwa, harus dipenuhi tiga syarat, yakni :

- a) Orang itu berbahaya bagi dirinya sendiri dan bagi orang lain
- b) Demikian terganggu atau tidak mampu untuk membuat keputusan sendiri bagi pemeliharaan diri dan perawatan di rumah sakit atau
- c) Memerlukan penanganan atau pemeliharaan di rumah sakit

Juga terdapat syarat tambahan, yakni bahwa tidak ada alternative hambatan selain perumahnyaakitan. Tetapi, diatas itu semua, orang itu harus dipastikan menderita gangguan mental.

2. Masalah internal. Banyak masalah internal yang memerlukan intervensi pengadilan. Misalnya hak asuh anak, kelayakan menjadi orang tua, hak kunjungan, pelecehan anak, kenakalan remaja, dan adopsi.

Saat ini doktrin "*best interests of the child*" (demi kepentingan anak) dianggap sebagai penanganan yang memerlukan. Sebagai missal. Adalah The Michigan Child Custody tahun 1970, yang menetapkan faktor-faktor berikut yang sering diperhatikan sebagai pedoman, antara lain :

- 1) Cinta, kasih sayang, dan hubungan emosional lain terhadap anak pada pihak-pihak yang terkiabat;
- 2) Kapasitas dan disposisi pihak yang bertujuan untuk dapat memberikan rasa cinta, kasih sayang, dan membesarkan anak, antara lain dalam hal agama dan kepercayaan yang dianut;
- 3) Kapasitas dan disposisi pihak yang bertikai untuk memberikan makan, pakaian, perawatan medis atau bentuk-bentuk remedial lain;
- 4) Lamanya anak tinggal dalam lingkungan yang stabil dan memuaskan, dan keinginan untuk mempertahankan kondisi tadi;
- 5) Kepermanenan rumah asuh yang ada diusulkan sebagai suatu unit keluarga;
- 6) Kesesuaian moral pihak-pihak yang bersaing;
- 7) Kondisi tentang rumah, sekolah, dan komunitas anak;
- 8) Kesehatan mental dan fisik pihak yang bertikai;
- 9) Pilihan yang lebih disukai anak, jika anak dianggap pengadilan sudah cukup mampu untuk menyatakannya;
- 10) Faktor-faktor lain yang dianggap relevan oleh pengadilan.

*American Psychology Association*, 1994, mengajukan tiga masalah yang dapat menjadi acuan, yaitu : (a) kebutuhan psikologis dan perkembangan anak; (b) kekuatan dan keterbatasan ibu dan ayah masing-masing; dan (c) cara setiap anggota keluarga saling berinteraksi.

## **HAK PASIEN**

Di Amerika Serikat sejak tahun 1970-an, pengadilan menetapkan bahwa pasien yang secara paksa dirumah sakit mempunyai hak konsituasional untuk mendapatkan penanganan hingga sembuh atau setidaknya bertambah baik. Juga pasien mempunyai hak untuk memiliki lingkungan hidup yang standar, pakaian dan kegiatan pribadi, berolahraga dan kegiatan sosial tertentu dan dilarang mengikuti kerja paksa, sedangkan kalau bekerja ia berhak mendapatkan upah yang wajar.

Dalam memberikan wewenang kepada rumah sakit untuk merawat pasien yang melanggar hukum, dan karenanya melakukan medikasi paksa, pengadilan menetapkan kriteria sebagai berikut :

1. Kepentingan pemerintah harus didahulukan daripada kepentingan individu
2. Tidak ada cara lain yang lebih lunak untuk mencapai kepentingan tersebut
3. Medikasi itu harus tepat secara medis dan sesuai dengan maksud pengadilan memasukkannya ke rumah sakit, misalnya memulihkan kompetensi, dengan keuntungan yang lebih besar dari kerugian atau resikonya, dan demi kepentingan medis terdakwa

## **MEMPREDIKSI BAHAYA**

Memprediksi berbahaya atau tidaknya pasien menuntut kemampuan diagnostic tersendiri, yang cukup mendalam.

Meskipun psikologi menganggap bahwa penentuan ini merupakan penentuan yang sulit, tetapi tidak ada ilmu yang lebih dapat membuat ramalan daripada psikologi, sehingga kepada psikologi-lah hal tersebut disadarkan. Kedudukan hal ini kira-kira sama dengan fungsi psikologi di rumah sakit jiwa yang mendapat permintaan dari psikiatre untuk menentukan apakah seseorang pasien sudah dapat diizinkan untuk keluar rumah sakit atau masih memerlukan perawatan inap.

**Wrightsman dkk.**, 1998, mengajukan tipe-tipe prediksi perilaku kekerasan yang lebih akurat, yakni :

1. Prediksi-prediksi untuk waktu dekat, jangka pendek
2. Prediksi-prediksi untuk situasi dan lingkungan yang sama yang sesuai dengan data historis klien
3. Prediksi-prediksi yang didasarkan pengetahuan klinikus atas sejarah perilaku kekerasan individual
4. Prediksi-prediksi individu-individu dari kelompok yang relative banyak melakukan perilaku kekerasan

Masalah prediksi ini dianggap penting, selain dilihat dari kepentingan individu-individu terutama berkaitan dengan keamanan dan keselamatan masyarakat lingkungan.

## **PENANGANAN PSIKOLOGIS**

Secara hukum terdapat hak pada terhukum untuk mendapatkan penanganan atau rehabilitasi psikologis. Mereka memiliki hak untuk mendapatkan perawatan medis, dan terpidana remaja biasanya mempunyai hak untuk mendapatkan penanganan medis maupun psikologis. Jika hak untuk mendapatkan penanganan psikologi untuk terpidana dewasa dikenal, maka hal itu terutama menyangkut narapidana yang terganggu mental.

Banyak ahli yang mengajukan teknik hukuman dan deprivasi atas nama “ Penanganan ” atau barangkali “perubahan perilaku”

Kadang-kadang perlakuan itu juga dilakukan kepada mereka yang mendapat status sebagai rawat jalan. Karena ambiguitas dan potensial untuk kekerasan atas hak-hak dasar manusia, banyak institusi yang bertugas melakukan tindakan korektif saat ini memiliki berbagai komite untuk melindungi hak-hak narapidana. Anggota komite ini biasanya memiliki anggota paling banyak orang-orang yang tidak berkaitan dengan institusi itu.

Terdapat banyak implikasi penanganan forensik. Dalam kasus criminal, tetapi dapat berfokus pada memperbaiki orang yang tidak kompeten menjadi seorang yang secara mental kompeten. Tau bias juga diarahkan untuk memberikan dukungan emosional untuk memasuki pemenjaraan atau justru meninggalkan penjara.

## **KONSULTASI**

Kegiatan lain yang juga umum untuk seorang psikolog forensik adalah memberikan konsultasi. Berikut ini adalah beberapa aspek tambahan konsultasi, yakni dalam hal seleksi juri, *jury shadowing*, survey opini masyarakat, persiapan saksi, dan meyakinkan juri.

- a) *Seleksi juri*. Kerjasama professional dapat dilakukan seorang psikolog forensik dengan pengacara dalam proses penyeleksian juri.
- b) *Juri bayangan*. Psikolog forensik dapat menjadi konsultan untuk menyewa anggota juri analog, yakni bukan juri, tetapi yang melaksanakan tugas sebagai seorang juri atau juri bayangan
- c) *Survey pendapat masyarakat*. Peranan masyarakat luas kadang-kadang sangat penting dan memang diperlukan dalam kasus-kasus tertentu. Pendapat masyarakat tentang suatu masalah dalam sidang pengadilan pun bias jadi dapat mempengaruhi jalannya persidangan.

- d) *Mempersiapkan saksi.* Yang dikerjakan psikolog forensic dalam pengadilan adalah antara lain adalah menyiapkan saksi untuk dapat dengan baik dan meyakinkan menyatakan kesaksian yang sebenarnya.
- e) *Menyakinkan juri.* Psikolog forensic dapat membantu pengacara untuk merancang cara mempresentasikan kasus dan bukti, agar dapat meyakinkan persidangan (hakim, juri).

## **PENELITI DAN PSIKOLOGI FORENSIK**

Penelitian psikologi dalam bidang forensik merupakan kegiatan yang sangat perlu. Misalnya menyangkut komponen genetik skizofrenia pada tersangka, karena hal ini akan berpengaruh terhadap keputusan pengadilan tentang kompetensi mental. Masalah prasangka dan teknik persuasi, juga dianggap penting bagi pengacara atau jaksa bagi pengadilan. Penelitian lain, juga dianggap penting dan makin dirasakan manfaatnya, yakni masalah "kesaksian mata" dan "perilaku juri".

"Kesaksian saksi mata". Kesaksian mata sering dijadikan kesaksian yang kuat oleh pengadilan, tetapi juga rentan akan kekeliruan. Akurasi kesaksian mudah dipengaruhi oleh banyak hal, termasuk kondisi pribadi, misalnya daya ingat dan daya penglihatan. Terdapat bukti bahwa ingatan seorang saksi terhadap suatu kejadian mudah terdistorsi oleh kejadian yang terjadi kemudian. Demikian pula persepsi dan penglihatannya. Menanggapi keprihatinan berhubung dengan kesalahan-kesalahan itu *The American Psychology - Law Society* (American psychological association), telah membentuk subkomisi untuk mengkaji evidensi ilmiah dalam bidang ini dan merumuskan rekomendasi. Rumusan komite ini, secara singkat adalah sebagai berikut :

- a. Orang yang melaksanakan penjejeran atau penayangan foto dalam sebuah kasus seyogianya tidak mengetahui identitas orang yang dicurigai;
- b. Saksi mata seyogianya diberitahu bahwa seseorang yang dicurigai dalam kasus tersebut mungkin ada atau mungkin tidak ada pada penjejeran atau penayangan foto, dan bahwa orang yang melakukan penjejeran atau penayangan tidak tahu orang yang dicurigai dalam kasus tersebut;
- c. Orang yang dicurigai dalam penjejeran dan penayangan sebaiknya tidak tampil beda dari orang lain;
- d. Keyakinan saksi mata tentang identifikasinya seyogianya diases pada saat identifikasi dilakukan dan sebelum mendapat umpan balik.

“Perilaku Juri”. Para juri tidak selalu tepat dalam membuat kesimpulan dan mengolah data. Demikian pula saat mereka memenuhi permintaan hakim untuk melakukan tugas-tugasnya. Dalam hal ini seorang konsultan dapat berperan untuk membantu, baik hakim maupun para juri. Kita yakin bahwa lebih baik pemahaman kita mengenai bagaimana juri berpikir dan membuat keputusan, makin baiklah system judicial itu berjalan.

Banyak riset dilakukan mengenai perilaku juri dalam stimulasi, tetapi riset atas perilaku juri yang sebenarnya, jarang dilakukan ini merupakan salah satu kelemahan.

Apa yang dikemukakan tadi, adalah apa yang ada di Amerika Serikat, dimana dalam system peradilannya terdapat lembaga juri yang sangat penting. Di Indonesia, yang ada adalah institusi (dewan) hakim, jaksa penuntutan, pembela, di samping tentu saja terdakwa dan para saksi.

## **PERAN PSIKOLOGI KLINIS dalam SISTEM LEGAL**

Beberapa yang dapat dilakukan oleh ahli psikologi klinis, antara lain: Law Enforcement, Psychology of Litigation, layanan di penjara dan aplikasi

psikologi forensik. Dalam Law Enforcement, psikolog klinis dapat melakukan penelitian untuk mengatur dan meningkatkan kesadaran hukum dalam masyarakat. Dalam Psychology of Litigation membahas dampak prosedur legal pada terdakwa, juri, dan sebagainya. Psikologi klinis dapat memberi nasihat kepada mereka yang mendapat dampak buruk untuk kemudian meninjau perbaikan prosedur legal. Sedangkan layanan di penjara, jasa psikologi bermanfaat untuk membantu memberikan layanan terbaik bagi para tahanan, namun tidak banyak psikolog yang tertarik untuk mengerjakan tugas-tugas di penjara (Nietzel, 1998)

### **KEGIATAN PSIKOLOG dalam BIDANG PSIKOLOGI FORENSIK**

Peran psikolog dalam menentukan beberapa hal penting, yaitu (Phares, 1992):

1. Psikolog dapat menjadi saksi ahli. Seorang saksi ahli harus mempunyai kualifikasi yaitu Clinical Expertise, yang meliputi pendidikan, lisensi, pengalaman, kedudukan, penelitian, publikasi, pengetahuan, aplikasi prinsip-prinsip ilmiah, serta penggunaan alat tes khusus.
2. Psikolog dapat menjadi penilai dalam kasus-kasus kriminal, misalnya menentukan waras/ tidak nya pelaku kriminal, bukan dalam arti psikologis, namun dalam arti legal/ hukum.
3. Psikolog dapat menjadi penilai bagi kasus-kasus madani/ civil. Termasuk di dalam nya menentukan layak/ tidak nya seseorang masuk rumah sakit jiwa, kekerasan dalam keluarga, dll.
4. Psikolog dapat juga memperjuangkan hak untuk memberi/ menolak pengobatan bagi seseorang.
5. Psikolog diharapkan dapat memprediksi bahaya yang mungkin berkaitan dengan seseorang. Misalnya, dampak baik/ buruk mempersenjantai

seseorang. Di sini psikologi diharapkan tahu tentang motivasi, kebiasaan, dan daya kendali seseorang.

6. Psikolog diharapkan dapat memberikan treatment sesuai dengan kebutuhan.
7. Psikolog diharapkan dapat menjalankan fungsi sebagai konsultan dan melakukan penelitian di bidang psikologi forensik.

Lima pokok bahasan psikologi forensik (Nietzel dkk, 1998):

1. Kompetensi untuk menjalani proses pengadilan serta tanggung jawab kriminal.
2. Kerusakan psikologis yang mungkin terjadi dalam pengadilan sipil.
3. Kompetensi sipil
4. Otopsi psikologis dan criminal profiling
5. Hak asuh anak dan kelayakan orang tua (parental fitness)

### **Penjelasan:**

Otopsi psikologis adalah kegiatan psikolog dalam melakukan asesmen terhadap seseorang yang sudah meninggal. Asesmen ini diminta oleh pengadilan untuk mengetahui keadaan psikis orang itu sebelum meninggal. Selanjutnya dapat diketahui penyebab kematian, apakah bunuh diri, kecelakaan, dll. Ini dilakukan untuk menentukan wajib/ tidaknya suatu perusahaan memberi kompensasi kepada keluarga korban.

Sedangkan Criminal Profiling memiliki persamaan dengan otopsi psikologis. Keduanya sama-sama menentukan keadaan psikis atas data yang ditinggalkan seseorang. Dalam Criminal Profiling berupa pertanyaan siapa yang melakukan. Criminal Profiling bertujuan mencari pelaku dan penyebabnya berdasarkan tanda-tanda yang ditinggalkan (Nietzel dkk, 1998).

## **PERAN PSIKOLOGI FORENSIK DALAM PROSES HUKUM DI INDONESIA**

Peran Psikolog Forensik Berikut akan dipaparkan beberapa tugas psikolog forensik disetiap tahap proses peradilan pidana. Kepolisian pada pelaku. Interogasi bertujuan agar pelaku mengakui kesalahannya. Teknik lama yang digunakan polisi adalah dengan melakukan kekerasan fisik, teknik ini banyak mendapatkan kecaman karena orang yang tidak bersalah dapat mengakui kesalahan akibat tidak tahan akan kekerasan fisik yang diterimanya. Teknik interogasi dengan menggunakan teori psikologi dapat digunakan misalnya dengan teknik maksimalisasi dan minimalisasi (Kassin & McNall dalam Constanzo, 2006). Psikolog forensik dapat memberi pelatihan kepada polisi tentang teknik interogasi yang menggunakan prinsip-psikologi.

Criminal profiling dapat disusun dengan bantuan teori psikologi. Psikolog forensik dapat membantu polisi melacak pelaku dengan menyusun profil kriminal pelaku. Misal pada kasus teroris dapat disusun criminal profile dari teroris, yang berguna dalam langkah penyidikan di kepolisian maupun masukan bagi hakim (misalnya apakah tepat teroris dihukum mati atau hanya seumur hidup).

Psikolog forensik juga dapat membantu polisi dengan melakukan asesmen untuk memberikan gambaran tentang kondisi mental pelaku yang mengalami tindak kriminal. Pada Korban. Beberapa kasus dengan trauma yang berat menolak untuk menceritakan kejadian yang dialaminya. Psikolog forensik dapat membantu polisi dalam melakukan penggalian informasi terhadap korban, misal pada anak-anak atau wanita korban kekerasan dibutuhkan keterampilan agar korban merasa nyaman dan terbuka. Penggalian korban perkosaan pada anak yang masih sangat belia dapat

digunakan alat bantu boneka (Probowati, 2005). Psikolog forensik dapat melakukan otopsi psikologi.

### **Contoh Kasus:**

*Pada kasus di Malang ketika seorang ibu yang membunuh 4 anaknya dan ia bunuh diri.* Seorang psikolog dapat menyusun otopsi psikologis berdasarkan sumber bukti tidak langsung yaitu catatan yang ditinggalkan oleh almarhum, data yang diperoleh dari teman, keluarga korban atau teman kerja. Tujuan otopsi psikologi adalah merekonstruksi keadaan emosional, kepribadian, pikiran, dan gaya hidup almarhum. Otopsi psikologi akan membantu polisi dalam menyimpulkan kemungkinan korban dibunuh atau bunuh diri. Proses peradilan pidana tergantung pada hasil investigasi terhadap saksi, karena baik polisi, jaksa dan hakim tidak melihat langsung kejadian perkara. Penelitian menemukan hakim dan juri di Amerika menaruh kepercayaan 90 % terhadap pernyataan saksi, padahal banyak penelitian yang membuktikan bahwa kesaksian yang diberikan saksi banyak yang bias. Diperlukan teknik investigasi saksi yang tepat teknik hipnosis dan wawancara kognitif. Teknik hipnosis digunakan ketika informasi tentang suatu kejadian tidak ada kemajuan yang berarti atau pada Saksi/korban yang emosional (malu, marah) dan menghilangkan memorinya. Dengan teknik hipnosis, ia merasa bebas dan dapat memunculkan ingatannya kembali.

Wawancara kognitif merupakan teknik yang diciptakan oleh Ron Fisher dan Edward Geiselman tahun 1992. Tujuannya adalah untuk meningkatkan proses retrieval yang akan meningkatkan kuantitas dan kualitas informasi dengan cara membuat saksi/korban merasa relaks, dan kooperatif. Geiselman menemukan bahwa teknik wawancara kognitif menghasilkan 25-35 % lebih banyak dan akurat dibanding teknik wawancara standar kepolisian. Psikolog forensik dapat melakukan pelatihan teknik

investigasi saksi pada polisi. Peran psikolog forensik dalam peradilan pidana di pengadilan, dapat sebagai saksi ahli, bagi korban (misal kasus KDRT, kasus dengan korban anak-anak seperti perkosaan, dan penculikan anak), dan bagi pelaku dengan permasalahan psikologis (misal Mental retarded, Pedophilia, & Psikopat).

Psikolog forensik juga dapat bekerja untuk pengacara dalam memberikan masukan terkait dengan jawaban-jawaban yang harus diberikan kliennya agar tampak meyakinkan. Sebelum persidangan yang sesungguhnya, psikolog merancang kalimat, ekspresi dan gaya yang akan ditampilkan terdakwa agar ia tidak mendapat hukuman yang berat.

Lembaga Pemasyarakatan Psikolog sangat dibutuhkan di Lapas. Banyak kasus psikologi yang terjadi pada narapidana maupun petugas lapas. Misal pada kasus percobaan bunuh diri narapidana tidak tertangani secara baik karena tidak setiap lapas memiliki psikolog. Pemahaman petugas lapas kurang baik terkait dengan rehabilitasi psikologis sehingga mereka seringkali memberikan hukuman dengan tujuan dapat mengurangi perilaku negatif narapidana (seperti berkelahi, berbohong). Psikolog forensik dibutuhkan dalam rangka melakukan asesmen dan intervensi psikologis pada narapidana. Guna dapat menjalankan peran sebagai psikolog forensik, seorang psikolog perlu menguasai pengetahuan psikologi dan hukum, serta memiliki ketrampilan sebagai psikolog forensik. Psikologi forensik sebenarnya merupakan perpaduan dari psikologi klinis, psikologi perkembangan, psikologi sosial dan psikologi kognitif. Psikolog forensik memiliki keahlian yang lebih spesifik dibanding psikolog umum. Misalnya di Lapas, dibutuhkan kemampuan terapi (psikologi klinis) yang khusus permasalahan kriminal. Di kepolisian dibutuhkan asesmen yang khusus pada individu pelaku kriminal. Dalam penggalan kesaksian dibutuhkan pemahaman psikologi kognitif. Pada penanganan pelaku/korban/saksi anak-anak

dibutuhkan pemahaman psikologi perkembangan. Dalam menjelaskan relasi sosial antara hakim, pengacara, saksi, terdakwa dibutuhkan kemampuan psikologi sosial. Sistem Pemidanaan yang Pernah Berlaku di Indonesia Sistem Kepingjaraan (1945 – 1964). Sejak Indonesia merdeka, sebelum sistem pemasyarakatan muncul, terlebih dahulu diberlakukan sistem Kepingjaraan yang berasal dari Eropa yang dibawa Belanda ke Indonesia dan diterapkan dengan memberlakukan Gestichten Reglement (Reglement Penjara) stbl 1917 No. 708. Di dalam sistem Kepingjaraan, tujuan pemidanaan adalah penjaraan. Dengan demikian, tujuan diadakannya penjara sebagai tempat menampung para pelaku tindak pidana dimaksudkan untuk membuat jera dan tidak lagi melakukan tindak pidana. Untuk itu, peraturan-peraturan kepingjaraan dibuat keras bahkan sering tidak manusiawi. Sistem Pemasyarakatan (1964 – 1995) Di era ini telah diberlakukan 10 (sepuluh) prinsip pemasyarakatan dengan tujuan pemidanaan adalah pembinaan pembimbingan dengan tahapan orientasi, pembinaan dan asimilasi. Tahap orientasi dimaksudkan agar narapidana mengenal cara hidup, peraturan dan tujuan dari pembinaan atas dirinya. Tahap pembinaan narapidana, dibina, dan dibimbing agar supaya tidak melakukan lagi tindak pidana dikemudian hari, apabila keluar dari Lembaga Pemasyarakatan. Narapidana diberikan pendidikan agama, keterampilan dan berbagai kegiatan pembinaan lainnya. Tahap asimilasi, dimaksudkan sebagai upaya penyesuaian diri agar narapidana tidak menjadi canggung bila keluar dari Lembaga Pemasyarakatan apabila telah habis masa pidananya atau bila mendapat pelepasan bersyarat, cuti menjelang lepas atau pembinaan karena mendapat remisi. Sistem Pemasyarakatan Baru (1995 – Sekarang) Walaupun sejak tahun 1964 Indonesia telah menganut sistem pemasyarakatan, namun belum mempunyai dasar hukum. Yang digunakan sebagai dasar hukum dengan beberapa perubahan sejak tahun 1917 adalah Reglemen Penjara, yaitu suatu

undang-undang yang sudah tidak layak untuk digunakan karena masih bersumber dari Hukum Kolonial. Tentu saja hal ini tidak bisa dipertahankan, maka pada tahun 1995 diberlakukanlah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1995 tentang Pemasyarakatan, yang merupakan penyempurnaan dari sistem pemasyarakatan yang masih berbau kolonial. Dalam sistem Pemasyarakatan (baru), tujuannya adalah meningkatkan kesadaran (consciousness) narapidana akan eksistensinya sebagai manusia. Pencapaian kesadaran dilakukan melalui tahap introspeksi, motivasi dan self development. Tahap introspeksi dimaksudkan agar narapidana mengenal diri sendiri. Sedangkan tahap motivasi diberikan teknik memotivasi diri sendiri bahkan sesama teman lainnya. “Sistem pemasyarakatan diselenggarakan dalam rangka membentuk Warga Binaan Pemasyarakatan agar menjadi manusia seutuhnya, menyadari kesalahan, memperbaiki diri dan tidak mengulangi tindak pidana sehingga dapat diterima kembali oleh lingkungan masyarakat, dapat aktif berperan dalam pembangunan dan dapat hidup secara wajar sebagai warga yang baik dan bertanggungjawab” (Pasal 2 UU No. 12 Tahun 1995, tentang Pemasyarakatan). Dari uraian di atas terlihat adanya pergeseran sistem pidana dari sistem kepenjaraan ke sistem pemasyarakatan, kemudian berkembang ke sistem pemasyarakatan (baru). Sebagai konsekuensi dari pergeseran-pergeseran termaksud sudah barang tentu proses pemasyarakatan juga disesuaikan dengan pola pembinaan berdasarkan tujuan pemasyarakatan yang dianut.

Contoh lain:

*Aksi bunuh diri yang diduga dilakukan Auditor BPKP, Dede Purnama Cahya (37), bisa saja dilakukannya dengan berbagai latarbelakang masalah. Meski Dede terbilang sukses secara karir, belum menjamin dirinya bahagia lahir dan batin.* Ahli psikologi forensik dari

Universitas Bina Nusantara, Reza Indragiri Amriel mengatakan, seseorang yang sukses di karir dan keuangan kebanyakan memaksa dirinya berfikir lebih keras lagi untuk bisa memenuhi semua ambisinya, hal itu telah memicu kekosongan di bagian lain hidup orang tersebut. " Misalnya, yang bersangkutan merasa hampa dalam kehidupannya, sementara kehidupan sosial, agama dan pribadinya tidak dijalani dengan baik," kata Ahli psikologi forensik dari Universitas Bina Nusantara, Reza Indragiri Amriel kepada merdeka.com, Selasa (28/2). Selain faktor itu, kata dia, faktor kurangnya kesadaran juga bisa memicu seseorang untuk bunuh diri. Dengan fantasinya seseorang berharap akan mendapatkan kehidupan lebih baik dan bahagia setelah mati, akhirnya bunuh diri pun dinilai sebagai salah satu jalan yang harus ia diambil agar semua permasalahannya selesai.

Bunuh diri itu jelas salah, dan tidak dibenarkan," kata dia. Seperti diberitakan sebelumnya, Dede Purnama Cahya (37), auditor BPKP, lompat dari lantai 12 Gedung BPKP, Jl Pramuka, Jakarta Pusat, sekitar pukul 11.00 WIB. Dia tewas mengenaskan. Penyelidikan sementara kepolisian, Dede diduga stres. Dalam kasus ini peran psikolog dalam forensik adalah mengidentifikasi dan membuat dugaan tentang faktor-faktor yang mampu mempengaruhi terjadinya kasus bunuh diri tersebut. Seperti yang dijelaskan di atas, psikolog membuat dugaan bahwa kasus bunuh diri ini terjadi karena faktor stres.

## **BAB VI**

### **MENGASES & MENDIAGNOSIS**

Assessment dalam psikologi klinis adalah sebagai berikut :

1. Langkah untuk mendapatkan informasi/pengumpulan informasi dari permasalahan yang sedang dialami, kelebihan dan kekurangan yang dimiliki;
2. Informasi yang terkumpul digunakan untuk menunjang keputusan-keputusan, tindakan-tindakan
3. Diagnosis adalah ditentukan proses terjadinya gangguan, termasuk jenis apakah penyakit tersebut.
4. Diagnosis mengidentifikasi masalah spesifik klien diarahkan pada usaha untuk mengkomunikasikan informasi tentang individu tertentu kepada professional lain.
5. Melalui assessment dapat mampu menentukan kekuatan, kelemahan, keparahan permasalahan psikologis klien.

Menurut Goldensberg (1983), pengukuran psikologi yang saat ini dikenal dengan nama asesmen psikologis, yang telah dilakukan 4000 tahun yang lalu. Dan dari perkembangan teori oleh para ahli asesmen pada dasarnya adalah usaha untuk mengukur individu dengan cara kembali ke belakang , melihat kembali penyebab atau latar belakang terjadinya gangguan. Dari pengembangan asesmen yang terdahulu, para ahli amerika serikat berusaha menggunakan pemahaman yang lebih luas mengenai asesmen yang pada dasarnya mengarah pada individu, dan yang dilakukan adalah berusaha mendapat pemahaman mengenai individu dalam tujuannya menerapkan langkah pemeriksaan yang sesuai prosedur dan sistematis serta obyektif.

Menurut Sunberg, 1977, asesmen kepribadian didefinisikan sebagai seperangkat proses yang digunakan seseorang atau beberapa orang untuk

mengembangkan kesan dan citra, membuat keputusan dan mengecek hipotesis mengenai pola karakteristik orang lain yang menentukan perilakunya dalam berinteraksi dengan lingkungannya dan terdapat 3 tujuan utama, yaitu pembuatan citra, pembuatan keputusan dan membangun teori.

Menurut Kendall (1982), asesmen klinis merupakan proses pengumpulan informasi mengenai klien atau subyek untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mengenai seseorang, hal ini mengimplementasikan bahwa asesmen ini merupakan cara memperdalam pemahaman yang berbeda dan dilakukan dengan cara lain, antara lain pergaulan yang biasa dan intensif.

### **ALASAN ASAMEN :**

Digunakan untuk menunjang keputusan-keputusan dan berbagai area tindakan seperti penyaringan dan diagnosis, evaluasi dan intervensi, serta riset. Secara singkat Korchin (1976) mengemukakan bahwa asesmen klinis ini dibutuhkan untuk membuat keputusan yang didasari dari informasi yang dapat diandalkan. Adapun penyelenggaraan asesmen adalah menyaringan dan diagnosis, evaluasi atas intervensi klinis yang telah dilakukan dan riset. Yang akan dikemukakan adalah alasan asesmen secara umum yang terdiri atas tiga jenis atau macam maksud sebagai berikut :

#### **1. Penyaringan dan diagnosis**

Fungsi penyaringan dalam asesmen meliputi kegiatan dan mengelompokkan orang, menggunakan kemampuan klinikus untuk mengembangkan metode asesmen, mengumpulkan data dan membuat keputusan yang canggih. Asesmen klinis juga merupakan hal penting dalam menentukan jenis dan taraf gangguan jiwa secara hukum, dalam hal ini disebut diagnosis adalah ditentukan atau ditemukannya proses

terjadinya gangguan dan termasuk kelompok atau jenis apakah penyakitnya itu.

## **2. Evaluasi atas intervensi klinis**

Dalam melaksanakan dalam salah satu perannya sebagai “mental tester” psikolog klinis dapat menerima permintaan psikiater untuk melaksanakan asesmen pada kliennya, untuk menentukan apakah pasiennya sudah dapat dinyatakan sembuh dan boleh meninggalkan rawat inap atau belum. Namun, perlu juga diketahui bahwa seorang psikater tetap bertanggung jawab pada tindakannya untuk menahan atau mengeluarkan pasiennya, karena saran psikolog hanya salah satu pertimbangannya saja dan bukan satu-satunya.

## **3. Riset**

Dalam riset, asesmen dimaksudkan untuk menguji hipotesis yang spesifik dalam menangani dalam perilaku normal maupun abnormal (disfungsi psikologis), dan dirancang untuk mendapatkan informasi baru yang dapat meningkatkan pemahaman kita mengenai pengfungsian manusia. “Riset juga digunakan untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan instrumen asesmen yang ada, dan mengembangkan metode asesmen yang baru yang dapat dikembangkan dikemudian hari.” **Kendall (1982)**

Dalam psikologi klinis, riset dilakukan dengan metode deduktif mengenai faktor dan peubah apa saja yang terjadi dalam suatu gangguan atau seberapa jauh efek dalam suatu terapi tertentu berhasil dalam menangani gangguan tertentu pada semua lapisan masyarakat, maka dalam psikologi klinis tujuan riset adalah menguji efektivitas penggunaan khaidah-khaidah tersebut.

## **SASARAN ASESSMENT**

Ada beberapa katagori yang digunakan oleh psikolog klinis dalam melakukan asesmen dan psikolog klinis memusatkan perhatian terhadap :

1. Disfungsi psikologi individual, memperhatikan normalitas atau kekurangan dalam aspek pikiran emosi atau tindakannya.
2. Kekuatan klien dalam hal kemampuan, keterampilan, sensitivitas yang menjadi target evaluasi
3. Kepribadian subyek, dalam hal ini bisa jadi psikolog klinis akan menyelenggarakan tes, observasi, dan interview untuk membantu menemukan kebutuhan, motivasi, pertahanan, dan pola perilaku subyek.

Dalam asesmen, juga dikenal istilah *analisis fungsional* dimana perhatian utamanya adalah untuk mengevaluasi perubahan – perubahan dalam perilaku yang dihasilkan oleh pilihan spesifik dalam situasi hidupnya yang mencakup kekuatan dan kelemahan sosial individual dan efek lingkungan sosial terhadap pikiran perasaan dan tingkah laku klien. Pada kebanyakan asesmen psikolog klinis memfokuskan diri pada lingkup target yang luas, bergerak dari kekuatan atau aset sampai kelemahan dan dari derteminan perilaku stabil sampai perubahan perilaku.

## **METODE ASESSMENT**

### **1. Wawancara**

Menurut Sullivan (1954) definisi wawancara adalah sebagai berikut :

*Suatu situasi yang pertama-tama adalah komunikasi vokal dalam suatu dwi kelompok, kurang lebih diintegrasikan secara volunteer, mengenai rentang progresif atas dasar hubungan ahli- klien dengan tujuan membentangkan pola hidup karakteristik seseorang, pasien atau klien yang ia alami sebagai masalah/gangguan atau mempunyai nilai khusus, dan dalam mengemukakan apa yang ia harapkan dapat memberi keuntungan.*

Banyak ahli yang menganggap bahwa wawancara merupakan alat asesmen utama psikologi klinis bahkan psikolog pada umumnya selain observasi. Fakta – fakta pewawancara harus waspada mengenai intonasi suara klien, kecepatan bicara, dan sensitivitas untuk ditanya secara langsung dari matanya (Kendall, 1982). Dalam wawancara klinis pertama-tama adalah vokal, tetapi pewawancara harus tetap waspada mengenai pesan nonverbalnya (seperti postur, gestur, dan ekspresi wajah). Menurut Sullivan, pewawancara tidak boleh terlalu jauh terlibat keingan atau ketidakinginan dadar klien untuk membongkar informasi melaiankan menyesuaikan diri terhadap sikap dan kerja awal untuk lebih membangun hubungan yang lebih nyaman.

Tujuan esensial dari wawancara adalah mendapatkan pemahaman atas pola hidup klien yang berkarakteristik. Hal ini membutuhkan beberapa jawaban atas berbagai pertanyaan berikut :

- a. *Pribadi macam apakah klien itu ?*
- b. *Simtom – simtom apakah yang perlu diperhatikan ?*
- c. *Bagaimanakah klien dilihat orang lain dan bagaimanakah teman – temannya melihat dirinya ?*
- d. *Apa yang dia pikirkan dan bagaimana ia menjelaskan mengenai kejadian dalam kehidupannya ?*
- e. *Bagaimana orang akan melukiskan hubungan antar pribadi klien ?*
- f. *Bagaimanakah emosi dan suasana hati yang paling menentukan klien dan kapan serta bagaimana hal tersebut mempengaruhi ?*
- g. *Bagaimanakah klien menghadapi kegagalan maupun keberhasilannya ?*

**Goldenberg (1983)**, mengemukakan adanya empat tujuan umum wawancara klinis, yakni :

- 1) Memperoleh informasi tentang diri klien dan yang bersangkutan dengan hal itu.
- 2) Memberikan informasi sepanjang dianggap perlu dan sesuai dengan tujuan wawancara
- 3) Memeriksa kondisi psikologis atau memberikan diagnosis klien, dan
- 4) Mempengaruhi, mengubah, memodifikasi perilaku klien. Wawancara dengan dua tujuan terakhir disebut wawancara asesmen dan wawancara terapeutik

**Terdapat beberapa jenis wawancara, antara lain :**

a. Wawancara mengenai status mental

Wawancara jenis ini sangat banyak digunakan oleh psikiater dan psikolog sebagai alat untuk mengumpulkan bahan mengenai taraf pengfungsiannya saat ini. Seperti tampilannya, perilaku umum, aktivitas motor, kewaspadaan, suasana hati, arus dan isi pikiran, orientasi dalam hal ruang, waktu, orang, ingatan, konsentrasi, pemikiran abstrak, penilaian, impian, kesadaran/pemahaman, dan nilai.

b. Wawancara sosial-klinis

**Peterson (1968)**, mengemukakan bahwa wawancara sosial-klinis merupakan wawancara dengan pendekatan yang lebih luas yang bermaksud mengidentifikasi, baik masalah khas maupun penentu - penentunya.

c. Wawancara yang difraksikan

Wawancara ini adalah wawancara yang substansinya bervariasi tergantung pada gaya teori dan pribadi pewawancara. **Sorrow (1967)**, yang membagi waktu wawancara ke dalam beberapa bagian. Misalnya, opening gambit, survei pendahuluan, penindaklanjutannya, melengkapi kekurangan-kekurangan dan keterangan serta rekomendasi.

d. Wawancara terstruktur

Wawancara ini bermaksud mencapai hasil yang lebih baik, dimana pewawancara menanyakan serangkaian pertanyaan yang bersifat *predetermind*, menggunakan kata yang baku, dan mengajukan pertanyaan dengan urutan yang tetap setiap kali. Dikemukakan **Trull (2005)**, sebagai interaksi, wawancara merupakan interaksi antara dua orang. Yang dimaksud dengan interaksi adalah saling mempengaruhi, atau dalam arti lebih luas adanya peristiwa pertemuan antar sedikit dua orang. Wawancara di dasarkan pada tujuan atau seperangkat tujuan tertentu. Wawancara juga bentuknya, dari mulai menemukan fakta (fact finding interview), untuk melepaskan ketegangan emosional. Untuk mengembangkan data, informasi, keyakinan, atau sikap dalam cara yang sebaik mungkin. Wawancara dan tes. Wawancara , lebih terarah dan ketat daripada percakapan, tetapi tujuan dan cara atau suasananya lebih longgar daripada tes. Wawancara sebagai seni seyogianyalah tidak kaku dan seharusnya menyenangkan. Hanya dengan membangun suasana yang baik saja, tanpa ditanya klien dapat diharapkan berinisiatif menceritakannya. Bisa jadi ceritanya berlebihan, yang dalam hal ini kita perlu untuk dengan enak membatasinya, meskipun ceritanya tersebut sangat menarik bagi kita pribadi. Wawancara sebagai seni, juga akan lebih tampak ketika kita menggunakan bahasa tubuh (body language), tetapi bukan dalam arti bentuk tubuh yang ideal secara estesis, melainkan gerakan – gerakannya dapat mengungkapkan.

### **Jenis dan Isi Pertanyaan Pewawancara**

Dalam rangka klinis, tentu saja pewawancara menggunakan wawancara terapeutik, yakni wawancara yang tujuan akhirnya adalah kesembuhan pasien. Patterson, menyatakan adanya lima pertanyaan yang

dapat diajukan yang bersifat mencari keterangan (probing), memberikan dukungan (promoting), menafsir (interpreting), menilai (evaluating), dan pemahaman (understanding). Dari kelima jenis pertanyaan atau pernyataan itu, hanya satu yang dianggap baik untuk proses wawancara penyembuhan, yakni memahami dalam setiap pernyataan yang di berikan oleh klien.

## **2. Pengamatan (Observasi)**

Pengamatan sering dilakukan bersamaan dengan wawancara karena kegiatannya pun sering dilakukan bersama-sama. Sambil mewawancarai klien seorang psikolog akan mengamati tingkah laku dari kliennya. Observasi ini adalah pemahaman bahwa perilaku yang dilakukan dengan atupun tanpa intensionalitas mengartikan suatu situasi kejiwaan. Pada dasarnya dikenal tiga jenis tingkah laku dalam hubungannya dengan hal ini yaitu : tingkah laku terbuka (*overt*), tingkah laku tertutup (*covert*), dan tingkah laku simbolik (*symbolic*). Tingkah laku terbuka adalah tingkah laku yang memperlihatkan maksudnya secara jelas dan kasat mata, hal ini terlihat dari tampilan gerakan otot maupun kerangka badan. Tingkah laku tertutup adalah tingkah laku yang gerak-geriknya tidak langsung menyatakan maksud. Sedangkan tingkah laku simbolik adalah tingkah laku yang harus ditafsirkan melalui gerak-gerik yang dilakukannya yang merupakan bagian dari simbol. Observasi bisa jadi memiliki metode yang lebih obyektif dan dilakukan dengan pendekatan *cross-sectional* pada saat ini maupun waktu yang panjang.

## **3. Tes Terstruktur**

Metode asesmen yang paling sering dipakai, termasuk “sekedar” penambah wawancara, adalah tes terstruktur. Tes ini meminta subyek untuk menjawab pertanyaan secara tegas, tidak samar-samar, ya atau tidak, dan

maknanya *uniform*, serta merespon pertanyaan dengan cara yang terbatas. Tes terstruktur membutuhkan standarisasi yang hati-hati dan norma yang representatif.

Termasuk dalam hal standarisasi ini adalah prosedur pengetesan dan keadaan klien serta tempat dan suasana dimana tes berlangsung. Yang penting adalah adanya paling sedikit, reliabilitas dan validitas yang memadai dalam hal alat tesnya, dan terdapat keseragaman dalam pelaksanaan tes maupun kejelasan subyek pengetesan atau biasa disebut *testee*.

Norma adalah seperangkat nilai yang didapat dari sekelompok orang yang telah melakukan tes. Interpretasi prestasi tes umumnya bereferensi pada norma, yaitu tafsiran atas skor subyek tertentu yang dibandingkan dengan skor normatif. Agar perbandingan ini berarti, kelompok normatif sebaiknya mewakili populasi dari mana subyek datang. Jadi, untuk menentukan norma dibutuhkan sampel.

Wilayah psikis-mental yang dapat dijangkau oleh tes terstruktur tidak hanya menyangkut domain kognitif, seperti intelegensi, melainkan juga afektif, seperti emosionalitas, dan motivasi. Terstruktur atau tidak terstrukturnya tidak bersangkutan dengan wilayah apa yang diukur, karena ada pendapat yang menyatakan bahwa seperti emosionalitas, makna, dan nilai pengukurannya tidak dapat disebut *quotient*, yang berarti bahwa pembakuannya perlu dibarengi usaha yang lebih berhati-hati.

Standarisasi, atau pembakuan, diperlukan agar efek dari faktor-faktor luar yang tidak dikehendaki, misalnya perbedaan yang tidak dimaksudkan untuk diukur dari orang-orang yang dites, diminimalkan.

#### **4. Tes Tak Terstruktur**

Psikologi klinis dapat menggunakan pertanyaan kepada klien dengan cara menjawab yang memberikan keleluasaan lebih besar, misalnya dengan memberikan *Thematic Apperception Test* (TAT) atau *Rorschach Inkblot-Test*.

Disebut tak terstruktur karena stimulus tesnya tidak membutuhkan jawaban yang ditentukan secara tegas dan jelas. Faktor pribadi *testee* sangat menentukan.

Yang penting diperhatikan dalam hal ini, adalah bahwa setiap rangsang, misalnya kartu, memiliki daya tarik, ajakan, nilai psikologis tertentu, atau disebut *Auferderungscharakter*. Untuk tafsiran atau interpretasinya, yang paling pokok adalah kemampuan untuk menghubungkan nilai ini dengan jawaban. Pada dasarnya terdapat beberapa kemungkinan cara penafsiran, yang terpenting ialah asosiasi dan simbolisasi. Asosiasi dimaksudkan, bahwa respons-respons itu memiliki kedekatan dengan kehidupan atau kejadian sehari-hari yang paling dekat dialami klien/pasien dan memiliki kaitan dengan keluhan yang dimilikinya. Simbolik dimaksudkan, bahwa apa yang menjadi respons itu bukanlah keadaan yang wujudnya sama dengan keadaan atau permasalahan yang dialami klien dalam kehidupan sehari-hari.

## **5. Asesmen Keprilakuan (Behavioral Asesmen)**

Observasi ini merupakan observasi sistematis yang dilakukan dalam laboratorium, di klinik, kelas, ataupun dalam perilaku sehari-hari. Dalam situasi klinis observasi ini kadang-kadang dimaksudkan untuk: (1) mendapatkan informasi yang tidak diperoleh melalui wawancara; (2) mengevaluasi ketepatan komunikasi verbal klien dan konsistensinya dengan komunikasi non-verbal; dan (3) membuat kesimpulan mengenai keadaan dalam, perasaan, dan motivasi yang perlu mendapat perhatian khusus yang melahirkan perilaku klien.

Pendekatan *behavioral* dalam asesmen ini mengarahkan pada contoh-contoh perilaku yang langsung dijaring dalam proses investigasi. Daripada menggunakan tes untuk mendapatkan pemahaman mengenai ciri-ciri

kepribadian atau psikodinamika, pendekatan *behavioral* dirancang lebih untuk menggambarkan pola perilaku kehidupan nyata subyek dan akibat dari keadaan lingkungan terhadap pola-pola perilaku ini. Misalnya, kalau ada klien yang menderita fobia berada di tempat yang tinggi. Pemeriksa dapat memeriksa pada ketinggian berapa rasa takut atau cemas itu terjadi. Jadi pengukuran ini sangat obyektif sehingga dapat dipahami oleh siapapun.

## **6. Kunjungan Rumah**

Psikologi klinis umumnya tidak (boleh) melakukan kunjungan ke rumah, karena merupakan wewenang pekerja sosial atau perawat kesehatan masyarakat. Namun makin lama makin dirasakan penting bagi klinikus untuk melakukan kunjungan rumah tersebut, dengan maksud memahami kehidupan alamiah klien di rumah dan keadaan serta pola kehidupan keluarga klien. Termasuk di sini adalah setiap pola relasi antar anggota keluarga dan perannya masing-masing.

Kunjungan rumah ini juga diperlukan dalam rangka persiapan atau penyelenggaraan terapi keluarga, khususnya dalam mempelajari relasi keluarga yang terganggu dari tangan pertama di tempatnya. Terdapat enam keuntungan dari kunjungan rumah ini:

- 1) Fungsi keseluruhan keluarga terlihat sebagaimana adanya;
- 2) Setiap anggota keluarga lebih berpeluang untuk melaksanakan peran sehari-harinya;
- 3) Terdapat lebih sedikit kemungkinan untuk tidak hadirnya anggota keluarga dalam sesi terapi;
- 4) Terdapat peluang untuk melihat seluruh keluarga dalam permasalahan, bukan hanya pada seseorang anggota saja;
- 5) Terdapat kemungkinan untuk tidak merasa cemas dalam lingkungan keluarga, sehingga lebih terbuka dan minimalnya perilaku dibuat-buat;

6) Terapi yang berlaku terbebas dari hubungan formal dokter-pasien.

## **7. Catatan Kehidupan**

Buku harian pasien dapat menjadi bahan untuk asesmen bahkan sekaligus sebagai alat terapi. Sebagai alat bantu untuk asesmen adalah dengan menafsirkan berbagai peristiwa yang dialaminya serta apa yang dilakukan atau dipikirkannya, kita bisa menafsirkan kepribadian macam apakah individu itu dan dapat menduga kurang lebih dinamika atau proses kejiwaan macam apakah yang telah dialaminya. Dengan kata lain, kita dapat menduga mengenai apa saja yang menjadi penyebab dan jenis gangguan apa yang dialami pasien tersebut.

## **8. Dokumen Pribadi**

Hampir sama dengan catatan kehidupan dan analisis biografi. Dalam pandangan Allport catatan atau dokumen pribadi penting untuk mengetahui motif utama klien, maupun hal-hal yang “disembunyikan”, penyangkalan, hambatan, dan kesulitan klien dalam membicarakan permasalahannya.

Apapun yang dicatat didalamnya adalah proyeksi yang dapat ditafsirkan, dan yang diperlukan adalah ketrampilan psikolog untuk menganalisis dan menafsirkannya. Cara berpikir psikologi adalah menerjemahkan apa yang dipikirkan, sikap, atau reaksi-reaksi klien apapun bentuk terhadap suatu kejadian atau permasalahan yang belum tentu telah terjadi, atau bahkan mungkin saja tidak akan benar-benar terjadi.

Dokumen pribadi tidak harus berisikan mengenai peristiwa dan sikap serta angan-angan klien, melainkan foto-foto yang dikumpulkannya, dan peristiwa yang dianggapnya penting. Misalnya oleh **McClelland** sebagai tanda kepribadian yang dilandasi oleh kebutuhan akan harga diri, kekuatan, atau menguasai orang lain.

## **9. Pemfungsian Psikologis**

Hubungan psikis-mental dan *faal* organ tubuh sangatlah erat. Tekanan darah, misalnya, sering berhubungan dengan adanya kecemasan dan juga merupakan reaksi atas tekanan-tekanan psikologis. Seorang yang marah biasanya menampilkan muka yang merah karena darah banyak dipompa jantung sehingga mengisi saluran-saluran darah kapiler di permukaan kulit. Bisa jadi juga menjadi gemetar karena ketegangan di otot (untuk sementara) harus ia tahan, padahal justru ingin dilampiaskan. Makin lama makin banyak ditemukan organ tubuh yang fungsinya berkaitan erat dengan kondisi dan situasi psikologis. Dalam gangguan psikofisiologis yang pernah mengganti nama gangguan psikosomatis, tercatat hampir semua organ tubuh dapat terganggu fungsinya oleh kondisi psikologi tertentu.

Selain dapat menghubungkan gejala-gejala (simtom dan sindrom) faali dengan fungsi syaraf atau endokrin, juga dapat menghubungkannya dengan simbol-simbol. Misalnya gangguan kulit sering berhubungan dengan gangguan dalam kontak sosial; tekanan darah tinggi, yang juga disebut hipertensi esensial, banyak berhubungan dengan tingginya kebutuhan untuk berprestasi dalam kepribadian seseorang.

## **LAPORAN PSIKOLOGI**

Dimulai dengan wawancara, dilanjutkan dengan tes terstruktur tertentu, tes tak terstruktur tertentu, dan observasi perilaku yang relevan. Hasil dari bermacam-macam metode itu diorganisasikan, diintegrasikan, dan dikomunikasikan dalam laporan psikologis. Laporan psikologis adalah suatu laporan psikolog mengenai penilaiannya atas keluhan yang dikemukakan klien berdasarkan berbagai keterangan yang didapat melalui berbagai metode dan teknik. Yang dilaporkan psikolog adalah “siapa” klien berdasarkan respons-responsnya atas suatu kejadian, baik yang dialaminya sendiri

(pengalaman dan penghayatannya) maupun kejadian yang dibuat atau dikondisikan. Dalam hal ini adalah bahwa membuat laporan merupakan upaya untuk membangun komunikasi antara pembuat laporan dengan penerima laporan. Komunitas yang terbangun antara pelapor dan penerima laporan itu ditandai oleh adanya pemahaman yang sama antara pelapor dan terlapor mengenai klien, sehingga keduanya akan bertindak berdasarkan pemahaman yang sama.

#### **a. Format Umum**

Laporan psikologi bisa berbagai macam dalam bentuk, gaya, dan panjangnya. Keseluruhannya akan tergantung pada maksud dan tujuan serta kepada siapa laporan akan diberikan. Oleh karena itu, kebanyakan laporan meliputi area dasar dalam format yang kurang lebih konsisten. Jika membuat laporan, sangatlah berguna bagi klien untuk memberikan label pada setiap bagian/seksi. Untuk laporan yang kurang lebih sama untuk setiap yang dilapori, disebut format umum. Menurut Kendall mengajukan contoh sebagai berikut :

##### - Data Identitas

Nama, umur, tanggal lahir, alamat, nomor telepon, tempat pemeriksaan, tanggal asesmen dan nama pemeriksa merupakan hal yang penting secara administratif melainkan juga penting dalam hal klinis. Bahkan ada yang berpendapat, bahwa sepanjang tidak punya kaitan dengan gangguan dan proses penyembuhan, data-data pribadi dibatasi. Pemberian nama dapat menggambarkan sifat dari anak tersebut, dan kepribadiannya.

#### **a. Permintaan referal :**

1. Apa yang di inginkan pengirim?
2. Mengapa klien dikirim untuk asesmen ?
3. Siapa pengirim ?

**b. Sejarah sosial /keluarga dan konteks yang berjalan :**

Informasi latar belakang yang menyangkut relasi keluarga, kesehatan, pekerjaan dan sistem sosial seyogyanya di ikutsertakan, terutama jika relevan dengan permintaan reveral. Namun taraf kebutuhan untuk seksi ini tergantung atau tidak tergantung pada orang lain yang akan ditanya.

**c. Observasi perilaku, keadaan fisik, keadaan psikis**

Laporan mengenai perilaku verbal dan non verbal selama asesmen berlangsung, juga sebelum dan sesudahnya. Yang menjadi pokok dalam hal ini adalah keadaan fisik (*status physicus*) dan keadaan kejiwaannya (*kretchmer*).

**d. Pengadministrasian tes**

Pemeriksa menyiapkan semua daftar tes yang akan di berikan, baik catatan formal maupun hasil tes informal seperti perilaku ketika observasi.

**e. Hasil tes**

Hasil tes klinis tentunya tidak hanya menggambarkan deskripsi tentang fungsi psikologisnya maupun type psikologis saja, namun melainkan juga harus menggambarkan dinamika kepribadian dari klien.

**f. Simpulan**

Berdasarkan informasi itu, maka: tampilkan formulasi diagnostik, buatlah rekomendasi *treatment*, kemukakan kesan prognostik, berikan keterangan mengenai gaya klien mengenai masalahnya, kebutuuhananya, konfliknya, lingkungan sosial serta ketrampilan dan defesiensinya.

### **g. Prognosis**

Yaitu sebuah dugaan sejauh mana klien dapat sembuh , dnegan melihat hasil pemeriksaan. Namun juga ada yang mengatakan bahwa tergantung dnegan jenis gangguan.

### **h. Rangkuman**

Bagian ini menampilkan kunci kunci atau pokok-pokok laporan. Jenis dan bentuknya biasanya lebih penting untuk bisa dibaca oleh orang awam daripada seorang ahli. Dalam rangkuman tidak diajukan penilaian namun hanya singkatan dari riwayat gangguan

### **i. Gaya penulisan**

Ialah adanya informasi yang di informasikan psikolog kepada klien. Untuk memudahkan komunikasi bahsa harus lebih jelas dan singkat, lebih menggunakan bahasa yang naratif dan bahasa yang paling umum untuk di pahami oleh orang awam atau jauh dari jargon psikologi.

### **j. Mengintegrasikan Data Asesmen**

Pendekatan yang bermanfaat atas integerasi data asesmen membutuhkan tiga langkah berikut :

1. Pemeriksa menskor seluruh tes dna membuat daftar pertanyaan sesuai maksudnya. Secara tipikal hal ini meliputi pertanyaan referal dan beberapa pertanyaan mengenai sisi fungsional, perseptual, dan kemampuan motor klien saat ini, intelegensi, susanan hati, kemmapuan untuk menenggulangi kekuatan kekuatan yang dimiliki , stres dan sumber daya lingkungan saat ini.
2. Pemeriksa mengambil setiap alat asesmen dan membuat pertanyaan singkat yang di maksudkan sebagai jawaban setiap

pertanyaan . setiap tes digunakan berbeda, tidak dapat digunakan untuk saling mengecek.

3. Pemeriksa kembali pada pertanyaan singkat dari setiap tes dan mulai mengintegrasikan bahan tersebut dihubungkan dengan rancangan laporan. Kongruensi adalah gambaran umum seseorang yang timbul dari metode asesmen yang berbeda yang dimaksud dengan diskepransi adalah ketidaksamaan berdasarkan metode asesmen.

Dalam akhir laporan, kepada pembaca hendaknya disajikan pernyataan profesional pemeriksa dalam relasi dengan pertanyaan referal dan keperluan relevan lainnya, secara jelas singkat dan padat. Pemeriksa harus menyatakan taraf konfidensinya dalam bentuk rekomendasi, dan bila ada hal yang tidak jelas atau meragukan, harus pula diutarakan.

## **NILAI ILMIAH ASASMEN**

Seperti berbagai metode penelitian umumnya, asesmen pun memiliki sisi ilmiah yang menjamin kebenaran hasilnya. Nilai ilmiah yang dimaksudkan adalah reliabilitas dan validasi.

### **a. Reliabilitas**

Ada tiga jenis yaitu :

#### **1. Stabilitas Temporal**

Yaitu mengacu pada perhitungan reliabilitas tes-retes. Jika yang sama dilakukan pada dua waktu yang berbeda, derajat terhadap skor pada penggunaan pertama berkorelasi dengan skor pada hasil tes yang kedua.

#### **2. Reliabilitas Antar Skor**

Yaitu melibatkan evaluasi kemampuan dari dua atau tiga skor independen dalam hal skor atau rating. Reliabilitas interskor merupakan suatu masalah yang berbeda daripada reliabilitas retes.

#### **3. Konsistensi Internal**

Konsistensi ini dibangun melalui menginterkolasikan butir tes dan sebagainya menggunakan korelasi split half, misalnya dengan membagi item ke dalam dua bagian skor total didapat dengan menjumlahkan skor bagian pertama dan di kolasikan dengan jumlah skor bagian kedua.

### **b. Validitas**

Mengukur validitas alat pengukuran psikologis sering merupakan proses yang berkelanjutan yang membutuhkan berbagai metode. Setiap metode menyediakan data tambahan untuk menjawab pertanyaan “apa yang dapat disimpulkan dari pengukuran yang menggunakan tes itu ?”

Menurut APA (American psychiatric Association) terdapat tiga tipe utama validitas yaitu validitas isi, validitas yang berhubungan dengan kriteria, dan validitas konstruk.

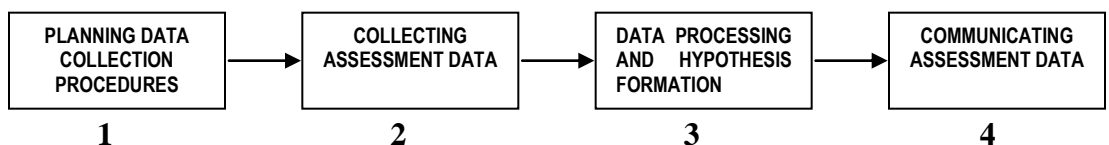
1. Validitas isi terlihat pada suatu tes, misalnya yang mengukur kecemasan, yang ternyata memang sisi yang tercakup oleh kecemasan itu.
2. Validitas yang berhubungan dengan criterion di butuhkan ketika seorang klinikus menghendaki penggunaan skor tes untuk menyimpulkan nilai individu terhadap variabel lain, yang disebut criterion.
3. Validitas konstruk adalah suatu konsep , ialah yang dikonstruksikan, berdasarkan pengetahuan ilmiah, untuk menerangkan dan mengorganisasikan aspek aspek tertentu dari pengetahuan yang ada .

Dalam membangun suatu tes, menurut validitas konstruk ini, pembuat tes membuat hipotesis dulu sesuai dengan teori mengenai apa yang akan diukur.

## **PROSES ASESMEN PSIKOLOGI KLINIS**

### **PROSES ASESMEN KLINIS**

Inti asesmen adalah mengumpulkan informasi yang akan digunakan untuk mengenali dan menyelesaikan masalah menjadi lebih efektif.



#### **1. *PLANNING DATA COLLECTION PROCEDURES***

Usaha-usaha atau penekanan asesmen yang dilakukan disesuaikan dengan pendekatan atau teori yang akan digunakan. Penekanan asesmen

berkaitan dengan dinamika kepribadian, latar belakang lingkungan sosial dan keluarga, pola interaksi dengan orang lain, persepsi terhadap diri dan realita atau riwayat secara genetis dan fisiologi.

**Tabel 1. Tingkat asesmen dan data yang berkaitan**

<b>TINGKAT ASESMEN</b>	<b>JENIS DATA</b>
1. Somatis	Golongan darah, pola respon somatis terhadap stres, fungsi hati, karakteristik genetis, riwayat penyakit, dan sebagainya.
2. Fisik	Berat/tinggi badan, jenis kelamin, warna kulit, bentuk tubuh, tipe rambut, dan sebagainya.
3. Demografis	Nama, umur, tempat/tanggal lahir, alamat, nomor telepon, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, status perkawinan, jumlah anak, dan sebagainya.
4. <i>Overt behavior</i>	Kecepatan membaca, koordinasi mata-tangan, kemampuan conversation, ketrampilan bekerja, kebiasaan merokok, dan sebagainya.
5. Kognitif/intelektual	Respon terhadap tes intelegensi, daya pikir, respon terhadap tes persepsi, dan sebagainya.
6. Emosi/afeksi	Perasaan, respon terhadap tes kepribadian, emosi saat bercerita, dan sebagainya.
7. Lingkungan	Lokasi dan karakteristik tempat tinggal, deskripsi kehidupan pernikahan, karakteristik pekerjaan, perilaku anggota keluarga dan teman, nilai-nilai budaya dan tradisi, kondisi sosial ekonomi, lokasi geografis, dan sebagainya.

**PEDOMAN STUDI KASUS :**

1. Identifikasi data, meliputi : nama, jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, alamat, tempat tanggal lahir, agama, pendidikan, suku bangsa.
2. Alasan kedatangan dan keluhan, harapan-harapan klien.

3. Situasi saat ini, meliputi : di tempat tinggal, kegiatan harian, perubahan dalam hidup yang terjadi dalam satu bulan, dan sebagainya..
4. Keluarga, meliputi : deskripsi orang tua, saudara, figur lain dalam keluarga yang dekat dengan klien (*significant other*), peran dalam keluarga, dan sebagainya..
5. Ingatan awal, mendeskripsikan tentang kejadian dan situasi pada awal kehidupannya.
6. Kelahiran dan perkembangan, meliputi : usia saat bisa berjalan dan berbicara, permasalahan dengan anak lain, pengaruh dari pengalaman masa kecil, dan sebagainya..
7. Kondisi fisik dan kesehatan, meliputi : penyakit sejak kecil, penggunaan obat dokter atau obat terlarang yang berturut-turut, merokok, alkohol, kebiasaan makan atau olahraga, dan sebagainya..
8. Pendidikan, meliputi : riwayat pendidikan, bidang pendidikan yang diminati, prestasi, bidang yang dirasa sulit, dan sebagainya..
9. Pekerjaan, meliputi : alasan berhenti atau pindah kerja, sikap dalam menghadapi pekerjaan, dan sebagainya..
10. Minat dan hobi, meliputi : kesenangan, ekspresi diri, hobi, dan sebagainya..
11. Perkembangan seksual, meliputi : aktivitas seksual, ketepatan dalam pemuasan kebutuhan seksual, dan sebagainya..
12. Data perkawinan dan keluarga, meliputi : alasan menikah, kehidupan perkawinan dalam budayanya, masalah selama menikah, kebiasaan dalam rumah tangga, dan sebagainya..
13. Dukungan sosial, minat sosial dan komunikasi dengan orang lain, meliputi : tingkat frekuensi untuk berhubungan dengan orang lain,

kontribusi selama berinteraksi, kesediaan menolong orang lain, dan sebagainya..

14. Self description, meliputi : kekuatan dan kelemahan, daya imajinasi, kreativitas, nilai-nilai dan ide.
15. Pilihan dalam hidup, meliputi : keputusan untuk berubah, kejadian penting, dan sebagainya..
16. Tujuan dan masa depan, meliputi : harapan pada 5 – 10 tahun yang akan datang, hal-hal yang perlu disiapkan untuk itu, kemampuan untuk menetapkan tujuan, daya realistis berhubungan dengan waktu, dan sebagainya..
17. Hal-hal lain dapat dilihat dari riwayat atau latar belakang klien.

Pedoman tersebut harus selalu disesuaikan dengan pendekatan yang akan digunakan :

- a. Psikodinamika lebih memfokuskan pada pertanyaan seputar motif bawah sadar, fungsi ego, perkembangan pada awal kehidupan (5 tahun pertama) dan berbagai macam *defense mechanism*.
- b. Kognitif-behavior memfokuskan pada skill, pola berpikir yang biasa digunakan, berbagai stimulus yang mendahului serta permasalahan perilaku yang menyertainya.
- c. Fenomenologi cenderung mengikuti outline asesmen dan melihat bahwa serangkaian asesmen merupakan kolaborasi untuk memahami klien dalam hal bagaimana klien melihat atau mempersepsi dunia.

## **TUJUAN ASESMEN KLINIS**

Ada tiga macam yaitu klasifikasi diagnostik, deskripsi dan prediksi.

### **1. Klasifikasi diagnostik**

Maksud dari klasifikasi (penegakan) diagnostik yang tepat antara lain :

- a. Untuk menentukan jenis *treatment* yang tepat. Suatu *treatment* sangat bergantung pada bagaimana pemahaman klinisi terhadap kondisi klien termasuk jenis gangguannya (vermande, van den Bercken, & De Bruyn, 1996).
- b. Untuk keperluan penelitian. Penelitian tentang berbagai penyebab suatu gangguan sangat bergantung kepada validitas dan reliabilitas diagnostik yang ditegakkan.
- c. Memungkinkan klinisi untuk mendiskusikan gangguan dengan cara efektif bersama profesional yang lain (Sartorius et.al, 1996).

### ***Diagnostic System : DSM-IV***

Teknik pengklasifikasian gangguan mental sudah dilakukan sejak tahun 1900-an. Sedangkan secara formal baru pada tahun 1952 ketika APA (American Psychiatric Association) menerbitkan sistem klasifikasi diagnostik yang pertama kali, ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder***. Sistem ini kemudian terkenal dengan nama DSM I dan berlaku hingga tahun 1968, ketika WHO mengeluarkan ***International Classification of Diseases (ICD)***. DSM I kemudian direvisi dan disamakan dengan ICD, kemudian terbit DSM II. DSM I dan II menyeragamkan terminologi untuk mendeskripsikan dan mendiagnosa perilaku abnormal, tetapi tidak menjelaskan tentang aturan sebagai pedoman dalam memutuskan suatu diagnostik. Di dalamnya tidak terdapat suatu kriteria yang jelas bagi tiap gangguan sehingga agak sulit untuk mengklasifikasikan diagnostik. Pada tahun 1980 DSM II mengalami perubahan menjadi DSM III yang diikuti pada tahun 1987 dengan edisi revisi sehingga namanya menjadi DSM III-R. Dalam DSM III ini, sudah terdapat suatu **kriteria operasional** untuk masing-masing label diagnostik. Kriteria ini meliputi simtom utama dan simtom spesifik serta durasi simtom muncul. Disini juga digunakan pendekatan

*multiaxial*, dimana klien dideskripsikan ke dalam lima dimensi (axis), yaitu :

- a. Axis I : 16 gangguan mental major
- b. Axis II : Berbagai problem perkembangan dan gangguan kepribadian
- c. Axis III : Gangguan fisik atau kondisi-kondisi yang mungkin berhubungan dengan gangguan mental
- d. Axis IV : Stressor psikososial (lingkungan) yang mungkin memberi kontribusi terhadap gangguan pada Axis I dan II
- e. Axis V : Rating terhadap fungsi psikologis, sosial dan pekerjaan dalam satu tahun terakhir

DSM III-R pun kemudian dikritik karena beberapa kriteria diagnostiknya masih terlalu samar dan masih membuka peluang untuk muncul bias dalam penggunaannya. Dan Axis II, IV dan V mempunyai kekurangan dalam pengukurannya. Akhirnya pada tahun 1988, APA membentuk tim untuk membuat DSM IV. Di dalamnya tetap menggunakan pendekatan *multiaxial* seperti pada DSM III-R dan Axis I hanya dapat di tegakkan jika terdapat jumlah kriteria minimum dari daftar simtom yang disebutkan. Pada DSM IV ini terdapat beberapa modifikasi dalam terminologi sebelumnya dan skema rating yang digunakan pada beberapa axis. Sekarang ini telah diterbitkan DSM IV-TR (*Text Revised*). Sampai saat ini DSM IV dan DSM IV-TR digunakan sebagai pedoman klinisi dan profesional terkait untuk menentukan diagnostik.

***Multiaxial DSM IV :***

- a. Axis I : *Clinical Disorders, Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention*

- b. Axis II : *Personality Disorders, Mental Retardation*
- c. Axis III : *General Medical Conditions*
- d. Axis IV : *Psychosocial and Environmental Problems*
- e. Axis V : *Global Assessment of Functioning (GAF)*

## **2. Deskripsi**

Para klinisi beranggapan bahwa untuk memahami *content* dari perilaku klien secara utuh maka harus mempertimbangkan juga tentang *context* sosial, budaya dan fisik klien. Hal itu menyebabkan asesmen diharapkan dapat mendeskripsikan kepribadian seseorang secara lebih utuh dengan melihat pada *person-environment interactions*. Dalam fungsinya sebagai sarana untuk melakukan deskripsi terhadap kepribadian seseorang secara utuh, di dalam asesmen harus terdapat antara lain : motivasi klien, fungsi intrapsikis, respon terhadap tes, pengalaman subjektif, pola interaksi, kebutuhan (*needs*) dan perilaku. Dengan menggunakan pendekatan deskriptif tersebut memudahkan klinisi untuk mengukur perilaku pra *treatment*, merencanakan jenis *treatment* dan mengevaluasi perubahan perilaku pasca *treatment*.

## **3. Prediksi**

Tujuan asesmen yang ketiga adalah untuk memprediksi perilaku seseorang. Misalnya klinisi diminta oleh perusahaan, kantor pemerintah atau militer untuk menyeleksi seseorang yang tepat bagi suatu posisi kerja tertentu. Dalam kasus tersebut, klinisi akan melakukan asesmen dengan mengumpulkan dan menguji data deskriptif yang kemudian digunakan sebagai dasar untuk melakukan prediksi dan seleksi.

Klinisi kadang dihadapkan pada situasi untuk memprediksi hal-hal yang berbahaya, misalnya pertanyaan seperti “Apakah si A akan

bunuh diri?”, “Apakah si B tidak akan menyakiti orang lain setelah keluar dari RS?”. Pada saat itu klinisi harus menentukan jawaban “ya” atau “tidak”. Prediksi klinisi tentang “berbahaya” atau “tidak berbahaya” dapat dievaluasi dengan empat kemungkinan jawaban.

- a. *True positive*, jika prediksi klinisi berbahaya dan ternyata klien menunjukkan perilaku berbahaya.
- b. *True negative*, jika prediksi klinisi tidak berbahaya dan ternyata klien menunjukkan perilaku yang tidak berbahaya.
- c. *False negative*, jika prediksi klinisi tidak berbahaya tetapi klien menunjukkan perilaku berbahaya.
- d. *False positive*, jika prediksi klinisi berbahaya tetapi klien menunjukkan perilaku tidak berbahaya.

## **2. COLLECTING ASSESSMENT DATA**

- a. Bagaimana seharusnya kita mencari tahu tentang hal itu ?

### **SUMBER ASESMEN DATA**

Ada empat macam yaitu : interview, tes, observasi dan *life record*.

#### **1. Interview**

Interview merupakan dasar dalam asesmen dan merupakan sumber yang sangat luas. Ada beberapa kelebihan interview antara lain:

- b. Merupakan hal biasa dalam interaksi sosial sehingga memungkinkan untuk mengumpulkan sampel tentang perilaku verbal atau non verbal individu bersama-sama.
- c. Tidak membutuhkan peralatan atau perlengkapan khusus dan dapat dilakukan dimanapun juga.

- d. Mempunyai tingkat fleksibilitas yang tinggi. Klinisi bebas untuk melakukan *inquiry* (pendalaman) terhadap topik pembicaraan yang mungkin dapat membantu proses asesmen.

Tetapi interview dapat terdistorsi oleh karakteristik dan pertanyaan interviewer, karakteristik klien dan oleh situasi pada saat interview berlangsung.

## **2. Tes**

Seperti interview, tes juga memberikan sampel perilaku individu, hanya saja dalam tes stimulus yang direspon klien lebih terstandardisasikan daripada interview. Bentuk tes yang sudah standar tersebut membantu untuk mengurangi bias yang mungkin muncul selama proses asesmen berlangsung. Respon yang diberikan biasanya dapat diubah dalam bentuk skor dan dibuat analisis kuantitatif. Hal itu membantu klinisi untuk memahami klien. Skor yang didapat kemudian diinterpretasi sesuai dengan norma yang ada.

## **3. Observasi**

Tujuan observasi adalah untuk mengetahui lebih jauh di luar apa yang dikatakan klien. Banyak yang mempertimbangkan bahwa observasi langsung mempunyai tingkat validitas yang tertinggi dalam asesmen. Hal itu berhubungan dengan kelebihan observasi antara lain:

- a. Observasi dilakukan secara langsung dan mempunyai kemampuan untuk menghindari permasalahan yang muncul selama interview dan tes seperti masalah memori, jenis respon, motivasi dan bias situasional.
- b. Relevansinya terhadap perilaku yang menjadi topik utama. Misalnya perilaku agresif anak dapat diobservasi sebagaimana

perilaku yang ditunjukkan dalam lingkungan bermain dimana masalah itu telah muncul.

- c. Observasi dapat mengases perilaku dalam konteks sosialnya. Misalnya untuk memahami seorang pasien yang kelihatan depresi setelah dikunjungi keluarganya, akan lebih bermakna dengan mengamati secara langsung daripada bertanya, “*Apakah Anda pernah depresi?*”.
- d. Dapat mendeskripsikan perilaku secara khusus dan detail. Misalnya untuk mengetahui tingkat gairah seksual seseorang dapat diobservasi dengan banyaknya cairan vagina yang keluar atau observasi melalui bantuan kamera.

#### **4. *Life record***

Asesmen yang dilakukan melalui data-data yang dimiliki seseorang baik berupa ijazah sekolah, arsip pekerjaan, catatan medis, tabungan, buku harian, surat, album foto, catatan kepolisian, penghargaan, dan sebagainya.. Banyak hal dapat dipelajari dari *life record* tersebut. Pendekatan ini tidak meminta klien untuk memberi respon yang lebih banyak seperti melalui interview, tes atau observasi. Selama proses ini, data dapat lebih terhindar dari distorsi memori, jenis respon, motivasi atau faktor situasional. Contohnya, klinisi ingin mendapatkan informasi tentang riwayat pendidikan klien. Data tentang transkrip nilai selama sekolah mungkin dapat lebih memberikan informasi yang akurat tentang hal itu daripada bertanya “*Bagaimana saudara di sekolah?*”. Buku harian yang ditulis selama periode kehidupan seseorang juga dapat memberikan informasi tentang perasaan, harapan, perilaku atau detail suatu situasi yang mana hal itu mungkin terdistorsi karena lupa selama interview. Dengan merangkum informasi yang di dapat tentang pikiran dan

tingkah laku klien selama periode kehidupan yang panjang, *life records* memberikan suatu sarana bagi klinisi untuk memahami klien dengan lebih baik.

### 3. *PROCESSING ASSESSMENT DATA*

- a. Bagaimana seharusnya data-data tersebut dikombinasikan ?
- b. Bagaimana asesor dapat meminimalkan bias selama interpretasi data ?  
→ Didasarkan pada teori apa yang akan digunakan : psikoanalisa, behaviorial atau fenomenologi.

Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya dalam asesmen adalah menentukan arti dari data tersebut. Jika informasi tersebut sekiranya berguna dalam pencapaian tujuan asesmen, maka informasi itu akan dipindahkan dari data kasar menjadi format interpretatif. Langkah tersebut biasanya disebut pemrosesan data asesmen atau *clinical judgment*.

Klinisi cenderung melihat data asesmen melalui tiga cara yaitu : sebagai **sampel**, **korelasi** atau **tanda (sign)**. Contoh : Seorang laki-laki menelan 20 tablet obat penenang sebelum tidur tadi malam di sebuah hotel, tapi berhasil diselamatkan oleh petugas kebersihan yang akhirnya membawanya ke RS.

1. Data dilihat sebagai **sampel** dari perilaku klien. Kemungkinan *judgment* :
  - a. Klien mempunyai cara potensial untuk melakukan pembunuhan secara medis
  - b. Klien tidak ingin diselamatkan sebab tidak ada seorangpun yang tahu tentang usaha bunuh diri tersebut sebelum hal itu terjadi.
  - c. Dalam situasi yang sama, klien mungkin akan mencoba bunuh diri lagi.

Disini dapat dilihat, bahwa data berupa usaha bunuh diri dilihat sebagai contoh dari apa yang dilakukan klien dalam situasi seperti itu. Tidak ada usaha untuk mengetahui mengapa dia mencoba bunuh diri. Jika dilihat sebagai sampel, akan didapat kesimpulan tingkat rendah. Teori yang mendasarinya adalah *behavioral*.

2. Data dilihat sebagai **korelasi** dengan aspek lain dalam hidup klien.

Kemungkinan *judgment* :

- a. Klien sepertinya seorang lelaki setengah baya yang masih *single* atau bercerai dan mengalami kesepian.
- b. Klien saat itu mungkin mengalami depresi.
- c. Klien kurang mendapatkan dukungan emosi dari teman dan keluarganya.

Ada kombinasi antara : 1). Fakta tentang perilaku klien. 2). Pengetahuan klinisi tentang apa yang sekiranya dapat dikorelasikan dengan perilaku klien. Disini kesimpulan yang diambil berada pada tingkat yang lebih tinggi. Kesimpulannya didasarkan pada data-data pendukung yang ada di luar data asli seperti hubungan antara bunuh diri, usia, jenis kelamin, dukungan sosial, dan depresi. Semakin kuat pemahaman terhadap hubungan antar variabel, maka kesimpulan yang di dapat semakin akurat. Pendekatan ini bisa didasarkan pada beragam teori.

3. Data dilihat sebagai **tanda (*sign*)** yang lain, untuk mengetahui karakteristik klien yang masih kurang jelas. Kemungkinan *judgment* :

- a. Dorongan agresif klien berubah menyerang diri sendiri.
- b. Perilaku klien merefleksikan adanya konflik intrapsikis.
- c. Perilaku minum obat merupakan manifestasi adanya kebutuhan untuk ditolong yang tidak disadarinya.

Kesimpulan yang didapat berada pada tingkat paling tinggi. Teori yang mendasari pendekatan ini adalah psikoanalisa atau fenomenologi.

#### **4. *COMMUNICATING ASSESSMENT DATA***

- a. Siapa yang akan diberi laporan asesmen dan tujuannya apa ?
- b. Bagaimanakah asesmen akan mempengaruhi klien yang di ases ?

Hasil dari asesmen biasanya akan ditulis menjadi sebuah laporan asesmen. Ada tiga kriteria yang harus dipenuhi suatu laporan asesmen yaitu : jelas, relevan dengan tujuan dan berguna.

##### **1. Jelas**

Kriteria pertama yang harus dipenuhi adalah laporan itu harus jelas. Tanpa kriteria ini, relevansi dan kegunaan laporan tidak dapat dievaluasi. Ketidakjelasan laporan psikologis merupakan suatu masalah karena kesalahan interpretasi dapat menyebabkan kesalahan pengambilan keputusan.

##### **2. Relevan dengan tujuan**

Laporan asesmen harus relevan dengan tujuan yang sudah ditetapkan pada awal asesmen. Jika tujuan awalnya adalah untuk mengklasifikasikan perilaku klien maka informasi yang relevan dengan hal itu harus lebih ditekankan.

##### **3. Berguna**

Laporan yang ditulis diharapkan dapat memberikan sesuatu informasi tambahan yang penting tentang klien. Kadang terdapat juga laporan yang mempunyai validitas tambahan yang rendah. Misalnya klinisi menyimpulkan bahwa klien mempunyai kecenderungan agresifitas tinggi, tapi data kepolisian mencatat bahwa klien tersebut telah berulang kali ditahan karena kasus kekerasan. Informasi yang

diberikan klinisi tidak memberikan suatu hal penting lainnya dari klien.

## **OUTLINE ASSESSMENT DATA**

### **1. Psikoanalisa**

#### **I. Konflik**

- |                           |                        |
|---------------------------|------------------------|
| A. Persepsi diri          | E. Persepsi lingkungan |
| B. Tujuan                 | F. Dorongan, dinamika  |
| C. Frustrasi              | G. Kontrol emosi       |
| D. Hubungan interpersonal |                        |

#### **II. Nilai stimulus sosial**

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| A. Kemampuan kognitif | C. Tujuan       |
| B. Faktor konatif     | D. Peran sosial |

#### **III. Fungsi kognitif**

- A. Penurunan
- B. Psikopatologi

#### **IV. Defenses**

- A. Represi
- B. Rasionalisasi
- C. Regresi
- D. Fantasi
- E. Dan sebagainya.

### **2. Fenomenologi ; pendekatan subjektif dan cenderung mengikuti format umum asesmen.**

- I. Klien dari sudut pandang sendiri
- II. Klien seperti yang direfleksikan dalam tes

III. Klien seperti yang dilihat klinisi

### 3. *Cognitive-Behavioral*

- I. Deskripsi tentang penampilan fisik dan perilaku selama asesmen
- II. Permasalahan
  - A. Masalah saat ini
  - B. Latar belakang masalah
  - C. Situasi tertentu yang menentukan masalah
  - D. Variabel yang relevan
    1. Aspek fisiologis
    2. Pengaruh medis
    3. Aspek kognitif yang menentukan masalah
  - E. Dimensi masalah
    1. Durasi
    2. Frekuensi
    3. Keseriusan masalah
  - F. Konsekuensi masalah
    1. Positif
    2. Negatif
- III. Masalah yang lain (diobservasi oleh asesor, tidak dinyatakan oleh klien)
- IV. Aset individu
- V. Target perubahan
- VI. Treatment yang direkomendasikan
- VII. Motivasi klien untuk treatment
- VIII. Prognosis
- IX. Prioritas *treatment*

- X. Harapan klien
  - A. Penyelesaian masalah yang spesifik
  - B. Pada *treatment* secara umum
- XI. Komentar lain

## **BERBAGAI JENIS ASESMEN PSIKOLOGI KLINIS**

Metode asesmen lain yang juga terkenal saat ini, dimulai tahun 1940-an adalah apa yang disebut *asasmen center*. *Center* disini bukan berarti pusat, melainkan menunjukkan kepada jenis metode. Asesmen ini untuk melihat potensi dan kemampuan untuk melaksanakan tugas yang biasanya dilakukan oleh pejabat dari jabatan yang akan dijabat oleh orang yang diases. Metode lain yang juga cukup terkenal adalah pemeriksaan psikologi, *psychology examination*. Sedangkan tes hendaknya dipahami sebagai salah satu metode dari asesmen atau pengukuran itu. Dilihat dari substansi pemeriksaan, terdapat banyak jenis asesmen yang digunakan dalam psikologi klinis terutama asesmen pemfungsian intelektual, asesmen kepribadian, asesmen pemfungsian neuropsikologis dan asesmen kepribadian.

### **A. ASESMEN PEMFUNGSIAN INTELEKTUAL**

Asesmen kemampuan merupakan salah satu tugas para psikolog, dimana faktor intelegensi dinilai dan dianggap paling berperan dalam perkembangan kepribadian. Asesmen intelektual yang dianggap spektakuler pada masa lalu adalah apa yang dikerjakan oleh Sir Francis Galton tahun 1869. Ia menemukan apa yang disebut “kualitas genius hereditas” dimana setiap “genius” tergantung berbagai macam prestasi yang pada umumnya tidak dimasukkan ke dalam hal yang menyangkut pengukuran intelegensi. Ahli lain seperti **Spearman** (1904) mengemukakan adanya satu kemampuan yang disebut faktor sebagai faktor umum intelegensi (*general factor of*

*intelligence*), sehingga sampai saat ini kita mengenal salah satu teori Spearman mengenai intelegensi sebagai “*General Factor Theory*”. Para ahli menganggap intelegensi terdiri dari faktor umum dan faktor khusus. Faktor khusus tercemin dalam apa yang disebut “*multiple intelligence*” dari **Gardner**.

## 1. Definisi Intelegensi

Menurut **Wechler** menyatakan bahwa intelegensi merupakan pembangkitan atau kapasitas global individu untuk bertindak, bertujuan, berfikir rasional, dan berhubungan efektif dengan lingkungannya. Namun **Rudolf** menyatakan bahwa intelegensi sebagai suatu struktur khusus dalam keseluruhan kepribadian manusia, suatu keutuhan yang berstruktur yang terdiri atas kemampuan jiwa dan mental. Tahun 1980, **Wechsler** menguraikan intelegensi sebagai masalah posisi relatif, ialah bagaimana seseorang melakukan tindakan menghasilkan kinerja intelektual. Jadi kemampuan dan kapabilitas mutlak relatif dengan orang lain harus dipertimbangkan jika mengakses intelegensi. Sumber intelegensi adalah genetika, lingkungan, genetika lingkungan. Yang dimaksud genetika bersifat genetik artinya memiliki sumber asal yang bersifat turunan, sedangkan lingkungan adalah segala hal yang terjadi di lingkungan yang memberi dampak terhadap sisi kognitif kejiwaan individu. Yang dimaksud genetika lingkungan adalah sintesis dari lingkungan dan genetik, ialah landasan intelegensi yang terjadi akibat adanya pengaruh lingkungan. **Erlenmeyer – Kimling dan Jarvik** (1963) menyatakan bahwa posisi genetik merupakan prediktor utama intelegensi anak. Dilainisi, **Watson** (1925) bahwa posisi lingkungan dapat mengungguli turunan dalam menentukan kapasitas intelektualnya. Menurut **William Stern**, bahwa kepribadian dan kecerdasan ditentukan

oleh 49% keturunan dan 51% lingkungan, perbedaannya yang tidak terlalu signifikan. Para peneliti memberika pusat perhatian pada masalah *genotypes* dan *phenotypes* pada intelegensi. *Genotype* mengacu pada komponen total faktor-faktor genetik individu, yang terlihat maupun yang tidak terlihat. Sementara *phenotype* mengacu pada karakteristik individu yang teramati yang merupakan hasil interaksi antara *genotype* dengan lingkungan.

Berikut ini dikemukakan beberapa alat tes yang umum dipakai, khususnya di Indonesia :

1. *Stanford-Binet Intelligence Scale*

Semua alat pengukuran alat tes pengukuran intelegensi ini adalah *Skala Binet-Simon*. Alat ini terdiri dari 30 soal pertanyaan yang dimulai dari yang sangat mudah ke yang sangat sukar dan yang mengukur kemampuan sensori dan perseptual, seperti juga ketrampilan verbal. Kemudian mengalami beberapa revisi, dan revisi besar-besaran dilakukan di Amerika oleh **Terman** (1916) di Stanford University yang dikenal dengan nama *Stanford-Binet*.

2. *Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)*

WAIS merupakan alat pemeriksaan intelegensi yang bersifat individual. WAIS adalah alat tes yang paling populer karena paling banyak digunakan di dunia saat ini. Semula bernama *Weschler Bellevue Intelligence Scale (WBIS)* disamping *WISC (Weschler Intelligence Scale for Chidren)*. WAIS memiliki enam subtes yang terkombinasikan dalam bentuk skala pengukuran ketrampilan verbal dan lima subtes membentuk skala pengukuran ketrampilan tindakan (*performance*).

Subtes verbal terdiri dari :

- a. *General Information* (mengukur informasi yang telah dipelajari dari kehidupan sehari-hari dalam lingkungan keluarga dan budayanya).
- b. *General Comprehension* (mengukur *social judgement*, kemampuan untuk menggunakan informasi sebelumnya untuk menghadapi masalah sehari-hari dan kapasitas pemahaman abstraksi).
- c. *Arithmetic* (mengukur kemampuan konsentrasi dan rentang perhatian aktif).
- d. *Similarities* (mengukur memori, komprehensif, *abstract reasoning*, dan kapasitas berfikir asosiatif dan *conceptual judgment*)
- e. *Vocabulary* (mengukur rentang gagasan, isi, pikiran, kekayaan proses kognitif, dan lingkungan)
- f. *Digit Span* (membedakan orang yang tenang dan atensif dari yang mudah terganggu, penuh kecemasan, dan tidak memiliki perhatian)

Subtes *performance*, terdiri atas :

- a. *Digit Symbol* (mengukur deksteriti visual- motor dan koordinasi motor halus, uga digunakan untuk mengindikasikan taraf persistensi subjek dalam *sticking* atau tugas yang tidak menarik)
- b. *Picture Completion* (mengukur diskriminasi visual, konsentrasi dan *reasoning*)
- c. *Block Design* (mengukur nonverbal *reasoning*, kecepatan berprestasi, koordinasi visual motor)

- d. *Picture Arrangement* (mengukur kemampuan subjek untuk menggunakan persepsi visual yang akurat, melihat ke depan, merencanakan dan menafsirkan situasi sosial)
- e. *Object Assmbly* (mengukur analisis visual, kemampuan menyusun secara sederhana, kemampuan untuk menangani hubungan bagian keseluruhan). Subtes ini melihat koordinasi visual motor lebih aktif daripada yang diukur *picture arrangement*.

### **Katagori-katagori Pempungian Intelektual dalam WBIS/WAIS**

Dalam menggunakan tes intelegensi untuk keperluan klinis, perlu diperhatikan catatan yang dikemukakan oleh *Guertin* sebagai berikut :

“mengukur *scatter intersubtest secara frequent membedakan kelompok-kelompok delniquen, skizofrenik dan organik dari orang normal. Bagaimana pun, nilai diagnostik sendiri diabaikan karena tidak khas untuk setiap kelompok diagnostik atau secara memuaskan diskriminatif untuk realiable pada kasus individu*” (Guertin, 1962)

#### **1. Pengukuran Ketrampilan Verbal**

##### **Informasi**

Proses intelegensi terpengaruh oleh pematangan proses antara lain memunut informasi yang juga dipengaruhi oleh emosi dan motivasi. Dalam intelegensi unsur yang dipakai (*information picking up recall*) yaitu *psychological significance* (ada memory dan emotion). Semakin banyak yang harus di *recall*, semakin banyak *effort* yang diusahakan. Dengan demikian subtes informasi dapat digunakan untuk mengukur kesadaran, ketidaksadaran, fungsi ego. Kalau item mudah tak dijawab, menggambarkan keadaan skizofren, histeria, depresi, atau neurasthenia.

## **Komprehensi**

*Reality testing* ketetapan reaksi terhadap suatu kenyataan, menyangkut masalah emosional dan moral *judgment*. Ada tindakan baik tapi tidak bijaksana yang menyangkut 2 hal yaitu : *intellectual level dan emotional level*. *Judgement* terletak dalam *borderline* antara intelegensi dan emosional.

Bentuk analisis skor pada muatan untuk melakukan atau tidak.

1-6 mudah = kalau salah berarti *failure impairment of judgement*

7-10 sukar = tidak menyangkut hal itu

*Judgment* merupakan ukuran samapai mana orang tersebut dapat mengendalikan emosinya.

## **Hubungan antara Informasi dan Komprehensi**

Hubungan subtes itu dekat dengan  $r = 0.6 - 0.7$ , tetapi ada perbedaan. Kalau informasi yang tinggi dan komprehensi yang rendah terutama kalau komprehensi sangat rendah. Yang *inhibited* adalah kalau informasi rendah. Kalau item mudah gagal, maka ada unsur skizofreni dan depresepsi psikiatrik. Kalau informasi rendah dan komprehensi tinggi, berarti ilmu tidak dapat digunakan seefektif mungkin. Biasanya terdapat abstrak komprehensi dan menunjukan keadaan neurotik.

## **Similiaritas**

Similiaritas adalah kemampuan dalam pembentukan konsep. Selanjutnya adalah pembentukan pengertian.

- a. *Impairment of concept formation* biasa terjadi dalam gangguan *logic thinking*
- b. *Depressive psychotic-simple schizophrenic* : gagal dalam item mudah

- c. *Unclassified-neurotic depression* : tidak terlalu rendah
- d. *Depressive psychotic* : skor kosa kata yang sangat rendah ( $d = 5/6$ ) yang lebih kecil dari mean verbal.
- e. *Obsessive compulsive* kira-kira sama
- f. *Neurotic* : tampak terutama dalam *intellectualizing, ideational preschizophrenic*.

### **Digit Span dan Arithmetic**

- a. DS-attention; AR-concentration in vocalized
- b. *Attention* : *we observe freely without effort*. Tetapi tidak bertumpuk
- c. Menurut psikoanalisis, attention merupakan mobilisasi energi secara khusus terlihat pada effect, emosi dan interest. Penggunaannya tergantung pada ego.
- d. Konsentrasi digunakan untuk mengontrol *speciafically energy*. Jika *passive concentration* lebih besar dari *active concentration* maka tidak ada ego kontrol.
- e. *Digit span* (DS) yang rendah *vurnelable* terdapat gangguan *anxiety*
- f. *Digit span* yang sangat rendah dibanding *vocabulary* dan *mean verbal*, cenderung neurotik.
- g. Skizofrenik memiliki SD yang lebih tinggi karena secara operasional, sudah tidak ada *anxiety* lagi.
- h. Kalau *backward* lebih besar daripada *forward* menunjukkan *depressive psychosis*

### **Kesimpulan**

Kalau pada item yang mudah gagal menjawab dengan benar, terdapat kemungkinan telah terjadinya *deteriorated psychotic, depressive psychotic* awal. *Arithmetic* rendah menunjukkan kecenderungan

*deteriorated schizophrenic*. Jika *arithmetic* lebih kecil dari *vocabulary* mungkin terjadi gangguan konsentrasi temporer. Pada penderita *skizofreni*, skornya tidak baik karena fungsi ego rendah. Untuk item 9 dan sepuluh, banyak faktor kultural.

## 2. *Pengukuran Ketrampilan Tindakan (Performance)*

Picture arrangement terdiri dari

- a. Kemampuan antisipasi, kemampuan perencanaan
- b. Attention
- c. Judgement

Sub test ini merupakan jalinan beberapa hal, tetapi yang utama adalah antisipasi; tidak murni intellectual melainkan emotional function. Kalau orang lagi depresi, tidak suka item yang lucu (misalnya raja). Ada juga anxiety. Pada psikopati bisa juga aspek social tinggi.

Depresi psikotis, kemudian deteriorate psychotic, gagal secara signifikan, terutama untuk item yang mudah-mudah. Orang normal bisa gagal tetapi tidak parah. Depresif, performance rendah. Pada penderita skizofrenia, block design, kadang-kadang tinggi.

Penderita skizofrenia, terutama yang pra, bila verbal baik biasanya gagal dalam Picture Arrangement (PA), block judgement, comprehension menyangkut item moral dalam PA tidak ada moral. Picture Completion : visual concentration, kalau gagal : (1) increase of distance (environment), mungkin tidak tahu gambar apa; (2) loos of distance, tidak ada ruangnya (orangnya).

### **Kesimpulan :**

Dalam picture arrangement (PA) factor kultur berpengaruh. Yang paling banyak digagal adalah penderita skozofrenia.

Neurotic dan depressive neurotic tidak banyak gagal.

Orang normal pada umumnya baik PA merupakan indikasi untuk differential diagnosis. Kalau ada impairment, menunjukkan adanya gangguan konsentrasi. Untuk menguatkan diagnosis dapat dibandingkan dengan sub tes berhitung, karena berhitungpun mengukur daya konsentrasi. Pada penderita kecemasan atau penderitaan yang didasari oleh kecemasan, konsentrasi bisa tinggi, tetapi dibarengi dengan digit span yang rendah. Artinya konsentrasi kuat tetapi daya perhatiannya rendah.

Penderita neurotic dan depressive neurotic, nilai picture completion (PC)-nya rendah. Depressive neurotic gagal dalam sebagian besar performance.

Paranoid conditions mampu bertahan pada PC, kadang-kadang lebih besar dari Voc. Obsessive compulsive kurang lebih sebanding dengan skizofrenik.

**Block design (BD)** : biasanya digabung dengan object assembly, purely performance. Dibanding object assembly (OA) terdapat pula X auditive X synthecking.

**BD-OA** , : Koordinasi visual motorik dalam penggolongan, termasuk digit symbol.D.Sym bersifat imitative.

Ketajaman organisasi visual sangat dikehendaki dalam tes ini, karena menggunakan bagian-bagian yang berbeda tanda : kemampuan dalam menggunakan inteligensi terorganisasi atau tidak.

Pada skizofreni, BD tinggi. Ada purely emotional yang masuk, karena asyik sendiri. Oleh karena itu, sering digabungkan dengan digit

symbols (DS). DS tinggi dan BD tinggi biasanya lebih besar dari performance seluruhnya.

Pada penderita depresi : BD turun sangat kuat karena depresif mengalami kelambanan segi motorik.

P lebih kecil dari V ada depresi, apalagi kalau D.Sym rendah. IP rendah-psikotik. Beberapa skizofrenia ada yang mengalami kegagalan ekstrim pada BD. Hal itu terjadi karena adanya disorientasi.

OA : selanjutnya digabung dengan BD. Di OA ada unsur antisipasi yang mempercepat waktu penyelesaian.

Yang penting kita harus punya :

- 1) Apakah bekerja dengan trial & error, atau
- 2) Bekerja dengan antisipasi?

Pada BD intinya reproduksi, produktif menampilkan hasil kerja yang sudah terpolakan, tidak menciptakan; sedangkan pada OA intinya produksi, produktif menghasilkan kerja yang baru ia ciptakan.

Paranoid hampir selalu gagal pada item no 2 : tangan lebih besar dari muka. Dalam hal ini perlu pendalaman interpretasi atas symbol tangan dan muka. Pada yang mengalami anxiety : OA rendah, tidak jarang OA sangat lebih kecil daripada Voc.

Deteriorated schizophrenia/kronik : OA sama atau lebih besar subtes dari sub tes performance lain. OA sangat rawan (vulnerable) terhadap anxiety. Kalau normal tetapi OA rendah, berarti ada anxiety.

D.Sym. memiliki unsure memory. Kalau rendah, deteriorated schizophrenia, karena kadang-kadang disertai depressive feeling.

D.Sym. lebih rendah dari subtes performance. Skizofrenik atau ego strength lemah, D.Sym. konsentrasi melemah. WS D.Sym. lebih kecil dari 7: tidak terdapat normal, depresinya sudah patologik.

## **B. ASESMEN KEPRIBADIAN**

Asemen kepribadian merupakan istilah yang umum dalam upaya untuk menemukan pola perilaku dan pola pikiran atau penyesuaian diri seseorang secara khas terhadap lingkungannya. **Sunberg**, 1976, **Meehl**, 1952, dan lain-lain menyatakan laporan kepribadian sebagai laporan yang menandakan ia tidak seperti seorang lainnya. Kadang-kadang lingkungan ini dilengkapi menjadi tuntutan lingkungan, baik ketika seorang psikolog diminta untuk mengases kepribadian seseorang yang sedang memiliki masalah dan berada dalam suatu kondisi lebih buruk daripada biasanya. Salah satu sifat yang khas dalam laporan kepribadian adalah bahwa satu-satunya bentuk yang memadai adalah laporan yang bersifat dinamis yang menggambarkan interaksi antarkomponen dalam kepribadian sehingga melahirkan suatu pola perilaku tertentu yang sifatnya khas. Dengan cara deskriptif, uraian tidak akan mencapai gambaran kepribadian yang khas. Begitu juga dengan cara tipologis, yang dalam dasawarsa ini makin Nampak disukai dan dibutuhkan, khususnya untuk bidang organisasi dan industri.

Dalam asesmen kepribadian, pendapat psikoanalisis tentang adanya substansi yang direpresi, merupakan asumsi yang tidak dapat dihindarkan. Setiap gejala yang tampil dalam perilaku, selain didasari oleh intensi yang sadar, juga sangat penting mengenai peran yang tidak sadar. Dalam banyak kasus bisa dikemukakan, bahwa perilaku yang didasari atau disengaja, sering dilatarbelakangi kebutuhan atau motivasi yang tidak sadar. Oleh karena itu sangat dianjurkan untuk memahami latar belakang itu, antara lain dengan melihat symbol atau latar belakang motivasi di balik tingkah laku sadarnya. Tentu saja harus dimengerti lebih dahulu mengenai apa yang dimaksud dengan perilaku yang sadar dan yang tidak sadar. Berbeda dengan laporan psikologi yang bersifat deskriptif maupun tipologis, laporan kepribadian bersifat dinamis, dan berarti menggunakan teori-teori yang menggunakan

pendekatan psikodinamik, tetapi tidak harus selalu psikoanalisis dari Sigmund Freud.

Seperti asesmen lainnya, dalam asesmen kepribadian pada dasarnya terdapat pembagian menjadi *projective assessment* dan *objective assessment*.

#### **a. Projective Assessment**

Projective assessment berkembang dari perspektif teoretis yang menampilkan karakteristik dinamis sebagai inti kepribadian (seperti teori psikoanalitis). Karena itu, metode dasarnya melibatkan upaya menyiapkan subyek dalam suatu bentuk kisah, ambifus, dan hampir tanpa isi terhadap mana untuk berespon bersama suatu minimum struktur atau instruksi. Secara teoretis, pemeriksa menganggap bahwa bila semua alat tes berisikan suatu isi yang minimum maka respons subyek hanya merupakan fungsi kepribadian subyek. Dapat dikatakan, makin banyak kesempatan subyek harus berespon bebas idiosinkratis, makin personal dan bermaknalah respon-respon tersebut. Menurut **Lindzey**, teknik *projective assessment* merupakan alat yang dianggap memiliki sensitivitas yang khusus untuk spek perilaku yang tertutup dan tak sadar, memungkinkan atau menggali varietas respon subyek yang luas, sangat multidimensional, dan menggali data respon yang kaya atau sangat kaya dan bersenyawa dengan kesadaran subyek yang minimum menyangkut tujuan dari tes. Lebih lanjut, sangat sering benar bahwa material stimulus yang disajikan tes *projective ambiguis*, interpretasi berdasarkan analisis *holistic*, tes menggali respon fantasi, dan tidak ada respons yang benar atau salah terhadap tes tersebut.

Banyak jenis alat tes proyeksi. **Lindzey** membaginya berdasarkan kategori tipe respon, yaitu : (1) *asosiasi*, (2) *konstruksi*, (3) *melengkapi*, (4) *memilih atau membuat peringkat*, dan (5) *ekspresi*.

Yang dimaksudkan dengan teknik asosiasi ialah meminta subyek untuk mengasosiasikan atau menjawab stimulus yang diberikan pemeriksa, misalnya *tes Rorschach* atau *asosiasi kata*. Tes konstruksi meminta subyek untuk membangun atau menciptakan cerita atau gambar. Tes konstruksi merupakan aktivitas kognitif yang lebih rumit daripada teknik asosiasi. *Thematic Apperception Test* merupakan salah satu contohnya. Dengan teknik penyempurnaan, dimaksudkan bahwa material tes merupakan sesuatu yang belum lengkap. Adapun cara melengkapinya diserahkan kepada subyek. Sebagai misal adalah *test Picture Completion* dari **Wartegg** atau *Sentence Completion Test* dari **Harry S, Sullivan** dan **Murray**. Tes dari **Szondi** merupakan contoh tes dengan *tipe choice* atau *ordering projective technique*, karena subyek diminta untuk memilih gambar-gambar dari yang paling disukai sampai yang paling tidak disukai. Pengukuran projektif yang ekspresif meminta subyek untuk menciptakan produksi, seperti metode konstruksi, tetapi di sini subyek memainkan peranan aktif dalam menentukan apa yang harus dikonstruksikan. Kedua kreasi dan pola menciptakan dianalisis yang sejalan dengan isi kreasi. Bermain, menggambar, melukis, dan psikodrama dapat disebut contoh alat ukur projektif yang ekspresif.

#### **b. Objective Assessment**

Pendekatan obyektif asesmen kepribadian merupakan usaha yang secara ilmiah berusaha menggambarkan karakteristik atau sifat-sifat individu atau kelompok sebagai alat untuk memprediksi perilaku. Menurut **Butcher**, 1971, ada tiga perbedaan mendasar antara asesmen projective dan asesmen obyektif. *Pertama*, asesmen projective sangat menaruh perhatian pada dinamika intrapsik sementara asesmen obyektif mencari deskripsi sifat. Yang dimaksud dengan deskripsi sifat

ialah deskripsi kebiasaan seseorang atau gaya karakteristiknya. *Kedua*, tes projective bersifat samar-samar dan memiliki kebebasan untuk menjawab, sementara tes objektif memiliki stimuli yang dirancang secara jelas dan meminta jawaban-jawaban yang terbatas. *Ketiga*, isi respons tes projective secara tipikal ditafsir tiap orang tanpa referensi norma. Skor tes obyektif membandingkan hasil seseorang dengan orang-orang lainnya. Oleh karena itu, standarisasi sangat penting dalam tes obyektif. Secara singkat, asesmen obyektif merupakan pendekatan yang terstruktur, ilmiah, dan non subyektif dalam deskripsi individual.

Yang paling terkenal dalam pemakaian klinis, terutama di kalangan psikiatri, adalah *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, *California Psychological Inventory (CPI)*, dan *Sixteen Factor Questionnaire (16-PF)*.

### **1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)**

(Tes) Inventori ini dikembangkan oleh **Hathaway** dan **McKinley**, pada tahun 1942, dan terdiri dari 550 butir pernyataan yang dapat dijawab betul, salah, atau tidak dapat mengatakannya. Skor akan menggambarkan 4 skala validitas dan 10 skala klinis. Skor kemudian dikonversikan ke dalam T score dan ditempatkan pada profil MMPI. Skor T merupakan skor paling standar. Skor T 50 merupakan rata-rata untuk subyek populasi umum. Secara tipikal, berlandaskan disstribusi normal skor T ini, 68.7% pengisi tes akan mendapatkan skor T antara 40 dan 60. Tidak ada makna klinis berhubungan dengan angka-angka dalam rentang rata-rata ini. Hanya 16% skor yang lebih tinggi atau lebih rendah dari skor T 60, dan skor lebih besar dari 60 yang termasuk 2% normal. Skor ini sangat jarang mengindikasikan bahwa subyek menyimpang dari nilai rata-rata. Makna klinis biasanya bersangkutan dengan besarnya penyimpangan skor.

Hal-hal yang menyangkut Skala Dasar MMPI :

<b>Skala Validitas</b>	?	Tidak dapat mengatakan
	L	Skala Bohong
	F	Skala palsu yang buruk
	K	Sikap defensive yang subtil
<b>Skala Klinis</b>	Hs	Hipokhondriasis (1)
	D	Depresi (2)
	Hy	Histeria (3)
	Pd	Psychopatic-Deviant (4)
	Mf	Maskulinitas-Feminitas (5)
	Pa	Paranoia (6)
	Pt	Psikhastenia (7)
	Sc	Skizofrenia (8)
	Ma	Mania (9)
	Si	Introversi Sosial (10)

## 2. California Psychological Inventory (CPI)

*California Psychological Inventory* merupakan tes dengan butir pertanyaan, yang terdiri dari 18 skala. Sedikit berbeda dengan MMPI, CPI mengandung pernyataan-pernyataan yang berisikan pola perilaku dan perasaan, pendapat dan sikap sosial subyek mengenai etika sosial serta masalah keluarga. CPI terutama digunakan bagi subyek yang tidak terganggu, normal, dan lebih menampilkan karakter kepribadian daripada deskripsi diagnostik. Dengan demikian, sebagai pengukuran obyektif digunakan dalam asesmen, CPI lebih bermanfaat untuk mendapatkan pemahaman subyek sebagai suatu pribadi dan kurang bermanfaat untuk menampilkan diagnosis. Skala dasar CPI terbagi dalam empat kelas skala.

### **Empat Kelas Skala Dasar CPI**

Asesmen kepribadian tidak dengan sendirinya secara langsung memberikan sumbangan diagnostik kepada psikologi klinis, karena pada dasarnya pemeriksaan kepribadian tidak berbicara mengenai penilaian, buruk – baik, normal – abnormal. Kita perlu mengingat pendapat Hall dan Lindzey, bahwa kepribadian adalah karakter yang tidak dievaluasi, sedangkan karakter adalah kepribadian yang dievaluasi. Dengan demikian, jika kita melakukan pemeriksaan dalam rangka kepribadian, maka pada dasarnya kita membuat suatu dinamika psikofisik tentang pola perilaku atau bagaimana cara khas individu menyesuaikan diri atau berespons terhadap lingkungannya. Barulah setelah itu kita berbicara mengenai psikodiagnostika, ialah menjawab, apakah penyesuaian dirinya efektif atau tidak. Disebut efektif, jika tingkah laku penyesuaian itu berupa tindakan yang sesuai dengan tuntutan (rangsangan obyek tertentu atau situasi lingkungannya). Biasanya kesesuaian ditandai oleh adanya rasa nyaman individu yang bersangkutan. Sebaliknya, jika tidak ada kesesuaian maka menjadi tidak efektif, ialah tidak sesuai dengan tuntutan rangsang atau situasi, yang dapat menimbulkan perasaan nyaman tak nyaman.

Selain dapat menentukan efektif dan tidak efektifnya penyesuaian, kita dapat melanjutkannya dengan menentukan kategori dan taraf kesesuaian / ketidaksesuaian tingkah laku tersebut. Sehingga dapat menentukan pola perilaku bagaimana yang ditampilkan individu tersebut. Pola perilaku ini kemudian diterjemahkan dalam psikodiagnostika masing-masing, mengacu pada jenis penggolongan gangguan yang kita gunakan (DSM, ICD, atau PPDGJ).

### C. ASESMEN PEMFUNGSIAN NEUROPSIKOLOGIS

Asesmen neuropsikologis melibatkan pengukuran tanda-tanda perilaku yang mencerminkan kesehatan atau kekurangan dalam fungsi otak. Terdapat tiga kegiatan psikologi klinis dalam asesmen neuropsikologis, yaitu menyangkut fokus perhatian asesmen ini, sejumlah alat tes neuropsikologis yang utama, dan bukti-bukti riset menyangkut reliabilitas dan validitas tes untuk asesmen neuropsikologis.

#### ***a. Pertanyaan-pertanyaan Asesmen Neuropsikologis yang Memerlukan Jawaban.***

Kapan saja otak seseorang mengalami gangguan – baik karena penyakit ataupun genetik, kelumpuhan menyebabkan perubahan dalam pikiran, perilaku, dan atau emosinya. Kadang-kadang hal ini merupakan perubahan positif, seperti misalnya jika hemisfer kanan mengalami gangguan menyebabkan peningkatan sosiabilitas dan meredakan kecemasan, tetapi hampir tidak dapat dihindarkan efek negatif mengikutinya. Asesmen neuropsikologis berusaha untuk menunjuk kehadiran, dan lokasi, dari cedera otak dengan menjawab enam pertanyaan berikut ;

##### *1) Apakah gangguan otak itu jelas lokasinya atau kabur?*

Biasanya, jika cedera otak terbatas pada daerah yang tertentu, hasil gangguan kognitif, afektif, dan perilaku akan spesifik dan terbatas. Bagaimanapun, jika gangguan otak lebih kabur, hasil berupa disfungsi cenderung untuk berkorespondensi tergeneralisasi. Sumber gangguan otak yang kabur termasuk kekurangan oksigen (anoxia), penyakit infeksi, penyakit degeneratif, penyalahgunaan obat, dan cedera kepala. Gangguan otak yang jelas lokasinya berasal dari trauma yang lebih spesifik, tumor, infeksi pada daerah tertentu, atau gangguan vascular.

2) *Apakah gangguan bersangkutan dengan pergeseran jaringan atau penyakit jaringan?*

Pergeseran jaringan otak, biasanya menghasilkan simtom perilaku yang spesifik. Penyakit jaringan lebih sering menyebabkan gangguan otak dan disfungsi perilaku yang tergeneralisasi, termasuk “efek jarak”.

3) *Apakah gangguan bersifat progresif atau non progresif?*

Prognosis untuk deteriorasi yang berkelanjutan vs kondisi yang tetap penting untuk perencanaan rehabilitasi dan penanganan, maupun untuk pengetahuan klien. Trauma insiden tunggal cenderung untuk berefek yang tidak bertumbuh terus menerus. Sebaliknya, penyakit atau gangguan otak yang samar cenderung untuk membuat deteriorasi progresif.

4) *Apakah gangguan akut atau kronik?*

Yang paling cepat dan recovery ekstensif gangguan perilaku dan fungsi kognitif cenderung terjadi pada satu atau dua bulan pertama setelah cedera otak. Dalam banyak kasus, terutama dengan gangguan otak yang jelas daerahnya, perkembangan bertahap dapat berkelanjutan untuk beberapa tahun, sementara pada kasus disfungsi otak kronik menghasilkan secara progresif lebih melebar dan menyebabkan deteriorasi kognitif dan perilaku.

5) *Apakah disfungsi itu organik atau fungsional?*

Implikasi dari perbedaan antara yang bersifat fisiologis vs psikologis yang disebabkan oleh masalah-masalah juga penting. Orang yang otaknya tidak mengalami kerusakan sering memperlihatkan disfungsi perilaku dan kognitif yang hampir sejajar dengan simtom kerusakan otak jika mereka mengalami kesulitan psikologis yang serius. Kesalahan diagnosis baik dalam arah dapat membuat efek negatif

pada penyesuaian sosial dan dari terapi. Jika kerusakan otak salah diagnosis, terutama gangguan yang samar atau degeneratif, hal ini dapat membawa ke *abandonment* terapi = terapi psikologis dan atau penggunaan obat yang tidak sesuai, baik yang dapat memperparah ketidakmampuan pasien maupun perubahan recoverynya.

6) *Mungkinkah “Minimal Brain Dysfunction”?*

Kelompok orang yang secara khusus sukar bagi psikolog klinis untuk membuat diagnosa yang akurat adalah anak-anak yang memperlihatkan gangguan perilaku dan kognitif sama dengan evidensi anak-anak yang mengalami kerusakan otak. Akan tetapi bagi mereka, neurolog tidak dapat menemukan evidensi kelumpuhan otak yang jelas. Anak-anak ini diberi label yang berbagai-bagai seperti “*minimal brain dysfunction*” (MBD), ....

## 2. Berbagai Tes Asesmen Neuropsikologis

Terdapat 8 jenis tes asesmen psikologis, yaitu :

### 1. Tes Persepsi Visual

Antara lain *Test Facial Perception (ToFR)* dari **Beton & Van Allen**, *Hidden Figure and hidden Word Test (HFaHWT)* dari Thailand, dan *Word or picture Recognition and recall (WoPraR)* dari **Battersby, Bender, Pollack, & Kahn**. ToFR meminta subyek untuk melihat beberapa “*criterion*” gambar wajah, satu pada suatu saat, dan setelah itu memangsangkan kriteria itu dengan satu dari enam gambar wajah yang mirip. Gambar yang benar dibuat secara progresif makin sukar untuk menemukan dengan tampilan pertama-tama sebagai pandangan depan identik dengan gambar kriteria, kemudian setelah tiga perempat pandangan, dan akhirnya sebagai pandangan depan dengan pencahayaan yang sama sekali berbeda. Jumlah 54 gambar

diperlihatkan kepada subjek dan skor 33 atau kurang dipertimbangkan mengidentifikasi kelemahan dalam persepsi visual. *HFaHWT* meminta subjek untuk mengidentifikasi sebuah gambar sederhana yang disembunyikan suatu gambar yang kompleks dengan menelusurinya. Dengan cara yang sama, sebuah kata yang tersembunyi dalam deretan huruf yang tak berarti harus diteukan dalam *Hidden Word Test*. *Hidden Word Test* menampilkan kepada subjek dua hal penting yaitu :

- a. Kata-kata yang akrab yang dicetak dalam tipe yang besar dan tebal (misalnya surat kabar), dan
- b. Gambar sistem simetris secara vertikal. Subjek harus membaca kata-kata dan mencandrakan gambar. Tes ini terutama bermanfaat untuk mengidentifikasi potongan-potongan bidang *hommonymous*, bagi orang-orang dengan disfungsi seperti hanya melihat bagian dari kata atau gambar.

## 2. Tes Persepsi Pendengaran

Contohnya *Seashore Rhythm Test* dan *Speech- Sound Perception Test*. *Seashore Rhythm Test* memuat subtes dari *Seashore Test of Musical Talent* yang meminta subjek untuk membedakan 30 pasangan *beat* ritmis yang kadang-kadang sama dan kadang-kadang berbeda. Sedangkan pada *Speech- Sound Perception Test*, subjek mendengarkan 60 kata-kata tak berarti yang diucapkan dalam suatu *audiotape*. Kata-kata tak berarti itu memiliki bunyi sama “ee” di tengah-tengahnya tetapi berbeda dalam konsonan di akhir dan awal kata. Subjek harus menggaris bawahi kata-kata yang benar dari daftar kata dari empat kemungkinan jawaban. Jadi yang terlihat adalah koordinasi antara ketrampilan koordinasi visual dan linguistik serta persepsi auditori.

3. *Test of Tactile Perception*  
Antara lain *Sensory Perceptual Examination* dan *Fingertrip Writing*.
4. *Test of Motor Coordination and Steadiness*  
Antara lain *Finger Oscillation Test* dan *Klove-Matthews Motor Steadiness battery*.
5. *Test of Sensomotor Construction Skill*  
Antara lain *Block Rotation Test*, *Tactual Performance Test*, *Bender-Gestalt Test*, dan *Abraham-Kendall Memory for Designs Test*.
6. *Test of Memory*  
Antara lain *Weschler Memory Scale*. Tes daya ingat dari **Weschler** terdiri dari *short* dan *long term verbal* dan *non verbal memory*. Yang paling sering dipakai terdiri atas tujuh bagian tes. Informasi yang bersifat personal dan aktual melibatkan kesadaran diri dasar pribadi dan pengetahuan informasi aktual praktis. Orientasi butir-butir pertanyaan berarah pada kesadaran waktu dan tempat subjek.
7. *Tests of Verbal (kemampuan bahasa)*  
Antara lain *Aphasia Sreeing Test*, *Token Test*, *Non Sensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*. *Aphasia Sreeing Test*, subjek diminta untuk menyebutkan nama objek populer, mengeja kata-kata sederhana, mengidentifikasi nomor dan huruf tunggal, menulis dan membaca frase dan kalimat pendek, melakukan kalkulasi hitungan yang sederhana, mengulangi dengan keras pada kalimat yang diucapkan, mengidentifikasi bagian-bagian badan, membedakan kiri dan kanan, dan mencontohkan bentuk sederhana.
8. *Tests Conceptual Reasoning Skills*  
Antara lain *Category Test* dan *Trail Making Test*.

#### D. ASASMEN PERILAKU

Pendekatan perilaku dalam asesmen terpusat pada mengidentifikasi perilaku spesifik klien atau sistem lingkungan yang mungkin memerlukan perubahan. Misalnya jika anda sedang bekerja dengan klien yang mengalami kecemasan, asesor perilaku dapat bertanya :

- *Situasi spesifik apakah yang menyebabkan perasaan cemas?*
- *Perilaku macam apa yang muncul ketika merasa cemas?*
- *Apakah kondisi lingkungan tertentu berhubungan dengan perubahan-perubahan dalam perahnya rasa cemas?*
- *Bagaimana klien biasanya menanggulangnya rasa cemasnya?*

Landasan penggunaan asesmen perilaku adalah perspektif perilaku dimana pemfungsian manusia dilihat sebagai produk dari interaksi yang terus menerus antara pribadi dan situasi. Orang membentuk kehidupannya sendiri melalui perilakunya, pemikiran, dan perencanaan serta emosinya. Terdapat 5 perbedaan ituasi yang dicatat oleh **Kendall & Norton Ford** dalam membandingkan antara asesmen perilaku dan asesmen tradisional. *Pertama*, target asesmen menyangkut hal-hal yang langsung berhubungan dengan apa yang akan dihadapi oleh intervensi. *Kedua*, asesmen perilaku bersifat spesifisitas. Tidak lagi mencandrakan kepribadian umum tau label diagnostik melainkan pengungkapan spesifik situasi dimana respon muncul. *Ketiga*, pusat asesmen perilaku adalah mendapatkan sampel interaksi aktual klien. *Keempat*, asesor tradisional dan perilaku berbeda dalam strateginya untuk mengembangkan ukuran asesmen. *Kelima*, prosedur asesmen berbeda antara asesmen perilaku dn tradisional, dimana asesor perilaku berupaya mengumpulkan informasi asesmen tidak hanya sebelum dan sesudah tetapi juga selama intervensi berlangsung.

##### a) **Metode Asesmen Perilaku**

Terdapat lima metode asesmen perilaku yang umumnya dikenal orang, yaitu : observasi naturalistik, pemantauan sendiri, laporan dari situasi spesifik oleh klien, observasi analog, dan observasi dan rating oleh orang lain yang signifikan. Pengamatan naturalistik merupakan metode dimana observer mengamati perilaku secara langsung dalam situasi yang dirasakan klien secara aktual. Pemantauan diri menuntut bahwa orang membedakan mana perilaku atau pikiran atau perasaan tertentu yang telah terjadi, dan mencatat data hingga akhirnya menampilkan data dalam bentuk yang memungkinkan penggunaannya dalam intervensi dan asesmen.

**b) Laporan Diri dalam Asesmen Perilaku**

Laporan ini lebih retrospektif dan sumatif, menyadarkan pada daya ingat diri mengenai pola umum perilakunya. Laporan diri telah berkembang untuk mengakses aspek-aspek situasi seperti juga untuk mengakses perilaku. Misalnya, **Moos**, telah mengembangkan kuisisioner laporan diri untuk memungkinkan seseorang dalam berbagai keadaan untuk melukiskan iklim sosial.

**c) Asesmen Analog**

Analog merupakan faksimil realitas, versi yang berisikan dasar tertentu mengenai hal-hal nyata dalam cara yang terkendali dan sederhana. Asesmen analog biasanya digunakan pada : *paper r-and-pencil test*, *audiotape*, *audio tape test*, *enactment test*, *role play test* dan simulasi. Metode-metode ini berbeda dalam alat yang mana situasi analog ditampilkan dalam partisipan klien dan dalam tipe respons yang diminta klien.

**d) Observasi Perilaku dan Peringkat Perilaku Orang Dekat**

Teman bermain, orang tua, guru-guru dan staf bangsal psikiatris diminta untuk melakukan observasi langsung membuat peringkat atas perilaku klien. Metode ini menampilkan sumber data yang menyeluruh karena cara

dimana orang dipandang oleh orang yang secara signifikan dapat juga menceritakan kepada klinisi sejumlah besar kenyataan mengenai lingkungan sosial klien.

e) **Wilayah Tambahan Asesmen Perilaku**

Asesmen respons fisiologis dan asesmen kognitif spesifik menampilkan dua wilayah tambahan area dalam asesmen kepribadian. Meskipun masih dan asesmen perilaku kognitif berada pada taraf formatif, kedua asesmen psikofisiologis dan asesmen kognitif perilaku dapat menguntungkan asesmen komprehensif.

1) **Asesmen Psikofisiologis**

Pengukuran ini mengukur besarnya keadaan psikologis yang ditampilkan dalam gejala-gejala fisiologis, fisik atau organik, secara umum dapat didefinisikan sebagai “kuantifikasi kejadian-kejadian biologis sebagaimana mereka berhubungan dengan perubahan psikologis”. Secara esensial, fokusnya adalah pada perekaman reaksi-reaksi jasmaniah terhadap rangsangan-rangsangan lingkungan.

2) **Asesmen Kognitif-Perilaku**

Target dasar dari asesmen kognitif perilaku adalah respons spesifik, tetapi respons-respons ini adalah aktivitas kognitif klien atau subyek penelitian dan bukan kejadian yang dapat diamati.. dalam hal ini, aktivitas kognitif bukan merupakan bagian asesmen perilaku. Meskipun demikian, asesmen respons-respons kognitif yang spesifik dalam situasi-situasi spesifik, baik sebagai bantuan untuk menanggulangi atau mengubah dalam penelitian, merupakan tambahan penting bagi asesmen perilaku. Terdapat banyak metode yang mungkin dilakukan untuk mengakses respons-respons kognitif perilaku. Dua diantaranya adalah contoh pikiran dan inventori

pernyataan diri. Inventori adalah salah satu cara lain dalam mengumpulkan data kognitif perilaku.

Beberapa penjelasan tentang alat-alat pemeriksaan psikologis yang bersifat klinis antara lain:

- a. Hampir semua tes intelegensi pada dasar dan awalnya adalah tes yang dikelompokkan sebagai tes klinis, ialah berhubungan dengan suatu keadaan yang memungkinkan seseorang menampilkan perilaku yang tergolong abnormal.
- b. Memang ada yang berpendapat bahwa dengan tes tersebut, masalahnya bukan dapat tidaknya seseorang memperlihatkan perilaku abnormal di medan perang misalnya kecerdasannya. Tetapi kecerdasan saja akan lebih banyak berhubungan dengan masalah kemampuan untuk memecahkan masalah.

Kecerdasan, sering dianggap sebagai wakil dari keseluruhan kondisi mental. Hal ini mengacu pada **Phillip Melachton** pada tahun 1530-an melahirkan psikologi sebagai bagian dari ilmu yang dipelajari untuk menjelaskan perilaku orang.

## **BAB VII**

### **INTERVESI KLINIS**

Intervensi klinis adalah “Ikut Campurnya” orang luar terhadap permasalahan yang di alami/dihayati individu. Istilah intervensi dalam wacana umum sehari-hari berkonotasi negatif, seperti dalam masalah politik dan hubungan internasional. Sementara itu Intervensi dalam psikologi secara umum dan psikologi klinis secara khusus, digunakan sebagai upaya seorang konselor “ikut campur” terhadap permasalahan yang di alami oleh klien. Intervensi dalam psikologi klinis adalah, membantu klien atau pasien menyelesaikan masalah psikologis, terutama sisi emosionalnya. **Kendall dan Norton Ford** berpendapat bahwa intervensi klinis meliputi penggunaan prinsip-prinsip psikologi untuk menolong orang yang mengalami masalah-masalah dan memiliki keinginan mengembangkan kehidupannya secara lebih memuaskan.(Sutardjo,2007)

Istilah *intervensi* digunakan dalam banyak bidang ilmu. Secara umum intervensi adalah upaya untuk mengubah perilaku, pikiran atau perasaan seseorang. Ini sebetulnya tidak hanya dilakukan oleh psikolog, tapi oleh siapa pun yang menguasai metodenya. Salah satu contoh dari intervensi adalah sebuah iklan produk kecantikan wajah yang bertujuan untuk mengajak penonton memakainya agar wajahnya menjadi cantik.(Suprapti,2006)

Tiga dasar alasan penggunaan intervensi klinis :

1. Ameliorasi : Menolong orang atau sistem sosial untuk menanggulangi masalah-masalah yang terjadi. Misalnya, menangani orang yang sedang mengalami rasa cemas atau merasakan kegagalan dalam kehidupannya.

2. **Prevensi** : Usaha untuk meramalkan masalah sebelum berkembang. Misalnya, dalam bentuk merencanakan pembangunan suatu pusat rekreasi agar masyarakat sekitar tidak melakukan perbuatan kriminal.
3. **Pengembangan** : Usaha untuk membantu orang meningkatkan kemampuan/ketrampilan pribadi, relasi dan lingkungan hidupnya. Pengembangan lebih di maksudkan untuk meningkatkan kualitas hidup daripada menyelesaikan masalah atau mengatasi disfungsi. Kalau ada seorang yang ingin mengembangkan diri dan merasa/melihat adanya hambatan untuk melakukannya, maka ia tidak termasuk untuk mengembangkan diri, karena usaha utamanya adalah “menyingkirkan hambatan”.

Intervensi ini sebenarnya merupakan istilah baru sebagai istilah yang dinilai lebih baik dari nama yang lebih terkenal sebelumnya, yaitu **psikoterapi**. (sutardjo, 2007)

*Psikoterapi* merupakan salah satu intervensi dalam konteks hubungan professional antara psikolog dengan klien atau pasien. Bila digambarkan secara umum tujuan psikoterapi ialah untuk pemecahan masalah, untuk peningkatan kemampuan seseorang mengatasi masalahnya sendiri, pencegahan timbulnya masalah, peningkatan kemampuan seseorang untuk lebih berbahagia (Phares 1992). Untuk tujuan diatas psikoterapi sulit dibedakan dengan konseling psikologis, yaitu proses member bantuan psikologis kepada seseorang untuk dapat memecahkan masalahnya sendiri dan untuk mengembangkan kepribadian seoptimal mungkin.

### **Definisi Psikoterapi**

Psikoterapi adalah salah satu diantara metode intervensi. Ada beberapa perbedaan antara psikoterapi dengan bimbingan dan konseling.

*Pertama* istilah psikoterapi lebih sering digunakan untuk klien atau pasien yang mengalami masalah berat. *Kedua* psikoterapi dan konseling dilakukan atas permintaan pasien atau klien, sedangkan bimbingan dapat dilakukan tanpa diminta. Beberapa definisi psikoterapi adalah seperti yang dikemukakan Wolberg dan Frank (1967, dalam Phares 1992) yang menyatakan bahwa psikoterapi adalah suatu bentuk perlakuan (*treatment*) terhadap masalah yang sifatnya emosional, dimana seorang yang terlatih secara sengaja membina hubungan profesional dengan seorang klien, dengan tujuan menghilangkan, mengubah atau memperlambat simtom, untuk mengantarai pola perilaku terganggu, dan meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan pribadi yang positif. (Suprati, 2006)

Sebuah buku monumental bagi psikologi klinis dan psikiatri adalah buku yang ditulis Lewis R. Wolberg dengan judul “the technique of the psychotherapy” sebanyak dua jilid. Ia menyatakan bahwa “psikoterapi merupakan penanggulangan, dengan cara-cara psikologis, atas masalah-masalah yang bersifat emosional dimana seorang yang terlatih dengan sengaja membangun relasi profesional dengan pasien, yang bertujuan untuk : (1) mengubah, memindahkan dan menghambat simtom-simtom yang ada, (2) mengantarai pola perilaku yang terganggu, dan (3) mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan kepribadian yang positif.

Penjelasan terhadap beberapa istilah dalam Intervensi klinis :

- a. Psikoterapi adalah penanggulangan. Istilah lain yang sering digunakan adalah reedukasi, proses pertolongan, dan bimbingan tidak hanya sekedar pemberian-pemberian atas kejadian-kejadian dalam cara penanggulan, melainkan senantiasa dengan tujuan yang jelas, yakni menghadapi masalah yang dihadapi klien.

- b. Dengan cara-cara psikologis. Psikoterapi merupakan istilah generik bagi seluruh spektrum metode penanggulangan psikologis. Rentang ini mulai dari manuver yang dirancang untuk hubungan pasien-terapeut sampai cara-cara indoktrinasi untuk mengubah sistem nilai, dan taktik-taktik yang diarahkan pada proses intrapsikis, sampai pembiasaan mengubah mekanisme neural. Ini adalah terapi-terapi somatik seperti obat, terapi konsulsif, pembedahan dll. Meskipun memberikan efek terspeutik, tidak menampilkan secara tegas menampilkan ciri psikoterapi.
- c. Untuk masalah-masalah emosional. Masalah emosional yang berbeda-beda mempengaruhi setiap fase pengfusiaan manusia. Masalah tersebut memanifestasikan diri dalam berbagai gangguan psikis, somatis, kehidupan antar pribadi dan komuikasi.
- d. Orang terlatih. Dalam upaya meredakan kesukarannya, manusia cenderung melibatkan dirinya dalam suatu relasi dengan teman atau otoritas. Motivasi yang melatarbelakanginya adalah simptom cacat atau realisasi dimana kebahagiaan dan produktivitas orang dirusak oleh kekuatan-kekuatan dalam yang tidak selalu mereka mengerti dan dapat mereka kendalikan. Untuk itu semua orang bisa melakukannya, sehingga akan diperlukan pelatihan yang memadai.
- e. Dengan sengaja membangun relasi profesional. Relasi merupakan inti dari psikoterapi yang sengaja dirancang dan dilakukan terapis . sikap profesional mengandung arti adanya prosedur yang baku disertai dengan tanggungjawab, meskipun tidak selalu tertulis dalam peraturan formal. Dalam hal ini kedudukan dewan kehormatan organisasi sangat diperlukan.

- f. Dengan pasien. Karena individu dalam rangka psikoterapi mendapat bantuan penanggulangan, maka ia paling tepat disebut “patient” dari pada “client”.
- g. Obyeknya pemindahan simtom. Tujuan utama terapi adalah menghilangkan penderitaan pasien, seperti memindahkan hambatan dalam bentuk simtom.
- h. Mengubah simtom. Meskipun harapan teraapi meredakan secara lengkap, namun lingkungan tertentu dapat menghambatnya. Penolakan utama adalah tidak memadainya, lemahnya kekuatan ego, dan keterbatasan pasien dalam waktu dan dana.
- i. Menghambat simtom. Terdapat beberapa bentuk gangguan emosional, seperti gangguan skizofrenik yang parah, sehingga usaha-usaha psikoterapi tidak dapat menghilangkannya. Maka sisi psikoterapi itu hanya menghambat sisi perkembangan saja. Ini hanya berfungsi palivatif saja.
- j. Mengantarai pola perilaku terganggu. Ditemukannya banyak permasalahan emosional dalam berbagai lapangan kehidupan, seperti disekolah, pekerjaan, perkawinan, dan hubungan antarmanusia yang menyebabkan penggunaan psikoterapi berkembang ke profesi sebelumnya hanya dilaksanakan oleh psikiatris, sekarang menjadi kegiatan psikolog, pendidik, sosiolog, pemuka agama, dan lain-lain. Kiprah psikolog dalam psikoterapi melambung tahun 1970-an, dimana kegiatan mereka terbalik dengan beberapa puluh tahun sebelumnya, ialah menjadi 90% psikoterapi atau intervensi dan hanya 10% asesmen atau psikodiagnostik.
- k. Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan kepribadian positif. Manfaat psikoterapi pada akhirnya adalah sebagai kendaraan untuk membangun kedewasaan kepribadian. Ini merupakan dimensi baru

psikoterapi, suatu dimensi yang di satu pihak berhadapan dengan masalah ketidakmatangan pada yang disebut orang normal dan pihak yang lain dengan kesukaran karekterologis yang berhubungan dengan pertumbuhan yang terhambat.

Berhubungan dengan hakekat manusia yang sangat bermacam-macam, menurut sudut pandang filosofis masing-masing, maka terciptalah berbagai macam jenis intervensi sesuai dengan pemahaman hakekat manusia. Intervensi ini meliputi upaya dengan nama psikoterapi, konseling, konsultasi, advising, guidance, coaching dan modifikasi perilaku. Namun banyak ahli akademisi yang mengelompokkannya dalam tiga atau empat jenis saja, ialah psikoterapi (termasuk psikoanalisis), konseling (termasuk analisis eksistensial), konseling/terapi perilaku (termasuk modifikasi, modeling perilaku dan lain-lain), serta konsultasi. Khusus dalam hubungannya dengan konsultasi ini, ada ahli yang membagi dua intervensi psikologis, yakni yang berorientasi pada sistem atau organisasi (termasuk konsultasi).

Wolberg dan ahli lain menganggap payung keseluruhan intervensi psikologis adalah psikoterapi, dan konseling hanya merupakan jenis yang diliputnya. Ada ahli lain juga Rogers, yang menempatkan konseling sebagai payungnya sedangkan yang lain, termasuk psikoterapi hanyalah salah satu jenisnya. Karena menurutnya yang pantas bagi manusia adalah konseling. Kendall dan Norton Ford, 1982, membedakan dua jenis dasar intervensi yaitu terapi dan konsultasi. Terapi melibatkan usaha membantu klien individual untuk menggali dan menyelesaikan dilema-dilema pribadi seperti depresi atau ketidakbahagiaan perkawinan. Konsultasi melibatkan bantuan anggota sistem sosial seperti sekolah dan klinik untuk mengevaluasi dan meningkatkan kebijakan dan proses-proses yang membimbing sistem ini.

Strupp 1977, memberikan catatan berhubungan dengan pengertian terapi sebagai berikut : “ psikoterapi membantu seseorang yang memerlukan bantuan, seorang ahli yang telah menyetujui untuk membantunya dari suatu interaksi manusia merupakan intrik yang tinggi, subtil dan karekter yang diperpanjang (prolonged), dirancang untuk membawa perubahan-perubahan yang menguntungkan dalam perasaan dan perilaku pasien yang dilihat partisipan dan sosietas pada umumnya akan dilihat sebagai terapeutik”.

Empat pendekatan yang dikemukakan oleh Caplan (1970) dan Cormick & Love (1976), yakni :

*Pertama*, Klinikus dapat bekerja dengan individu yang mencari pemecahan masalah-masalah yang memungkinkannya memerankan tanggung jawab peran dalam lingkungan sosialnya. Misalnya, bagaimana seorang guru dapat lebih efektif menghadapi dan menangani murid yang agresif atau yang berprestasi rendah.

*Kedua*, Klinikus dapat juga mengajarkan ketrampilan baru kepada individu sehingga klien dapat mewaspadai masalah-masalah dikemudian hari dalam melaksanakan peran sosialnya. Misalnya seorang psikolog menggunakan format kelompok pemecahan masalah untuk mengajarkan ketrampilan psikologis kepada staff medis di rumah sakit anak-anak.

*Ketiga*, konsultan dapat memusatkan perhatian lebih kepada usaha peningkatan sistem sosial daripada kemampuan pribadi para anggotanya sendiri. Misalnya, pengenalan teknik dan pendekatan negoisasi dalam berinteraksi untuk menjaga agar tidak terjadi konflik internal. Misalnya meningkatkan kekuatan kelompok melalui pelatihan kerja sama (team building), juga melebarkan jejaring sosial dan pihak-pihak diluar kelompok.

*Keempat*, konsultan memberikan jasa advokasi untuk kelompok atau organisasi tertentu. Menyediakan bimbingan dan pelatihan untuk mengembangkan kemampuan (*efficacy*) klien. Misalnya, konsultan melatih anggota kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah untuk mampu melakukan lobby yang efektif dengan pimpinan sekolah dimana anak-anak mereka belajar, atau pengusaha yang tekah sukses dan kepada pimpinan pemerintah di daerahnya.(Sutardjo,2007)

### **Tingkat (Levels) dan Tujuan Psikoterapi**

Psikoterapi menurut Phares (1992) dibedakan dalam beberapa aspek, yakni menurut taraf kedalamannya, dan menurut tujuannya. Menurut kedalamannya dibedakan menjadi psikoterapi suportif, psikoterapi reedukatif, psikoterapi rekonstruktif. Psikoterapi suportif tujuannya memperkuat perilaku penyesuaian diri klien yang sudah baik, member dukungan psikologis, dan menghindari diri dari usaha untuk menggali apa yang ada dalam alam bawah sadar klien. Psikoterapi reedukatif bertujuan untuk mengubah pikiran atau perasaan klien agar ia dapat berfungsi lebih efektif, maksudnya klien juga diajak untuk mengkaji ulang keyakinan klien, mendidik kembali agar ia dapat menyesuaikan diri lebih baik setelah mempunyai pemahaman yang baru atas persoalannya. Psikoterapi rekonstruktif bertujuan mengubah seluruh kepribadian pasien / klien, dengan menggali ketidaksadaran klien, menganalisis mekanisme defensive yang patologis, member pemahaman akan adanya proses-proses tak sadar, dan seterusnya.

Menurut tujuannya, Hokanson (1983, dalam Phares 1992) membahas psikoterapi yang bertujuan untuk mengatasi krisis, untuk perubahan perilaku, untuk mengubah pengalaman emosional, dan untuk memperoleh pemahaman (*insight*).

## **Psikoterapi Dan Teori Kepribadian**

Pembedaan tujuan dan tingkat psikoterapi seperti ini tidak terlepas dari teori kepribadian yang melandasinya. Teori ini adalah psikoanalisis, teori perilaku, teori humanistic, dan fenomenologis, teori klinis-sosial dan pendekatan sosiokultural dalam psikologi klinis. Psikoterapi psikoanalitis atau psikodinamik, seperti dikemukakan diatas mempunyai tujuan rekonstruktif. Terapi psikodinamik bertujuan menimbulkan pemahaman (*Insight*) pada klien tentang masalah-masalahnya, mendobrak (*Working Through*) untuk melakukan pemahaman selanjutnya, dan meningkatkan pengendalian ego atas desakan id dan superego. Terapi perilaku (behavioral) dan terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral*), juga bermacam-macam metode yang digunakan. Teknik desensitisasi sistematis dan exposure dapat digunakan untuk menghilangkan perilaku fobia, sesuai dengan perubahan perilaku melalui prinsip belajar kondisioning klasik. Teori fenomenologis / eksperiensial adalah sejalan dengan teori kepribadian fenomenologis dan humanistic, yang berkeyakinan bahwa manusia harus dimengerti lewat dunia pengalaman dan penghayatan pribadinya (*fenomenologis*) dan bahwa manusia mempunyai pembawaan yang pada dasarnya baik. Karena itu proses terapi merupakan lingkungan yang member kesempatan untuk mengembangkan diri (humanistic). Konsep-konsep rogers seperti unconditional positive regard, empati, congruence adalah konsep-konsep yang diutamakan dalam terapi client-centeret. Dalam terapis jenis ini, terapis di harapkan dapat menunjukkan empati kepada client, memberikan unconditional positive regard, agar klien dapat berubah, berkembang menjadi lebih congruent.

Terapi yang berorientasi pada pendekatan sosiokultural dapat mirip dengan ketiga pendekatan yang telah di bahas di atas, namun

penafsiran konsep-konsep teoritik yang di sajikan dalam teori itu di interpretasi tidak terlepas dari norma sosial dan cultural yang dianut oleh klien. Misalnya, bila kompleks oidibus yang menjadi fokus, perlu dipertimbangkan apakah hal itu sesuai dengan nilai cultural dan sosial yang berlaku di lingkungan sosial klien. Keterbukaan yang dianjurkan dalam terapi fenomenologis, apakah memang menjadi sesuatu yang penting dalam lingkungan keluarga yang sangat Islami? Ini semua perlu penelaah lebih lanjut, agar sesuai dengan orientasi sosiakultural.

### **Bentuk-bentuk atau Model-model Psikoterapi**

Nietzel (1998) mengemukakan bahwa psikoterapi dapat dilakukan secara individual, dapat juga dilakukan dengan suatu orientasi sosial, yakni merupakan psikoterapi dalam kelompok (*group therapy*), bersama pasangan, atau bersama keluarga. Selain itu Nietzel juga mengemukakan bahwa intervensi klinis dapat mengambil bentuk sebagai *kegiatan rehabilitasi psikososial dan pencegahan*.

Penekanan terpai kelompok adalah memahami gangguan dalam relasi interpersonal dan mengurangi gangguan itu dalam *setting* kelompok. Anggota terapi kelompok biasanya berkisar dari 5 sampai 10 anggota keunggulan terapi kelompok dibandingkan dengan terpai individual ialah bahwa anggota kelompok dianggap mewakili suatu lingkungan interpersonal dengan lebih baik daripada hanya satu orang terapis, sehingga dapat lebih menjamin perbaikan hubungan interpersonal. Bila pesertanya adalah suami-istri, atau sepasang calon suami-istri maka dinamakan *terapi* atau *konseling perkawinan*, bila pesertanya adalah seluruh keluarga, dinamakan *terapi keluarga*.

Selain itu, ada *rehabilitasi psikososial* yang bertujuan untuk membantu mereka yang mengalami gangguan jiwa agar dapat

menyesuaikan diri dengan keadaan sakitnya, agar dapat mencegah dampak yang lebih buruk dari gangguannya. Itu. Penyebab gangguan jiwa tidak saja faktor biologis dan psikologis, namun juga interaksi antara individu itu dengan aspek ekonomi, sosial dan fisik dari lingkungannya. Pendekatan ini dinamakan juga pendekatan yang memperhatikan perspektif *ekologis*, yakni intervensi yang berusaha untuk mencocokkan individu dengan lingkungan spesifik yang mempunyai kemungkinan untuk meningkatkan penyesuaian diri mereka.

### **Hal-Hal Yang Umumnya Terjadi Dalam Semua Jenis Psikoterapi**

Terlepas dari teori apa yang dianut oleh terapis, menurut Phares (1992) dan Nietzel (1998) ada hal-hal umum yang terjadi dalam psikoterapi, yakni pengembangan pemahaman (*fostering insight*), pengurangan keresahan emosional, dukungan untuk katarsis atau “curhat”, pemberian informasi baru yang barangkali belum diketahui klien, pemberian tugas-tugas untuk dilaksanakan di luar pertemuan terpai, pemberian harapan dan keyakinan, membangun kompetensi klien, dengan selalu memperhatikan peran profesional terpai dan hubungan terpai-klien. Semua hal ini umumnya terjadi dalam semua jenis psikoterapi, namun dalam jenis yang berbeda hal yang menonjol berbeda pula. Misalnya untuk terapi psikoanalisis barangkali insight terutama tentang pengalaman masa lalu atau pengalaman tak sadar dan katarsis adalah yang utama. Dalam terapi jenis fenomenologis atau konseling, pembahasan perasaan dan keresahan klien, pemberian informasi yang diperlukan oleh klien, adalah yang diutamakan.

## **Efektivitas Psikoterapi: Variabel Klien**

Apa saja yang mempengaruhi efektivitas terapi? Variable klien yang mempengaruhi ialah: jenis masalah, inteligensi, usia, keterbukaan, ada tidaknya kerusakan otak. Klien dengan suatu masalah akan lebih mendapat manfaat dari psikoterapi. Besar kecilnya manfaat bagi klien menyangkut motivasi klien untuk menjalani terapi sebaiknya merupakan motivasi internal, jadi klien datang atas kehendak sendiri, dan bukan untuk menyenangkan hati orangtua atau pasangannya. Makin tinggi motivasi, makin besar kemungkinan efektivitas terapi.

Terapi yang dilakukan psikolog pada umumnya dilakukan secara verbal. Untuk itu, inteligensi klien yang mendukung efektivitas terpai ialah yang tarafnya minimal rata-rata.klien dengan inteligensi kurang dari rata-rata, sebaiknya melibatkan keluarga.

Terapi membutuhkan keterbukaan untuk mengungkapkan masalah dan menerima saran-saran terpais. Klien dewasa, atau minimal 14 tahun dapat memenuhi hal tersebut seccara optimal. Keterbukaan klien antara lain juga meliputi apakah ia mempunyai preferensi gender (menginginkan terapis pria atau wanita), agama, suku tertentu, atau harapan-harapan khusus dari terapi yang akan dijalaninya. Hal-hal seperti ini dapat sangat berpengaruh pada hasil terapi.

Ada tidaknya gangguan fisik atau kerusakan otak lebih baik diketahui pada tahap awal psikoterapi untuk mengatur bagaimana proses terapi yang terbaik. Bila dari observasi terlihat bahwa pasien/klien pendengarnya kurang, atau terktesan mengalami gangguan memori, ada baiknya dikonsultasikan kepada yang lebih ahli agar psikoterapi yang dilaksanakan juga lebih efektif.

## **Efektivitas Psikoterapi: Variable Terapis**

Selain variabel klien, ada variabel terapis yang mempengaruhi jalannya terapi, yaitu: kepribadian terapis, kemampuan menunjukkan empati, ada/tidaknya masalah pribadi yang dapat mempengaruhi terapi yang dilakukan, sikap terhadap klien—terutama yang berkaitan dengan kemungkinan terapis mengeksploitasi klien---, dan pengalaman serta identifikasi profesional terapis (Phares, 1992).

Kekhususan permintaan klien patut diperhatikan meskipun tidak selalu harus diikuti karena dapat mempengaruhi jalannya terapi. Beberapa klien lebih terbuka dengan terapis yang sudah menikah, beberapa dengan terapis yang sama jenis kelaminnya, yang lain dengan terapis yang seagama.

Kadang-kadang apabila tidak begitu menyadari bahwa ia juga memiliki masalah, hal ini dapat mempengaruhi jalannya terapi atau konseling. Misalnya ada kecenderungan terapis memproyeksikan masalahnya sendiri pada kliennya. Bila terapis cukup menyadari akan masalah pribadinya, biasanya hal itu tidak terjadi.

Pelaksanaan terapi—seperti juga pelaksanaan wawancara, observasi, asesmen melalui tes dan bahkan penelitian—terkait kode etik profesi psikologi. Kecenderungan terapis untuk mengeksploitasi klien sangat mungkin terjadi mengingat hubungan antara terapis dan klien begitu dekat yang mungkin saja—apabila tidak dilakukan terapi secara profesional—dapat menjadi hubungan simpati dan berlanjut di luar, pertemuan profesional sebagai terapis-klien. Ada aturan-aturan tertentu dalam kaitan ini, antara lain, hubungan intim antara klien dan terapis hanya dapat dilangsungkan setelah suatu kurun waktu tertentu (Kode Etik Himpsi, 2000). (Suprapti, 2006)

Berikut ini adalah beberapa jenis intervensi klinis yang banyak dikenal, di antaranya :

#### **A. PSIKOANALISIS DAN YANG BERORIENTASI PSIKODINAMIK**

Psikoanalisis dari Freud barangkali dapat dianggap sebagai metode atau teknik yang tertua dan paling fenomenal dalam jajaran psikoterapi yang disebut idak modern, tetapi juga tidak kuno. Sigmund Freud (1856-1939), seorang neurolog, psikiater dan selanjutnya dikenal sebagai psikolog. Dalam konsep Freud, psikoanalisis telah berkembang sebagai teori, asesmen klinis/Psikodiagnostika dan psikoterapi. Bahkan ia meninggalkan istilah psikoterapi dan menggantinya dengan psikoanalisis saja. Dasar utama psikoanalisis adalah ketidaksadaran, yakni bahwa seseorang terganggu jiwanya karena terdapat represi atas pengalaman atau ingatan yang mencemaskan ke alam tak sadar.

Yang dimaksud psikoanalisis sebagai psikoterapi adalah upaya untuk mengurai suatu atau beberapa gejala (sakit) yang ditampilkan dan dikeluhkan pasien dengan mendalam dan detail sehingga sampai pada inti permasalahan atau sumber gangguan. Dalam pandangan psikoanalisis gangguan kejiwaan terjadi karena ada ketidaksejajaran atau ketidakharmonisan antara ketiga komponen kepribadian ialah “id” yang merupakan sisi biologis kehidupan kejiwaan seseorang, “superego” sebagai sisi sosial seseorang dan “ego” sebagai sisi psikologis kehidupan manusia. Ketidaksejajaran ini terjadi karena adanya peristiwa yang tidak menyenangkan tetapi tidak pantas dipersepsikan ke alam sadar. Akibatnya adalah masalah itu tetap ada dan berkembang. Misalnya, rasa bersalah, sehingga akhirnya melahirkan suatu pola pikiran dan tingkah laku yang tidak wajar ketika ia menghadapi orang, masalah, tingkah laku dan lainnya. Dalam proses ini terdapat dua gejala terapeutik yang

penting, yaitu adanya pengungkapan masalah yang semula tidak di sadari ke lapisan kesadaran dan adanya pendidikan kembali atau reedukasi.

Dua metode utama yang dilakukan Freud dalam melakukan terapinya adalah dengan asosiasi bebas dan analisis impian.

- a. Asosiasi bebas, penderita diminta untuk menyebutkan kata atau apa saja yang teringat segera setelah terapis untuk mengungkapkan suatu kata tertentu. Asosiasi yang terbentuk dianalisis dan kemudian diperdalam karena jika seseorang memiliki suatu masalah maka ia akan menyinggung kata-kata yang memiliki kaitan dengan masalahnya tersebut.
- b. Analisis impian, terdapat tema-tema tertentu yang pilih oleh penderita dan dimunculkan dalam mimpinya. Jadi sebenarnya asosiasi juga bagaimana timbulnya impian untuk masalah yang mendalam dan mendasar dan mendapat represi yang kuat antara lain melalui penyakit atau situasi badan.

Hal penting yang diperlukan seorang psikoanalisis adalah kemampuan untuk menafsirkan simbol-simbol tertentu. Baik atas gagasan maupun tingkah laku. Simbol ini merupakan kesukaran sendiri dalam psikoanalisis. Karena, terjadinya gejala simbol melalui proses disebut pemikiran kacau (*Predicate Thinking*) yakni cara berpikir yang tidak jelas logikanya, tetapi ternyata benar.

Tiga hal utama dalam dasar pemikiran psikoanalisis

- 1) Struktur atau sistem kepribadian yang diusung komponen atau subsistem Id, Ego, dan Superego.

Telah diutarakan perilaku dikatakan perilaku terganggu jika adanya pertentangan dari ketiga istilah ini. Permasalahan timbul ketika terdapat keinginan atau kebutuhan yang lahir dari id sebagai sistem biologis. Kemudian mendapat tantangan dari superego sebagai sistem

sosial, sehingga individu memiliki rasa bersalah ego sebagai sistem psikologis. Dalam psikoanalisis masalah yang tidak disadari lagi secara tidak sadar pula direpresikan kembali menjadi hal yang disadari.

2) Kecemasan, mekanisme pertahanan, dan ketidaksadaran.

Kecemasan (*Anxiety*) adalah perasaan yang tergeneralisasikan atas ketakutan dan kekhawatiran. Konsep ini merupakan pandangan psikoanalisis yang utama. Terdapat tiga jenis kecemasan seperti yang dikatakan Freud, yakni :

- a) Kecemasan realitas (*Reality Anxiety*), perasaan cemas yang didasarkan pada adanya obyek atau ancaman yang menakutkan dari luar.
- b) Kecemasan neurotis (*Neurotic Anxiety*), perasaan cemas sebagai akibat dari impul-impuls id yang menembus kendali ego menjadi tingkah laku dan menimbulkan adanya perasaan mendapat hukuman, dan
- c) Kecemasan moral (*Moral Anxiety*), timbul dari tindakan-tindakan baik yang nyata maupun yang dipikirkan bertentangan dengan superego, sehingga menimbulkan perasaan bersalah.

Kecemasan merupakan suatu peringatan atas bakal terjadinya bahaya atau pengalaman yang secara psikologis penuh rasa nyeri, sehingga individu harus melakukan tindakan koreksi. Seringkali ego tidak dapat mengambil tindakan penyelesaian yang rasional dan memadai, sehingga individu menciptakan penggantinya berupa tindakan yang irasional yang disebut mekanisme pertahanan diri (*defense mechanism*). Penting dalam hal ini adalah konsep ketidaksadaran, yakni bahwa proses penanggulangan yang tidak rasional itu berada pada alam tak sadar. Ini jauh lebih besar daripada

bagian kesadaran. Apa yang dilakukan manusia banyak di dalam ketidaksadarannya daripada kesadarannya.

### 3) Taraf perkembangan psikoseksual

Dorongan seksual dan perkembangan seksual merupakan bagian penting lainnya dari prinsip-prinsip teori Freud. Dorongan seksual merupakan inti dari kekuatan atau sumber energi kekuatan hidup manusia yang utama. Taraf perkembangan seksual Freud meliputi lima taraf, yaitu :

1. Taraf oral (0-2) tahun, mulut adalah sumber pemuasan bayi. Contohnya bentuk menyusu.
2. Taraf anal (2-3) tahun, lapisan sekitar anus adalah sumber yang menyenangkan
3. Taraf falik (5-6) tahun, manipulasi diri alat genital, menyediakan kepuasan utama sensasi kenikmatan
4. Taraf latensi (6-12) tahun, motivasi seksual penting saat anak terlibat dengan perkembangan ketrampilan dan aktivitas lain
5. Taraf genital (setelah masa pubertas), perasaan nikmat yang paling mendalam datang dari relasi heteroseksual. Misalnya pacaran

Bagi Freud taraf-taraf perkembangan ini penting, terutama tiga pertama, yakni oral, anal, dan falik, karena sekaligus membangun tipe kepribadian.

## **B. PERSPEKTIF FENOMENOLOGIS DAN HUMANISTIK EKSISTENSIAL**

Pendekatan ini lahir sebagai reaksi atas anggapan dasar psikoanalisis bahwa setiap hl termasuk psikopatologi maupun ketidakmampuan fungsional disebabkan oleh kejadian-kejadian masa

lalu. Kejadian-kejadian buruk atau kegagalan-kegagalan berakar dari pelaksanaan peran yang salah kekuatan-kekuatan dalam atau konflik-konflik intrapsikis. Melalui terapi ia belajar untuk memahaminya dan melalui kesadaran atau insight akan timbul pembebasan dari permasalahan yang tersembunyi, simtom-simtom dan kegagalan untuk hidup produktif, kehidupan penuh makna. Pada akhir 1940-an muncul pemikiran baru sebagai alternative berhubungan dengan bernagai hal yang sukar dilaksanakan dan sukar dipahami dari psikoanalisis, misalnya nondirective counseling, yang kemudian dikenal dengan nama client-centered therapy berdasarkan pemikiran carl rogers.

Pemikiran rogers dianggap sebagai wakil yang paling penting untuk terapi-terapi diluar pendekatan psikodinamik yang sekedar berorientasi pada psikoanalisis saja. Banyak jenis terapi lain, diantaranya adalah : ratio-emotive therapy dari Ellis, Gestalt-therapy dari Perls, Logo Therapy dari Frank, dan Transactional Analysis dari Eric Berne.

### **Konseling Rogerian**

Konseling rogerian yang disebut juga *Client-centered Therapy*, memiliki kedudukan khusus dalam lingkungan bentuk konseling nontherapy pada umumnya, karena merupakan pertama-tama lahir sebagai alternatif lain dari psikoterapiyang menggunakan pendekatan medis khususnya psikoanalisis yang sebelumnya menjadi “kiblat” dari hampir semua jenis psikoterapi yang di kenal. Terapi ini menekankan pada penghayatan psikologis klien pada saat ini dan berdasarkan pada keyakinan humanistik bahwa semua orang memiliki motivasi, kemampuan, dan keinginan untuk meningkatkan diri. Individual klien akan mampu menyelesaikan masalah jika terapis yang disebut konselor menampilkan kehangatan dan membangun relasi didasari pemahaman

atas apa yang dihayati dan dipikirkan klien. Atmosfir terapeutik yang dibangun adalah *bnondirective* dan *fasilitatif*.

Bagi **Rogers** pencipta terapi ini ini yang harus di usahakan adalah agar klien dapat mengaktualisasikan potensialnya sebagai akar cara menanggulangi pemasalahannya. Yang dimaksud Rogers dengan aktualisasi diri adalah kecenderungan yang timbul dalam diri organisme, dalam hal ini individu itu sendiri untuk secara optimal mengembangkan seluruh kapasitasnya yang dapat memelihara atau meningkatkan kualitas organisme. Kondisi terapis yang diharapkan dapat mencapai tujuan itu adalah *genuineness* atau *congruence* (seseorang harus membuka perasaan dan penghayatan dalam (*inner experience*) untuk secara jujur dan terbuka menjalin relasi), empati yang akurat, dan penilaian positif yang spontan, tidak dibuat-buat.

Percakapan yang terjalin antara konselor dan klien lebih tepat daripada wawancara klinis. Dalam percakapan ini yang diendapkan adalah pemahaman (*undertanding*), dan menghindari adanya sifat mencari informasi (*probing*), menilai (*evaluating*), menafsir (*interpreting*), serta mendukung (*promoting*). Mengapa hanya pemahaman atau understanding saja yang diperkenankan? Karena kedudukan klien dan konselor adalah setara. Dan hal tersebut yang menyebabkan dalam konseling tidak ada diagnostik. Penting dalam konseling ini ketrampilan untuk membuat singkatan-singkatan yang disebut paraphrase, yakni mengemukakan inti dari apa yang dinyatakan atau lebih diceritakan klien dalam hubungan masalah atau gangguannya. Gangguan ini berhubungan dengan “kekalutan” dalam menghadapi masalah. Dengan demikian kalau kekalutan dalam pikiran, dirapikan melalui parafrase, maka permasalahan menjadi lebih jelas, kejelasan ini akan membuat klien lebih optimal dalam menyelesaikan masalahnya.

Dalam hal ini yang menemukan inti permasalahan adalah klien itu sendiri melalui pemahaman emosional atau emotional insight. Konselor hanya menemani dan mengantar klien ke arah pemecahan masalah.

Contoh pertanyaan konselor adalah sebagai berikut :

1. Pemahaman : “jadi anda memukul saudara anda karena ada perasaan jengkel krena merasa dibohongi” atau “meskipun tudak sepaham saya mengerti mengapa anda melakukannya.
2. Mencari informasi : “selain menyangkut hubungan dengan adik anda, apa ada lagi masalah yang tersangkut dengan kejadian itu?”
3. Menilai : “kalau begitu anda menganggap bahwa saudara anda memiliki kedudukan rendah daripada anda sendiri?”
4. Menunjang : “betul, tindakan anda betul, karena yang salahlah yang seharusnya menanggung rugi”.
5. Menafsir : “ kalau itu yang sering muncul menjadi tema mimpi anda, berarti selama ini anda memendam rasa permusuhan terhadap saudara-saudara anda sendiri, sementara anda meyakini adanya kewajiban moral untuk pertama-tama membangun hubungan yang baik diantara saudara-saudara”.

Masalah diagnosis merupakan suatu permasalahan yang dipertanyakan oleh pendekatan lain, yang umumnya berpola pikir kedokteran, tapi pada umumnya diagnosis dan asesmen dalam client-centered therapy tidak dipentingkan atau bahkan ditolak. Kebanyakan aliran-aliran rogerians yakin bahwa asesmen formal tidak hanya diperlukan melainkan sesungguhnya derimental, bertentangan. Dihubungkan dengan mazhab-mazhab Rogerians ini, asesmen menempatkan psikolog dalam kedudukan superior, peranan autoritatif yang dapat memaksa perkembangan autonomi dan aktualisasi diri.

Aplikasi lain, selain dalam menghadapi masalah-masalah klien atau pribadi yang bermasalah, client-centered therapy atau client centered orientation juga efektif digunakan untuk situasi lain. Misalnya pada training dalam rangka peningkatan kemampuan ubungan manusia human relation). Jika pendekatan client centered approach digunakan untuk masalah diluar kamat terapi, pendekatan ini sering disebut juga person-centered approach. Dalam menangani masalah pertumbuhan pribadi kelompok penggunaannya dapat berupa pola kerja yang berpusat pada klien. Pola kerja ini dapat mengurangi ketegangan antar kelompok yang konflik, seperti konflik etnis, karyawan, dan manajemen, antara mahasiswa dan fakultas. Dalam sistem organisasi seperti gereja, bisnis, sekolah. Pendekatan ini dimaksudkan untuk meningkatkan hubungan atau mengubah manusia dalam tujuan dan pemfungsional.

Terdapat sisi positif dan negatif dari pendekatan ini, seperti pendekatan-pendekatan lainnya, sebagai berikut :

- a. Positif : pendekatan ini erupakan metode alternatif dari metode-metode lain, khususnya psikoanalisi yang mekanistik dan menggunakan pndekatan biologis. Rogers dapat membuktikan, bahwa tidak penting untuk menggali masa lalu, seperti menjadi pusat perhatian psikoanalisis, pendekatannya lebih didasarkan pada relasi antar klien dan terapis, sedangkan aplikasi “teknik” menjadi sekunder. Metode ini tidak memrlukan waktu yang lama
- b. Negatif : prinsip ini kurang memuaskan karena hilangnya hambatan akan sedikit banyak mengubah klien.

### **C. TERAPI PERILAKU**

Terapi perilaku merupakan suatu usaha yang tidak mudah untuk secara aturan menunjuk pada definisi tunggal (Wilson, 1978b). **Skinner**,

1971 bahkan menyatakan bahwa keberbagaiaan pendekatan keperilakuan dalam terapi hampir tidak mungkin membuat definisi yang memuaskan. Ada yang menggunakan pembiasaan klasik (Wolpe, 1958), dan ada pula yang mendasarkan pada prinsip umum belajar (Ullman, dan Krasner, 1969). Secara tradisional, pendekatan keperilakuan mendasarkan dirinya pada :

- a. Penekanan ilmiah
- b. Suatu demphasis terhadap peranan penyimpulan atas berbagai peubah.

Para behavioris lebih senang untuk menjadikan akar “keilmuan” **Skinner** atau **Pavlov** daripada “mentalisme” **Freud**. Pada awalnya, terapi perilaku didefinisikan sebagai aplikasi dari prinsip-prinsip belajar untuk penanggulangan perilaku maladaptive, misalnya desentisasi sistematis menurut pembiasaan klasik, model yang dibangun berdasarkan pembelajaran observasional (observational learning), dan pelatihan asersi dan biofeedback berdasarkan pembiasaan instrumental. Orientasi terapi dalam terapi ini terletak pada minatnya untuk menangani dengan tepat keluhan yang ditampilkan klien secara pasti, dan melatih klien untuk mendapatkan ketrampilan baru untuk mengendalikan kehidupannya agar lebih efektif.

Terapi perilaku, seperti juga asesmen perilaku, mempunyai daya tarik yang besar dengan alasan berupa ada dan jelasnya pendekatan ilmiah dalam kegiatan ini. Dalam kasus ini terapi perilaku didefinisikan sebagai metodologi klinis empiric, dengan cirri-ciri berikut :

1. Keterbukaan terhadap metode baru dan berbeda untuk membangun perubahan, daripada menempatkan keyakinan dalam tradisi yang tunggal.
2. Keyakinan atas metode evaluasi ilmiah untuk validasi hipotesis klinis

3. Komitmen untuk melatih ketrampilan kepada klien dalam teknik-teknik yang klien perlukan untuk mengendalikan kehidupannya.

Kolaborasi antara mereka yang yakin bahwa pikiran ada dibalik perilaku, yang melahirkan terapi kognitif terjadi dengan mereka yang menghendaki adanya landasan psikologi ilmiah, berupa perilaku yang observable dan measurable, ialah dalam bentuk terapi kognitif-keperilakuan (cognitive-behavioral therapy, CBT) keduanya akan dibahas berikut ini :

1. TERAPI PERILAKU (BEHAVIOR –THERAPY)

Terdapat beberapa jenis terapi perilaku yang banyak digunakan orang, yaitu relaksasi, desentisasi sistematis, pembiasaan operan, modeling, pelatihan asersi, pelatihan aversif, dan biofeedback.

- a. *Relaksasi*

Ada yang berpendapat bahwa relaksasi bukan terapi perilaku yang spesifik, karena dalam banyak terapi, latihan relaksasi ini sering pula digunakan sebagai pengantar. Alasannya sangat jelas, yakni kalau melakukan kegiatan macam apapun, seandainya dilakukan dalam kondisi dan situasi yang relaks, maka hasil dan proses nya akan optimal. Namun, karena mnyangkut metode yang sama dengan terapi perilaku, ialah berupa pengaturan terutama gerakan motorik, maka akan lebih tepat untuk menempatkannya dalam kelompok terapi perilaku.

Tujuannya sudah jelas, bahwa relaksasi merupakan upaya untuk mengendurkan ketegangan, pertama-tama jasmaniah, yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan jiwa. Caranya dapat bersifat respiratoris, yaitu dengan mengatur

aktifitas bernafas, atau bersifat otot. Pelatihan relaksasi pernafasan, dilakukan dengan mengatur mekanisme pernafasan, ialah tempo/irama dan intensitas lebih lambat dan dalam. Keteraturan dalam bernafas, khususnya dengan irama yang tepat, akan menyebabkan sikap mental dan badan yang relaks. Pelatihan otot akan mengakibatkan otot makin lentur dan dapat menerima situasi yang merangsang luapan emosi tanpa membuatnya kaku.

**b. Desentisasi sistematis**

Prosedur teknik penanganan ini umumnya di landasi oleh prinsip kontra pembiasaan belajar (*counter conditioning*), terutama dalam rangka menghilangkan kecemasan dan kadang-kadang juga ketakutan. Jenis teknik ini akan lebih baik kalau obyek yang menyebabkannya menjadi tegang atau takut, relative jelas. Misalnya, takut pada sesuatu benda (*phobia*) atau takut kalau harus berpidato di hadapan banyak orang, dengan alasan yang tidak masuk akal, irasional.

Tata laksana teknik terapi ini didasarkan pada desentisasi, artinya membuat lebih tidak sensitifnya ia terhadap sesuatu hal, keadaan, atau pendapat; dan sistematis, yang berarti memiliki urutan tertentu, misalnya ular. Klien diminta untuk memperhatikan gambar ular yang kecil yang di tempatkan pada tempat yang jauh. Kalau klien tidak menunjukkan ketegangan, kecemasan atau ketakutan, gambar itu dikedepankan secara bertahap. Kemudian, gambarnya diperbesar dan dilakukan hal yang sama. Selanjutnya, gambar diganti dengan ular kecil yang tidak berbahaya. Kemudian diganti dengan ular yang besar dan seterusnya.

Terdapat dua hal yang perlu diperhatikan pada teknik desentisasi sistematis ini, yakni: pertama, pembuatan program terapi yang dibangun bersama antara klien dan terapis secara tepat; dan kedua, menentukan obyek yang menakutkan itu.

**c. *Pembiasaan operan***

Lanasan pembiasaan operan adalah aplikasi prinsip penguatan negative dan positif (*negative and positive reinforcement*), respon cost, pembentukan perilaku dengan ancer-ancer suksesif (*shaping by successive approximations*), dan pembedaan (*discrimination*) atau penyamaan (*generalization*).

Penguatan atau reinforcement adalah upaya agar apa yang telah dicapai atau dimiliki dapat dipertahankan atau di tingkatkan (positif). Bisa jadi juga sebaliknya, yaitu dilemahkan atau di sebut *Extinction*, bila kebiasaan yang terbentuk ingin di hilangkan. Penguatan positif adalah juga unsur esensial dalam relasi terapeutik antara terapis dan klien (Ford, 1978). Penguatan negatif dilakukan seandainya terdapat tingkah laku yang tidak di harapkan, misalnya gejala-gejala “*Tics*” atau gagap.

Operan merupakan inisiatif yang dilakukan oleh klien, dalam arti bahwa ia melakukan pemilihan apa yang sebaiknya dilakukan berdasarkan berbagai opsi yang disediakan.

*Respon Cost*, reposisi penguat positif berkaitan dengan perilaku negative, di contohkan dalam kontrak penanggulangan (*Contract Treatment*) sering digunakan sebagai insentif bagi klien untuk berpartisipasi secara penuh dalam suatu program terapeutik atau pendidikan. Misalnya, partisipan dalam program pendidikan ketrampilan orang tua bisa di mintak untuk mengajukan suatu simpanan yang sebanding dengan bayarnya, yang akan di

bayarkan kepadanya jika ia telah menyelesaikan seluruh unternvensinya. Jika, bagaimanapun, klien gagal datang pada sesi intervensi, suatu bagaia dari tabungan akan di potong sebagai denda, sebagai biaya. Jika terdapat banyak ketrampilan harus dimiliki klien dalam proses intervensinya, cara respons cost ini sering efektif. Misalnya dalam saha meningkatkan ketrampilan sosial.

Pelatihan diskriminasi dan generalisasi terprogram, dicontohkan oleh pendekatan keperilakuan terhadap manajemen stress dan pendidikan kesehatan. Klien pertama-tama dilatih untuk membedakan antara stress/ketegangan dan relaksasi, dalam arti reaksi-reaksi badan dan perilaku kognitifnya. Diskriminasi dapat dikuatkan dengan pelaksanaan peran penuh stress dan situasi relaks, atau dengan pelaksanaan peran penuh stress dan situasi relaks, atau dengan monitoring diri atas stressnya selama seminggu dan relaksasi dalam pelatihan relaksasi otot progresif.

#### **d. Modeling**

Prinsip teori yang melandasi teksnik terapi ini adalah teori mengenai belajar melalui pengamatan (*Observation Learning*) atau sering juga di sebut belajar sosial (*Sosial Learning*) dari Walter dan Bandura. Pada prinsipnya, terapis memperlihatkan model yang tepat untuk membuat klien dapat meniru bagaimana ia seharusnya melakukan upaya menghilangkan perasaan dan pikiran yang tidak seharusnya dari orang lain yang di sebut model itu.

Prinsip dua konsep yang berbeda yang digunakan dalam modeling ini,yakni antara *coping* dan *mastery* model menampilkan perilaku ideal, contohnya bagaimana menangani

ketakutan. Sebaliknya, coping model pada dasarnya menampilkan bagaimana ia tidak merasa takut untuk menghadapi hal yang semula menakutkan.

**e. *Pelatihan asersi***

Pelatihan ini makin banyak dikembangkan dan digunakan orang karena untuk dapat membangun kerjasama dan bergaul dengan orang lain diperlukan sikap dan kemampuan asertif. Kemampuan asertif ini adalah kemampuan untuk mengekspresikan apa ada dalam diri seseorang secara mandiri dan tegas serta memuaskan, rasional, dan juga tanpa mengagresi maupun mengikuti orang lain. Saat ini banya orang yang mengalami kesukaran dalam mengambil inisiatif untuk membangun persahabatan, menyatakan pendapat dan perasan baik yang positif maupun negative, berpendirian dengan aturan-aturan yang masuk akal, menolak permintaan yang tidak masuk akal.

*Assertion Training (AT)* digunakan untuk menanggulangi gangguan obsesif-kompulsif, alkoholisme, penyimpangan seksual, cemas saat berpacaran, perilaku agresif dan eksplosif, dan kelemahan ketrampilan sosial. Secara tipikal, pelaksanaan AT melibatkan teknik-teknik berperilaku sebagai berikut:

*Shaping By Successive Approximations.* Teknik ini mungkin merupakan metode yang paling fundamental, melibatkan provisi penguatan positif kepada klien sebagai pembelajaran untuk menampilkan perilaku asertif terus menerus. caranya adalah seperti ketrampilan desentisasi, dimana dibuat suatu urutan bertingkat (*Hierarki*) dari perilaku yang hanya sedikit nilai asertif nya sampai yang dinilai sangat asertif. Yang

lebih spesifik antara lain adalah: modeling, dimana klien mencontoh perilaku asertif yang efektif; kemudian latihan berperilaku (*Behaviour Rehearsal*), dimana klien berlatih melakukan tindakan-tindakan dalam situasi yang tidak mengancam. Selanjutnya juga coaching, dimana terapis melatih klien untuk melakukan tindakan-tindakan asertif. Selanjutnya juga pemberian umpan balik (*Feed Back*), dimana terapis menyediakan penguat dan saran-saran ketika klien berada dalam situasi pelatihan; dan pemberian instruksi yang detail (*Detail Instructions*) mengenai perilaku sertif. Bisa juga digunakan videotape. Dari penelitian-penelitian disimpulkan bahwa yang paling efektif adalah kombinasi dari teknik-teknik tersebut.

**f. Biofeedback**

Teknik ini merupakan teknik yang digunakan untuk pembiasaan perilaku otomatis manusia. Paradigm umum penanggulangan biofeedback melibatkan penggunaan peralatan perekam yang secara terus menerus memantau respons- respons fisik subyek dan tampilan respons-respons itu kepada subyek. Misalnya peralatan mencatat detak jantung atau tegangan otot subyek, dan subyek dapat mengamati dan menerima umpan balik.

**2. TERAPI KOGNITIF- KEPERILAKUAN**

Selain itu, dimasa kini timbul suatu kolaborasi antara terapi perilaku dengan terapi kognitif yang masih berada dalam kelompok terapi perilaku tetapi dengan sifat berbeda, yaitu “*terapi kognitif*” , “*intervensi kognitif-perilaku*”, dan *nonprescriptive behavior therapies*”. Termasuk dalam terapi kognitif adalah “*Rational emotive therapy*” (RET), dan terapi kognitif dari Beck untuk

Depresi. Yang termasuk dalam intervensi kognitif-perilaku, adalah untuk dewasa dan anak-anak.

Terapi perilaku tanpa resep adalah berbagai jenis psikoterapi yang sering di dapat dibaca di majalah-majalah atau buku-buku mengenai berbagai macam masalah yang menyangkut perilaku orang. sebagai contoh, berbagai macam bentuk petunjuk praktis untuk menumbuhkan perilaku dan pikiran asertif atau kemandirian dalam bertindak. Juga sering di temukan petunjuk-petunjuk yang agak mendalam dalam buku-buku mengenai masalah kesukaran seksual, seperti impotensi, bahkan untuk berbagai penyakit fisik- organis- neurologis.

Perspektif kognitif dalam masalah- masalah klinis menekankan peranan berpikir dalam etiologi dan pemeliharaan masalah- masalah. Terapi keperilakuan kognitif berupaya memodifikasi atau mengubah pola berpikir yang di yakini berkontribusi terhadap permasalahan pasien.

Terapi kognitif dari **Beck** (*Beck's Cognitive Therapy*), yang di kembangkan oleh Aron Beck untuk berbagai permasalahan klinis, 1991. Dalam terapi ini di gunakan teknik keperilakuan maupun kognitif untuk mengubah pola pikir yang menjadi karakter masalah atau gangguan dengan pertanyaan (Beck, 1993), misalnya orang yang depresi bisa jadi memiliki kecenderungan untuk itu, seperti sangat kritis terhadap dirinya, yang di tandai dengan seringnya ada perasaan bersalah, atau melihat dunia secara umum tidak menunjang dan tidak adil, serta tidak yakin bahwa masa datang akan lebih baik. Terdapat delapan teknik terapi kognitif, yakni:

1. Beraktivitas yang melawan ketidakaktifannya dan cenderung merasa depresif

2. Meningkatkan aktifitas yang menyenangkan
3. Menilai kembali secara kognitif
4. Pelatihan asertif dan permainan-peran
5. Dengan sendirinya mengidentifikasi pikiran sebelum atau ketika terjadi perasaan sedih
6. Menguji perasaan –perasaan sedih
7. Mengajar pasien untuk tidak mengutuk diri sendiri
8. Menolong pasien mencari alternatif jalan keluar.

Terapi perilaku Dialektis (*Dialectical Behavioral Therapy*, DBT), Karya Linehan, 1993, yang relative baru dalam *Cognitive – Behavioral Treatment* terhadap gangguan kepribadian borderline (*Borderline Personality Disorder* (BPD)). Dan kondisi-kondisi yang melibatkan disregulasi emosional dan impulsivitas. Pelatihan ketrampilan terdiri atas modul-modul: *mindfulness* untuk *nonjudgement, regulasi emosional, distress tolerance*, dan *interpersonal effectiveness*. Landasan teorinya adalah bahwa setiap individu di lahirkan dengan gaya temperamental yang secara emosional rawan, yang dalam interaksinya dengan lingkungan keluarga yang invalid memungkinkan terjadinya disregulasi emosional dan perilaku kekerasan atas diri sendiri.

DBT melibatkan pelatihan ketrampilan data, teknik-teknik pemecahan masalah, regulasi emosional, dan ketrampilan interpersonal, dan lingkungan terapeutikal yang melibatkan teapis maupun penderita. Ada empat modul dalam latihan ini, sebagaimana telah diutarakan.

#### **D. TERAPI KELOMPOK, TERAPI KELUARGA, DAN TERAPI PASANGAN**

Hampir setiap masalah yang dialami individu timbul saat berhubungan dengan konteks sosial, baik dalam pergaulan, pekerjaan, maupun dalam keluarga. Hal ini dapat dipahami, karena manusia adalah makhluk sosial, yang bisa berkembang hanya dalam lingkungan sosial, tetapi dalam lingkungan sosial itu juga ia akan menghadapi masalah; salah pengertian, tersinggung perasaan secara sengaja ataupun tidak, bentrokan kebutuhan dalam kehidupan kelompok dan lainnya.

Dipihak lain, kehidupan masa kini di harapkan untuk lebih efisien, termasuk dalam kehidupan berkelompok. Bahkan saat ini kehidupan berkelompok justru dipelihara dan dikuatkan sebagai upaya untuk membangun kehidupan yang lebih menyenangkan, efektif, dan efisien. Oleh karena itu pemberdayaan untuk mencapai nilai positif yang lebih tinggi atau memelihara terjadinya kehidupan berkelompok dari terjadi dampak negative apapun, akan diperlukan berbagai upaya yang disebut pertolongan, konseling, atau terapi.

Ada hal lain yang penting secara praktis dan nyata dari dibangunnya terapi kelompok, yakni efisiensi disamping efektifitas dan juga kadang-kadang lebih menyenangkan ini. Penggunaan waktu yang lebih sedikit akan berefek besar terhadap biaya. Bahkan bisa jadi pertemuan dari beberapa orang yang menghadapi masalah-masalah yang hampir sama, sering membuat pertemuan lebih efektif dan menyenangkan, karena penderita merasa bahwa yang mengalami penderita seperti dirinya tidak hanya dirinya sendiri. Mereka bisa berbagi. Terapis pun lebih banyak berperan sebagai pengatur pertemuan dan terhindar dari terlalu banyaknya ikut campur pada masalah pribadi

penderita. Apalagi kalau misalnya penderitanya adalah perempuan dengan masalah-masalah “khusus” perempuan, yang bahkan terapisnya pun diperlukan perempuan juga, meskipun tidak harus.

Adapun pendekatan yang digunakan untuk terapi kelompok ini cukup bervariasi, antara lain *psychoanalytic group therapy*, *psychodrama*, *gestalt groups*, *behavioral therapy groups*, dan *time-limited group therapy*.

*Psychoanalytic group therapy*. Yang dapat di anggap sebagai tokoh utama adalah wolf (1975).semua bentuk terapi ini di dasarkan pada prinsip-prinsip psikoanalisis, seperti asosiasi bebas, transferens, interpretasi atas resistensi, dan working through, tetapi terdapat perbedaan yang signifikan,misalnya efek-efek transferensi ganda, tranferensi terapis-pasien termodifikasi, dan pengaruh-pengaruh dari satu anggota kepada anggota kelompok lainnya. Kelompok dapat dianggap sebagai kendaraan yang di gunakan individu untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran yang sementara ini tidak dapat dilakukan, atau bahkan mengerti operasi kekuatan-kekuatan tak sadar dan pertahanan-pertahanan diri, yang kerananya dapat mencapai taraf penyesuaian diri yang lebih tinggi.

Menurut **wolf**, efek terapeutik individual sama saja dengan kelompok.bahkan terdapat efek yang lebih baik,dimana kelompok dapat dijadikan “sandaran” bagi individu yang dapat mengurangi rasa cemasnya.

Psikodrama. Metode ini merupakan suatu *role-playing* yang di ciptakan **Mareno** (1946,1959). Psien dapat melakukan acting-out lebih besar dari pada dalam kenyataan . oleh karena itu pengekspresian ini dapat lebih kuat mengurangan emosional (katarsis) dan spontanitas yang meningkatkan insight dan pemahaman diri. Pasien juga dapat diminta

untuk memerankan diri sendiri atau peran diri orang lain. Juga pada saat itu pasien dapat minta untuk berganti peran. Pada umumnya psikodrama melibatkan seorang pasien, panggung tempat drama bermain, sutradara atau terapis, " *auxiliary egos*" (pasien lain, bantuan terapeutik, dan lain-lain).

**Moreno** menyatakan bahwa *acting out* suatu situasi, mendengarkan ego *auxiliary*, dan menerima reaksi-reaksi audiens membawanya pada katarsis dan Pemahaman diri yang lebih dalam. Ia yakin bahwa hal tersebut jauh lebih efektif daripada sekedar mengungkapkannya secara bahasa kepada terapis. Secara khusus pasien yang merasa terhambat atau memiliki kelemahan keterampilan sosial. Psikodrama dapat membawanya kepada peningkatan taraf ekspresi diri dan terhadap perkembangan peningkatan keterampilan sosial.

Penelitian masa kini membuktikan bahwa psikodrama merupakan bentuk penanganan yang efektif, meskipun jumlah penelitiannya dinilai masih kurang (Kipper & Ritchie, 2003).

Transaksioanal Analisis. Metode atau teknik ini dikembangkan oleh **Eric Berne** pada tahun 1961. TA merupakan suatu proses yang mengandung interseksi dari berbagai aspek variabel dalam diri manusia dianalisis. Analisis biasanya diarahkan pada tiga keadaan ego, *three ego states* yakni keadaan ego anak, ego dewasa, dan ego orang tua. Setiap status ego memiliki nilai positif dan negatifnya sendiri-sendiri. Misalnya ego anak yang positif adalah spontanitas, tidak terhambat, dan kreatif. Tetapi negatifnya adalah penuh ketakutan, terlalu emosional, atau perasaan bersalah. Status ego orang tua yang positif adalah suportif, menyayangi, dan memahami. Sedangkan sisi negatifnya adalah menghukum dan terlalu cepat menyumpah. Status ego dewasa memiliki ciri positif kurang berorientasi pada perasaan dan emosi, lebih

melibatkan logika, perencanaan atau mengumpulkan data. Terapi orang dewasa sering kurang spontan dan seperti komputer.

Dengan metode transaksional ini dimaksudkan bahwa melalui proses saling mempengaruhi maka akan terjadi usaha pendewasaan untuk menemukan kebenaran, melalui penyampaian pesan dan penerimaan umpan balik dan sebagainya. Diharapkan bahwa bobot interaksi akan makin lama makin positif, yakni hubungan yang lebih dewasa. Meskipun demikian, sebagaimana manusia ia tidak dituntut hanya harus rasional, responsible, dan bersikap seperti computer. Emosi dan spontanitas, seperti tampak pada anak-anak diperlukan, agar hidup lebih hidup, juga status orang tua juga diperlukan, agar lebih berhati-hati dalam mempertimbangkan segala tindakan. Namun porsi harus menggambarkan status dewasa lebih dominan, sedangkan status anak dan orang tua hanya ikut mewarnai.

Mungkin terlalu ideal untuk menyebutkan hasil TA adalah perubahan kepribadian sebagaimana diutarakan tadi. Paling sedikit dengan mengenai status masing-masing dirinya maupun orang lain, akan menyebabkan konflik yang tidak perlu dihindarkan. Kelebihan TA adalah bahwa orientasinya pada masa kini sehingga permasalahan tidak terlalu berlarut-larut dicari. Ternyata tidak sekedar untuk keperluan klinis khususnya hubungan antar pribadi, TA juga dapat digunakan untuk membangun kerjasama yang lebih baik dalam perusahaan atau kelompok orang lainnya.

Kelompok Gestalt. Kegiatan ini sedikit lebih sulit untuk dikategorikan seperti psikoanalisis, teknik ini mementingkan pengalaman atau penghayatan orang dimasa lalu pasien. Namun pada yang sama juga membicarakan masalah dalam suatu seminar, retreat akhir minggu, lokakarya yang pendek, dan popularisasi umum memberinya suatu yang

membedakan seperti gerakan sebagaimana dikemukakan oleh **Rogers** 1970, seperti kita ketahui terapi gestalt membawa kita pada kesadaran akan saat ini dan penghargaan orang atas kemenangannya dalam dunianya. Dalam terapi kelompok hal itu dicapai oleh anggota kelompok suatu waktu. Terapis memusatkan perhatian pada seorang tertentu sedang yang lain berperan sebagai pemerhati. Oleh karena itu maka hal tersebut disebut sebagai pendekatan “kursi panas”. Pasien diminta untuk menghayati perasaan-perasaan dan perilaku untuk menghilangkan pikiran dan mendapatkan maknanya. Anggota yang lain tidak selalu berperan sebagai pemerhati yang pasif, mereka diminta untuk memberikan tanggapan atas apa yang disampaikan dan dilakukan anggota yang duduk dikursi panas. Apapun yang dikemukakan setiap anggota, seperti mimpinya , atau dialog antar pasien juga diperhatikan secara intensif.

### **Terapi Perilaku Kelompok**

**Lazarus**,1975 dan **Rose**,1991,berpendapat bahwa adanya terapi perilaku kelompok lebih didasarkan pada anggapan tentang efisiensi daripada perasaan apapun bahwa dinamika interaksi kelompok mempunyai nilai yang khusus, artinya berbagai jenis terapi kelompok dapat dilakukan dalam kelompok, juga memiliki batasan waktu misalnya seperti hanya 12 kali pertemuan dan hanya efektif untuk kelompok dengan gangguan atau permasalahan yang sama. Riset yang dilakukan **Rose** 1991, membuktikan bahwa intervensi kognitif perilaku memperlihatkan keberhasilan untuk menangani depresi, kekurangan dalam ketrampilan sosial, nyeri, agoraphobia, dan kondisi-kondisi lainnya. Keberhasilan yang kurang lebih sama, juga ditemukan **Heimberg** dan **Becker** 2002, khususnya bahwa terapi kognitif kelompok memperlihatkan bahwa hasil yang memuaskan untuk gangguan fobia

sosial. Selanjutnya **Trull** pun mengemukakan mengenai terapi kelompok yang berbatas waktu untuk terapi kelompok seperti yang dikemukakan **Budman & Gurman** 1988, upaya ini sekali lagi memperlihatkan keunggulan berupa efisiensi, dengan pertemuan mingguan, kira-kira delapan kali pertemuan.

Terdapat empat ciri terapi ini, yaitu:

1. Persiapan dan penyaringan pengelompokan. Saringan dilakukan atas dasar potensi anggota kelompok
2. Membangun dan memelihara fokus kerja dalam kelompok
3. Keeratan kelompok (*Group Cohesion*)
4. Reaksi-reaksi terhadap batas waktu.

### **Terapi Keluarga dan Pasangan (Suami-Istri)**

Keluarga adalah unit terkecil dari suatu komunitas, sehingga jika adalah salah seorang yang mengembangkan suatu masalah, maka setiap orang akan terpengaruh. Karena itu kalau permasalahan berkembang maka akan diperlukan terapi sebagai suatu unit usaha menanganinya. Terapi keluarga dan pasangan merupakan bidang *burgeoning*. Dimasa lalu keluarga dan pasangan ini dikenal sebagai terapi (hubungan) triadik, yang dibedakan dengan diadik. Diadik adalah hubungan antara dua orang yakni antara terapis dan klien. Sedangkan triadic adalah suatu pertemuan dimana seorang terapis berhadapan dengan dua (sebenarnya lebih dari dua) pihak yang “berselisih”.

Perkembangan terapi keluarga perlulah mengenang sedikit akan jasa **Fruzzetti** dan **Jacobson** 1991, yang telah menelusuri terapi ini sampai pada awal abad ke-19 sebagai suatu kegiatan dalam kerja sosial. Terapi keluarga ini tidak sekedar berhubungan dengan antar konflik antar

anggota keluarga, melainkan kalau ada anggota keluarga yang bermasalah atau bahkan terganggu secara psikologis atau emosional.

### **Terapi Falsafati dan Keagamaan**

Dimasa kini sejalan dengan perkembangan pemikiran filsafat khususnya tentang manusia sebagaimana kita ketahui dengan nama post-modernisme atau pasca-modernisme, psikologi secara umum bergeser dari apa yang disebut dengan ilmiah ke sifat lain katakanlah psikologi pasca-modernisme sebagaimana dikemukakan oleh **Wittgenstein**. Sebagai contoh terapi pada awalnya berupa perilaku, sekarang bergeser kearah terapi kognitif perilaku(cognitive-behavioral therapy).

Sebenarnya bukan hal yang baru dimasa lalu pun telah ada apa yang disebut terapi pastoral, yakni terapi yang dilakukan para pastur, pendeta, khususnya dilingkungan komunitas katolik. Juga komunitas islam, dikenal pemeberian terapi berdasarkan agama, yang dilakukan oleh para ajengan atau kyai dan tokoh agama lainnya. Sebagian psikologi memasuki abad modern dengan menjadikan dirinya sebagai ilmu pengetahuan, science, khususnya didirikannya laboratorium psikologi pertama oleh **Wilhelm Wundt** yang semula adalah ahli ilmu faal.

Psikoanalisis, misalnya lebih banyak menjadikan pemikiran rasional, kadang-kadang juga intuisi dan sensitivitas sebagai pegangan penerapannya.

Muncul dan berkembangnya pemikiran pasca-modern mendorong lahirnya psikologi yang tidak termasuk pada ilmu pengetahuan (science) ialah bersifat cultural, religious, filosofis. Terapi sholat tahajud (Sholeh,2007) yang dapat meningkatkan imunitas seseorang sehingga memiliki daya tahan fisik dan psikis yang kuat. Gagasan transpersonalisme dari **Maslow** 1983, muncul pemikiran penulis

mengenai spiritualisme, sejalan juga dengan munculnya spiritual intelligence dari **Marshall** dan **Zohar**, 2002. Psikologi spiritual dapat diartikan sebagai psikologi yang meyakini bahwa yang paling menentukan perilaku dan latarbelakang mentalnya adalah spiritualitasnya. Kalau kita renungkan, terapi semacam ini telah ada dan menjadi ciri dari psikologi orang timur. Namun sementara orang timur bersibuk diri dengan mengejar keterbelakangan berilmunya dari orang-orang barat, orang barat justru mengambilnya dari timur. Sama dengan keadaan, bahwa belajar Bahasa Indonesia, Jawa, Sunda, harus ke Leiden. Ini perlu direnungkan, karena konon pengobatan tusuk jarum dari cina dan korea, laboratorium utamanya saat ini ada di eropa. Mudah-mudahan dengan berkembangnya, indigenous pshychology yang berkembang pada dasawarsa terakhir abad ke-21, orang Timur tidak akan kehilangan ilmunya dan harus ‘membelinya’ dari orang barat yang telah mengembangkannya meskipun istilah indigenous ini terlalu bersifat “*Kolonialistis*”. (Sutardjo, 2007)

### **Perjalanan Intervensi Klinis (Course of Clinical Intervention)**

Suatu terapi berlangsung dalam proses melalui tahapan sebagai berikut:

- a. *Pertemuan awal*. Pada pertemuan ini biasanya ditanyakan data identifikasi klien dan masalah yang dikemukakan.
- b. *Asesmen*. Sesuai dengan tujuan kedatangan klien, dilakukan asesmen yang dapat wawancara dan observasi, dan pemberian sejumlah tes bila diperlukan.
- c. *Tujuan intervensi*. Ini ditetapkan setelah dilakukan integrasi atas data asesmen. Beberapa terapis membahas tujuan intervensi ini bersama klien.

- d. *Implementasi terapi*. Ini meliputi pemberitahuan kepada klien waktu yang diperlukan dalam intervensi serta sasaran utama terapi.
- e. *Mengakhiri terapi*. Disini dilakukan evaluasi hasil terapidan tindak-lanjut yang akan dilakukan. Misalnya apakah akan ada tindak-lanjut, pertemuan dengan pihak keluarga, dan lain-lain.

### **Intervensi Klinis Mutakhir di USA**

Nietzel (1998) mengemukakan perkembangan penelitian dan pelaksanaan intervensi klinis mutakhir. Menurutnya, karena banyaknya negara yang dilanda kesulitan ekonomi, maka telah berkembang di beberapa negara pemikiran-pemikiran baru dalam pelaksanaan intervensi klinis atau perawatan gangguan jiwa. Diantaranya ialah program pencegahan, penentuan jenis terpa atau kombnasi beberapa jenis terapi (*eclectism in psychoteraphy*), perawatan yang dikelola dengan baik (*managed care*), dan anjuran untuk membuat petunjuk praktis (*practice guidlnes*).

Perkembangan ini timbul sebagai akibat dari mahalnya biaya psikoterapi, tidak terjangkaunya layanan psikoterapi bagi semua lapisan masyarakat, dan mencegah malpraktik yang mungkin terjadi pada klien awam. Tugas khusus dari Divisi Psikologi klinis *American Psychological Association* adalah untuk member informasi kepada masyarakat melalui publikasi hasil-hasil penelitian tentang psikoterapi, jenis terapi apa yang mempunyai efektivitas tinggi, dan untuk jenis gangguan yang mana. Masalahnya pengeloalaan perawatan juga diteliti karen akhir-akhir ini di USA dipersoalkan beberapa biaya yang harus dikeluarkan asuransi untuk perawatan suatu gangguan jiwa tertentu.

Kombinasi terapi obat dan psikoterapi seperti lazimnya dilakukan di Indonesia untuk klien yang menderita kecemasan, menurut penelitian

yang dilakukan oleh Antonuccio dkk. pada tahun 1995 (dalam Nietzel, 1998) tidak lebih banyak membawa perbaikan bila dibandingkan dengan hanya menggunakan suatu jenis terapi saja (terapi obat saja, atau terapi *behavior-kognitif* saja).

Pembuatan “Pedoman Praktik” oleh lembaga pelayanan kesehatan atau organisasi profesi psikologi seperti APA (USA) dimaksudkan untuk meningkatkan efisiensi psikoterapi untuk problem spesifik seperti gangguan cemas, depresi, schizophrenia, penyalahgunann obat, agar biaya menjadi lebih murah bila harus dibayar oleh asuransi. Namun problem-problm itu mendapat tantangan dari para praktisi klinis, yang menyatakan bahwa kebebasan psikolog untuk menerapkan tkniknya sendiri menjadi terhambat.(Suprapti,2006)

## BAB VIII

### PENANGANAN (INTERVENSI) PADA ANAK

#### INTERVENSI PADA ANAK PENYANDANG ADD

##### A. Apakah ADD?

Simon berumur sepuluh tahun. Ia cerdas, dan di sekolah mereka mengatakan bahwa dia di atas rata-rata dan jauh diatas rekan-rekan sebayanya. Tetapi sekolah juga memberi tahu orangtuanya bahwa Simon memerlukan bantuan balajar khusus didalam kelas, membenci bekerja dan mempunyai beban dipundaknya. Ia telah mencuri dari guru-guru dan teman sekelasnya. Ia memaki kepala sekolah dihadapan orang-orang, mengunci dirinya didalam toilet dan tidak mau keluar.

Jamie berumur tujuh tahun. Orang tuanya menjulukinya dengan sebutan 'si Bos' ini bukan suatu lelucon. Ia mengatur kehidupan mereka dengan permintaan-permintaan yang terus menerus dan tidak akan berhenti sebelum menjadi pusat perhatian. Ia sering mengalami kecelakaan karena resiko yang diambilnya. Mula-mula tangannya patah karena terjatuh dari pohon ketika ia berumur tiga tahun. Sejak itu ia mengalami lagi dua kali patah tulang. Ia mengalami patah kaki ketika lari menabrak mobil, dan patah tiga jarinya ketika berkelahi. Ia telah diperingati oleh polisi karena melempar botol ke jalan mobil. Ia hanya mempunyai pakaian sedikit karena ia sering merusaknya dengan sengaja membuatnya lubang-lubang. Ia belum pernah diundang ke pesta. Ia tidak mempunyai teman. Anak-anak lain membenci dan takut kepadanya.

*ADD = kurang pemusatan perhatian + impulsivitas.* Perilaku yang mendasari ADD dikelompokkan dalam dua bagia utama: kurang pemusatan perhatian dan impulsivitas.

### *Kurang pemusatan perhatian*

Gejala awal yang dapat dilihat oleh orang tua dari Simon adalah kurangnya kemampuan anak itu dalam pemusatan perhatian. Mereka akan lebih mudah terganggu dibandingkan anak-anak lain di dalam kelas dan di penitipan anak. Mereka sama sekali tidak berkonsentrasi pada tugas-tugasnya dibandingkan anak lainnya. Akibatnya, prestasi sekolah mereka buruk dan mengganggu anak-anak lain.

### *Impulsivitas*

Yang terlihat dari anak penyandang ADD yang satu ini adalah bahwa ia selalu melakukan tindakan beresiko, berbuat tanpa berpikir terlebih dahulu dan seolah-olah tidak sadar terhadap akibatnya. Orangtuanya merasa bahwa ia tidak dapat belajar dari pengalaman karena ia tidak bisa berpikir dengan tenang sebelum bertindak.

*ADHD = kurang pemusatan perhatian + impulsivitas + hiperaktivitas.*

Harry, enam tahun, bisa menjadi anak yang baik dan menyenangkan jika ia tidak memaksakan kehendaknya atau sedang marah besar. Ibunya, Helen, merasa bahwa ia tidak bisa mengendalikannya. Enam bulan yang lalu ia mematahkan hidung adiknya yang berumur tiga tahun dengan pemukul kriket. Baru-baru ini ia menendang dan memukul perut Helen dengan sangat keras sehingga ia harus berobat ke rumah sakit. Helen sedang hamil waktu itu. Tidak lama sesudah itu orangtua Harry berbicara kepada Departemen Sosial supaya mereka bisa merawatnya.

Harry menyandang ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) atau gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktif. Istilah ADHD kadang-kadang dipakai bergantian dengan ADD, tetapi

sebenarnya keduanya adalah gangguan yang berbeda, walaupun ada hubungannya. Di samping impulsivitas dan kurangnya kemampuan pemusatan perhatian yang merupakan ciri ADD, anak-anak ADHD juga hiperaktif. Akan tetapi masalah perilaku yang berhubungan dengan kedua kondisi itu pada umumnya sangat serupa.

Anak ADD biasanya memperlihatkan semua atau hampir semua ciri-ciri berikut:

- a. Sering tidak bisa memberi perhatian untuk hal-hal yang bersifat rinci dan membuat kesalahan karena perilakunya yang kurang perhitungan.
- b. Sering mengalami kesulitan untuk tetap memerhatikan apa yang sedang dia lakukan.
- c. Sering seolah-olah tidak mendengar walaupun diajak berbicara secara langsung.
- d. Sering tidak mampu mengikuti petunjuk dan gagal untuk menyelesaikan tugas.
- e. Sering mendapat kesulitan dalam mengatur tugas dan aktifitasnya sendiri.
- f. Sering menghindari atau mencoba untuk tidak melaksanakan tugas-tugas yang memerlukan konsentrasi atau pemusatan perhatian dalam waktu yang lama.
- g. Sering kehilangan barang.
- h. Mudah terganggu.
- i. Mudah lupa melaksanakan aktivitas sehari-hari.
- j. Sering menggoyang-goyangkan jari-jari tangan dan kaki atau bergerak-gerak dikursinya.
- k. Sering meninggalkan kursinya di dalam kelas atau situasi lain, yang mengharuskan duduk.

- l. Sering berlari-lari atau memanjati benda-benda ditempat yang tidak semestinya.
- m. Cenderung sulit bermain dengan diam.
- n. Sering bergerak atau berbuat seolah-olah dipacu mesin.
- o. Sering berbicara tanpa berhenti.
- p. Sering menjawab dengan cepat sebelum pertanyaan selesai.
- q. Cenderung sulit untuk menunggu gilirannya.
- r. Sering memotong pembicaraan atau mengganggu orang lain menyela pembicaraan atau permainan yang tengah berlangsung.

## **B. Teknik Alternatif Orang Tua Terhadap ADD**

ADDapt – teknik alternatif orang tua terhadap ADD. Bisa disebut sebuah latihan, pendidikan atau modifikasi perilaku, tetapi intinya adalah teknik khusus bagi orang tua yang dengan perlahan dan bertahap menjadikan anak berperilaku sesuai dengan keinginan orang tua. Sebagai orang tua adalah orang terbaik yang dapat menolong anaknya yang menyandang ADD untuk berubah.

Anak ADD memerlukan perlakuan orang tua yang berbeda-beda, maksudnya dari yang biasanya dilakukan. Para orang tua harus tahu apa yang paling berhasil untuk anak-anaknya yang sangat nakal. Misalnya, ADD dapat dimulai dengan membuat perubahan dalam kualitas hubungan antara orang tua dan anak ADD yang mungkin sudah babak belur. Sejalan dengan berlanjutnya program, orang tua akan belajar bagaimana caranya untuk menaikkan harga dirinya; bagaimana memuji dan memberi hadiah secara efektif; bagaimana mengecilkan konflik; bagaimana menerapkan disiplin, dan seterusnya.

ADDapt membuat pengurangan yang besar dalam:

- a. Perilaku merusak
- b. Anak ADD menginginkan perhatian segera setiap waktu
- c. Mengejek, berkelahi, agresi

ADDapt memberikan perbaikan yang besar dalam:

- a. Menyelesaikan tugas-tugas rutin
- b. Menunggu giliran
- c. Percaya diri
- d. Hubungan baik dengan teman seusia

ADDapt-bukan hanya untuk ADD. Walaupun terutama ditujukan untuk orang tua yang mempunyai anak ADD, ADDapt juga terbukti mampu menolong untuk anak-anak dengan masalah perilaku yang lain, terutama ADHD.

### **C. Mengapa Tidak Memakai Tablet Saja?**

Penyebab mendasari perilaku buruk anak-anak penyandang ADD berasal dari cara otaknya berfungsi. Otak anak ADD berbeda sedikit dari otak anak-anak lain, mengandung banyak atau lebih sedikit zat-zat kimia tertentu. Perbedaan kecil dalam otak, ini membuat anak-anak ADD lebih mudah terganggu, kurang sabar, tidak pasti, gelisah, hiperaktif, dan kurang memikirkan akibat dari tindakan-tindakan mereka dibandingkan anak-anak lain yang seusia.

Obat-obatan seperti Ritalin dan Dexedrine diberikan untuk memperbaiki perbedaan zat kimia dalam otaknya. Obat-obat ini dengan cepat memperbaiki kemampuan untuk mendengarkan, berkonsentrasi, menaruh perhatian, fokus pada tugas, dan bermain secara konstruktif. Obat-obatan ini memperbaiki beberapa aspek perilaku anak, tetapi jarang semuanya. Keterbatasan utama dari pengobatan itu adalah bahwa obat tidak menghentikan semua perilaku 'nakal'.

#### **D. Apa Yang Dilakukan ADDapt?**

Program ADDapt berdasarkan empat prinsip:

1. Sebagai orang tua, adalah yang paling tepat untuk memengaruhi perilaku anak ADD.
2. Perilaku anak itu mungkin dapat diubah – asal orang tua tahu caranya.
3. Hadiah, dorongan dan penjelasan adalah kunci dari perubahan.
4. Orang tua harus mempelajari beberapa kemampuan dan kebiasaan baru.

ADDapt terdiri dari metode-metode yang telah dicoba dan diuji. Tujuannya adalah untuk maju dari kekuatan ke kekuatan dan dari hasil positif ke hasil positif lagi. ADDapt dapat dibangun berdasarkan sukses dan atas berkembangnya kepercayaan pada orang tua dan anaknya, dan berusaha mengatasi konflik orang tua sampai ketinggian yang paling rendah. ADDapt tidak menuntut anda untuk mencapai suatu tujuan yang tidak realistis bagi seorang anak ADD. Kekuatan dari ADDapt adalah **hadiah, dorongan, dan penjelasan.**

Kunci menuju sukses ADDapt didasarkan atas empat Peraturan Emas:

1. Jangan terlalu keras pada diri sendiri!

Menyalahkan diri dan merasa bersalah serta merasa gagal tidak akan menolong diri sendiri dalam perjalanan ini. ADDapt adalah sebuah perjalanan yang cukup berat tanpa harus dibebani lagi dengan rasa bersalah.

Cara menghilangkan rasa bersalah, yang perlu didengar orang tua adalah apa yang mereka lakukan dengan benar. Pertama, orang tua harus mencintai anaknya. Mengajarkan anak disiplin dan memberi batasan adalah cara untuk mengendalikan diri. Ini adalah

pertanda cinta. Seorang anak perlu mengetahui bahwa dengan menunjukkan hormat kepada orang lain maka ia akan dihormati.

Kedua, orang tua harus tetap bersikap teguh pada anaknya. Orang tua agar tidak berputus asa dan tetap berjuang – walaupun dalam keadaan sulit, demi untuk membuat perubahan anak dan keluarga.

Ketiga, mengambil tindakan dan terus gigih hingga mendapat kemajuan, agar program ADDapt akan membatu secara maksimal untuk mencapainya. Selanjutnya, orang tua juga harus melengkapi diri-sendiri untuk menjadi ahli dalam menangani ADD.

#### TIP AGAR SUKSES

- a. Percaya pada diri sendiri
  - b. Percaya pada kemampuan diri untuk membuat perubahan.
  - c. Motto anda haruslah: ‘ masa lalu tidak sama dengan mas depan’.
2. Siapkan untuk berubah
- Buatlah tiga perubahan penting untuk mendapatkan hasil yang terbaik dari ADDapt:
- I. Terimalah bahwa ADD telah mengubah kehidupan orang tua dan anak. Diharapkan orang tua agar menerima dengan sadar bahwa anaknya menyandang ADD.
  - II. Kerja sama. Orang yang mengasuh anak penyandang ADD harus dapat menciptakan dan membina kerjasama yang baik.
  - III. Tinggalkan cara-cara lama dalam menerapkan disiplin, seperti memukul, berteriak, menghukum, dan bertengkar.
3. Siap bertahan dan sabar
- a. Jangan mengendur
  - b. Bersabarlah
  - c. Waspadalah terhadap bisikan untuk mundur

#### 4. Tetap konsisten

Tetaplah konsisten dalam ucapan dan sikap. Tetaplah konsisten dalam menjalankan ADDapt. Tetaplah konsisten dengan pasangan – bekerja sebagai tim terpadu.

### E. Program ADDapt

#### 1. *Tetap pada Tugas – Motivator yang Kuat*

Dalam langkah 1 orang tua akan:

- a. Belajar mengembangkan motivasi yang kuat-yang terbaik untuk diri.
- b. Belajar teknik-teknik baru untuk menguatkan diri sendiri setiap kali diri membutuhkannya.

**Motivator: pertahanan alami,** motivator adalah pesan-pesan dalam otak manusia yang mengatakan, 'Pada dasarnya kamu baik-baik saja. Semuanya baik. Kita sedang melakukan yang terbaik. Kamu tidak akan berhenti karena...'. Kemampuan manusia untuk menjaga keseimbangan antara frustrasi dan kebahagiaan dalam hidup mungkin tergantung pada pertahanan alami ini melawan pikiran negatif dan keragu-raguan.

#### **Waspada demotivator**

Demotivator yang kuat mempunyai efek terbalik pada manusia. Pikiran ini membuat energi dan ketegaran manusia melemah.

#### **Tingkatkan sistem motivasi**

Kepercayaan pada ADDapt bisa terguncang bila mengalami kemunduran. Pada waktu itu orang tua/ perawat anak penyandang ADD mengingatkan diri sendiri pada keyakinan yang membuat memulai program ini dan telah membawa langkah sejauh ini. Orang tua/ perawat anak penyandang ADD melatih otaknya untuk masuk

jalur lagi dengan mengingat tujuan yang telah ditetapkan dan alasan-alasannya. Inilah yang dilakukan motivator. Pikiran-pikiran seperti 'Saya akan melakukan apa saja untuk anak saya', 'Saya selalu menempatkan anak-anak lebih dahulu', 'Saya menempatkan kebahagiaan mereka di daftar paling atas', akan membuat orang tua/perawat tetap berusaha maju ketika spiritnya menurun.

2. *Siapa yang Menjadi Bos? 'Waktu Khusus' – Pendekatan Baru*

Langkah dua akan memberi pendekatan baru tentang hal ini. Dasarnya adalah pada memperbaiki saling pengertian antara orang tua dan anak.

Dalam langkah dua cobalah:

1. Mengatur 'waktu bermain' yang teratur bersama anak yang akan membuatnya lebih kooperatif.
2. Belajar untuk menghindari pertengkaran dimana orang tua dan anak akan marah atau bersifat agresif.
3. Mengantisipasi masalah-masalah dan siap untuk menghadapi semua tantangan yang muncul.

**Masalah pengendalian,** anak ADD berbeda ketika diminta mengerjakan sesuatu yang diperintahkan. Kebanyakan anak tidak suka jika disuruh melakukan sesuatu, tetapi anak-anak ADD cenderung menunjukkan ketidaksukaanya dengan cara yang ekstrim. Mereka lamban dalam belajar mengendalikan diri dan menurut. Mereka sering menunjukkan kemarahan yang amat sangat dan menjerit-jerit jika tidak turuti kemauannya. Ini disebabkan oleh aspek hiperaktif dan impulsif dari keadaan mereka. Jika ditanya siapa yang mendapat giliran lebih dahulu, maka ini sering menjadi sumber konflik antara orang tua dan anak ADD. Jika orang tua harus luangkan lebih banyak waktu agar isu pengendalian ini tidak ada.

Waktu khusus ini merupakan saat anda beristirahat dari perjuangan untuk pengendalian diri.

**Waktu Khusus untuk anak kecil**, waktu khusus adalah waktu bermain yang unik antara orang tua dan seorang anak. Waktu khusus adalah daerah bebas bos, orang tua bisa membangun saling pengertian tanpa konflik. Bagaimana waktu khusus itu bekerja? (Untuk anak yang lebih besar, Waktu Khusus memerlukan beberapa adaptasi agar sesuai dengan minat dan cara-cara bermain anak yang lebih besar).

- a. Anak menganggap bermain sebagai kegembiraan dan positif.
- b. Orang tua memberikan perhatian positif pada anak, yang akan membangkitkan kasih sayang dan kepercayaan.
- c. Orang tua dan anak mendapatkan waktu bebas konflik setiap hari.
- d. Anak menjadi pemimpin, jadi tidak ada pertengkarannya tentang siapa yang menjadi bos.
- e. Teknik-teknik baru menimbulkan pengertian yang lebih baik antara anak dan orang tua.
- f. Orang tua saling memengaruhi karena menjadi lebih dekat.

**Menyiapkan waktu khusus**, luangkan dua kali waktu sehari dimana orang tua dapat menyisihkan waktu 10-15 menit dengan anak. Pada mulanya anak-anak yang lain – jika ada – jangan dilibatkan dalam Waktu Khusus dengan anak ADD. Buatlah ini sesuatu yang rutin, namun tidak harus pada jam yang sama setiap hari. (walaupun rutinitas sangat membantu dengan anak ADD), tetapi ini berarti orang tua harus melakukannya setiap hari jika mungkin.

**Kemampuan memperhatikan secara positif**, pertama harus mengikuti anak secara efektif (mengikuti secara positif). Ini berartianggapi secara aktif, sekali-sekali memberi komentar untuk

menunjuk bahwa orang tua memperhatikan dan mendengarkan apa yang anak lakukan dan katakan. Tujuan mempelajari kemampuan ini adalah untuk selalu bersikap dan bertindak sealaminya mungkin.

**Mengembangkan kemampuan memperhatikan secara positif selama waktu khusus**, hal-hal yang harus dihindari:

- a. Jangan menggurui – jangan ubah permainan atau tugas itu menjadi pelajaran.
- b. Jangan mengoreksi.
- c. Jangan tunjukkan bagaimana melakukannya dengan lebih baik.
- d. Jangan mengkritik.
- e. Batasi pertanyaan-pertanyaan.
- f. Mengganti pertanyaan dengan pernyataan.

**Mulai berlatih**, yang penting Waktu Khusus ini harus dilakukan secara teratur, terutama waktu pertama dimulai. Usahakan untuk melakukan Waktu Khusus paling sedikit satu kali sehari, selama 10-15 menit.

### 3. *Sistem Nilai Rumah: Bagian 1*

Waktu khusus telah berjalan dengan baik, selanjutnya adalah membuat sistem nilai hadiah yang memperlihatkan bahwa orang tua setiap hari melihat, apa yang dilakukan anak dengan benar. Dalam langkah ini orang tua akan:

1. Belajar membuat Sistem Nilai Rumah (SNR). Sistem Nilai Rumah kadang-kadang disebut ‘koin ekonomi’ karena orang tua akan memberikan hadiah dan/ keuntungan-keuntungan tertentu jika anak melakukan perilaku yang benar atau sesuai peraturan.
2. Menjadi ahli dalam memberi insentif lain.
3. Mencatat perkembangan anak setiap hari.

### 4. *Pujian – Senjata Rahasia Anda*

Selanjutnya, orang tua akan belajar bagaimana melakukannya secara efektif dan bagaimana ampuhnya pujian itu. Beberapa fakta mengenai pujian, pujian yang diberikan secara jelas dan sering, adalah senjata rahasia orang tua/ perawat anak penyandang ADD terhadap aspek terburuk dari perilaku ADD:

1. Agresif
2. Menantang
3. Keras kepala
4. Berkelahi
5. Mengamuk
6. Mencaci
7. Membanta
8. Iri hati

Hal tersebut sudah terbukti bahwa pujian telah mampu merubah anak yang paling kurang ajar, yang paling suka menantang, telah berubah karena pujian. Semakin banyak pujian yang diberikan pada anak-anak ADD, semakin ia menyadari bahwa sebenarnya ia bisa menyenangkan orang lain. Sebaliknya, jika orang tua atau perawatnya hanya menunjukkan semua kesalahannya, maka akan terus-menerus mengikis rasa percaya dirinya. Untuk semakin menumbuhkan rasa percaya dirinya, pujilah terus. Bergembiralah untuk hal sekecil apapun yang mereka lakukan dengan benar.

#### 5. *Menghadapi Sikap Mencari – Perhatian*

Semua anak kecil bisa nakal, hanya agar perhatian orang tua terfokus pada mereka. Tetapi pada waktunya, mereka akan belajar bagaimana mendapatkan perhatian positif dengan berperilaku baik. Perhatian positif lebih baik daripada perhatian negatif. Anak-anak ADD, mereka seolah-olah kecanduan pada perilaku nakal, mencari perhatian negatif selama masa kecil. Mereka tidak bisa keluar dari keadaan ini seperti anak-anak lainnya. Inilah perangkap Pencari – Perhatian Negatif.

Untuk menarik anak-anak ADD dari perangkap perhatian negatif, orang tua dapat melakukan pendekatan ganda:

1. Orang tua harus memberi hadiah perilaku baik secara habis-habisan, membuatnya mudah bagi anak untuk mendapatkan perhatian positif yang terbaik.
2. Orang tua harus berhenti ‘menghadapi’ dengan perhatian bila anaknya nakal.

#### 6. *Rahasia Perintah*

Dalam langkah 6 akan membahas topik untuk memberikan perintah yang efektif. Yang harus dipelajari adalah:

1. Belajar untuk mengenali perintah-perintah yang melemahkan pendidik – seperti, pertanyaan- dan perintah yang tidak jelas atau ‘berkali-kali’, dan kalimat-kalimat yang memulai dengan ‘Marilah’ dan ‘Ayo kita akan’.
2. Menemukan alternatif yang lebih kuat dan tegas.
3. Mengetahui bagaiman bersikap lebih tegas secara efektif terhadap anak.

**Jelaskan pesan,** berbicara keras tetapi terdengar lemah akan membingungkan setiap anak – terutama anak penyandang ADD. Orang tua harus membuat pesan secara jelas, sesuai dengan apa yang dimaksudkan. Artinya, orang tua bukan saja berbicara dengan tegas dan berwibawa tetapi harus juga terlihat tegas dan berwibawa dan juga memang bersikap tegas dan berwibawa. Konsistensi adalah kuncinya untuk anak-anak ADD: baik konsisten dalam komunikasi lisan maupun tidak dan konsisten dalam waktu.

#### **Tiga kunci panduan untuk memberi perintah:**

1. Jika hendak memberi perintah, pikirkan dulu apakah sudah siap dan yakin bahwa hal itu akan dilaksanakan. Ingat bahwa

perbedaan antara perintah dan permintaan adalah bahwa orang tua/ perawat tidak akan mengalah atau melakukannya sendiri.

2. Perintah akan terlaksana jika anak memperhatikannya. Panggil namanya dan tunggu samapai ia melihat sebelum mengatakan apa yang ingin diperintahkan.
3. Berikan dia waktu untuk menurut. Anak-anak selalu menguji orang tua mereka untuk melihat mereka apakah mereka benar-benar harus melakukan suatu tugas. Jangan tidak sabar. Berilah anak waktu untuk memulai tugasnya sebelum orang tua menyuruh dengan perintah lain.

**Macam-macam perintah yang harus dihindari:**

- a. Tidak jelas
  - b. ‘membanjir’
  - c. Pertanyaan
  - d. Yang dimulai dengan ‘Marilah kita’ dan ‘Kita akan’
  - e. Permohonan
7. *Perang Tugas*

Ada banyak hal yang harus dilakukan setiap hari: bangun pada waktunya; membereskan sesuatu; merapikan kamar; tidur pada waktunya. Bagi orang dewasa akan menjadi suatu kebiasaan yang tidak dipikirkan lagi; tetapi semua anak membutuhkan bantuan untuk sampai pada tahap itu, dan anak-anak ADD memerlukan bantuan khusus.

Bagi anak ADD tugas sehari-hari memang sangat sulit karena terdiri dari tugas-tugas yang kurang mereka kuasai seperti berkonsentrasi, menghindari gangguan sampai tugasnya selesai, mengingat apa yang harus dilakukan berikutnya, dan mengendalikan keinginan untuk melakukan sesuatu yang lebih menarik.

Tugas yang harus dilakukan: Apa artinya bagi anak ADD?

<b>Gagal=</b>	<b>Berhasil=</b>
Menurunkan harga diri	Percaya diri
Pertengkaran di rumah	Merasa setara dengan orang lain
Merasa tidak dapat menyenangkan orang tua	Merasa dapat mencapai sukses lain
Terasa dirinya bersalah	Merasa dapat mengendalikan diri

**Tugas damai**, maka inilah yang harus dilakukan:

1. Orang tua harus membuat anaknya mengatur dirinya. Untu melakukan ini orang tua harus memecah-mecah sebuah tugas menjadi sebuah jadwal – sebuah urutan langkah-langkah sederhana yang dapat diikuti.
  2. Orang tua harus menghentikan pola perilaku yang menjurus ke pertengkaran. Ini berarti secara drastis mengurangi konfrontasi dimana keluar kata-kata dan perbuatan yang tidak orang tua kehendaki. Tetap harus bersikap positif, kembangkan daya cipta, tetap tenang, ingat selalu pada tujuan jangka panjang, bersikap tegas pada diri sendiri, jangan mengomel, mengkritik atau mengonfrontasi.
  3. Gunakan pujian sebagai senjata rahasia.
8. *Menguasai Apa yang Harus Dilakukan*

Menargetkan apa yang harus dilakukan, untuk melakukan ini perlu:

1. Memecah setiap tugas menjadi langkah-langkah sederhana yang dapat diikuti
2. Menulis dan memajangnya; jika anak belum bisa membaca, dengan lancar, buatlah diagram-diagram kecil untuk menunjukkan apa yang harus ia lakukan.

3. Beri dia dukungan dan dorongan pada waktu-waktu dimana pikirannya mulai melayang.
4. Masukkan tugas-tugas ini pada SNR agar dapat dilihat dan anak diberi hadiah begitu mencapainya.

Buat jadwal tugas yang meliputi kegiatan kunci:

1. Buat daftar dari apa yang harus dilakukan
  2. Pilih yang mudah
  3. Susun jadwal tugasnya
  4. Bicarakan dengan anak
  5. Buat satu jadwal akhir
9. *Sistem Nilai Rumah: Bagian 2*

**Perilaku yang dikurangi**, mengenalkan unsur baru pada SNR: kesepakatan bahwa poin-poin yang didapat bisa hilang jika persyaratannya yang sederhana dan mendasar tidak bisa dicapai. Perilaku ‘yang dikurangi’ pada umumnya adalah hal-hal yang membuat orang tua mengeluh seratus kali.

**Menargetkan ‘yang ingin dikurangi’**, dengan:

1. Membuat daftar ‘yang harus dikurangi’
2. Membuat daftar (dengan tabel) yang harus dikurangi

Jangan lupa, pujian dan penghargaan merupakan motivator kuat. Ambil setiap kesempatan untuk memuji anak ADD.

10. *Waktu Jeda untuk Perilaku yang Sulit: Bagian 1*

Jika harus segera diberi hukuman, lebih baik menggunakan ‘Waktu Jeda’. Dalam waktu cepat, mengancam dengan Waktu Jeda cukup untuk menghentikan perilaku buruk. Waktu Jeda sangat berguna untuk anak ADD karena hal ini menuntut mereka untuk melakukan hal yang palig tidak mereka sukai – duduk diam. Waktu Jeda dilakukan dengan:

- a. Pengulangan
- b. Sikap konsisten untuk mencapai tujuan
- c. Pendekatan yang gigih
- d. Keyakinan untuk sukses

Cara kerja teknik 'Waktu Jeda':

1. Letakkan kursi ditempat yang sunyi. Sebutlah kursi itu 'Kursi Waktu Jeda'. Perkenalkan kepada anak ADD. Katakan untuk apa maksudnya. Tinggalkan sampai perlu dipakai.
2. Katakan kepada anak, yang sedang menjerit-jerit dan tidak melakukan apa yang disuruh, bahwa orang tua akan menghitung sampai agar ia berhenti menjadi nakal. Katakan, 'Kalau kamu tidak berhenti...(menjerit-jerit, mencubit) pada hitungan ketiga, saya akan menaruh kamu di Kursi Waktu Jeda'.
3. Mulailah menghitung dengan keras, 'Satu', berhenti berapa detik untuk melihat apakah ia berhenti. Jika ia tidak berhenti, teruskan: 'Dua', muka anda tegas dan yakin, tetapi tidak marah. Suara orang tua harus tenang – tidak berteriak. Jika anak tidak berhenti sesudah 'Tiga' bawalah dia ke kursi dan katakan: "Saya sudah katakan untuk menghentikan itu (menjerit-jerit, menyubit, dll). Duduk di kursi sampai saya katakan kamu boleh berdiri. Dudukkan dia di kursi daan tinggalkan.
4. Tunggu sampai cukup lama menurut penilaian anda (kira-kira satu menit untuk setiap tahun usianya) dan kalau ia telah diam katakan bahwa ia boleh turun dari Kursi Waktu Jeda. Lalu lanjutkan kembali seperti tadi.

### *11. Waktu Jeda untuk Perilaku yang Sulit: Bagian 2*

Jika anak ADD menentang untuk duduk di Kursi Jeda waktu, maka yang sebaiknya orang tua lakukan adalah tidak marah. Jika orang tua marah maka anak akan merasa diperhatikan. Maka di lain waktu ia akan mengulanginya lagi. Ia akan menolak jika diperintahkan untuk duduk di Kursi Jeda Waktu. Hal yang lebih baik dilakukan adalah ‘TUTUP’, maksudnya adalah **tidak ada kontak mata, tidak ada komunikasi, tidak ada bujukan, tidak memberi minum, tidak ada kue – tidak ada apapun** – sampai ia duduk diatas Kursi Waktu Jeda. Jika ia tetap menuntut perhatian dan orang tua terpaksa harus menjawab yang perlu dilakukan hanya menjawab ‘Saya tunggu kamu duduk diatas kursi itu’. Lakukan hal ini dengan kerjasama semua anggota keluarga.

### *12. Menyatukan Semuanya*

Mengendalikan ADD adalah sebuah proses tanpa henti. ADDapt adalah sahabat jangka panjang, bukan hanya sesuatu yang dapat dipakai sekali saja. Ide-ide dan pendekatannya bisa digunakan lagi setiap kali diperlukan.

ADDapt memandu untuk mencapai tiga target:

1. Menjalin hubungan yang lebih dekat
2. Mengembangkan ketrampilan baru
3. Menjadi pimpinan dan mengendalikan

Setiap langkah telah memberikan ‘tip untuk sukses’. Langkah terakhir ini merupakan saat yang tepat untuk memikirkan tentang sukses. Pertama, menghargai diri sendiri karena telah mengikuti program ini dengan cara apapun juga. Kedua, memuji diri sendiri karena tidak pernah berputus asa untuk mengurus anak ADD.

## INTERVENSI PADA ANAK ADHD

### **A. Intervensi pendidikan**

#### 1. Menghadapi tingkat kegiatan

Satu teknik untuk membantu anak kecil agar dapat diam adalah dengan bermain menjadi patung. Anak duduk seperti patung dalam jangka waktu tertentu yang dapat ditingkatkan, ditambahkan, dan ditunjukkan pada 'bar chart' atau anak diberi pita, stiker, pin, dan sebagainya. Pada intinya proses ini adalah mengenai cara memfokuskan anak dan membantu mereka mengendalikan tubuhnya. Sebagai sistem yang diajarkan sendiri, hal ini lebih cenderung member solusi jangka panjang pada tingkat kegiatan yang meningkat. Caranya, melalui *stopwatch* dan dicatat dalam batas-batas presentasi visual. Dengan demikian, permainan ini dapat memberikan manfaat jangka panjang dalam meningkatkan tingkat kegiatan anak.

Semua permainan atau teknik ini bertujuan untuk menggunakan tingkat kegiatan yang perlu dipraktikkan dari hari ke hari. Umpan balik atas keberhasilan dan kegagalan siswa pada percobaan awal adalah penting dalam menentukan hasil jangka panjang.

#### 2. Meningkatkan rentang perhatian

Langkah pertama adalah menyadari bahwa kita dapat meyakinkan seorang anak mengerti untuk apa fungsi mencurahkan perhatian itu sesungguhnya karena bagi beberapa anak ADHD, hal ini bukan merupakan proses yang berlangsung menetap. Pada saat anda merasa bahwa si anak mengerti mengenai apa-apa yang dimaksud dengan mencurahkan perhatian, adalah mungkin untuk mulai mengajarkan rentang perhatian dengan mengukur waktu kinerjanya pada bagan atau alat visual serupa. Jika si anak lebih kecil, kerap kali

anda harus melakukan pengukuran waktu untuk mereka, tetapi jika lebih besar, mereka harus melakukannya sendiri.

Kartu perhatian dapat digunakan dan diletakkan di atas meja siswa, bahkan pengecekan dengan komputer dapat dilakukan untuk menghubungkan anak dengan tugas yang ada. Kesempatan ini untuk memantau kinerja sendiri atas dasar keteraturannya, selain pekerjaan atau kegiatan yang dibutuhkan merupakan cara mengalihkan perhatian si anak dengan cara proaktif.

### 3. Pengendalian impuls

Langkah pertama mengenai pengelolaan adalah menjelaskan konsep impulsivitas kepada anak yang memberikan respons secara naluri terhadap situasi-situasi lingkungan. Mereka tampak sebagai seorang pengambil resiko dimata mereka sendiri. Sesungguhnya, mereka peka terhadap suatu refleksi yang hanya sedikit atau tidak dapat mereka kendalikan.

Menjelaskan perilaku impulsive terhadap beberapa siswa mungkin lebih mudah daripada terhadap yang lainnya. Tempat terbaik untuk memulai hal tersebut adalah memerhatikan contoh kejadian baru saat ini dan menentukan melalui kata-kata siswa sendiri tentang bagaimana kejadian-kejadian ini dapat ditangani secara berbeda. Dengan demikian, anak akan memerhatiak sejumlah situasi berbeda dan mencatat suatu ‘tindakan impulsif’ *versus* ‘tindakan yang dipikirkan’. Hal ini merupakan titik awal yang baik.

## **B. Intervensi perilaku**

Unsur kunci di dalam mengajarkan penanganan perilaku yang diatur oleh peraturan adalah membatasi peraturan pada bidang-bidang

kunci dari masalah kesehatan dan keselamatan dasar, serta masalah instruksi hitam/putih, seperti mengenai seragam dan tepat waktu.

Prinsip penanganan ini perlu menggunakan beberapa teknik bantuan (multiple prompts) agar pelatihan peraturan dapat berjalan dan menyediakan umpan balik segera jika anak menunjukkan perilaku positif. Pelatihan ini dilakukan secara konsisten dengan konsekuensi imbalan positif dan negatif.

### **C. Intervensi sosial**

Banyak masalah anak ADHD berasal dari ketidakmampuannya untuk menangani berbagai rangsangan lingkungan yang mempengaruhi mereka. Itulah sebabnya mereka berhasil paling baik di dalam struktur yang konsisten yang memberikan rasa aman dan keselamatan pada mereka. Dengan demikian, mereka mengetahui dengan tepat apa yang perlu mereka lakukan agar tetap melukan tugas dan tidak mengalami masalah. Akibatnya, setiap perubahan dalam struktur atau rutinitas sekolah yang terjadwal, perlu diperhatikan dengan teliti dan direncanakan bagi anak ADHD karena perubahan-perubahan dapat merusak sistem yang digunakan serta menimbulkan hambatan baru yang dapat menyebabkan masalah bagi anak dan para pembimbingnya.

### **D. Terapi anak penderita ADHD dengan modifikasi perilaku**

Modifikasi perilaku atau mengubah perilaku, juga dikenal sebagai ‘manajemen perilaku’, merupakan salah satu tawaran yang kedengarannya sangat sederhana tetapi sangat sulit untuk dipraktekkan. Ide untuk member penghargaan atau hadiah atas perilaku-perilaku yang baik dan memberikan hukuman atau sama sekali menghentikan perilaku yang tidak baik bukanlah sesuatu yang mudah dan dilakukan secara

langsung. Salah satu modifikasi yang dilakukan adalah dengan melakukan penguatan (*reinforcement*) atau penghentian (*extinction*) atas perilaku tertentu. Penguatan bisa digunakan untuk mendorong anak agar mengulang-ulang perilaku tertentu yang kita inginkan. Demikian sebaliknya, perilaku buruk bisa dihentikan dengan memberikan respon tertentu pada anak, seperti memarahinya atau menunjukkan sikap tidak suka atas perilaku tersebut.

### **INTERVENSI PSIKOLOGIS PADA ANAK *Learning Disorder* (LD), DISLEKSIA, DISGRAFIA, dan DISKALKULIA**

#### **A. LEARNING DISORDER**

Ketika Si Upik Tak Juga Bisa Membaca. Jangan pernah memberi stempel "*anak bodoh*" jika si Kecil tertinggal pelajaran di sekolah. Bisa jadi, ia menderita kesulitan belajar. Tapi tak perlu cemas, karena sejumlah pesohor dunia ternyata penderita kesulitan belajar ketika kecil atau *learning disorder* (LD). Anak yang mengalami LD bukan berarti nantinya tidak bisa menorehkan prestasi. Albert Einstein, John F. Kennedy, Mozart, John Lennon, Cher, Salma Hayek, Keira Knightley, dan Tom Cruise adalah beberapa publik figur yang mengalami disleksia.

Menurut psikolog anak dan keluarga, Anna Surti Ariani, Psi, LD merupakan hambatan atau gangguan belajar pada anak dan remaja yang ditandai adanya kesenjangan yang signifikan antara taraf intelegensi dan kemampuan akademik yang seharusnya dicapai. "Hal ini disebabkan gangguan di dalam sistem saraf pusat otak (gangguan neurobiologis) yang dapat menimbulkan gangguan perkembangan seperti gangguan perkembangan bicara, membaca, menulis, pemahaman, dan berhitung". Dan karena berpusat dari saraf, LD tak bisa dicegah.

Apakah anak yang mengalami LD berarti kecerdasannya kurang? Tidak. "Paling tidak kecerdasan mereka normal. Anak yang kecerdasannya kurang biasanya di berbagai aspek dia memang kurang. Sedangkan pada kasus LD, dia hanya kurang atau lemah di salah satu aspek sedangkan aspek lain, bagus."

Meskipun begitu, jika tidak ditangani dengan baik dan benar, LD akan menimbulkan berbagai bentuk gangguan emosional (psikiatrik) yang akan berdampak buruk bagi perkembangan kualitas hidup penderita LD di kemudian hari.

Penanganan pada anak mengalami salah satu gangguan LD :

- 1) Bawa ke psikolog. Psikolog-lah yang bisa menentukan, si anak menderita LD atau tidak. Karena bisa jadi metode belajarnya yang jadi penyebab. Semisal, anak selalu dimarahi saat belajar sehingga dia jadi malas belajar membaca dan menulis.
- 2) Belajar yang menyenangkan. Melalui cara belajar yang menyenangkan, sedikit-sedikit dia akan bisa. Turunkan juga target belajarnya agar anak tak terlalu stres.
- 3) Beri dorongan. Jangan sampai si anak merasa rendah diri. Artinya, jangan sampai ketidakmampuannya dalam membaca atau menulis diumbar ke orang lain. Beri dorongan supaya dia bisa dan mau belajar.
- 4) Terapi bersama. Terapi bisa dilakukan dan lebih bagus jika bersama orang tua anak. Jika hanya dilakukan oleh terapis, tidak ada kedekatan antara orangtua-anak dan orangtua juga tidak terlalu tahu perkembangan anak.
- 5) Tak perlu kelas khusus. Penderita LD tidak harus masuk kelas khusus karena kemampuan mereka relatif sama dengan anak-anak lain. Kalau memungkinkan, mereka tetap berada satu kelas dengan teman-

teman mereka tetapi pendekatannya lebih spesial. Semisal, jika kesulitan membaca sebaiknya dibacakan secara lisan atau ada teman yang membantu. Jika ditempatkan di sekolah khusus, kemampuan-kemampuan lainnya malah jadi tidak berkembang.

Kemampuan lain dorong dan kembangkan kemampuan anak yang menonjol di bidang lain. Jangan sampai karena anak tidak bisa membaca, masa depan anak jadi hancur total.

## **B. DISLEKSIA**

**Disleksia** adalah *gangguan akan kemampuan membaca, yaitu kemampuan membaca anak berada di bawah kemampuan seharusnya, dengan mempertimbangkan tingkat inteligensi, usia, dan pendidikannya.*

Gangguan ini bukan bentuk dari ketidakmampuan fisik, seperti masalah penglihatan, tetapi mengarah pada bagaimana otak mengolah dan memproses informasi yang sedang dibaca anak tersebut. Kesulitan ini biasanya baru terdeteksi setelah anak memasuki dunia sekolah untuk beberapa waktu.

### **Ciri-ciri disleksia :**

- a. Kesulitan dalam mengurutkan huruf-huruf dalam kata.
- b. Kesulitan merangkai huruf-huruf dan kadang ada huruf yang hilang.
- c. Sulit membedakan huruf. Anak bingung menghadapi huruf yang mempunyai kemiripan bentuk seperti b - d, u - n, m - n.
- d. Sulit mengeja kata atau suku kata dengan benar. Misalnya, sulit membedakan huruf-huruf pada kata 'soto' dan 'sate'.
- e. Membaca satu kata dengan benar di satu halaman, tapi salah di halaman lainnya.
- f. Kesulitan memahami apa yang dibaca.

- g. Sering terbalik dalam menuliskan atau mengucapkan kata. Misalnya, 'hal' menjadi 'lah.
- h. Terdapat jarak pada huruf-huruf dalam rangkaian kata. Tulisannya tidak stabil, kadang naik, kadang turun.

## **MENGENAL GANGGUAN BELAJAR DISKALKULIA & DISGRAFIA**

*Banyak orang tua langsung menduga anaknya bodoh atau malas ketika melihatnya mengalami kesulitan membaca, berhitung atau mengikuti pelajaran di sekolah. Padahal, bisa jadi si anak mengalami gangguan persarafan.*

Jika sejak awal tahu si anak mengalami disgrafia, sebaiknya kita tidak terlalu mengharapkannya bisa cepat menulis. Biarkan tetap berjalan dan latih anak sesuai dengan kemampuannya. Dengan proses belajar, lama-kelamaan tulisannya akan jauh lebih rapi dan bisa dibaca. Apalagi kini frekuensi menulis tidak sebesar dulu karena sudah ada komputer dan sebagainya. Jadi, jangan dianggap hal ini sebagai gangguan.

Terapi relaksasi didasarkan pada asumsi bahwa stres atau rasa takut bisa mencegah seorang anak dari belajar membaca. Sebuah penelitian yang diadakan di Texas oleh John Carter dan Harold Russel, menguji pendapat di atas dengan menggunakan biofeedback sebagai indikator relaksasi.

### **C. DISGRAFIA**

Disebut Disgrafia (Kelainan neurologis) jika mengalami kesulitan dalam menulis yang meliputi hambatan fisik, seperti tidak dapat memegang pensil dengan mantap atau tulisan tangannya buruk. Anak dengan gangguan disgrafia sebetulnya mengalami kesulitan dalam mengharmonisasikan ingatan dengan penguasaan gerak ototnya secara

otomatis saat menulis huruf dan angka. Seperti halnya disleksia, penderita disgrafia juga memiliki masalah di otak.

Kesulitan dalam menulis biasanya menjadi problem utama dalam rangkaian gangguan belajar, terutama pada anak yang berada di tingkat SD. Kesulitan dalam menulis seringkali juga disalah-persepsikan sebagai kebodohan oleh orang tua dan guru. Akibatnya, anak yang bersangkutan frustrasi karena pada dasarnya ia ingin sekali mengekspresikan dan mentransfer pikiran dan pengetahuan yang sudah didapat ke dalam bentuk tulisan.

Sebagai langkah awal dalam menghadapinya, orang tua harus paham bahwa disgrafia bukan disebabkan tingkat intelegensi yang rendah, kemalasan, asal-asalan menulis, dan tidak mau belajar. Gangguan ini juga bukan akibat kurangnya perhatian orang tua dan guru terhadap si anak, ataupun keterlambatan proses visual motoriknya.

## **CIRI-CIRI :**

- a. Terdapat ketidakkonsistenan bentuk huruf dalam tulisannya.
- b. Saat menulis, penggunaan huruf besar dan huruf kecil masih tercampur.
- c. Ukuran dan bentuk huruf dalam tulisannya tidak proporsional.
- d. Anak tampak harus berusaha keras saat mengkomunikasikan suatu ide, pengetahuan, atau pemahamannya lewat tulisan.
- e. Sulit memegang bolpoin maupun pensil (alat tulis) dengan mantap. Caranya memegang alat tulis seringkali terlalu dekat bahkan hampir menempel dengan kertas.
- f. Berbicara pada diri sendiri ketika sedang menulis, atau malah terlalu memperhatikan tangan yang dipakai untuk menulis.
- g. Cara menulis tidak konsisten, tidak mengikuti alur garis yang tepat dan proporsional.
- h. Tetap mengalami kesulitan meskipun hanya diminta menyalin contoh tulisan yang sudah ada.

## **MEMBANTU ANAK DISGRAFIA**

Ada beberapa hal yang bisa dilakukan orang tua untuk membantu anak dengan gangguan ini. Di antaranya:

### *1. Pahami keadaan anak*

Sebaiknya pihak orang tua, guru, atau pendamping memahami kesulitan dan keterbatasan yang dimiliki anak disgrafia. Berusahalah untuk tidak membandingkan anak seperti itu dengan anak-anak lainnya. Sikap itu hanya akan membuat kedua belah pihak, baik orang tua/guru maupun anak merasa frustrasi dan stres. Jika memungkinkan, berikan tugas-tugas menulis yang singkat saja. Atau bisa juga orang tua meminta kebijakan dari pihak sekolah untuk

memberikan tes kepada anak dengan gangguan ini secara lisan, bukan tulisan.

2. *Menyajikan tulisan cetak*

Berikan kesempatan dan kemungkinan kepada anak disgrafia untuk belajar menuangkan ide dan konsepnya dengan menggunakan komputer atau mesin tik. Ajari dia untuk menggunakan alat-alat agar dapat mengatasi hambatannya. Dengan menggunakan komputer, anak bisa memanfaatkan sarana korektor ejaan agar ia mengetahui kesalahannya.

3. *Membangun rasa percaya diri anak*

Berikan pujian wajar pada setiap usaha yang dilakukan anak. Jangan sekali-kali menyepelkan atau melecehkan karena hal itu akan membuatnya merasa rendah diri dan frustrasi. Kesabaran orang tua dan guru akan membuat anak tenang dan sabar terhadap dirinya dan terhadap usaha yang sedang dilakukannya.

4. *Latih anak untuk terus menulis*

Libatkan anak secara bertahap, pilih strategi yang sesuai dengan tingkat kesulitannya untuk mengerjakan tugas menulis. Berikan tugas yang menarik dan memang diminatinya, seperti menulis surat untuk teman, menulis pada selebar kartu pos, menulis pesan untuk orang tua, dan sebagainya. Hal ini akan meningkatkan kemampuan menulis anak disgrafia dan membantunya menuangkan konsep abstrak tentang huruf dan kata dalam bentuk tulisan konkret.

#### **D. DISKALKULIA**

**DISKALKULIA** dikenal juga dengan istilah "*math difficulty*" karena menyangkut gangguan pada kemampuan kalkulasi secara matematis. Kesulitan ini dapat ditinjau secara kuantitatif yang terbagi menjadi

bentuk kesulitan berhitung (*counting*) dan mengkalkulasi (*calculating*). Anak yang bersangkutan akan menunjukkan kesulitan dalam memahami proses-proses matematis. Hal ini biasanya ditandai dengan munculnya kesulitan belajar dan mengerjakan tugas yang melibatkan angka ataupun simbol matematis.

**CIRI-CIRI :**

- a. Kesulitan dalam berhitung. Misalnya, sulit menghitung uang kembalian. Anak pun kadang menjadi takut memegang uang atau menghindari transaksi.
- b. Sulit melakukan proses matematis, seperti menjumlah, mengurangi, dan membagi.
- c. Tidak mengerti dan tidak bisa membedakan simbol-simbol dalam pelajaran matematika. Misalnya tidak dapat membedakan antara tanda - (minus) dengan +(plus), tanda + (plus) dengan x (kali), dan lain-lain.
- d. Sulit memahami konsep hitungan angka atau urutan.
- e. Bingung mengasosiasikan simbol dengan operasi matematika yang akan dijalankan. Semisal, tidak bisa membedakan apakah tanda + (plus) untuk penjumlahan atau pengurangan.
- f. Tingkat perkembangan bahasa dan kemampuan lainnya normal, malah seringkali mempunyai memori visual yang baik dalam merekam kata-kata tertulis.
- g. Terkadang mengalami disorientasi, seperti disorientasi waktu dan arah. Si anak biasanya bingung saat ditanya jam berapa sekarang. Ia juga tidak mampu membaca dan memahami peta atau petunjuk arah.
- h. Mengalami hambatan dalam menggunakan konsep abstrak tentang waktu. Misalnya, ia bingung dalam mengurut kejadian masa lalu atau masa mendatang. Sering melakukan kesalahan ketika melakukan

perhitungan angka-angka, seperti proses substitusi, mengulang terbalik, dan mengisi deret hitung serta deret ukur.

- i. Mengalami hambatan dalam mempelajari musik, terutama karena sulit memahami notasi, urutan nada, dan sebagainya.
- j. Bisa juga mengalami kesulitan dalam aktivitas olahraga karena bingung mengikuti aturan main yang berhubungan sistem skor.

### **FAKTOR PENYEBAB**

Ada beberapa faktor yang melatarbelakangi gangguan ini, di antaranya:

- a) Kelemahan pada proses penglihatan atau visual. Anak yang memiliki kelemahan ini kemungkinan besar akan mengalami diskalkulia. Ia juga berpotensi mengalami gangguan dalam mengeja dan menulis dengan tangan.
- b) Bermasalah dalam hal mengurut informasi. Seorang anak yang mengalami kesulitan dalam mengurutkan dan mengorganisasikan informasi secara detail, umumnya juga akan sulit mengingat sebuah fakta, konsep ataupun formula untuk menyelesaikan kalkulasi matematis. Jika problem ini yang menjadi penyebabnya, maka anak cenderung mengalami hambatan pada aspek kemampuan lainnya, seperti membaca kode-kode dan mengeja, serta apa pun yang membutuhkan kemampuan mengingat kembali hal-hal detail.
- c) Fobia matematika. Anak yang pernah mengalami trauma dengan pelajaran matematika bisa kehilangan rasa percaya dirinya. Jika hal ini tidak diatasi segera, ia akan mengalami kesulitan dengan semua hal yang mengandung unsur hitungan.

### **CARA PENANGGULANGAN**

- a) Diagnosa diskalkulia harus dilakukan oleh spesialis yang berkompeten di bidangnya berdasarkan serangkaian tes dan observasi yang valid dan terpercaya. Bentuk terapi atau *treatment* yang akan

diberikan pun harus berdasarkan evaluasi terhadap kemampuan dan tingkat hambatan anak secara detail dan menyeluruh.

- b) Bagaimanapun, kesulitan ini besar kemungkinan terkait dengan kesulitan dalam aspek-aspek lainnya, seperti disleksia. Perbedaan derajat hambatan akan membedakan tingkat *treatment* dan strategi yang diterapkan. Selain penanganan yang dilakukan ahli, orang tua pun disarankan melakukan beberapa latihan yang dapat mengurangi gangguan belajar, yaitu:
  - c) Cobalah memvisualisasikan konsep matematis yang sulit dimengerti, dengan menggunakan gambar ataupun cara lain untuk menjembatani langkah-langkah atau urutan dari proses keseluruhannya.
  - d) Bisa juga dengan menyuarakan konsep matematis yang sulit dimengerti dan minta si anak mendengarkan secara cermat. Biasanya anak diskalkulia tidak mengalami kesulitan dalam memahami konsep secara verbal.
  - e) Tuangkan konsep matematis ataupun angka-angka secara tertulis di atas kertas agar anak mudah melihatnya dan tidak sekadar abstrak. Atau kalau perlu, tuliskan urutan angka-angka itu untuk membantu anak memahami konsep setiap angka sesuai dengan urutannya.
  - f) Tuangkan konsep-konsep matematis dalam praktek serta aktivitas sederhana sehari-hari. Misalnya, berapa sepatu yang harus dipakainya jika bepergian, berapa potong pakaian seragam sekolahnya dalam seminggu, berapa jumlah kursi makan yang diperlukan jika disesuaikan dengan anggota keluarga yang ada, dan sebagainya.
  - g) Sering-seringlah mendorong anak melatih ingatan secara kreatif, entah dengan cara menyanyikan angka-angka, atau cara lain yang mempermudah menampilkan ingatannya tentang angka.

- h) Pujilah setiap keberhasilan, kemajuan atau bahkan usaha yang dilakukan oleh anak.
- i) Lakukan proses asosiasi antara konsep yang sedang diajarkan dengan kehidupan nyata sehari-hari, sehingga anak mudah memahaminya.
- j) Harus ada kerja sama terpadu antara guru dan orang tua untuk menentukan strategi belajar di kelas, memonitor perkembangan dan kesulitan anak, serta melakukan tindakan-tindakan yang perlu untuk memfasilitasi kemajuan anak. Misalnya, guru memberi saran tertentu pada orang tua dalam menentukan tugas di rumah, buku-buku bacaan, serta latihan yang disarankan.

### **INTERVENSI PADA ANAK AUTIS**

1. Terapi di rumah dengan melakukan modifikasi perilaku atau *metoda applied behavioral analysis* (ABA). Kelebihan metode ini adalah sifatnya sangat terstruktur, kurikulumnya jelas dan keberhasilannya bisa dinilai secara objektif. Pelaksanaannya dilakukan 4-8 jam sehari. Melalui metode ini, anak dilatih melakukan berbagai macam keterampilan yang berguna bagi masyarakat, misalnya berkomunikasi, berinteraksi, berbicara, berbahasa dan seterusnya. Hal ini sangat penting agar mereka dapat mengubah perilaku seenaknya sendiri (misalnya memaksakan kehendak ) menjadi perilaku yang lazim dan diterima masyarakat.
2. Masuk dalam kelompok khusus, dikelompok ini mereka mendapatkan penanganan khusus dirancang secara individual. Penanganan dilakukan oleh berbagai tenaga ahli seperti psikiater, psikolog, terapis wicara, terapis okupasi, dan ortopedagog. Permasalahan anak autis disekolah umum yang menonjol antara lain kurangnya kemampuan berkonsentrasi, perilaku yang tidak patuh, serta kesulitan bersosialisasi. Pendampingan

ini membantu guru mengendalikan perilaku si anak dan mengingatkan anak setiap kali perhatiannya beralih.

3. Pemberian obat pada gejala-gejala yang mampu membahayakan jiwa mereka seperti hiperaktivitas yang hebat, menyakiti diri sendiri, menyakiti orang lain (agresif), merusak (destruktif) dan gangguan tidur gejala-gejala ini yang sebaiknya di hilangkan dengan obat. Namun tidak ada satu pun obat yang dibuat khusus untuk menyembuhkan anak autisme.

### **INTERVENSI PADA ANAK DENGAN GANGGUAN MOTORIK**

Telah dijelaskan di atas bahwa untuk menangani anak dengan gangguan gerak adalah sesuai dengan jenis kelainannya.

#### 1. Intervensi pada anak Poliomyelitis

Poliomyelitis adalah suatu kelainan pada anggota gerak karena infeksi oleh virus Polio yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan dan akan menyerang sumsum tulang belakang pusat sel-sel motorik, sehingga anggota gerak yang disyarafinya akan layuh dan nyeri serta mengecil (atrophy). Penanganannya berdasarkan stadiumnya, yaitu pada:

- a. Stadium *pre paralysis* dengan cara memberikan: *bed rest*, isolasi, dan vitamin-vitamin, serta *gentle massage* dengan gosokan ringan.
- b. Stadium *paralysis* dengan cara memberikan latihan gerak pasif atau aktif yang *gentle*, mencegah kontraktur, pemakaian splint (*spalk*), pengaturan posisi untuk mengurangi nyeri, dan *massage*.
- c. Stadium *recovery* (penyembuhan) dengan cara: mencegah kontraktur, mengulur otot yang memendek, latihan gerak dengan beban, latihan pola gerak normal, menggunakan brace dan kruk, latihan gerak aktif secara *gentle*.

## 2. Intervensi pada anak Muscle Dystrophy

Muscle Dystrophy adalah suatu kondisi pada anak yang ditandai dengan pengecilan otot-otot yang progresif. Penanganannya dengan memberikan: latihan gerak pasif, mengulur otot yang memendek (stretching), back splint, kruk, dan walker. Kontra indikasinya adalah latihan penguatan otot dengan beban karena tidak akan meningkatkan kekuatan otot degeneratif, perlu energi yang besar, mudah lelah, dan mempercepat kemunduran kemampuan fungsional. Istirahat dalam posisi fleksi akan mempercepat kontraktur.

## 3. Intervensi pada anak Cerebral Palsy

Cerebral Palsy adalah gangguan atau kelainan anggota gerak karena adanya kerusakan otak. Kadang kerusakannya mempengaruhi bagian lain dari otak sehingga menyebabkan kesulitan dalam penglihatan, pendengaran, komunikasi, dan belajar. Penanganannya dengan cara mengendurkan otot-otot yang kaku, menggerakkan berlawanan dengan arah spastiknya, mencegah salah bentuk, memantapkan gerakan yang tidak terkontrol, menguatkan otot yang lemas (floppy), latihan keseimbangan dalam berlutut, berdiri, dan berjalan, kontrol gerakan-gerakan agar tidak gemetar.

## 4. Intervensi pada anak Spina Bifida

Spina Bifida adalah suatu kelainan bawaan dimana terjadi gangguan pertumbuhan vertebra sehingga arcus vertebra tidak menutup sempurna. Penanganannya dengan memberikan latihan-latihan gerak yang bersifat gentle, yaitu gerak pasif dan gerak assisted. Kontra indikasinya adalah latihan-latihan yang progresif.

## 5. Intervensi pada Plaat Foot

Plaat Foot adalah suatu keadaan dimana arcus medialis plantarpedis akan hilang, sehingga telapak kaki rata dengan lantai.

Penanganannya mengulur (*stretching*) struktur dorsum pedis dilakukan selama 5 menit, mobilisasi aktif dengan mengaktifkan otot cuff dan tibialis posterior dengan tujuan untuk merangsang gerakan ke arah plantar fleksi dan inversi, dan pemakaian sepatu orthopedi yang di bagian medial diberi support agar terbentuk arcus.

## BAB IX

### KASUS-KASUS YANG TERKAIT DENGAN KLINIS KELAUTAN

#### **kasus 1 :**

Pada akhir tahun 2009 Konferensi Keluauan dunia (WOC) di Manado, secara aklamasi mencetuskan Manado Ocean Declaration (MOD) dan deklarasi Prakarsa segitiga terumbu karang (Coral Triangle Initiative / CTI) komunitas yang sangat rentan dan sangat bergantung pada sumber daya laut yaitu masyarakat pesisir yang masih identik dengan kantong-kantong kemiskinan (Andi, 2011)

Permasalahan utama pada keanekaragaman hayati laut diketahui berlangsung sejak periode *Cretaceous*. Kualitas sumber daya manusia yang masih rendah merupakan ancaman bagi kelestarian keanekaragaman hayati. Kualitas SDM yang rendah merupakan salah satu penyebab tingginya tingkat kemiskinan Negara. Lebih dai 60% atau 140 juta penduduk Indonesia hidup di wilayah pesisir dan laut dan kehidupan mereka bergantung pada sumber daya hayati laut dan pesisir

Pengeksploitasian sumber daya alam terhadap perairan laut merupakan dampak dari pengrusakan keanekaragaman hayati, misalnya penyelundupan flora dan fauna, proyek-proyek pembangunan ekonomi laut merupakan dampak negative yang akan terjadi pada perairan laut kita (BAPPENAS, 2004)

Kemiskinan adalah ciri-ciri yang sangat menonjol dari kehidupan masyarakat pesisir terutama nelayan. Mereka adalah salah satu kelompok sosial penduduk atau komunitas yang selama ini terpinggirkan baik secara sosial, ekonomi, maupun politik dan teridentifikasi miskin dan terendah pendapatnya disamping petani

sehingga wajar orang mengistilahkan mereka sebagai *The Poorest of The Poor*. Kurang lebih 14,58 juta jiwa atau sekitar 90% dari 16,2 juta jumlah nelayan di Indonesia belum berdaya secara Ekonomi maupun Politik dan berada dibawah garis Kemaritiman (Antara,2009). Kemiskinan nelayan merupakan masalah yang bersifat kompleks dan multidimensional, baik dilihat dari aspek struktural maupun aspek Kultural

Mulyadi (2007) membagi empat masalah pokok yang menjadi penyebab dari kemiskinan, yaitu : kurangnya kesempatan ( *Lack of Opportunity* ), rendahnya kemampuan ( *Low of Capabilities* ), kurangnya jaminan ( *Kesejahteraan ow Level Security* ), dan keterbatasan hak-hak sosial, ekonomi dan politik sehingga menyebabkan kerentanan ( *Vulnerability* ), keterpurukan ( *Voicesslessness* ), dan ketidakberdayaan ( *Powerlessness* ) dalam segala bidang. Kesulitan dalam meningkatkan kesejahteraan nelayan, khususnya nelayan tradisional, dipengaruhi oleh sejumlah faktor eksternal dan internal. Faktor internal berupa keterbatasan kualitas sumberdaya manusia, keterbatasan modal dan teknologi, serta gaya hidup boros. Sedangkan faktor eksternal berupa kebijakan perikanan yang lebih berorientasi kepada produktivitas untuk menunjang pertumbuhan ekonomi national dan parsial, sistem pemasaran perikanan yang lebih menguntungkan pedagang perantara, kerusakan ekosistem akibat pencemaran dan penggunaan alat tangkap yang tidak ramah lingkungan, terbatasnya peluang kerja di sektor nonperikanan yang tersedia di desa nelayan, dan kondisi alam yang tidak menentu

Terkait dengan kasus kemiskinan diatas apabila ditinjau dari pendekatan Pendekatan sosiokultural yang beranggapan bahwa

tingkah laku Abnormal disebabkan bukan oleh faktor-faktor dalam diri pribadi individu, tetapi oleh keadaan lingkungan, khususnya lingkungan sosial dan kultural. Tokoh-tokoh dalam pendekatan ini berpendapat bahwa tekanan dari lingkungan yang dapat menyebabkan seorang individu gagal memenuhi tuntutan untuk menyesuaikan diri dengannya. Lingkungan sosial seolah-olah menekan seseorang untuk bertindak di luar batas kemampuannya, demi mendapat sesuatu yang dituntut oleh lingkungan. Bila ia tidak berhasil maka ia akan mendapat julukan yang serba negatif (*labeling*), yang akhirnya menyebabkan ia terisolasi dari teman-temannya, dan dalam keadaan ekstrem menjadi 'gila'. Pendapat ini dikemukakan oleh Gruenberg (dalam Million, 1973) yang member nama "*Social Breakdown Syndrome*" sebagai istilah yang lebih sesuai untuk 'gangguan jiwa'. Karena sebetulnya yang menganggap seseorang terganggu adalah lingkungan sosialnya, sehingga kasus kemiskinan biasanya akan diperparah dengan adanya kriminalitas sosial, yang berujung pada kesenjangan antara tuntutan dan keinginan dalam pencapaian pemenuhan hidup pada masing-masing individu. Beberapa sektor yang berhubungan dengan kasus tersebut menjadikan dinamika Psikopatologi kehidupan hayati perairan kelautan.

## **Kasus 2 :**

R adalah remaja berusia 15 tahun, anak pertama dari tiga bersaudara, sekarang ia duduk di kelas 2 SMP, berasal dari keluarga menengah ke atas, orangtuanya bekerja sebagai pengusaha pengekspor pemasok makanan kaleng *Sea food* didaerah pesisir lampung, banyak para tetangganya direkrutmen menjadi karyawan

orangtuanya, yang diberdayakan untuk mengemas makanan kaleng tersebut. Dalam hal perekonomian tidak mengalami kendala, semua kebutuhan R terpenuhi, namun seiring berjalan sudah lebih 3 bulan ini R mogok sekolah tanpa alasan yang jelas. Kegiatannya sehari-hari ia hanya berada dirumah, makan, nonton, dan tidur. Jika ditanya dia tidak menjawab dan hanya menangis. Prestasi R di sekolah tidak terlalu bagus, hampir tidak naik kelas, akibat bolos terlalu lama. Setelah libur kenaikan kelas, R sempat bersekolah selama satu bulan kemudian ia mulai menciptakan berbagai alasan untuk tidak masuk sampai sekarang, meskipun setiap pergi kesekolah slalu diantar sopir, selebihnya tidak diketahui apa yang dikerjakannya disekolah atau malah pergi ketempat lain.

### **Analisis kasus :**

#### **1. Pendekatan Psikoanalisis**

Asumsi dasar dalam teori ini yaitu tingkah laku manusia ditentukan oleh impuls, keinginan, motif, dan konflik yang bersifat intrapsikis dan terkadang berada diluar kesadaran. Faktor intrapsikis dapat menyebabkan perilaku normal dan abnormal. Dasar dari tingkah laku sudah terbentuk sejak masa kecil melalui kepuasan atau frustasi kebutuhan dasar. Hubungan awal dengan keluarga, teman sebaya, dan figur otoritas lainnya sangat diperhatikan. Jadi dalam kasus ini kemungkinan terjadi karena beberapa faktor diatas seperti salah satunya bagaimana hubungan awal si R dengan keluarga, teman-temannya, gurunya ataupun figur otoritas lainnya. Kesan pertama atau persepsi pertama yang R dapat mengenai orangtua, teman-teman, dan juga gurunya bisa mempengaruhi tingkah lakunya saat ini, seperti mengenai ia mogok sekolah dan prestasinya yang

rendah. Itu kemungkinan ada kaitannya dengan hubungannya dengan teman-temannya di sekolah yang kurang baik. Sehingga perilaku seperti itu yang muncul. Untuk menekan atau mengalihkan apa yang berada di dalam *id* maka ia menjadi malas sekolah. Hal tersebut agar terlihat wajar dan tidak terlalu mencolok bahwa ia mempunyai hubungan tidak baik dengan teman-temannya. Tapi dalam hal ini bisa juga ditambah karena faktor gurunya dan juga orangtuanya yang kurang memperhatikan perkembangan dirinya secara akademis. Sehingga apa yang dia harapkan ternyata tidak didukung oleh realitas yang ada.

Ia jarang keluar rumah, ia lebih suka beraktivitas di dalam rumah seperti makan, tidur, dan nonton itu merupakan pengalihan terhadap konflik batinnya. Secara tidak langsung ia ingin menekan perasaan sedih, marah dan kecewanya terhadap dirinya yang tidak mampu mengatasi inferioritinya tersebut agar terlihat wajar dalam realitasnya.

## 2. Pandangan Behaviorisme

Asumsi dasar dalam teori ini adalah bagaimana respon individu terhadap stimulus yang ada. Stimulus diberikan secara terus menerus lalu individu akan mempelajarinya. Dan dalam teori ini juga dijelaskan bagaimana cara mempertahankan atau menghilangkan perilaku yang muncul dengan *reinforcement* dan juga *punishment*. Dalam pandangan behavior kasus ini bisa terjadi dikarenakan faktor lingkungan.

Lingkungan keluarga si R misalnya. Si R memang berasal dari keluarga menengah ke atas. Secara material ia berlebihan, apapun yang ia mau orangtuanya dapat mewujudkannya. Sehingga ia

termanjakan oleh materi. Saat ia minta ini itu orangtuanya dapat mewujudkannya. Saat ia membuat kesalahan pun orangtuanya tidak protes ataupun marah, cuek saja. Tapi dalam lingkungan sekolah ternyata berbeda. Saat ia mendapat nilai buruk ataupun melakukan kesalahan yang ia dapat justru hukuman. Tapi saat ia mendapat nilai baik justru tidak ada yang memperdulikannya terutama orangtuanya. Ini membuat perilakunya menjadi buruk dan membuat dia mempertahankan perilakunya yang malas sekolah tersebut. Karena saat ia melakukan perbuatan baik, lingkungan tidak memberikan respon apapun. Sehingga ia merasa apa yang ia perbuat bukan suatu kesalahan yang besar. Ini membuat motivasi sekolahnya menjadi rendah. Tidak ada figur yang baik yang dapat ia contoh. Apalagi saat pertama kali ia membuat alasan untuk tidak masuk sekolah kemungkinan orangtuanya membiarkannya saja sehingga ia lebih suka berada di rumah daripada di sekolahnya yang mungkin menurutnya tidak ada yang memperdulikan perkembangan akademis dia di sekolahnya. Dan kemungkinan teman-temannya memandang dia juga sebelah mata lantaran ia bodoh dan jarang berada di kelas untuk berinteraksi dengan teman-temannya. Ini membuat ia lebih menyukai beraktivitas di rumah seperti makan, nonton, dan tidur.

### 3. Pandangan Humanistik

Teori humanistik menekankan pada usaha individu untuk mencapai aspek-aspek positifnya. Inti dalam teori ini adalah bagaimana cara individu mengaktualisasikan dirinya. Individu yang telah mencapai aktualisasi diri tidak harus lebih bahagia, lebih sehat atau lebih populer dari kebanyakan orang, tetapi mereka menjadi individu yang lebih ingin tahu, toleran, spontan, penuh perhatian dan

yang terpenting adalah mampu menerima diri sendiri dibandingkan orang kebanyakan.

Dalam kasus ini R dalam kebutuhan fisiologis sudah dapat terpenuhi dikarenakan R berasal dari keluarga menengah ke atas. Tapi secara psikologis kemungkinan kebutuhannya belum terpenuhi. Ini bisa dilihat dari beberapa faktor seperti orangtuanya yang terlalu sibuk sehingga kurangnya perhatian dan kasih sayang orangtua terutama dalam bidang akademisnya. Ini membuat perilakunya agak menyimpang di sekolah. Ia jadi malas sekolah dan prestasinya pun kurang bagus. Ini juga membuat dirinya tidak bisa memenuhi kebutuhan pada tingkat selanjutnya karena terhalang oleh kebutuhan psikologisnya.

Kalau mengenai mengapa si R lebih suka berada di rumah dibanding di luar rumah kemungkinan dikarenakan ia mempunyai konsep diri yang rendah dikarenakan prestasinya yang kurang bagus di sekolah, dan juga orangtuanya yang tidak pernah memperdulikan kondisi psikologisnya. Sehingga ia lebih suka di rumah dibandingkan di luar rumah. Atau bisa juga dikarenakan faktor teman-temannya yang bukan memberikan *support* dan kenyamanan terhadap dirinya yang memang butuh banyak dukungan secara psikologis. Teman-temannya justru malah membuatnya semakin menyalahkan dirinya sendiri akan ketidakmampuannya dalam mengaktualisasikan dirinya tersebut.

### **Kasus 3 :**

Psikologi klinis pada perkembangannya yang semakin luas, dalam mempelajari periaku-perilaku maupun gangguan-gangguan klinis

yang muncul di berbagai aspek. Salah satunya ialah mempelajari gangguan kecemasan yang banyak dialami oleh Anak Buah Kapal (ABK), terutama pada para ABK yang masih baru menjalankan tugas-tugasnya. Gangguan ini merupakan salah satu jenis permasalahan yang harus dideteksi secara dini dan mendapatkan penanganan secara dini agar kinerja ABK menjadi optimal. Pada sekitar satu hingga tiga minggu pertama berlayar beserta tugas-tugasnya, seringkali terjadi gangguan penyesuaian. Hal ini tentu saja disertai dengan perubahan pada perilaku ABK, seperti cemas, frustrasi hingga pada taraf depresi. Gangguan kecemasan ini mendasari beberapa bentuk perilaku yang muncul, misalnya penurunan prestasi kerja, kesulitan untuk berkonsentrasi, penurunan disiplin, gangguan tidur, hingga pada peningkatan angka kecelakaan kerja. Terjadinya gangguan penyesuaian tersebut tidak terlepas dari beberapa faktor, diantaranya faktor internal dan eksternal. Faktor internal berkaitan dengan kepribadian dan sikap kerja ABK itu sendiri. Sedangkan faktor eksternal berkaitan dengan fungsi dan dinamika peran ABK terhadap lingkungan, kondisi sosial di kapal, lingkungan alamiah di kapal, dan juga jam kerja ABK.

Adapun contoh kasus tentang seorang ABK X (sebut saja namanya), berusia 22 tahun mengalami memar di lutut kanan akibat terbentur pada saat menjalankan tugasnya. Setelah melalui proses wawancara, ABK X mengeluhkan mengalami kecemasan yang menyebabkan ia tidak mampu untuk melakukan aktivitas sebagai layaknya ABK selama hampir 6 minggu sejak ia mulai bertugas. Akibatnya beberapa kali ia sulit berkonsentrasi pada tugasnya sehingga mendapatkan satu kali teguran oleh seniornya, dan harus kembali mengikuti kelas agar mendapatkan pembelajaran lagi.

### **Analisa kasus:**

Pada kasus diatas banyak faktor yang menyebabkan seseorang menderita suatu kecemasan menyeluruh sehingga mengganggu lingkungan sekitarnya

### **GANGGUANKECEMASAN**

Kecemasan merupakan hal yang normal terjadi pada setiap individu, reaksi umum terhadap stress kadang dengan disertai kemunculan kecemasan. Namun kecemasan itu dikatakan menyimpang bila individu tidak dapat meredam (merepresikan) rasa cemas tersebut dalam situasi dimana kebanyakan orang mampu menanganinya tanpa adanya kesulitan yang berarti bagi penderitanya atau individunya. Kecemasan dapat muncul pada situasi tertentu seperti berbicara didepan umum, tekanan pekerjaan yang tinggi, menghadapi ujian. Situasi-situasi tersebut dapat memicu munculnya kecemasan bahkan rasa takut. Namun, gangguan kecemasan muncul bila rasa cemas tersebut terus berlangsung lama, terjadi perubahan perilaku, atau terjadinya perubahan metabolisme pada tubuh individu.

Gangguan kecemasan diperkirakan diidap 1 dari 10 orang. Menurut data National Institute of Mental Health (2005) di Amerika Serikat terdapat 40 juta orang mengalami gangguan kecemasan pada usia 18 tahun sampai pada usia lanjut. Ahli psikoanalisa beranggapan bahwa penyebab kecemasan neurotik dengan memasukan persepsi diri sendiri, dimana individu beranggapan bahwa dirinya dalam ketidakberdayaan, tidak mampu mengatasi masalah, rasa takut akan perpisahan, terabaikan dan sebagai bentuk penolakan dari orang yang

dicintainya. Perasaan-perasaan tersebut terletak dalam pikiran bawah sadar yang tidak disadari oleh individu.

Pendekatan-pendekatan psikologis berbeda satu sama lain dalam teknik dan tujuan penanganan kecemasan. Tetapi pada dasarnya berbagai teknik tersebut sama-sama mendorong klien untuk menghadapi dan tidak menghindari sumber-sumber kecemasan dari mereka yang pernah mengalaminya.

Kategori gangguan kecemasan menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV adalah yang paling sering dibahas yaitu:

1. Gangguan panik tanpa agoraphobia
2. Gangguan panik dengan agoraphobia
3. Agoraphobia tanpa riwayat gangguan panik
4. Phobia spesifik
5. Phobia social
6. Gangguan obsesif-kompulsif
7. Gangguan stres pasca traumatic
8. Gangguan stres akut
9. Gangguan kecemasan umum

Gangguan kecemasan yang tidak terdefinisi adapun gejala-gejala umum pada gangguan kecemasan. Setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda terhadap stres tergantung pada kondisi masing-masing individu, beberapa simtom yang muncul tidaklah sama. Kadang beberapa diantara simtom tersebut tidak berpengaruh berat pada beberapa individu, lainnya sangat mengganggu.

1. Berdebar diiringi dengan detak jantung yang cepat.

Kecemasan memicu otak untuk memproduksi adrenalin secara berlebihan pada pembuluh darah yang menyebabkan detak jantung semakin cepat dan memunculkan rasa berdebar. Namun dalam beberapa kasus yang ditemukan individu yang mengalami gangguan kecemasan kontinum detak jantung semakin lambat dibandingkan pada orang normal.

2. Rasa sakit atau nyeri pada dada.

Kecemasan meningkatkan tekanan otot pada rongga dada. Beberapa individu dapat merasakan rasa sakit atau nyeri pada dada, kondisi ini sering diartikan sebagai tanda serangan jantung yang sebenarnya adalah bukan. Hal ini kadang menimbulkan rasa panik yang justru memperburuk kondisi sebelumnya.

3. Rasa sesak napas.

Ketika rasa cemas muncul, syaraf-syaraf impuls bereaksi berlebihan yang menimbulkan sensasi dan sesak pernafasan, tarikan nafas menjadi pendek seperti kesulitan bernafas karena kehilangan udara.

4. Berkeringat secara berlebihan.

Selama kecemasan muncul terjadi kenaikan suhu tubuh yang tinggi. Keringat yang muncul disebabkan otak mempersiapkan perencanaan fight or flight terhadap stressor

5. Kehilangan gairah seksual atau penurunan minat terhadap aktivitas seksual

6. Gangguan tidur

7. Tubuh gemetar.

Gemetar adalah hal yang dapat dialami oleh orang-orang yang normal pada situasi yang menakutkan atau membuatnya gugup, akan tetapi pada individu yang mengalami gangguan kecemasan

rasa takut dan gugup tersebut terekspresikan secara berlebihan, rasa gemetar pada kaki, atau lengan maupun pada bagian anggota tubuh yang lain.

8. Tangan atau anggota tubuh menjadi dingin dan bekingat
9. Kecemasan depresi memunculkan ide dan keinginan untuk bunuh diri
10. Gangguan kesehatan seperti sering merasakan sakit kepala (migrain).

Pada kasus ini ABK tersebut masuk pada jenis kecemasan yang biasa disebut GAD (Generalized Anxiety Disease: Gangguan Kecemasan Tergeneralisasikan)

Tanda-tanda: kecemasan kronis terus menerus mencakup situasi hidup (cemas akan terjadi kecelakaan, kesulitan finansial). Ada keluhan somatik: berpeluh, merasa panas, jantung berdetak keras, perut tidak enak, diare, sering buang air kecil, dingin, tangan basah, mulut kering, tenggorokan terasa tersumbat, sesak nafas, hiperaktivitas sistem saraf otonomik. Merasa ada gangguan otot: ketegangan atau rasa sakit pada otot terutama pada leher dan bahu, pelupuk mata berkedip terus, bergetar, mudah lelah, tidak mampu untuk santai, mudah terkejut, gelisah, sering berkeluh. Cemas akan terjadinya bahaya, cemas kehilangan kontrol, cemas akan mendapatkan serangan jantung, cemas akan mati. Sering penderita tidak sabar, mudah marah, tidak dapat tidur, tidak dapat konsentrasi.

Penyebabnya:

Psikoanalitik yaitu adanya konflik antara impuls id dan ego yang tidak disadari. Impuls itu seksual atau agresif → ingin keluar, dihalangi → tidak disadari → cemas. Teori belajar: kondisioning klasik dari rangsang luar.

Kognitif behavioral: memfokus kontrol dan ketidakberdayaan.

#### **Kasus 4 : Obsesi Kompulsi**

Gangguan obsesif kompulsif biasanya telah menampakkan gejalanya pada saat penderita menginjak usia remaja atau dewasa awal. Meski demikian beberapa orang telah memunculkan gejalanya sejak usia kanak-kanak. Dalam Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ edisi III), gangguan obsesif kompulsif digolongkan dalam gangguan neurotik dengan kode F.42. Sedangkan pada Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV), gangguan obsesif kompulsif digolongkan ke dalam kelompok gangguan kecemasan. Sebagian besar individu memiliki pikiran yang tidak dikehendaki dari waktu ke waktu, dan memiliki dorongan untuk melakukan perilaku tertentu. Namun hanya sedikit diantara populasi individu yang menderita gangguan obsesi kompulsi, yang merupakan gangguan kecemasan dimana pikiran dipenuhi dengan pemikiran menetap dan tidak dapat dikendalikan yang memaksa individu untuk terus menerus mengulang tindakan tertentu, sehingga menyebabkan distress yang signifikan dan mengganggu keberfungsian sehari-hari (Davison dkk, 2002). Suatu obsesi adalah pikiran, perasaan, ide atau sensasi yang mengganggu (intrusif). Sedangkan suatu kompulsi adalah pikiran atau perilaku yang disadari, dibakukan, dan rekuren seperti menghitung, memeriksa, atau menghindari. Obsesi meningkatkan kecemasan seseorang sedangkan melakukan kompulsi menurunkan kecemasan seseorang. Tetapi jika individu memaksa untuk melakukan kompulsi, kecemasan akan meningkat (Kaplan & Sadock, 1997). Lebih lanjut,

individu dengan gangguan ini menyadari irasionalitas dari obsesi dan merasakan bahwa obsesi dan kompulsi sebagai ego-distonik. Kompulsi adalah perilaku atau tindakan mental repetitif yang mana individu didorong untuk melakukannya dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh pikiran-pikiran obsesif atau untuk mencegah terjadinya bencana. Kompulsi yang banyak ditemui adalah mengupayakan kebersihan dan keteraturan, kadangkala melalui upacara yang rumit yang memakan waktu berjam-jam dan bahkan sepanjang hari, menghindari objek tertentu, melakukan praktek-praktek repetitif, magis dan protektif, seperti menghitung, mengucapkan kata tertentu, mengecek sebanyak 7 kali atau delapan kali untuk memastikan bahwa tindakan yang telah dilakukan benar-benar telah dilakukan (Davison dkk, 2002).

Seorang klien bernama OKV, berusia 24 tahun, berjenis kelamin perempuan dan merupakan anak pertama dari dua bersaudara. Dari hasil auto anamnesa dan allo anamnesa didapatkan bahwa gangguan obsesif kompulsif yang dialami berawal saat ia mendapatkan tugas membuat rangkuman film G30S/PKI pada saat klien berusia 13 tahun. Sejak saat itu klien sering dibayangi oleh film tersebut sehingga beberapa kali mengalami mimpi buruk. Kemudian berkembang menjadi ketakutan jika salah satu anggota keluarganya meninggal. Ketakutan tersebut kemudian membuat klien berpikir bahwa agar keempat anggota keluarga dapat selalu berkumpul bersama dan lengkap, tidak ada yang sakit atau meninggal, maka segala sesuatu juga harus dilakukan sebanyak 4 kali atau kelipatannya, baik itu secara berturut-turut maupun melewati tenggang waktu tertentu. Dengan melakukan segala hal sebanyak

empat kali atau kelipatannya, perasaan klien menjadi tenang. Contoh perilakunya antara lain, secara berturut-turut mengelus cincin sebanyak empat kali, menyalakan tombol lampu sebanyak empat kali, dan lain-lain. Hampir seluruh aktivitas sehari-hari yang dilakukan klien dilakukan sebanyak empat kali. Klien sebenarnya juga merasa terganggu dengan perilakunya, namun ia tidak dapat menghilangkan obsesinya tentang keutuhan anggota keluarganya, sehingga ia juga kesulitan untuk tidak melakukan segala hal empat kali, sesuai dengan jumlah anggota keluarganya.

Proses asesmen dilakukan dengan beberapa metode, yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan inteligensi dan kepribadian dengan menggunakan beberapa instrumen seperti WAIS, tes Grafis, tes Rorschach dan Inventory 16PF. Dari hasil asesmen didapatkan bahwa klien memiliki taraf kecerdasan dalam kategori rata-rata atas. Tidak masalah yang berarti dalam kemampuan kognitifnya. Dalam kehidupan sosialnya klien tergolong orang yang menyenangkan, lembut hati, serta sopan dalam bertindak. Selain itu ia cukup mampu untuk membina hubungan baik dengan lingkungannya, hal ini disebabkan karena ia memiliki kepekaan yang cukup baik dan mampu menyesuaikan diri dengan baik dan terkendali. Ia juga dapat bereaksi dengan baik pada orang lain pada tuntutan-tuntutan emosional yang berasal dari lingkungannya. Akan tetapi ia cenderung tertutup dan tidak mudah mempercayai orang lain. ia memiliki hambatan tertentu dalam membina hubungan interpersonal, sehingga cenderung menempatkan hubungan interpersonal dengan porsi yang kecil. Secara klinis, nampak adanya gangguan obsesi kompulsi yang terkadang menyebabkan klien kurang mampu menikmati kehidupan

keseharian dengan nyaman, oleh karena itu ia selalu berusaha melakukan kontrol yang cermat terhadap segala sesuatu yang dilakukannya. Klien juga memiliki kecenderungan untuk mencurigai orang lain, terutama orang yang terlalu baik terhadapnya. Ia juga mudah dikuasai oleh fantasi dan ketakutan terhadap hal tertentu, lebih dikuasai oleh konflik dan berada dalam kondisi konflik. Hal ini membuatnya mengalami hambatan dalam bertindak dan merasa kurang mampu dalam melakukan sesuatu, sehingga klien menutupi kelemahannya dengan cenderung mencari kompensasi untuk menutupi perasaan kurang mampunya tersebut dengan cara mengungkapkan hal-hal yang rasional. Dalam kehidupan keluarga, klien memiliki persepsi yang baik terhadap figur ibu. Figur ayah yang menerapkan pola asuh demokratis, memberikan kesempatan terhadap klien untuk berkreasi. Konflik Id, Ego dan Super Ego yang kuat memunculkan kecemasan dalam diri klien, akan tetapi adanya usaha untuk memahami permasalahan yang ada, membuat klien mampu memberikan toleransi pada kecemasannya.

### Diagnosa

Berdasarkan hasil asesmen, dapat dilakukan diagnosa multiaksial sebagai berikut:

Aksis I : F42.2 Gangguan Campuran Pikiran dan Tindakan Obsesif

Aksis II : Z.03.2 tidak ada diagnosis Aksis II

Aksis III : Tidak ada (None)

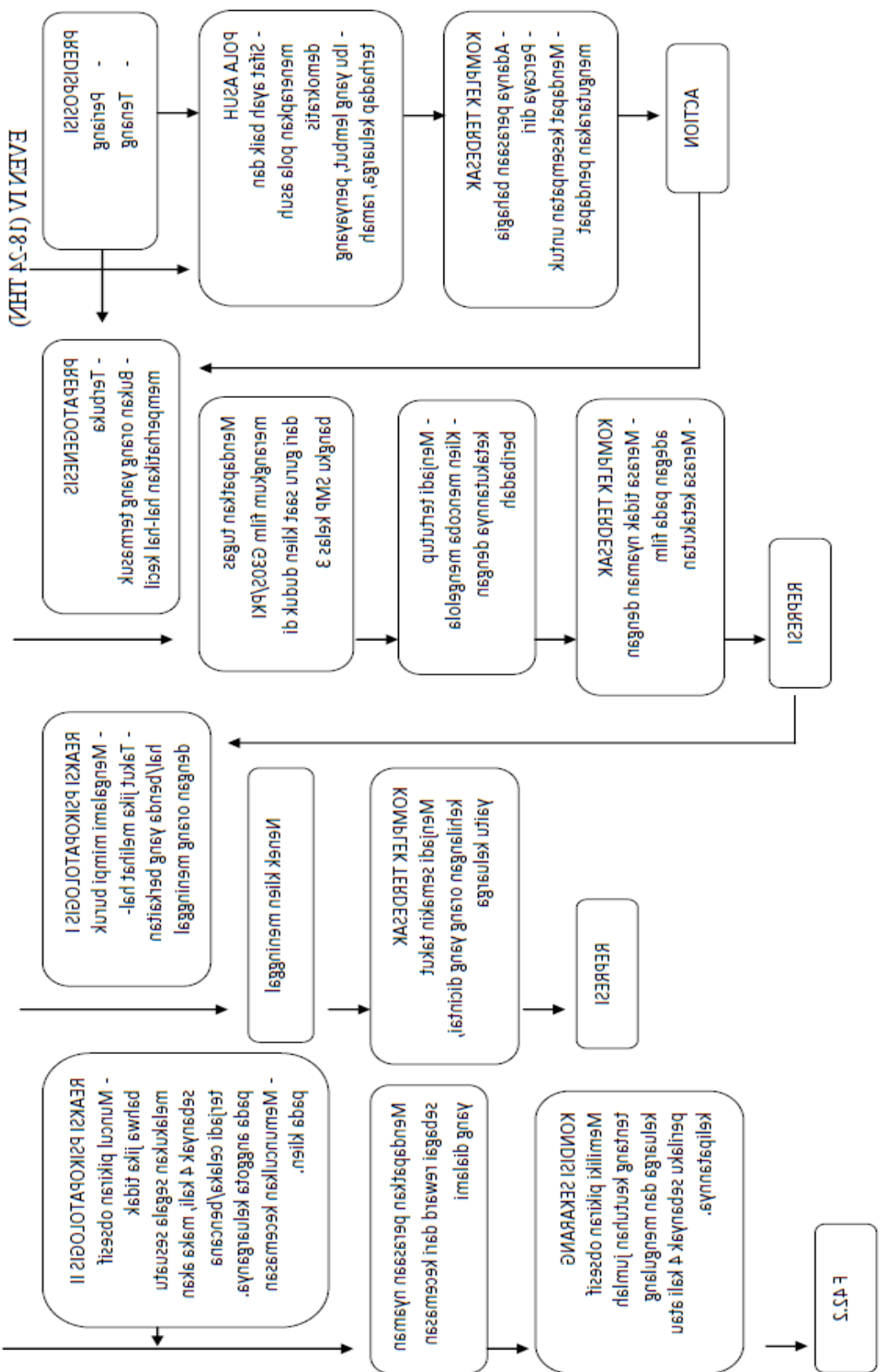
Aksis IV : Tidak ada (None)

Aksis V : 60-51 = Gejala sedang (moderate), disabilitas sedang.

## Prognosa

Berdasarkan hasil pemeriksaan dan diagnosa, maka dapat diperkirakan prognosa kesembuhan dari gangguan yang dialami klien, yaitu Gangguan Campuran Pikiran dan Tindakan Obsesif adalah positif. Yang menjadi dasar prognosa adalah :

1. Memiliki kemauan untuk sembuh dari gangguan yang dialami karena merasa ide-idenya tidak masuk akal dan dirasa telah mengganggu kehidupan keseharian.
2. Adanya dukungan dari anggota keluarga dalam upaya penyembuhan.



**EVEN I (18-24 THN)**  
**EVEN I (1-13 TAHUN)**

**EVEN II (1+10 THN)**

**EVEN III (11 THN)**

**BERLATIHAN PSIKOPATOLOGI OBSESIF KOMPULSI**

Kajian Psikologi Klinis Kelautan beserta kasus-kasus dan permasalahannya sangat diperlukan dalam upaya peningkatan keilmuan di bidang psikologi Klinis Kelautan, dari berbagai kasus-kasus diatas keanekaragaman permasalahan yang muncul dapat melatarbelakangi terjadinya dinamika psikologis. Seiring perkembangan jaman, kajian Psikologi Klinis Kelautan dapat menjadikan bahwa fenomena kasus dapat terjadi dimana saja dan kapan saja. Banyaknya teori-teori dari kajian Psikologi dan Intervensinya dapat menumbuh kembangkan secara luas bahwa simptom-simptom kepribadian seseorang dapat saja muncul ketika ada stimulus dari lingkungan luar yang membuat reaksi dari dalam diri menstabilisasikannya atau malah menolak, bahkan bisa juga menerimanya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andi Iqbal Burhanuddin,. 2011. *The Sleeping Giant*. Brilian Internasional
- Antara, 2009. *90 persen nelayan masih di bawah garis kemiskinan*. Perum. LKBM Antara
- Baihaqi; Sugiarmim. 2006. *Memahami dan Membantu Anak ADHD*. Bandung: Refika Aditama.
- BAPPENNAS,. 2004 *Wilayah kritis keanekaragaman Hayati Indonesia:Instrumen Penilaian dan Pemindaian Indikatif/Cepat bagi pengambil kebijakan*. Deputi Bidang Sumer Daya Alam Dan lingkungan Hidup. Jakarta
- Fanu, IJ. 2010. *Atasi dan Deteksi Ragam Masalah Kejiwaan Anak Sejak Dini*. Jogjakarta: Gara Ilmu.
- <http://www.kaskus.co.id/showthread.php?t=14684244>
- <http://www.merdeka.com/peristiwa/psikolog-kasus-dede-bukti-sukses-bukan-jaminan.html>
- I.S.Slamet.S.dkk. 1993. *Pengantar Psikologi Klinis*. Jakarta: Universitas Indonesia
- Jurnal Psikologi Klinis: Intervensi pada Anak dengan Gangguan Motorik, oleh: Dra. Sri Widati, M.Pd. Tanggal akses: 28 Maret 2012
- Johana E.Prawitasari. 2011. *Psikologi Klinis Pengantar terapan mikro dan makro*. Jakarta: Erlangga
- Marfuah Panji Astuti. Ilustrator: Pugoeh,* <http://www.mail-archive.com/milis-nakita@news.gramedia-majalah.com/msg02650.html> Diakses tanggal 5 April 2012
- Markam, Suprpti Slamet I.S Sumarmo. 2003. *Pengantar Psikologi Klinis*. Penerbit Universitas Indonesia.
- \_\_\_\_\_. 2008. *Pengantar Psikologi Klinis*. Jakarta : Universitas Indonesia (UI-Press).

Maulana; Mirza. 2010. *Anak Autis (Mendidik Anak Autis Dan Gangguan Mental Lain Menuju Anak Cerdas dan Sehat)*. Jogjakarta: Kata Hati.

Pentecost, D. 2004. *Menjadi Orang Tua Anak ADD/ ADHD*. Jakarta: PT. Dian Rakyat.

Prawitasari, J. E. 2011. *Psikologi Klinis (Pengantar Terapan Mikro & Makro)*. Jakarta: Erlangga.

Slamet, Suprpti I.S. & Sumarno Markam. 2003. *Pengantar Psikologi Klinis*. Jakarta : Universitas Indonesia.

\_\_\_\_\_. 2006, *PENGANTAR PSIKOLOGI KLINIS*, Universitas Indonesia, Jakarta

\_\_\_\_\_. 2008. *Pengantar Psikologi Klinis*. Jakarta: Universitas Indonesia

Suparno. 2008. *Psikofarmakologi: dalam Lingkup Psikologi dan Psikiatri*. Malang: Penerbit Percetakan CV. Citra.

Sutardjo, 2007,*PENGANTAR PSIKOLOGI KLINIS*, Refika Aditama, Bandung.

Wiramihardja, Sutarjo A. 2005. *Pengantar Psikologi Klinis*. Bandung: Refika Aditama.

\_\_\_\_\_. 2009. *Pengantar Psikologi Klinis (Edisi Revisi)*. Bandung: PT Refika Aditama.

## INDEKS

### A

*American Psychology Association* 1, 49, 89, 117, 195

*Altruism* 39

*Aritmatic* 135, 138

Asessmen 100, 102, 108, 116-118, 123-124,127, 129, 130,  
132, 143, 144, 148,153, 246

*Autism* 228

### B

*Behavioral medicine* 49, 51

*Behavior therapy* 19, 179

### C

*California Psychological Inventory* 146

*Cognitive behavioral* 120, 131, 165

*Clint centre* 20

### D

*Digit span* 138

*Disgrafia* 218

*Diskalkulia* 218

*Disleksia* 57, 58, 218

Depresi 126, 146

### E

Etika 75,

F

Fenomenologi 131

*Forensic* 78, 89, 91, 93, 95

H

*Humanistic* 20, 173, 236

I

Inquiry 125

*Insight therapy* 19

Intervensi 194, 195, 216, 230

Inventori 147

Impulsifitas 197, 198, 216

N

Neuropsikologi 54, 55, 58, 59, 60, 148, 151

M

*Mental Health* 6-7

Minesota Psychological Inventory 146

O

Objective asesmen 144

Outline Asesesmen 130

P

Psikoanalisis 16, 17, 70, 170, `188, 234

Psikofarmakologi 49, 60,

Psikopatologi 6, 60, 130, 248

Psikoterapi 5, 158, 160, 164, 166, 167

*Psikotic* 64,65,

S

Shizoprenia 161, 139,

Stressor 15, 122

T

Terapi kognitif 184, 185

Treatmen 123, 132, 226

