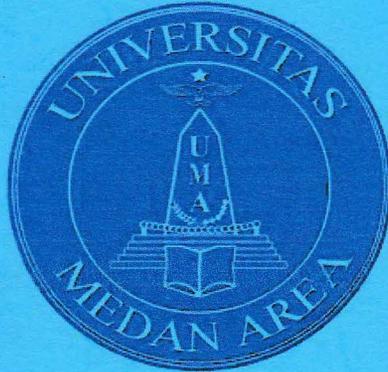


MATERI KULIAH PSIKOLOGI KLINIS

DISUSUN OLEH

Hj. Annawati Dewi Purba, S.Psi, M.Si



UNTUK KALANGAN SENDIRI

KATA PENGANTAR

Dimulai dengan membaca nama Allah SWT pencipta alam semesta yang maha pengasih tak pilih kasih dan yang maha penyayang tak pandang sayang, akhirnya penyusunan materi kuliah Psikologi Klinis ini dapat penulis selesaikan. Materi kuliah ini diharapkan dapat membantu para mahasiswa dalam menelaah dan mempelajarinya

Tersirat dalam lembaran-lembaran ini kami bermaksud mengulas beberapa materi Psikologi Klinis demi meningkatkan ilmu pengetahuan para mahasiswa yang mempelajarinya, namun kami tetap merasa dalam tulisan ini masih terdapat banyak kekurangan baik dari segi materi maupun tata cara penyajiannya. Untuk itu kami mohonkan kritik dan saran dari semua pihak bagi kesempurnaan penyusunan materi kuliah Psikologi Klinis ini.

Akhirnya kami berharap mudah-mudahan materi kuliah ini dapat bermanfaat bagi seluruh mahasiswa setidaknya dapat menjadi studi banding dengan karya tulis yang lain.

Medan, September 2015

Penyusun

Hj. Anna WD Purba, S.Psi, M.Si

BAB I

SEJARAH KELAHIRAN DAN PERKEMBANGAN 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, praktikpraktik supranatural yang dilakukan di daerah-daerah terpencil untuk mengobati orang kemasukan roh atau kesurupan masih banyak dilakukan sebagai suatu cara alternatif 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.

Seyogianya berbicara tentang sejarah Psikologi Klinis, kita tidak melupakan jasa para filosof di zaman Yunani Kuno, yang dapat kita anggap sebagai Bapak dari Psikologi Klinis dan psikologi pada umumnya. Mereka adalah **Thales**, **Hippocrates**, atau **Aristoteles**, sebelum kelahiran **Nabi Isa as.** yang membuat berbagai dugaan mendalam mengenai pemikiran, sensasi dan patologi (Shaffer & Lazarus, 1952).

Pada akhir abad pertengahan kita perlu pula untuk menyebut nama **Philipp Melachton** seorang guru besar di Jerman yang memberikan kuliah tentang perilaku manusia. Yang waktu itu terkenal adalah bahwa penentu perilaku itu adalah Tuhan, malaikat, iblis, dan tentu saja faal tubuh. Tapi ia merasakan bahwa keterangan itu masih belum memadai sehingga akhirnya ia ingat pada **Aristoteles** yang mengemukakan tentang istilah psikologi dalam pengertian yang luas dan umum. Dengan demikian penentu tingkah laku manusia itu sekarang ditambah **Melachton** menjadi lima, yang terakhir adalah psikologi yang membicarakan tentang peranan jiwa terhadap perilaku manusia.

Beberapa tahun menjelang 1890, adalah tahun-tahun penting yang menampilkan psikologi

klinis secara terpisah dari psikologi abnormal atau psikopatologi yang telah dikenal sebelumnya. Untuk Psikologi klinis ini mulai dikenal nama "medical psychology" Pada abad ke 19 mulai dikenal Psikologi Klinis modern,yang antara lain mencatat nama **Philippe Pinel**,seorang Dokter, di mana ia terkejut dengan kejadian yang baginya tidak seyogianya terjadi menimpa penderita gangguan jiwa. Kejadian-kejadian tersebut membuatnya bergabung dengan Asilum *Bicetre dan* kemudian *Solpatriere*. Kurang lebih pada tahun yang bersamaan, di Inggris juga terdapat seorang Dokter yang membangun rumah sakit untuk menangani penderita gangguan kejiwaan dengan mengenalkan apa yang disebut sebagai *liui-nonoett-ecitment*. Namanya adalah **WilliamTuke**.

Di Amerika Serikat, **Eli Todd** merupakan orang yang berhasil menangani penderita gangguan kejiwaan dengan mengemukakan pemeliharaan, penghargaan,dan moralitas sivilisasi.Nama lain yang kemudian menjadi sangat penting di Amerika Serikat,adalah **Dorothy Dix**. Ia selama 40 tahun berkeliling dari negara bagian yang satu ke yang lainnya untuk mengkampanyekan penanganan *humane* bagi peclerita gangguan jiwa dan anak anak ywi(i mengalami keterbelakangan mental.

Trull, 2005, membagi sejarah perkembangan Psikologi Klinis berdasarkan jenis kegiatannya dalam empat bagian, ialah Permulaan (1850-1899), Awal Era Modern (1900 -1919), masa di antara dua perang dunia kedua (1920-1939) dan setelah Perang Dunia Kedua (1940-...) Adapun kegiatan yang dimaksudkan sebagai bagian utarna Psikologi Klinis adalah **diagnosis dan** asesmen, **intervensi, riset, dan profesi**.

Diagnosis dan Asesmen

Masa awal (1850-1899)

Pada awal psikologi klinis lahir, tugasnya ditekankan pada mengases perbedaan antar orang. Orang pertama yang tercatat melakukannya adalah **Francis Galton**, seorang Inggris. Ia menggunakan metode kuantitatif, menyangkut akuitas sensori, keterampilan motor, dan waktu reaksi, yang ia lakukan saat membangun labolatorium antropometrik pada 1882.Selanjutnya tradisi ini dilakukan **McKeen Cattel**,seorang Amerika.Selain ketidaksetujuannya atas **Wilhelm Wundt**, di mana ia menjadi asisten, **Cattel** kembali memberikan perhatian pada masalah perbedaan waktu reaksi ini. Ia yakin,sepertipun Galton, bahwa waktu reaksi merupakan awal dari studi mengenai inteligensi. Matra menurut **Thorndike**, 1997, usaha ini melahirkan istilah *mental tests*. Ia menggunakan 10 sub tes untuk suatu *batteray test*, dan dengan itu **Cattel** berharap dapat menemukan konstansi proses mental,bahkan menduga bahwa tes semacam itu dapat digunakan untuk menseleksi dan melatih orang seperti pun mendeteksi penyakit.Sejarah membuktikan bahwa usaha itu merupakan langkah-langkah awal bagi gerakan pengujian (tes).

Kecenderungan ini juga dilakukan oleh **Emil Kraeplin** pada tahun 1913, dan menjadikannya sebagai salah ciri aktivitas beberapa psikiater waktu itu. Melalui usahanya itu,**Kraeplin** mengajukan gagasan bahwa gangguan itu dapat disebabkan oleh dua tipe penyebab, yakni faktor-

faktor luar (*exogenous, curable*) dan faktor dalam (*endogenous, incurable*). Pendapat ini masih digunakan orang sampai sekarang. Deskripsi dan klasifikasinya bersifat heuristik dan merangsang sejumlah diskusi mengenai psikopatologi.

Advent ke Era Modern (1900 - 1919)

Ciri utama masa ini adalah dikembangkannya pengukuran mental (*mental measurement*) atau pengujian psikologis diagnostik (*mental measurement ordicignosticpsychological testing*), yang landasannya adalah **Galton** dan **Cattell** tetapi pencetusnya adalah **Alfred Binet**.

Binet menyatakan bahwa kunci untuk menelaah perbedaan-perbedaan individual adalah norma dan deviasi dari norma. Karya **Binet** ini mendapat sambutan baik **Theodore Simon** yang selanjutnya menjadi kolaboratornya, dan diajukan kepada pemerintah Paris tahun 1904. Karya kedua orang ini dapat dijadikan alat untuk mengukur keterbatasan kognitif anak untuk keperluan pendidikan (Thorndike, 1997). Untuk secara obyektif mencapai taraf kepercayaan dari berbagai keterbatasan tes ini, maka dibangun *Binet-Simon Scale* pada tahun 1908, yang terkenal dengan nama pengukuran inteligensi (*measurement of intelligence*). **Henry Goddard** membawa **Binet** ke Amerika Serikat dan **Lewia Terman** melakukan revisi untuk Amerika pada tahun 1916.

Upaya serupa dilakukan bagi dibangunnya *personality testing*, seperti pertama-tama dilakukan **Jung** pada tahun 1905, dengan metode asosiasi-kata untuk dapat mengungkap kompleks-kompleks yang tak sadar. Pada tahun 1910 diterbitkan *Ken-Rosonoff Free Association Test*, yang memperlihatkan kemajuan signifikan, meskipun jelas dilandasi oleh **Galton** pada tahun 1879.

Pada tahun 1904, **Charles** mengajukan konsep intelegensi umum (*general intelligence*) dengan istilah *g*. **Edward Thorndike** kemudian melakukan sanggahan dengan mengajukan konseptualisasi yang menekankan pentingnya kemampuan-kemampuan spesifik (*seporoteobilities*),

Memasuki Perang Dunia I pada tahun 1917, dibangun suatu komite yang terdiri atas lima orang anggota *American Psychological Association* (APA) untuk melakukan pemeriksaan medik terhadap anggota Angkatan Darat, yang diketua oleh **Robert Yeerkes**, untuk melihat kemampuan-kemampuannya. Mulai ditemukan *Army Alpha* pada tahun 1917 yang bersifat verbal yang disusul oleh versi non verbal, tes *Army Beta*. Dan **Robert Woodworth** menciptakan *Psychoneurotic Inventory* pada 1917, yang dapat dianggap sebagai inventors pertama untuk mengases perilaku abnormal. Setelah itu dikenal tiga serangkai alat seleksi, yakni: *Woodworth Personal Data Sheet*, *Army Alpha* dan *Army Beta*.

Antara dua Perang Dunia (1920 - 1939)

Adanya perang menimbulkan banyak usaha untuk menciptakan berbagai alat tes psikologi, yang tentunya berhubungan dengan usaha untuk memilih mana orang yang memenuhi syarat dikirim ke medan perang dan mana yang tidak.

Pinter dan **Paterson** mengajukan *Nonverbal Intelligence Scale*. **Arthur Point Scale** kemudian diterbitkan pada tahun 1934, dan pada tahun 1926, teknik *Drawa-Man* dari

Goodenough diterbitkan untuk mengukur inteligensi. Tes bakat musik dari **Seashore** diciptakan, dan pada tahun 1927 dibuat **Strong Vocational Interest bionk**, yang diikuti oleh **Kuder Preference Record**.

Selain diciptakannya berbagai alat ukur, juga pembicaraan teoretis berkembang, antara lain yang dikemukakan **Louis Thurstone** pada tahun 1927 mengenai analisis faktor.

Hal penting lainnya adalah munculnya tes proyektif, melanjutkan asosiasi kata dan lain-lain, yang dikemukakan **Hermann Rorschach** pada tahun 1921, seorang psikiatris dari Swiss, dengan Hama *Psychodiagnostik*. Prinsipnya adalah bahwa jika seseorang berespons terhadap rangsang tak jelas (**ambiguous**), mereka akan menagsosiasikannya dengan pengalaman-pengalaman kehidupan nyata. Kira-kira pada tahun 1937, **Beck, Bruno, dan Klopfer** membuat prosedur skoring mengenai tes *Rorschach* itu. Pada tahun 1939, **L.K. Frank** menamakannya sebagai *projective techniques*.

Pada tahun 1935, **Christian Morgan** dan **Henry Murray** menerbitkan *Themotic Apperception Test (TAT)*, yaitu tes untuk memancing aktivitas, pikiran, dan perasaan pasien melalui gambar-gambar tak jelas. Pada tahun 1938, **Lauretta Gender** melahirkan *Bender-Gestalt test*, yang juga dapat disebut sebagai pengukuran proyektif kepribadian.

Pada Saat Perang Dunia II dan Seterusnya (1940 - kini)

Keberhasilan psikolog klinis dalam membangun tes inteligensi, diikuti pula usaha-usaha memasuki area asesmen kepribadian. Hal ini ternyata ini berlanjut pada asesmen klinis dengan taraf kompleksitas yang tinggi, antara lain dengan usaha untuk menjawab pertanyaan, "*Sampai seberapa jauh taraf ketidakmampuan pasien?*", membawanya pada apa yang disebut *differential diagnosis*. Misalnya, "*apakah taraf pemfungsian pasien ini merupakan hasil dari keterbatasan intelektual yang bersifat konstitusional merupakan proses penyakit?*" seperti skiziforenia yang mengurangi prestasi intelektualnya?" Karena itu digunakan metode baru. Dalam hal ini para psikolog tidak sekedar membaca skor tes inteligensi, melainkan mulai menafsirkan pola prestasinya.

Pada tahun 1943, dibangun *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* yang menggambarkan tes lapor diri yang obyektif yang fungsi utamanya dapat menggambarkan label psikiatris pasien. MMPI lebih populer digunakan daripada *Rorschach*, karena tidak memerlukan teori interpretasi yang unik terhadap skor yang dicapai.

Setelah Perang Dunia Kedua, atau lebih spesifiknya pada tahun 1949, *Wechsler-Bellevue Intelligence Scale* mulai digunakan, yang kemudian disusul dengan *Wechsler Intelligence for Children (WISC)*. Kemudian pada tahun 1955, VVBIS disempurnakan dengan WAIS. Tampaknya, periode antara tahun 1940-an dan 1950-an merupakan periode eksplosif bagi tumbuhnya tes kepribadian, terutama teknik proyektif yang kemudian berkembang menjadi tes klinis. *Rorschach* dan TAT tampil dalam posisi yang utama. Karena itu pula psikolog klinis menjadi terkenal sebagai ahli dalam psikodiagnosis, yakni dalam penggunaan dan penafsiran skor tes sebagai basis untuk

formulasi diagnostik maupun rencana penanganan. Permasalahan sering timbul mengenai nilai obyektif dan subyektif tes untuk dapat secara akurat melukiskan kepribadian dan psikopatologi.

Pengukuran obyektif, seperti MMPI dan revisinya MMPI-2, didasari pendekatan nomotetik untuk mengases di mana skor ditafsirkan dengan menggunakan aturan-aturan dasar empiric yang melibatkan kontras antara skor yang didapat dan skor rata-rata yang didapat dari sampel representatif yang besar. Respons-respons dari tes proyektif, sebaliknya menggunakan pendekatan idiografis, dengan fokus lebih pada individual, dan interpretasi sering dibandingkan dengan teori psikodinamik. Perdebatan diantara keduanya masih berjalan sampai saat ini, tetapi ada pula yang tidak memperdebatkannya, melainkan menggunakannya secara sinergis, meskipun masih perlu dikritisi berhubung dengan adanya dua pendekatan yang berbeda.

Setelah tahun 1950-an masalah tersebut mereda karena berkembang dengan pesat pendekatan keprilakuan melalui mazhab perilaku yang radikal, yang lebih memberikan perhatian dan mempercayai perilaku yang terbuka (*overt behavior*). Asesmen kepribadian kurang diperhatikan dan pada psikolog klinis berbelok ke masalah perilaku terbuka. Tahun 1970-an merupakan kelahiran asesmen keprilakuan. Perilaku diartikan dalam konteks rangsangan atau situasi. Namun hal ini tidak sama sekali melenyapkan asesmen kepribadian. Yang terjadi kemudian adalah munculnya gangguan kepribadian (*personality disorders*), yang bukan sebagai salah satu jenis gangguan perilaku, melainkan sebagai salah satu sistem dalam diagnostik gangguan mental (seperti misalnya dikemukakan **Millon** dalam *Millon Clinical Multiaxial Inventory and The NEO-Personality Inventory*).

Kemudian timbul minas pada asesmen *neuropsychology*, untuk mengevaluasi kekuatan dan kekurangan pasien berdasarkan pada tes hubungan perilaku-otak. Pada tahun 1947-an sebenarnya telah ada tes semacam ini yang dapat dianggap sebagai introduksi, tes inilah yang berusaha untuk mendeteksi kekurangan fungsi otak. **Halstead** pada tahun 1947 memperkenalkan sejumlah baterai tes untuk membantu diagnosis masalah-masalah neuropsikologis. Asesmen neuropsikologis kontemporer secara tipikal melibatkan satu atau dua pendekatan. Beberapa menggunakan kelompok seragam atau baterai tes untuk pasien. Yang lain sejumlah kecil alat test sebagai pengantar dan sebagai tes untuk melengkapi.

Beberapa baterai tes yang terkenal, adalah *Holstead-Reitan*, 1969, dan *Luria-Nebraska Neuropsychological Battery*, 1985.

Akhirnya, bangkit dan semakin populernya pemeliharaan kesehatan yang terkelola pada tahun 1990-an memberikan dampak pada asesmen psikologis. Pemeliharaan Kesehatan Terkendali (*Managed Health Care*), termasuk kesehatan mental dan perilaku, berkembang sebagai respons atas mahalnya biaya pemeliharaan kesehatan. Psikolog yang terlibat dalam pemeliharaan kesehatan ini perlu menguasai tes yang (a) membantu rencana penanganan dengan mengidentifikasi dan secara akurat mengases simtom-simtom problematik, (b) sensitif terhadap perubahan dan peningkatan fungsi klien sebagai hasil penanganan, dan (c) relatif cepat.

INTERVENSI

Masa awal (1850 - 1899)

Pusat perhatian **Kraepelin** adalah pada klasifikasi psikosis. Yang lainnya mencari teknik penanganan penderita neurotik, seperti sugesti dan hipnosis. Terutama **Jean Charcot** yang mendapat penghargaan luas karena menangani penderita histeria dengan simtom fisik, misalnya kebutaan dan kelumpuhan yang tidak jelas mempunyai akar fisik. Ia adalah ahli demonstrasi klinis dramatik dengan pasien-pasien yang dihipnotis. Bahkan ia lebih tepat sebagai seorang ahli hipnotis daripada histeria. Yang lain, seperti **Hippolyte Bernheim** dan **Pierre Janet** mengkritisi kerja **Charcot**. Bagi **Berheim** simtomatologi histeria tidak lain adalah sugestabilitas, sedangkan **Janet** menganggap histeria sebagai manifestasi "*split of personality*" dan juga sebagai degenerasi herediter.

Kemudian kolaborasi antara **Breuer** dan **Sigmund Freud** terjadi, di mana pada tahun 1890-an menangani pasien, seorang gadis yang diberi nama "**Anna O**" yang didiagnosis histeria. Penanganan **Anna O** mengalami banyak tantangan tetapi membawanya pada terobosan teoretis yang melahirkan terapi di tahun-tahun berikutnya. **Breuer** secara ekstensif membicarakannya dengan **Freud**, yang menjadi sangat tertarik, sehingga berangkat ke Paris untuk belajar pada **Charcot**. Pada tahun 1895, **Breuer** dan **Freud** menerbitkan buku *Studies on Hysteria*. Meskipun kerjasama ini makin lama makin menegangkan, namun berhasil melahirkan *psychoanalysis*, suatu perkembangan teori dan penanganan yang paling berpengaruh dalam psikiatri dan Psikologi Klinis.

Menuju Abad Modern (1900 - 1919)

Terdapat beberapa ahli yang berusaha membuat pembaharuan-pembaharuan, antara lain **Clifford Beers** masuk rumah sakit karena mengalami gangguan depresi yang berat di rumah sakit. Sewaktu ditangani di rumah sakit, ia pun mengalami face manik dan mulai membuat catatan-catatan eksperimennya. Ketika ia bebas dari simtom manic-depresi, ia dinyatakan bebas.

Tetapi pembebasan ini tidak mengurangi semangatnya untuk menulis buku mengenai penyalahgunaan penanganan rumah sakit terhadap gangguan mental, dan membangun gerakan masyarakat untuk menentang penyalahgunaan itu. Pada tahun 1908 terbitlah bukunya *A Mind That Found Itself*, yang melahirkan gerakan kesehatan mental di Amerika Serikat.

Tidak lama sebelum buku itu terbit, **Freud** menerbitkan *The Interpretation of Dream*, dan muncullah gerakan psikoanalitik dengan mengemukakan berbagai konsep, seperti *unconscious*, *the Oedipus complex*, dan ego. Kemudian seksualitas menjadi inti dari keyakinan psikologis.

Pendapat **Freud** ini tidak dengan mudah berkembang. Tetapi oleh **Alfred Adler** dan **Carl Gustav Jung** diperhatikan dengan intens. **Freud** menerbitkan buku-buku lainnya, dan muncullah nama-nama terkenal sebagai pengembangnya, antara lain **A.A. Brill**, **Paul Federn**, **Otto Rank**, **Ernest Jones**, **Wilhelm Stekel**, dan **Sandor Ferenczi**.

Kemudian kita akan bertemu dengan **Lighter Witmer** sebagai orang yang pertama mendirikan klinik psikologis, ialah pada tahun 1912 dalam lingkungan Universitas Pennsylvania. Juga

William Healy penting dicatat sebagai orang pertama yang mendirikan klinik bimbingan anak di Chicago pada tahun 1909. Klinik ini digunakan sebagai tempat kerja sama para ahli, ialah psikiater, pekerja sosial, dan psikolog.

Pada tahun 1905, seorang ahli penyakit dalam, **Joseph Pratt** dan seorang psikolog, **Elwood Worcester**, mulai membangun metode diskusi suportif di antara pasien-pasien rumah sakit. Ini merupakan permulaan bagi lahirnya berbagai bentuk metode terapi kelompok yang berkembang mulai tahun 1920 dan 1930-an.

Perang Dunia (1920 - 1939)

Psikoanalisis di awal abad ke 20 terutama diabdikan untuk orang dewasa dan dilakukan oleh mereka yang berlatarbelakang pendidikan kedokteran. Freud berpendapat bahwa psikoanalisis tidak memerlukan pendidikan kedokteran, tetapi adanya klaim yang diakui secara resmi, menyebabkan psikolog mengalami kesukaran memasuki wilayah kegiatan ini.

Karena itu psikologi memasuki kegiatan ini melalui bimbingan bagi anak, terutama di sekolah-sekolah. Pusat perhatiannya adalah pada masalah intelektual, tetapi pada kenyataannya tidaklah mudah untuk memisahkan sisi intelektual dari keseluruhan kehidupan kejiwaan. Karena itulah kemudian psikoanalisis juga menjadi bidang garapan psikolog.

Kecenderungan lain yang terjadi pada masa antara dua peperangan ini adalah *terapi bermain*. Yang secara langsung diderivasi dari prinsip-prinsip Freud dan. Terapi bermain secara esensial merupakan teknik menilai kekuatan kuratif melepaskan kecemasan atau den dam melalui permainan ekspresif. Pada tahun 1928, **Anna Freud**, anak **Sigmund Freud** yang terkenal, menguraikan salah satu metode terapi bermain yang berasal dari prinsip-prinsip psikoanalitik.

Terapi bermain yang lain dikemukakan **J.L. Moreno** dan **S.R. Salvador** pada awal tahun 1930-an, dengan tujuan untuk meningkatkan perhatian. **Frederick Allen**, 1934, justru melahirkan "*passive therapy*" yang kemudian mempengaruhi terjadinya *client-centered therapy*. Pada tahun 1920, **John Watson** menampilkan kasus yang terkenal **Albert** yang sejak kecil takut pada tikus putih, dan mengembangkan gangguan neurotik yang lebih luas. **Marry Cover Jones**, 1924, memperlihatkan bahwa ketakutan semacam itu dapat juga dihilangkan dengan pembiasaan (*conditioning*). Sedangkan **J. Levy**, 1938, telah menemukan "*relationship therapy*".

Ketiga bentuk terapi ini mendorong lahirnya terapi perilaku (*behavior therapy*), yang sangat populer dan berpengaruh pada terapi masa kini

Setelah Perang Dunia II (1940 - kini)

Perang Dunia Kedua juga melahirkan banyak masalah emosional pada manusia. Jumlah dokter dan psikiater terlalu sedikit jika dibandingkan dengan epidemic kesukaran ini. Maka psikolog banyak terjun ke permasalahan ini. Mula mula hanya sebagai asisten saja, dan kemudian ikut Berta dalam terapi kelompok. Di satu pihak melanjutkan fungsi terdahulu, yakni sebagai mental tester, psikodiagnostik, ditambah beberapa tugas lainnya, seperti rehabilitasi, memeriksa

seorang pasien yang dibebaskan dari perawatan setelah psikiater menyatakannya sembuh. Keberhasilan para psikolog atas pelaksanaan tugas itu menyebabkan mereka diterima sebagai partner sederajat,sejawat, bagi para ahli yang telah lebih dahulu. Hal ini antara lain terlihat dari aktivitas para psikolog klinis, yang kalau sebelum tahun 1970 umumnya di bidang asesmen klinis maka setelah tahun 1970-an lebih banyak di bidang terapi. Tanggung jawab psikolog, khususnya psikolog klinis setelah Perang Dunia Kedua lebih besar dan lebih dituntut oleh masyarakat luas.

Banyaknya psikiater dan psikolog Yahudi yang terusir NAZI dari Eropa, dan tinggal di Amerika menyemarakkan kegiatan akademis di bidang kesehatan mental, baik dalam praktek maupun dan terutama dalam diskusi dan seminar. Situasi itu lebih mendekatkan hubungan psikiatri dengan psikolog, sehingga lebih intensif dan ekstensi Baling berbagi ilmu, apresiasi, dan kerja. Terutama menyangkut psikoanalisis sebagai gagasan **Freud**.

Sejalan dengan menjadi pentingnya tes inteligensi, juga osiukoteapoi dan teori kepribadian mulai maju ke latar depan. Pada tahun 1946, **Alexander** dan **Frence** menerbitkan buku yang menyangkut psikoanalitik yang lebih singkat. Tahun 1950, **John Dollard** dan **Neal Miller** menerbitkan *Personality and Psychotherapy*, yang Sering dianggap sebagai terjemahan psikoanalitik pada bahasa teori belajar. **Dollard** dan **Miller** juga menyatakan bahwa Psikoanalisis dan Teori Belajar merupakan suatu gabungan komplementer. Pada tahun 1951, **Carl Rogers** menerbitkan *Client-Centered Therapy* yang menjadi "pesaing" utama psikoanalisis. Yang kiranya sangat penting untuk dipahami, adalah bahwa pada tahun tahun berikut, lahir banyak bentuk terapi yang lebih "kecil, yakni terapi-terapi dengan keperluan khusus dengan waktu yang lebih singkat. Misalnya **Perls** mengajukan *Gestalt Theapy*, 1951. **Franks**, 1953, mengemukakan *Logotherapy* dan hubungannya dengan teori eksistensial. Pada tahun 1958, **Ackerman** juga menerangkan tentang *Family Therapy*, dan tahun 1962, **Albert Ellis** menerangkan tentang *Ratio-Emotive Therapy*. Sekitar tahun 1961, **Eric Berne** mengajukan *Transactional Analysis* atau TA. Lahirnya berbagai macam terapi "kecil" menimbulkan juga reaksi negatif, sebagaimana dikemukakan oleh **Eyeseck** dalam buku tipisnya yang terkenal, *The Effectness of Psychotherapy*. Namun, kaum behavioris mulai mengembangkan metode-metodenya yang lebih "hard headed, seperti dilakukan **Andrew Salter**, 1949, yang menulis *Conditioned Reflex Therapy*, yang menjadi pendorong lahirnya metode-metode desensitisasi. Tahun 1953, **B.F. Skinner** mengembangkan terapi keperilakuan berdasarkan prinsip operan untuk terapi dan intervensi sosial. Demikianlah kalau psikoanalisis dan psikodinamik psikoterpi merupakan awal dari kekuatan dominan, maka terapi perilaku merupakan terapi paling populer di antara para psikolog klinis. Namun perlu dikemukakan beberapa ciri "setelah perang dunia kedua sebagai berikut:

Pertama, banyak terapi terbangun dari mulai pendekatan *cognitive behavioro therapy* yang mendapat dukungan empirik sampai *inner-child therapy*, yang tidak merasa perlu mendapat dukungan empirik. Berhubung dengan terlalu banyak jenis terapi kedl maka muncullah sikap mencari yang paling "mudah" seperti menjadi sikap masyarakat Yunani Kuno di antara psikolog klinis dan psikoterapis, ialah *eclectics*. Mereka menggunakan banyak teknik yang didasarkan

pada banyak orientasi, mendasarkan pemilihannya pada permasalahan khusus yang dikemukakan klien atau pasien. Di pihak lain, banyak psikolog klinis tertarik untuk mengintegrasikan berbagai pendekatan kedalam satu modalitas terapeutik, seperti pun mengidentifikasi faktor-faktor umum yang mendasari pendekatan-pendekatan berbeda untuk penanganan (J.D. Frank, 1971).

Kedua, brief atau *time-effective therapy* merupakan mode intervensi psikoterapeutik yang banyak digunakan dengan berbagai alasan. Banyak penderita yang tidak dapat menyediakan terlalu banyak waktu untuk keperluan terapi, meskipun ada yang berpendapat bahwa untuk menyembuhkan penyakit kita tidak dapat mengajukan keberatan dengan alasan tidak ada waktu. Juga bukan hanya karena kebetulan, banyak terapi yang lebih singkat waktunya ternyata memperlihatkan efektivitas yang tinggi. Sejalan dengan perkembangan terapi singkat itu, juga telah terbentuk bentuk penanganan yang manual, yang dapat menjadi pegangan para klinikus melaksanakan terapi singkat itu. Manualitas ini makin luas berkembang melalui berbagai penelitian dan dapat digunakan untuk masalah-masalah yang makin banyak.

Ketiga, pada tahun 1950-an, banyak klinikus yang bertemi, dengan lebih dari seorang pasien pada satu waktu terapi, yang kemudian dikenal dengan terapi kelompok. Bahkan kemudian mereka lebih banyak memberikan perhatian pada masalah prevensi daripada terapi, dan kemudian membangun *Psikologi Komunitas* pada tahun 1960-an dan *Psikologi Kesehatan* pada tahun 1980-an. Sejumlah psikolog klinis menyediakan pelayanan untuk prevensi masalah kesehatan, masalah kesehatan mental, dan cedera.

Keempat, mulai tahun 1995, daftar "penanganan yang ditunjang secara empirik" berkembang di antara para psikolog klinis, misalnya dalam bentuk *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995.

RISET

Masa Awal (1850 - 1899)

Terdapat dua orang psikolog yang sangat berjasa mengawali kegiatan riset dalam psikologi klinis. Yang pertama adalah **Wilhelm Wundt**, seorang Jerman, yang dikenal sebagai pendiri laboratorium psikologi yang resmi di Leipzig pada tahun 1879. Pada dekade yang sama, di Amerika Serikat, **William James** mendirikan laboratorium yang sama, dan pada tahun 1890 ia membuat buku yang memuat teks klasik dengan judul "*Principles of Psychology*". Karya kedua orang ini menjadi model ilmuwan-praktikus yang kemudian menjadi dasar kegiatan ahli Psikologi Klinis sampai saat ini.

Menuju Era Modern (1900 - 1919)

Dalam periode ini **Ivan Pavlov** dikenal sebagai dosen untuk *condition reflex*, yang berhasil meletakkan dasar bagi psikologi klinis awal dengan *classical conditioning*-nya. Perkembangan yang lain adalah dalam hal perkembangan tes inteligensi, di mana **Binet-Simon** menawarkan

bukti-bukti validitas tes baru mereka pada tahun 1905; dan pada tahun 1916 riset **Terman** atas tes *Binet-Simon* diterbitkan. Pada periode ini pun lahir tes *Army Alpha* dan *Army Beta*.

Di antara Dua Perang Dunia (1920 - 1939)

Reset psikologi klinis **Maiz** merupakan reset yang berada dalam taraf *infancy*. Meskipun demikian lahirnya tes-tes kepribadian dan terutama lahirnya **WBIS** pada tahun 1939 perlu dicatat, sedangkan riset akademik menyangkut Behaviorisme dan Psikologi Gestalt merupakan kegiatan yang perlu dihargai.

Behaviorisme menguatkan para psikolog klinis mengenai kekuatan pembiasaan dalam pengembangan dan penanganan gangguan perilaku. Sedangkan Psikologi Gestalt menekankan pentingnya pemahaman atas keunikan persepsi pasien atas masalah-masalahnya.

Setelah Perang Dunia Kedua (1940 - kini)

Mulai pertengahan tahun 1960-an asesmen dan diagnosis menjadi kurang penting bagi psikolog klinis, karena mereka mulai langsung menangani pasien tidak sekedar mengases dan membuat diagnosis melayani kebutuhan profesi lainnya, seperti psikiater dan guru-guru. Riset di bidang tes inteligensi dan kepribadian, meskipun demikian terus berkembang, baik untuk keperluan psikoterapi maupun untuk penggunaan psikologi di bidang lain, seperti pendidikan dan industri-organisasi.

Demikian juga dengan tes proyektif seperti *Rorschach* dan *TAT*, yang penelitian dan pengembangannya terus menerus dilakukan. Banyak dari studi ini menyangkut sisi validitas dan reliabilitas. Tentu saja penelitian mengenai berbagai macam psikoterapi pun perlu kita catat. Yang terkenal di antaranya adalah **Carl Rogers**, 1951, mengenai efektivitas konseling, laporannya terbit pada tahun 1954 bersama **Dymond**.

Nama-nama lain yang perlu dicatat adalah **Julian Rotter** yang pada tahun 1954, menciptakan *Social Learning and Clinical Psychology*. Kemudian **Wolpe**, 1958, mengembangkan metode *systematic desensitization*, sebagai salah satu dari sekian banyak jenis terapi perilaku. **Arnold Lazarus** dan **Stanley Rachman** juga ikut mendukung gerakan ini.

Banyak jurnal diterbitkan untuk menunjang gerakan ini, baik sebagai alat komunikasi bidang klinis maupun sebagai "laporan" penelitian di bidang itu. Yang paling penting di antaranya, antara lain:

Psychological Assessment

Clinical Psychology: Science and Practice Journal

of Abnormal Psychology

Psychological Bulletin

Behavior Therapy

Psychological Science American Journal of

Psychiatry

Archives of General Psychiatry

Professional Psychology: Research and Practice

Clinical Psychology Review

PROFESI

Awal (1850 - 1899)

Terdapat dua kejadian yang menandai dimulainya profesi psikolog klinis sebagai profes yang

mandiri, meskipun banyak melayani kebutuhan profesi lain, Pertama, adalah didirikannya *American Psychological Association* (APA) pada tahun 1892, dengan **Stanly Hall** sebagai Presiden pertama. Meski jumlah anggotanya di bawah 100 orang, namun profesi psikolog benar-benar berjalan.

Kedua adalah kelahiran Psikologi Klinis, empat tahun sesudahnya, 1896. **Lightner Witmer** merupakan orang pertama yang mendirikan klinik psikologi dalam lingkungan Universitas Pennsylvania. Banyak orang yang mencatat kelahiran Psikologi Klinis dari hari kelahirannya itu. Klinik ini diabdikan untuk memberi penanganan terhadap anak-anak yang mengalami masalah belajar atau yang bermasalah di kelas. Definisi Psikologi Klinis sendiri diajukan **Witmer** dalam jurnalnya yang terbit pada tahun 1912, sehingga ada juga sebagian orang yang menganggap kelahiran psikologi klinis itu pada tahun tersebut.

Nama **Witmer** sendiri lebih sebagai figur sejarah daripada tokoh substantif. Ia tidak mengajukan teori atau metode apapun, namun ia-lah yang memberi nama "psikologi klinis" dan ia pula yang mulai memberi kuliah untuk mata kuliah itu. Juga jurnal Psikologi Klinis yang pertama diterbitkan oleh **Witmer**, *The Psychological Clinic*, yang terbit sampai tahun 1935.

Menuju Era Modern (1900 -1919)

Awal abad ke 20 hanya ditandai oleh sedikit psikolog yang bekerja di luar universitas. Tetapi pada tahun 1906, **Morton Prince** menerbitkan *Journal of Abnormal Psychology*, dan pada tahun 1907, **Witmer** menerbitkan *The Psychological Clinic*. Meskipun hanya dua itu saja, Psikologi Klinis dapat menampilkan identitasnya, yang dikukuhkan pada 1909 oleh **Healy** yang menerbitkan *Juvenile Psychopathic Institute* di Chicago. *The Iowa Psychological Clinic* dimulai tahun 1908, sama dengan tahun **Goddard** menawarkan kegiatan magang (*internships*) di Vineland Training School New Jersey. Dengan jurnal, klinik, dan pemagangan, profesi psikolog klinis mulai menampakkan bentuknya.

Pada 1910 telah ada 222 anggota APA, membayar untuk iuran tahunan sebesar \$ 1. Tahun 2003, iuran tahun anggota menjadi \$ 236, tidak termasuk \$110 biaya asesmen khusus untuk psikolog - psikolog pemeliharaan kesehatan. Perhatian APA masih lebih banyak ke psikologi sebagai ilmu, bukan sebagai profesi. Pada saat yang sama pelayanan pengetesan mulai marak, dan universitas-universitas berespons dengan menyelenggarakan kursus dan telaahan dengan keterbatasan-keterbatasan kognitif. Akhirnya, pada tahun 1919, seksi pertama Psikologi Klinis dibangun dalam lingkungan APA. Perang Dunia kedua mendorong tumbuhnya gerakan pemeriksaan psikologi, yang bagaimanapun melahirkan profesi baru.

Di antara Perang Dunia I dan II (1920 - 1939)

APA menyatakan misinya untuk mengembangkan psikologi sebagai ilmu. Pada akhir 1920-an psikolog yang berorientasi klinis menjadi gelisah dan meningkat untuk menclapkatkan pengakuan atas peran dan minas uniknya dari APA. Pada tahun 1931, Seksi Klinis APA

membangun suatu komite untuk *standard training*, dan pada tahun 1935, Komite APA untuk *standard training* mendefinisikan Psikologi Klinis sebagai "seni dan teknologi yang bersangkutan dengan masalah-masalah penyesuaian manusia" (Reisman, 1976). Namun ini meragukan, dan saat ini banyak psikolog klinis yang menolak definisi itu.

Pada tahun 1936, **Louitt** menerbitkan buku Psikologi Klinis pertama, dan pada tahun 1937, menerbitkan *Journal of Consulting Psychology and Clinical Psychology (JCCP)*, yang banyak memuat hasil riser pada psikolog klinis. Kejadiankejadian itu mendorong timbulnya Psikologi Klinis sebagai profesi.

Kecenderungan lain terjadi dalam bidang perkembangan. Tes psikologi ternyata menjadi kegiatan yang bernilai finansial. **James McKeen Cattell** mendirikan Korporasi Psikologi pada tahun 1921 untuk mengembangkan dan memasarkan tes-tes psikologis (terutama untuk mereka yang berminat pada industri). Jadi, uang sudah menginvasi menara gading psikologi. Misalnya dengan \$75,000 memungkinkan **Morton Prince** melahirkan *the Harvard Psychological Clinic* pada tahun 1927. Psikolog klinis di masa itu berbeda banyak dengan yang ada sekarang ini.

Psikolog, dan khususnya psikologi klinis, di Amerika Seri katterli bat dalam menyeleksi warga a negara yang cocok untuk melaksanakan tugas militer. Selain dapat berfungsi di situ, para psikolog pun mendapat kesempatan untuk melakukan riset dan mendapat tambahan keahlian. Keahlian dan keterampilan ini membuat psikolog klinis berpisah dari psikiater. Keuntungannya adalah bahwa identitas psikolog klinis makin terlihat. Lebih dari 1.700 psikolog terlibat dalam Perang Dunia II dan kemudian kembali ke kehidupan sipil dengan peningkatan kepercayaan dirinya atas kemampuannya dan determinasi untuk membangun profesi.

Hal tersebut menarik perhatian pemerintah untuk meningkatkan masalah kesehatan mental setelah Perang Dunia II, Hal ini didukung oleh Veteran Administration (VA). Badan ini menyatakan adanya beribu-ribu orang yang mengalami trauma perang yang membutuhkan penanganan ahli kesehatan mental. Bahkan VA pula yang berinisiatif untuk menyelenggarakan berbagai pelatihan bagi para psikolog klinis untuk meningkatkan dan terutama menyesuaikan keahlian psikolog klinis dengan masalah-masalah nyata yang dialami penderita. Apa yang disebut penderita ini ternyata tidak hanya para prajurit, melainkan warga sipil yang anggota keluarganya mengabdikan di bidang militer.

Perlu pula diingat, bahwa pada masa ini muncul gagasan dari **Sharkow** untuk membangun program Doktor Psikologi, yakni kira-kira tahun 1947, dengan maksud untuk mempercepat pendidikan bagi ahli psikologi klinis, yang sebelumnya harus melalui Ph. D., kemudian mengikuti pelatihan dan magang selama kurang lebih 2 tahun, sehingga untuk mulai bisa praktek is mesti menyelesaikan pendidikan selama 9 tahun. Dengan menempuh D.Psy. waktu untuk praktek bisa dihemat satu tahun.

Pada tahun 1949 sebanyak 42 lembaga pendidikan menyelenggarakan program doktor psikologi klinis. Hal yang penting juga, adalah bahwa pada tahun 1945, Connecticut menjadi negara bagian pertama yang menerapkan undang-undang sertifikasi untuk psikolog. Dan dalam tahun-

tahun berikutnya *American Board of Examiners in Professional Psychology (ABEPP)* memberikan sertifikat untuk kompetensi profesional klinis yang memiliki gelar Ph.D. Pada tahun 1949, *Educational Testing Service* dimulai. Pada tahun 1953, dipublikasikan *Ethical Standards*, suatu peta prestasi dalam kodifikasi perilaku etis psikologis dan suatu langkah besar untuk melindungi masyarakat.

Dalam tahun 1949 pula di Boulder Colorado diselenggarakan konferensi yang antara lain mengemukakan secara eksplisit *scientific-practitioner model* untuk pelatihan psikolog klinis yang menjadi prinsip petunjuk untuk pelatihan manapun. Ada lima hal yang menjadi acuan dalam hal ini, yakni: (a) psikolog klinis akan menyelenggarakan pelatihannya dan departemen-departemen di universitas; (b) mereka akan dilatih pertama-tama sebagai ilmuwan dan kemudian baru sebagai klinikus; (c) mereka akan dibutuhkan untuk melakukan magang klinikus; (d) mereka akan mencapai kompetensi diagnosis, psikoterapi, dan riset; dan (e) kulminasi pelatihan mereka adalah gelar Ph.D. yang meliputi kontribusi riset original di lapangan.

Pertumbuhan Profesi (1970 - Sekarang)

Dalam bidang asesmen, intervensi, dan riset, Psikologi Klinis telah berkembang dengan cepat. Psikologi Klinis ini berkembang menjadi ilmu perilaku sejak tahun 1960-an. Fokus perhatian telah bergeser dari mencari sifat atau faktor-faktor internal dalam diri individu yang menjadi penyebab gangguan menjadi faktor-faktor luarnya yang membentuk perilakunya. Pada akhir tahun 1960-an perjalanan ke berubah perilaku yang tidak diinginkan mulai menjadi tajam dalam psikoterapi (dan insight dirancang menjadi memproduksi) menjadi pembiasaan dan pengubahan kontingensi penguatan. Jurnal riset penuh oleh artikel mengenai metode-metode obyektif mengases perilaku dan cerita pendekatan-pendekatan keprilakuan untuk penanganan setup hal dari alkoholisme, disfungsi seksual, dan kekurangan keberanian sampai obesitas, merokok, dan kesepian. Kunci keseluruhannya terletak tidak pada pikiran-pikiran klien melainkan perilakunya.

Beberapa mempertanyakan, apakah sifat-sifat benar-benar fiksi dan tidak ada nilai gunanya? Dapatkah analisis dan metode keprilakuan dapat digunakan untuk segala hal. Banyak orang yang menyatakan tiadak, dan pada tahun 1970-an kognisi makin mendapat pasaran. Dan sekarang banyak orang berbicara tentang *cognitive-behavior methods* (Goldfried & Davison, 1976).

Pada waktu yang bersamaan, bidang psikologi komunitas, yang pada tahun 1960-an tampil dalam psikologi klinis, tidak sepenuhnya memenuhi harapan. Kemudian pada tahun 1980-an kegiatan preventif tampil lebih menonjol dalam bentuk psikologi kesehatan. Segala konsep, metode, dan kecenderungan dalam 35 tahun terakhir ini membangun wujud psikologi klinis.

Skisme tahun 1988-an

Dalam APA, selalu terdapat konflik, kadang-kadang akrimonius, antara klinikus dan sejawat-sejawatnya. Sering konflik ini menempatkan *scientist-practioner* berada di tengah-tengah. Pada 1988-an, sayap akademik-saintifik dari APA tampak menuntut bahwa APA dikendalikan praktisioner, yang menggunakan kekuatannya untuk mempromosikan minatnya. Minat keilmuan, dipindah oleh tujuan bahwa mereka secara esensial guildlike. APA dipenuhi permasalahan profesional, seperti menulis resep, hak-hak di rumah sakit, pertanyaan-pertanyaan reimbursement, pembuatan lisensi, tindakan hukum melawan prikiatri, clan lain-lain. Kaena itu muncul organisasi tandingan, seperti *American Psychological Society*, pada tahun 1988 yang didirikan oleh 22 mantan Presiders APA. Arah kebijakan APS tampaknya adalah keilmuan. Organisasi ini memiliki satu lembar berita (*news letter*), *The Observer*, satu buletin pekerjaan, dan tiga jurnal ilmiah, ialah *Psychological Science*, *Psychological Science in Public Interest*, dan *Current Directions in Psychological Science*. Tujuan organisasi barn, yang beranggota 13.000 orang ini, adalah:

1. Mengembangkan disiplin psikologi.
2. *Preserve the scientific base of psychology.*
3. Meningkatkan pemahaman publik mengenai ilmu psikologi dan aplikasinya.
4. Mengembangkan kualitas pendidikan.
5. Menggali "*the giving away*" psikologi dalam minas publik.

Pada tahun 2002, APA yang berorientasi lebih pada praktisioner mengumumkan versi *Ethical Principle of Psychologists* dan *Ode of Conduct* yang efektif pada 1 Juni 2003, yang pada asarnya membicarakan tentang kejadiankejadian penting dalam Profesi Psikologi Klinis. Secara singkat dapat dikemukakan mengenai model training optimal untuk Psikolog Klinis kontemporer, dampak revolusi pemeliharaan kesehatan dan pemeliharaan terkelola terhadap klinikus, dan hak memberikan resep kepada psikolog klinis. Tampaknya akan terdapat perubahan-perubahan mendasar pada psikologi dan Psikologi Klinis dalam tahun-tahun berikut ini, yakni menyangkut anggapan dasar atau asumsi mengenai apa hakikat manusia.

BAB II ASUMSI TERHADAP PSIKOLOGI KLINIS

Psikologi Klinis ialah salah satu bidang psikologi terapan selain Psikologi Pendidikan, Psikologi Industri, dan lain-lain. Psikologi Klinis menggunakan konsep-konsep psikologi abnormal, psikologi perkembangan, psikopatologi dan psikologi kepribadian, serta prinsip-prinsip dalam asesmen dan intervensi, untuk dapat memahami dan memberi bantuan bagi mereka yang mengalami masalah-masalah psikologis, gangguan penyesuaian diri dan tingkah laku abnormal.

Definisi dan Ruang Lingkup Psikologi Klinis

Dalam cakupan yang lebih luas Psikologi Klinis adalah bidang psikologi yang membahas dan mempelajari kesulitan-kesulitan serta rintangan-rintangan emosional pada manusia, tidak memandang apakah ia abnormal atau subnormal. Psikologi Klinis menepungkan 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 dan intelektual (Yap Kie Hien, 1968)

Menurut Phares (1992), psikologi klinis menunjuk pada bidang yang membahas kajian diagnosis, dan penyembuhan (*treatment*) masalah-masalah psikologi gangguang (*disorders*) atau tingkah laku abnormal.

Pemberian arti yang luas dikemukakan oleh American Psychological Association, yang secara resmi mengemukakan bahwa:

The field of clinical psychology involves research, teaching, and services relevant to the applications of principals, methods and procedures for understanding, predicting and alleviating intellectual, emotional, biological, psychological, social and behavioral maladjustment, disability and discomfort, applied to a wide range of client populations (Resnick, 1991, dalam Nietzel et. Al. 1998:3)

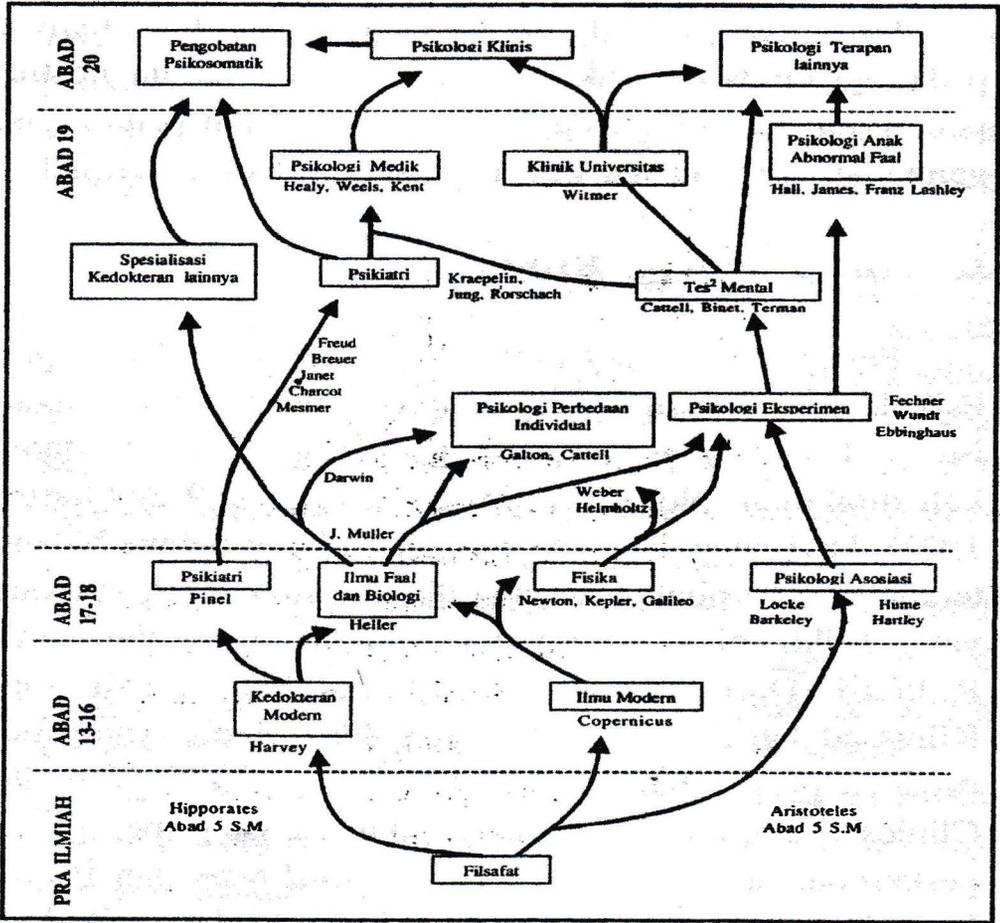
Dari pengertian dan definisi di atas terlihat bahwa psikologi klinis mencakup asesmen atau psikodiagnostik, penelitian, dan terapi bagi masalah-masalah psikologis, gangguan penyesuaian diri, maupun perilaku abnormal

Istilah "Psikologi Klinis"

Penggabungan istilah "Psikologi" yang terkait dengan Psikologi Akademik atau psikologi sebagai ilmu, dengan istilah "Klinik" yang artinya tempat orang berobat, pertama kali dilakukan oleh L. Witmer (Arieti, 1959 & Phares, 1993). Dari penggabungan ini dapat dilihat bahwa bidang terapan ini berpijak pada dua disiplin ilmu yang berbeda yakni Psikologi Akademik dan Kedokteran — khususnya Psikiatri. Dari Gambar 1. 1. terlihat bahwa Psikologi Klinis adalah gabungan dari Psikologi Medis (yang merupakan perkembangan dari Psikiatri), dan "University Clinics" yang didirikan oleh L. Witmer yang merupakan perkembangan lebih lanjut

dari *mental tests* dan Psikologi Eksperimental, atau Sering juga disebut psikologi "akademik", psikologi sebagai ilmu.

Klinik Psikologi atau '*Psychological Clinic*' pertama kali didirikan Witmer pada tahun 1890. Pada klinik ini tugas psikolog ialah memben'ksa anak-anak yang mengalami kesulitan menerima pelajaran. Klinik Psikologi pada waktu itu tidak bergerak sebagai badan pelayanan bagi orang sakit atau orang-orang yang mengalami gangguan penyesuaian diri. tetapi merupakan badan pendidikan. Beberapa tahun kemudian Lightner Witmer juga mendirikan '*Psychological Clinic*' di rumah sakit di Pennsylvania, di mana kepada para pasien rumah sakit tersebut diberikan '*mental tests*'. Pada waktu itu hampir semua tes merupakan tes inteligensi, misalnya tes dari Binet dan Simon, Cattell, dan sebagainya. Mungkin sejak itulah Psikologi Klinis dikaitkan dengan pemberian tes-tes pada orang-orang sakit di rumah sakit.



Gambar I.I. Latar belakang sejarah psikologi klinis (Diterjemahkan dari: Arieti 1959)

Oleh karena berasal dari dua disiplin yang berbeda Psikologi dan Psikiatri — maka timbul beberapa masalah dalam Psikologi Klinis, yakni dalam hal identitas, definisi istilah-istilah dan kewenangan melakukan psikoterapi.

Beberapa masalah tentang identitas seorang Psikolog Klinis muncul. Apakah ia lebih merupakan seorang *scientist* sesuai dengan latar belakang psikologi akademik ataukah lebih merupakan seorang sesuai dengan practitioner yaitu sesuai dengan latar belakang medis? Apakah sebaiknya seorang psikolog klinis adalah seorang ilmuwan dan praktisi (*scientist-practitioner*)?

Seringkali Psikologi dan Kedokteran menggunakan istilah-istilah yang sama, misalnya emosi, kesadaran, pe-inikiran, stereotipi, dan lain-lain. Kedua disiplin ini memiliki penjelasan dan perincian yang berbeda untuk istilah-istilah tersebut. Sebagai contoh, kalangan psikiatri memandang emosi sebagai sesuatu yang sifatnya umum dan yang bertentangan dengan rasio. Kalangan psikologi berpendapat bahwa emosi ada bermacam-macam dan bergantung pada penilaian (rasional) atas suatu situasi yang dihadapinya, jadi membahas pengalaman-pengalaman emosi spesifik

Dalam hal penerapan, terjadi tumpang tindih antara psikolog klinis, psikiater dan kini juga neurolog, sarjana keperawatan, sarjana antropologi medis dalam cara pemeriksaan individu. Tumpang tindih dalam objek studi seringkali menimbulkan konflik-konflik antar profesi yang hanya dapat diatasi jika dapat diadakan kerja sama interdisipliner secara baik.

Oleh karena Psikolog Klinis tidak mempunyai pendidikan dasar Kedokteran, maka hak seorang Psikolog Klinis untuk memberikan psikoterapi sekitar tahun 1950-1980 seringkali dipermasalahkan. Istilah psikoterapi kini semakin luas artinya dan telah mengubah pandangan lama bahwa psikoterapi hanya dapat dilakukan oleh Psikiater. Ada pendidikan formal yang biasanya dilakukan di universitas untuk tujuan memperoleh gelar, dan ada pendidikan praktik yang dilakukan dalam institusi untuk menunjang keterampilan-keterampilan khusus yang terkait dengan psikoterapi dan asesmen psikologik. Untuk pendidikan praktik, yang⁸ berperan penting ialah organisasi profesi.

Psikologi Klinis, Bidang-bidang Kajian Terkait, dan Profesi-profesi Pemberi Pertolongan (*Helping Professions*) Lainnya

Yap Kie Hien (1968) mengemukakan beberapa istilah lain untuk Psikologi Klinis. Istilah-istilah ini tidak sepenuhnya memiliki arti yang sama karena tiap istilah mewakili aliran berbeda. Istilah-istilah tersebut adalah Psikopatologi, Psikologi Abnormal, Psikologi Medis, Patopsikologi dan Psikologi Mental Health.

Psikopatologi, adalah bidang yang mempelajari patologi atau kelainan dari proses kejiwaan. Istilah ini digunakan dalam lingkungan psikiatri. Psikopatologi sebenarnya tidak termasuk psikologi klinis, walaupun demikian seorang psikolog klinis harus

menguasai Psikopatologi untuk dapat berhasil dalam pekerjaan diagnostiknya.

Psikologi Medis, merupakan 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, berpikir, pengamatan, afek Beserta kehidupan perasaan pada manusia normal. Pengetahuan menyeluruh tentang fungsi normal pada individu ini akan menjadi dasar dalam mengenali kejiwaan yang terganggu.

Psikologi Abnormal, istilah ini baru populer pada tahun 50-an. Nama ini diciptakan oleh psikolog-psikolog yang ingin mengklasifikasikan keadaan yang tidak normal yang mungkin terjadi pada individu. Salah satu contohnya adalah inteligensi: IQ normal ialah antara 90-110 di atas angka ini ialah supranormal, di bawahnya subnormal, yang digolongkan lagi menjadi *dull-normal*, *debit* dan *imbecil*.

Psikologi Konflik dan *Pato-Psikologi*, kedua nama ini diusulkan untuk menunjukkan bahwa seseorang yang membutuhkan pertolongan psikolog tidak selalu 'sakit.' Pertolongan psikolog dapat diberikan kepada mereka yang mengalami kesulitan, misalnya konflik, ketegangan, dan sebagainya yang dapat mengganggu keseimbangan. Kesulitan ini belum terlalu akut sehingga individu belum perlu dikatakan 'sakit'. Kadang-kadang manifestasi dari konflik pada seseorang justru merupakan tanda dari suatu keadaan yang lebih tinggi dari normal. Keberadaan konflik merupakan sesuatu yang inheren dan tidak dapat dihindarkan dalam kehidupan dan perkembangan manusia, khususnya dalam masyarakat yang dinamis dengan sistem nilai yang sering berubah.

Mental Health dan '*Mental hygiene*..' Istilah *mental hygiene* lebih dekat dengan bidang kedokteran. Istilah ini lebih banyak membahas dari segi penyembuhan. *Mental health* lebih banyak membahas dari segi preventifnya. *Mental hygiene* bertugas mempertahankan dan memelihara kesehatan mental dan mencegah terjadinya gangguan mental. Dalam praktiknya, *mental hygiene* mencakup juga penyembuhan sedini mungkin atas gangguan mental, membahas tentang bagaimana mempertahankan dan memelihara kesehatan mental dan mencegah terjadinya gangguan mental. *Mental hygiene* ialah suatu ilmu yang positif, normatif dan praktis.

Disebut ilmu positif karena bertujuan membangun suatu keadaan jiwa yang sehat, sedangkan normatif karena mempunyai standar tertentu yang ingin dicapai, yaitu *mental health*. Disebut praktis karena prinsip-prinsip kesehatan jiwa ini dibuat untuk dapat diterapkan keseluruh masyarakat. *Mental health* merupakan kemampuan seluruh aspek kepribadian untuk berfungsi secara penuh dan harmonis. Untuk dapat mencapai fungsi penuh dan harmonis ada tiga syarat yaitu: (1) ekspresi penuh dari 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)

Dalam hal penerapan bidang kesehatan mental (*mental health*), antara berbagai profesi Ahli psikologi Klinis, Psikiater, *counseling psychologists*, psikolog sekolah, psikolog rehabilitasi, dan tenaga lain terjadi tumpang tindih. Semua profesi ini juga memberi bantuan bagi individu yang mengalami gangguan penyesuaian diri. Profesi-Profesi ini disebut sebagai *helping professions*, dan tiap profesi memiliki keunggulan masing-masing. Psikiater sebagai dokter, berkompentensi untuk memberi resep obat. *Psikolog Konseling* unggul dalam menerapkan teknik-teknik konseling dan lebih banyak berkecimpung dengan orang-orang yang relatif normal. Psikolog Sekolah mengkhususkan diri pada permasalahan-permasalahan sekolah dan pendidikan di sekolah. Psikolog rehabilitasi berkecimpung di bidang rehabilitasi di rumah sakit atau dalam institusi rehabilitasi, untuk memulihkan kondisi fisik dan mental pasien-pasien pascaoperasi, pasca-stroke dan lain-lain.

Tenaga dalam bidang kesehatan mental dapat merupakan tenaga berlatar belakang akademik, dapat juga merupakan sukarelawan yang telah mengikuti berbagai macam pelatihan sesuai dengan kebutuhan.,

Ruang Lingkup dan Perkembangan Psikologi Klinis

Telah dikemukakan di atas bahwa Psikologi Klinis mencakup asesmen, intervensi dan penelitian. Di luar negeri kemandirian Psikologi Klinis sebagai suatu profesi dalam praktik Psikologi Klinis didukung oleh organisasi profesi Psikologi Klinis, diterbitkannya jurnal yang memuat penelitian-penelitian Psikologi Klinis, didirikannya program studi untuk Psikologi Klinis yang didukung organisasi profesi, dan lain-lain.

Tabel 1.1 menggambarkan sejarah dan perkembangan Psikologi Klinis (disarikan dari Phares, 1992), yang berkaitan dengan asesmen, penelitian, intervensi dan organisasi profesional. Terlihat dari tabel tersebut bahwa pada tahun 70-an orientasi dalam bidang penelitian adalah pada pendekatan behavioral. Dalam bidang, intervensi orientasi perkembangannya adalah pendekatan komunitas

Tabel 1.1. Sejarah dan Perkembangan Psikologi Klinis

<i>Tahun</i>	<i>Assesmen + Penelitian</i>	<i>Intervensi</i>	<i>Profesi</i>
1848	Wundt (1879)	Dix: RS Jiwa (1848)	
1882	Galton: Lab. Anthropometris		
1890	Cattell: mental test		
1892			A. Psychol. Ass
1895		Breur & Freud: <i>Studies in Hysteria</i>	
1896			Witmer: <i>Psychol. Clinic</i>
1900*		Freud: Interpretasi mimpi	
1904	Binet: Tes inteligensi		
1905	Jung: Tes Asosiasi kata		
1908		Beers: <i>Mental Hygiene Movement</i>	
1909		Healy: <i>Child Guidance Clinic</i>	
1913	Kraepelin: Diagnostik Psikiatrik		
1916	Terman: Tes Inteligensi		
1917	<i>Army Alpha Test</i> (Yerkes)		
1920		<i>Conditioning of fear</i> (Watson & Rayner)	
1921	Tes Rorschach		
1927			<i>Harvard Psychol Clinic</i> (M. Prince)
1932		Terapi Kelompok (Moreno)	
1935	TAT (Murray)	(Psikodrama)	
1937	Tehnik Proyeksi (Frank)		<i>Journal of Consulting Psychology</i>

Tabel 1.1. Lanjutan

<i>Tahun</i>	<i>Assesmen + Penelitian</i>	<i>Intervensi</i>	<i>Profesi</i>
1938	Tes Bender Gestalt		
1939	WBIS (Wechsler)		
1943	Tes MMPI (Hathaway)		
1946			Dukungan nasional di USA untuk Psiklinis
1947	Tes Neuropsikologi (Halstead)		<i>Scientist-Practitioner (Boulder Conference)</i>
1950		<i>Personality & Psychotherapy (Dollard + Miller)</i>	
1951		<i>Client-Centered Therapy (Rogers)</i>	
1952	Kategori Psikiatri Eysenck	Eysenck: Kritik terhadap Psikoterapi	
1953		Prinsip-prinsip operan dalam terapi (Skinner)	APA: Ethical Standards
1954	Penelitian: Rogers, Rotter		
1958		<i>Systematic Desensitization (Wolpe)</i>	
1965		<i>Community Psychology Movement</i>	
1968			Program Psikologi Doctor
1970	Behavioral/Assessment		

(Disarikan dari Phares, 1993).

Pendidikan dan Praktik Spesialis Psikologi Klinis

Tahun 1973 American Psychological Association (APA), Amerika Serikat mengusulkan peran Psikologi Klinis sebagai *scientist-practitioner*. Ini menyebabkan pada sekitar tahun 1970-1980 dasar kompetensi untuk kewenangan praktik psikologi klinis adalah pendidikan tingkat S3 atau Ph.D. Sesudah itu baru dapat diatur kewenangan praktik. 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 *professional schools* yakni pelatihan-pelatihan yang relatif singkat untuk memperoleh keterampilan dalam salah satu bidang psikologi klinis seperti *short term psychotherapy, family therapy*, dan lain-lain.

Untuk mengatur kewenangan praktik, Amerika Serikat memiliki American Board of Professional Psychology (ABPP) yang pada tahun 1968 menyelenggarakan ujian dan observasi untuk memberi sertifikat (*certificate*) bagi psikolog yang akan melakukan praktik psikologi klinis, psikologi konseling, psikologi industri dan psikologi sekolah. Sertifikat ini diberikan setelah seorang psikolog mengikuti lima tahun pengalaman pascasarjana (Postdoctoral). Namun pembuatan sertifikat ini ternyata tidak menghalangi terjadinya praktik-praktik psikologi yang dilakukan oleh nonpsikolog. Hal ini terjadi karena praktisi-praktisi ini tidak terikat pada kode etik psikolog. Untuk melindungi masyarakat dari praktik-praktik ini maka dirancang prosedur ujian untuk licensing/memperoleh *licence* atau izin praktik. Program ini mengatur kompetensi-kompetensi spesifik yang boleh dipraktikkan seorang psikolog sesuai dengan pelatihan yang didapatnya. *Licence* merupakan izin praktik psikolog yang memiliki masa berlaku tertentu. Untuk memperpanjang *licence* nya, seorang psikolog harus mengikuti pendidikan lanjutan (*continuing education*).

Di Amsterdam pendidikan spesialis sudah dimulai sejak tingkat S1 (J.deWit, 1993). Seorang mahasiswa jurusan psikologi memperoleh dasar yang sama dalam 2 tahun dan dijuruskan ke beberapa cabang spesialis termasuk psikologi klinis pada 2 tahun terakhir. Untuk mendapat gelar Psikologi Klinis tingkat S2/M.Sc., mahasiswa perlu menjalani 2 tahun berikutnya, dan persyaratannya adalah psikologi kesehatan. Kewenangan praktik baru diperoleh setelah S2/M.Sc. Pada masa pendidikan ini mahasiswa mendapat pelatihan praktik dibawah supervise. Setelah lulus pendidikan ini barulah mahasiswa memperoleh kewenangan praktik.

Pendidikan Psikologi dan Psikologi Klinis di Indonesia

Pendidikan Psikologi di Indonesia dipelopori oleh 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 ada 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 studi 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 oleh Fakultas Kedokteran (lihat table 1.2).

Program 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 program Studi Psikologi dimulai sebelum tahun 1960, dibina oleh para 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 (sekarang Psikologi Industri dan Organisasi) kemudian diperkuat oleh A.S. Munandar. Bagian Psikologi Sosial dirintis oleh Marat kemudian dipimpin oleh Z. Jossoef. Setelah kepergian Liepokliem ke Australia, bagian Psikologi Klinis dan Psikoterapi berganti lagi menjadi bagian Psikologi Klinis dan Konseling dipimpin oleh Yap Kie Hien (1960-1969). Namun dengan adanya pengertian yang luas tentang Psikologi Klinis maka nama bagian Psikologi Klinis-Konseling berganti lagi menjadi bagian Psikologi Klinis.

Sejak tahun 1992, pendidikan akademik dan pendidikan profesi psikolog dipisahkan untuk memungkinkan sarjana psikologi meneruskan ke bidang lain yang mereka minati. Sebelumnya, sarjana psikologi adalah juga psikolog' karena pendidikan praktik digabungkan pendidikan akademik. Sejak tahun 2000, suatu forum menyepakati bahwa prasyarat bagi pendidikan profesi psikolog agar dapat melakukan praktik psikologi adalah tingkat S2, namun hal itu baru diberlakukan di UI saja. Forum ini terdiri dari Dekan-dekan Fakultas Psikologi — yang kini telah mencapai lebih dari 20 Fakultas Psikologi negeri dan swasta — dan organisasi profesi Himpunan Psikologi Indonesia (Himpsi).

Sejak 1994, psikolog yang berpraktik — artinya memberikan konsultasi psikologi, melakukan asesmen atau psikodiagnostik, dan melakukan konseling dan terapi diwajibkan memiliki Izin Praktik Psikolog. Izin ini diperoleh setelah mereka memperoleh rekomendasi dari organisasi profesi — dahulu Ikatan Sarjana Psikologi, sekarang Himpsi. Izin diterbitkan oleh Departemen Tenaga Kerja (1994-2000) dan rencananya akan dikeluarkan oleh Himpsi sendiri (Tabel 1.2).

Tabel 1.2. Pendidikan Psikologi di Indonesia

Tahun	Program	Lembaga/ Institusi	Lama Program	Lama dalam Kenyataan	Gelar	Sebutan
1953-1955	Kursus Asisten Psikolog	Lembaga Psikologi	3 tahun	-	-	Asisten Psikolog
1956-1960	Psikologi	Jur. Psikologi Fak. Kedokteran	5 tahun	7 tahun	Sarjana Psikologi	Psikolog*
1960-1992	Psikologi	F. Psikologi	5 tahun	7 tahun	Sarjana Psikolog	Psikolog
1992-	(S1) Psikologi (S1 +)	F. Psikologi	4 tahun	-	Sarjana Psikologi	-
	(S1 +) Profesi Psikolog	F. Psikologi	2 tahun di UI	-	S.Psikologi	Psikolog
Di UI	(S1) Psikologi 2000 -	F. Psikologi	4 tahun	-	Sarjana Psikologi	Psikolog
	(S2)Magister Profesi	F. Psikologi	2 tahun		Sarjana Psikologi	

* Sumber: Somadikarta *et. al.*, (2000)

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

BAB III

NORMAL DAN ABNORMAL DALAM PSIKOLOGI

A. ISTILAH-ISTILAH GANGGUAN KEJIWAAN

Banyak sekali istilah yang berhubungan atau mengartikan gangguan kejiwaan, berhubungan dengan penggunaannya yang luas, karena Psikologi Klinis biasanya dianggap sebagai bidang terapan. Dengan demikian, penggunaannya memiliki hak untuk membuat sendiri istilahnya, sesuai dengan keperluannya khususnya. Diantaranya adalah perilaku atau psikologi abnormal, perilaku maladaptive, gangguan mental, gangguan emosional, psikopatologi, disfungsi psikologis, sakit mental, gangguan perilaku, dan gila. Berikut ini dikemukakan beberapa pengertian menyangkut istilah-istilah tersebut, seperti dikemukakan **Kendal dan Norton (1982)** meskipun secara umum istilah-istilah itu mengartikan sesuatu konsep dasar yang sama saja. Mungkin terdapat sedikit penekanan yang berbeda, namun perbedaan itu tidak melahirkan perbedaan pemahaman yang cukup signifikan, sehingga pada penggunaan sehari-harinya sering berganti-ganti, sebagai berikut :

- Perilaku Abnormal (*abnormal behavior*)
Digunakan untuk menggambarkan tampilan kepribadian dalam (*inner personality*) atau perilaku luar (*outer behavior*) atau keduanya. Yang dimaksudkan dengan istilah ini adalah perilaku spesifik seperti fobia atau pola gangguan seperti skizofrenia. Demikian juga dengan masalah kronik atau yang berlangsung lama, seperti intoksikasi obat-obatan dengan simtom yang akut atau temporer.
- Perilaku maladaptif (*maladaptive behavior*)
Merupakan pemahaman perilaku abnormal yang bersifat konseptual, yang memasukkan setiap perilaku yang memiliki konsekuensi yang tidak diharapkan. Tidak hanya perilaku psikosis atau neurotis, melainkan juga perilaku bisnis yang tidak etis, prasangka rasial, alienasi, dan apatis.
- Gangguan mental (*mental disorder*)
Istilah ini digunakan untuk pola perilaku abnormal yang meliputi rentang yang lebar, dari yang ringan sampai yang berat.
- Psikopatologi (*psychopathology*)
Diartikan sama atau sebagai kata lain dari perilaku abnormal, psikologi abnormal, atau gangguan mental.
- Sakit mental (*mental illness*)
Digunakan sebagai kata lain dari gangguan mental. Namun penggunaannya saat ini terbatas pada gangguan yang berhubungan dengan patologi otak atau disorganisasi kepribadian yang berat.
- Gangguan mental (*mental disorder*)

Semula digunakan untuk nama-nama gangguan-gangguan yang berhubungan dengan patologi otak, tetapi pada saat ini jarang digunakan. Nama ini pun sering digunakan sebagai istilah yang umum untuk setiap gangguan dan kelainan.

- Gangguan perilaku (*behavior disorder*)

Digunakan secara khusus untuk gangguan yang berasal dari kegagalan belajar, baik gagal mempelajari kompetensi yang dibutuhkan maupun gagal dalam mempelajari pola penanggulangan masalah yang maladaptif.

- Gila (*insanity*)

Merupakan istilah hukum yang mengidentifikasikan bahwa individu secara mental tidak mampu untuk mengelola masalah-masalahnya atau melihat konsekuensi-konsekuensi dari tindakan-tindakannya. Istilah ini menunjuk pada gangguan mental yang serius. Terutama penggunaan istilah ini bersangkutan dengan pantas tidaknya seseorang melakukan tindak pidana dihukum atau tidak.

Sebelum secara rinci dan teknis mengemukakan apa yang dimaksud dengan perilaku atau psikologi abnormal, sebagai gambaran umum perlu diketahui mengenai kea rah manakah Psikologi Klinis digunakan saat menangani orang-orang yang menderita gangguan perilaku sebagaimana diutarakan tadi. Untuk ini, kita dapat melihat pengertian perilaku normal, meskipun pengertian ini sangat bervariasi sesuai dengan sudut pandangnya masing-masing. Hal ini akan dikemukakan pada Bagian C bab ini.

B.PENGERTIAN DAN SALAH PENGERTIAN

Dalam kehidupan sehari-hari, gangguan kejiwaan sering dihubungkan dengan perilaku dan penampilan fisik serta mental yang ekstrim dan dramatis atau terkadang didramatisasikan. Karenanya gangguan kejiwaan sering diasosiasikan dengan perbuatan atau pikiran yang aneh dan perlu di jauhi. Penderita nya pun sering dikucilkan, ditakuti, bahkan dimusuhi. Dalam sejarah kesehatan jiwa Indonesia, tercatat kejadian pemasangan si penderita, sebagaimana luas diberitakan media massa pada tahun 1970-an. Kejadian ini member gambaran tentang pengertian gangguan kejiwaan yang salah. Namun, juga berarti adanya kesadaran baru mengenai bagaimana seharusnya bersikap terhadap penderita.

Sebenarnya, seperti halnya sakit fisik atau organis, gangguan jiwa mempunyai jenis yang bermacam-macam dan tingkat keparahan yang berbeda pula. Kalau dalam gangguan fisik ada influenza yang dapat sembuh dengan obat peredam rasa sakit dan tidur yang cukup, demikian juga dalam gangguan kejiwaan terdapat keadaan yang tak biasa berupa kebingungan yang dapat diselesaikan dengan cara hanya menenangkan diri beberapa jam. Kalau ada penyakit berat seperti kanker atau penyakit lainnya yang sudah berada dalam stadium akhir sehingga secara kedokteran tidak dapat tertolong lagi, juga ada gangguan kejiwaan yang parah dan tidak tertangani sehingga penderitanya harus menjadi “penghuni tetap” rumah sakit jiwa. Gangguan

jiwa mengenal garis proses yang disebut continuum, yang berarti keadaan antara satu taraf dengan taraf berikutnya tidak tampak jelas. Oleh karena itu, dalam wacana umum terdapat pengertian atau kesan mengenai gangguan kejiwaan yang bersifat akademis dan ada pula yang bersifat awam dan tidak benar.

a. Gangguan Kejiwaan dalam Pandangan Akademis

Dalam forum ilmiah, apa yang disebut dengan gangguan kejiwaan sangat bervariasi. Pada dasarnya, gangguan kejiwaan meliputi tiga pengertian utama, yaitu :

a. Menyimpang dari standar cultural atau sosial.

Ullman dan Krasner, seperti dikemukakan **Coleman dkk**, 1944, bertitik tolak dari pengertian abnormal sebagai cap yang diterapkan pada perilaku yang menyimpang dari harapan-harapan sosial. Tidak ada tingkah laku abnormal selama masyarakat menerimanya. Dapat diartikan bahwa tidak ada masyarakat yang sakit, karena ukuran sehat ada pada masyarakat. Kalau seorang sunda bermasalah dengan orang Sunda lainnya, maka akan terjadi perbincangan yang bisa jadi alot dan memakan waktu panjang, sebelum pada akhirnya sampai pada kesepakatan jalan keluar. Menempuh waktu dan energi yang demikian panjang dan besar untuk mencapai kata akhir yang disetujui bersama, merupakan cara yang terbaik bagi mereka, karena orang Sunda menganut buah pikiran dan cara hidup “hade goreng ku omong” (baik ataupun buruk harus dibicarakan). Mungkin orang dari suku lain berpendapat bahwa cara pikir ini menggambarkan kelemahan pribadi orang Sunda yang lemah dan kurang/tidak bisa bersikap tegas. Tapi begitulah cara orang sunda menghadapi masalah. Ada suku bangsa lain, yang kalau dipermalukan di depan umum, masalah diselesaikan dengan salah satu atau dua-duanya melepas nyawa. Itu pandangan suku bangsa itu; dan itu tidak dapat disalahkan, karena itulah yang disebut baik oleh suku atau budaya itu. Pandangan demikian dikenal dengan nama “relatifitas budaya” (*cultural Relativity*). Pandangan demikian menolak adanya penilaian dan pemikiran membandingkan satu budaya dengan budaya lainnya. Didalamnya terdapat masalah nilai atau value.

Tampaknya, pandangan demikian sangat mendalam dan elegan, tetapi tidak bebas dari kesulitan kalau diterapkan secara lebih teknis dan luas. Seorang konselor bisa jadi menghadapi kesulitan yang mendasar dalam menerapkan atau menggunakan ukuran keberhasilan upayanya, ketika menghadapi klien dengan norma yang berbeda. Berhasilkah ia kalau kliennya berhasil menyesuaikan diri dengan keadaan lingkungan hidupnya? Contoh yang lebih luas, adalah patutkah membenarkan tindakan kaum Nazi (Nazionalismus-Sozialismus) yang membunuh sekian juta orang Yahudi, yang dianggap masyarakat dunia sebagai bentuk keablasan atas keyakinan diri, bahwa ras Asia adalah ras terbaik sampai mengumandangkan “*Deutschland euber Alles*”.

b. Ketidak mampuan menyesuaikan diri.

Pandangan ini menyatakan bahwa perilaku abnormal adalah perilaku yang maladaptif ketika individu berada dalam kondisi atau situasi yang menuntutnya melakukan tindakan

menyesuaikan diri dengan baik. *Mal*=tidak, rusak ; *adaptaion*=sesuai, kesesuaian. Dalam hal ini apa yang disebut dengan situasi adalah situasi yang pada umumnya orang tidak sukar untuk menyesuaikan diri, tetapi bagi pen derita ternyata sulit.

Terhadap apakah seseorang harus menyesuaikan diri? Penyesuaian diri merupakan tuntutan dari lingkungan yang terus menerus terhadap individu, baik lingkungan dalam diri yang bersangkutan, maupun lingkungan luarnya. Yang disebut lingkungan dalam diri adalah kebutuhan-kebutuhan kejiwaan dan kondisi kejiwaan lainnya dalam diri individu, seperti impuls. Sedangkan di lingkungan luar adalah situasi yang ada di lingkungan sekitarnya, misalnya tuntutan tugas dan sosial maupun keadaan alam. Penyesuaian diri ini merupakan “tantangan” yang terus menerus, termasuk pada saat orang tersebut tidur.

Mengenai penyesuaian diri ini **M.Jakoda**, seorang ahli kesehatan mental masa kini yang sangat terkenal, lebih menegaskan lagi dengan menyebutnya sebagai “penyesuaian diri yang aktif”. Artinya, penyesuaian diri itu harus secara tegas merupakan inisiatif individu yang bersangkutan, bukan sekedar usaha dapat “survive” dalam suatu situasi. Meskipun pada umumnya penyesuaian diri ini lebih banyak dihubungkan dengan lingkungan sosial, tetapi penyesuaian diri juga menyangkut lingkungan hidup yang lain, seperti lingkungan alam, dan gagasan.

c. Menyimpang secara statistik, pelanggaran atas norma sosial.

Noram-norma numerik, yang didasarkan pada prosedur statistik, dapat dijadikan landasan bagi pengelompokan perilaku: ada yang paling sering terjadi, rata-rata terjadi, dan sekali-kali terjadi. Maka, yang rata-rata itu menunjukkan orang-orang yang tergolong normal, sedangkan yang sangat sering atau sangat jarang, termasuk ekstrim, abnormal.

Yang paling mudah dipahami dalam kriteria ini adalah menyangkut fungsi mental yang disebut kecerdasan. Taraf kecerdasan antar 90 dan 110 adalah kecerdasan pada orang umumnya. Kurang dari 90 termasuk rendah dan yang diatas 110 termasuk memiliki kecerdasan tinggi. Orang yang taraf kecerdasannya antara 90 sampai 110 adalah orang-orang yang kecerdasannya tergolong normal, tetapi bukan sub melainkan diatas normal atau above average bahkan selanjutnya superior.

Terdapat beberapa kriteria dan pengertian lain dalam perilaku abnormal, misalnya definisi berdasarkan hukum, kriteria personal, dan kriteria profesional. Yang disebut dengan kriteria personal adalah kriteria dimana seseorang merasa membutuhkan bantuan profesional dibidang kesehatan mental, yaitu seseorang yang menderita gangguan psikologis. Akurasinya ditentukan oleh beberapa ciri sebagai berikut:

- Orang itu harus menyadari adanya tugas profesional kesehatan mental yang dapat menolongnya.
- Orang yang ketika membandingkan dirinya dengan orang lain dilingkungannya, menemukan atau merasakan dirinya berada pada kondisi yang lebih rendah, atau salah

menilai dirinya sebagai seorang yang tidak beda dari orang lain, sementara orang lain melihatnya.

- Orang-orang yang merasakan dirinya berada dalam keadaan stress (tertekan) yang menyakitkan, tetapi menolak mencari bantuan, baik karena takut dinilai buruk oleh masyarakat atau takut disebut “gila”

a. Pengertian salah pada kaum awam

Sangat penting untuk memahami pengertian yang salah namun populer didalam masyarakat luas. Pengertian yang demikian seringkali merupakan kenyataan yang berlaku dan susah dibendung atau diluruskan dengan akibat kerugian yang besar dimasyarakat itu sendiri. Beberapa pengertian yang salah dan seringkali ditemukan di masyarakat:

1. Keyakinan bahwa perilaku abnormal selalu kacau.

Seperti sering diberitakan media massa, perilaku abnormal sering di ilustrasikan dalam bentuk pembunuhan kejam, pelecehan seksual yang sangat biadab, bunuh diri yang dramatis, dan tindakan-tindakan lain yang menyimpang dari norma-norma sosial. Pada kenyataannya, gangguan perilaku menyangkut suatu pola perilaku yang sangat lebar. Ada tipe perilaku abnormal yang jelas-jelas patologis, tetapi adapula yang hanya berupa ketidakmampuan untuk menangani konflik-konflik secara efektif. Misalnya, seorang mahasiswa pandai yang ternyata hanya meraih prestasi akademis yang rendah, jauh jika dibandingkan dengan teman-teman yang berkemampuan rata-rata saja.

2. Gagasan bahwa antara “normal” dan “abnormal” berbeda tajam.

Pada kenyataannya, sering susah untuk membedakan antara orang normal dan abnormal kecuali pada kasus-kasus yang ekstrim.

Orang-orang yang 100% sakit sukar ditemukan. Demikian juga orang-orang yang 100% sehat mental. Pada umumnya, orang berada dalam keadaan secara moderat menyesuaikan diri dengan baik, “moderately well adjusted” : sebagian kecil menderita sakit dan harus dirawat di balai kesehatan jiwa, sebagian kecil lainnya begitu bahagia dan hidup sangat penuh kepuasan. Antara sangat menderita dan sangat bahagia terdapat suatu proses atau keadaan yang disebut kontinum. Garis kontinum adalah garis perkembangan dimana taraf pada suatu titik tidak dapat dibedakan dengan taraf pada titik berikutnya.

Baik pola perilaku normal maupun abnormal, keduanya terlihat sebagai upaya setiap individu untuk menanggulangi situasi hidup seperti apa yang dilihatnya. Meskipun pada dasarnya setiap orang memiliki sumber daya penyesuaian yang berbeda, menggunakan metode yang berbeda, dan mencapai taraf keberhasilan penyesuaian diri atau hidup yang berbeda, tetapi kita dapat mengasumsikan prinsip-prinsip fundamental yang diterapkan pada perilaku yang disebut dengan “normal” dan “abnormal”.

3. Pandangan bahwa gangguan mental merupakan stigma turunan. Kebanyakan keluarga memiliki satu atau lebih anggota yang terganggu dalam sejarah hidupnya. Anggota keluarga, terutama yang dekat, sering hidup ketakutan akan mental yang *breakdown*. Karenanya, ia

takut menikah karena khawatir anak-anaknya mendapatkan gangguan sebagai turunan atau warisan.

Gangguan kejiwaan tidak selalu berhubungan dengan keturunan. Gangguan kejiwaan sama saja dengan gangguan lainnya, seperti gangguan fisik dan organis. Ada yang berhubungan dengan keturunan, namun bisa jadi tidak. Selanjutnya, faktor-faktor genetik dapat memainkan peran sebagai pembuat kecenderungan (*predisposing*) bagi perkembangan gangguan skizofreni dan gangguan mental lainnya. Namun, seseorang yang mempunyai kemungkinan/ kecenderungan menderita gangguan itu secara genetik (turunan) tidak selalu pasti akan menjadi sakit, karena potensi atau kecenderungan itu, baru menjadi kenyataan kalau didukung situasi lingkungan. Sebaliknya, seorang yang tidak memiliki kecenderungan, tetapi kalau hidupnya selalu berada dalam situasi yang penuh tekanan, bisa saja mengalami gangguan mental.

4. Pandangan bahwa genius sebagai “saudara kegilaan”

Banyak orang beranggapan bahwa orang-orang genius dalam ilmu dan seni sering terlihat memiliki kecenderungan untuk sakit mental. Studi eksperimental sama sekali tidak menampilkan bukti apapun terhadap anggapan tersebut. Misalnya, studi yang dilakukan **Juda** pada tahun 1949 terhadap 294 orang yang tergolong orang-orang istimewa di bidang seni dan ilmu. Peneliti ini menyatakan bahwa “*tidak ada bukti yang menunjang asumsi bahwa orang yang memiliki intelektualitas yang tinggi berkorelasi positif dan tinggi dengan abnormalitas psikis*”.

Memang ada kasus-kasus yang sering diekspos secara besar-besaran dan sekaligus dibesar-besarkan, seperti pelukis **van Gogh** yang skizofren, atau **Montesque** yang paranoid. Namun, itu hanya bagian kecil dari yang sebenarnya ada. Kalau para genius itu ternyata mengalami gangguan kejiwaan, lebih baik syukuri saja keberhasilan dan usaha-usahanya.

5. Pandangan bahwa pasien mental berbahaya dan tidak dapat disembuhkan.

Pandangan umum dimasyarakat yang paling biasa disalah artikan adalah bahwa sakit mental tidak dapat disembuhkan. Akibatnya, penderita yang selesai menjalani perawatan di rumah sakit atau mereka yang telah mengalami gangguan mental dipandang sebagai seorang yang tidak stabil dan setiap saat dapat membahayakan. Akibat selanjutnya, mereka mengalami perlakuan diskriminatif dalam pekerjaan dan pengembangan karirnya. Seperti halnya penderita sakit fisik, penderita gangguan kejiwaan pun dapat disembuhkan. Tingkat kesembuhannya akan tergantung pada benarnya tindakan penyembuhan yang dilakukan dan tingkat keparahan gangguan itu sendiri. Jadi, ia sama saja seperti penderita sakit fisik.

6. Keyakinan bahwa penderita gangguan mental tidak terhormat.

Banyak orang yang mendatangi dokter gigi atau dokter jantung untuk mengobati penyakitnya, tidak dengan perasaan malu atau tidak terhormat. Namun tidak demikian dengan penderita gangguan kejiwaan ketika harus mengunjungi psikiater atau psikolog

klinis. Bagi mereka, meminta konsultasi kepada psikiater atau psikolog adalah aib besar, karena menganggap penyakit mental adalah kutukan dari Tuhan, yang tentunya merupakan akibat dari banyaknya dosadan amoralitas yang telah dilakukannya. Jelas ini berbeda dengan tanggapan mereka atas sakit fisik. Yang sebenarnya adalah bahwa gangguan mental atau kejiwaan tidak adahubungannya dengan amoralitas. Bisa jadi seseorang yang sangat prihatin atas perilaku buruk yang makin parah dimasyarakat, bisa saja terganggu hidup kejiwaannya, misalnya menjadi depresi. Memang dalam hal agama banyak memberikan tuntutan, bahwa kondisi dan situasi yang terlalu berat hendaknya “di kembalikan” kepada tuhan. Namun proses nyatanya tidak begitu gampang.

7. Ketakutan yang berlebihan untuk menderita gangguan jiwa.

Ketakutan atas adanya kemungkinan gangguan kejiwaan sangat biasa ditemukan dan menimbulkan rasa tak bahagia yang besar. Banyak orang yang menyatakan akan breakdown atau putus asa kalau mengalami kejadian gangguan jiwa. *“Orang lain tampaknya mempunyai keyakinan diri dan memiliki kemampuan-kemampuan. Mereka tidak mungkin menampilkan impuls-impuls dan fantasi irasional seperti saya”*, demikian ungkapan keputusan seorang penderita gangguan kejiwaan. Tentu saja tidak selalu demikian, karena setiap orang mempunyai kekuatan dan kelemahannya sendiri-sendiri. Miskonsepsi atau salah pengertian yang dimiliki oleh kebanyakan masyarakat mengenai perilaku abnormal atau gangguan mental ini sering merupakan penghalang yang besar bagi usaha penyembuhan maupun pencegahan gangguan mental dan perilaku ini. Misalnya, karena gangguan ini dipersepsi sebagai gejala memalukan, maka ketika ada gejala awal gangguan, enggan mengunjungi ahli. Penanganan akhirnya jadi terlambat.

C. SUDUT PANDANG PERKEMBANGAN KEPERIBADIAN

Telah diutarakan bahwa gangguan jiwa berhubungan dengan masalah penyesuaian diri, yakni bahwa gangguan terjadi karena adanya kekurangan dalam kualitas penyesuaian diri atau *maladaptive*. Dalam hal ini, dilihat dari sudut perkembangan kepribadian telah terjadi proses perkembangan yang kurang lancar sehingga masih belum melahirkan kepribadian yang matang, sesuai dengan taraf usianya. Karena itu, abnormalitas bersinonim dengan maladaptif. Penyesuaian diri yang kurang ini mempunyai kaitan juga dengan taraf perkembangan, sehingga suatu bentuk penyesuaian diri dapat dianggap normal untuk usia tertentu dan tidak normal untuk usia lainnya. Sebagai contoh, seorang anak kecil mengambil kue tanpa minta ijin atau tanpa bertanya siapa pemiliknya, dapat dianggap wajar saja, normal; tetapi kalau orang dewasa melakukan hal tersebut dapat dianggap sebagai tidak wajar. Dengan perkembangan lain, dinyatakan bahwa gangguan kejiwaan ditandai dengan perilaku maladaptif, dan perilaku maladaptif terjadi ketika orang melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan umurnya. Pendapat ini mengacu pada kriteria tentang tingkatan IQ.

Terdapat keberatan atas konsep ini, yakni bahwa dalam terapannya kepribadian yang kurang matang lebih bersesuaian dengan perilaku sosial yang kurang sesuai dengan harapan sosial saja, atau dalam diagnosis masa kini disebut sebagai gangguan kepribadian. Jenis gangguan lainnya tidak terakomodasi oleh konsep ini.

Coleman dan Broen, 1972, telah mengidentifikasi tujuh ciri gangguan atau kekurangan, dengan dasar pemikiran 7 ciri perkembangan kepribadian sebagai berikut:

- 1) Dari tergantung ke pengaturan diri (*Dependence to self-direction*). Seorang anak yang baru lahir, sebagai contoh ekstrim, seluruh kebutuhannya tidak dapat dipenuhi oleh usaha-usahanya sendiri melainkan perlu bantuan orang lain. Ia tidak mandiri; tetapi kalau sudah dewasa maka ia dapat menentukan sendiri arah tingkah laku dan pemikirannya.
- 2) Dari kesenangan kerealitas/pengendalian diri (*pleasure to reality/self control*). Seperti yang dikemukakan **Freud**, pada saat masih sangat kecil orang hanya mementingkan kesenangan saja. Bahkan bisa ditambahkan, kesenangannya ini disini. Tapi makin bertambah umurnya, orang harus lebih memepertimbangkan realitas atau tuntutan-tuntutan kenyataan. Hal ini juga menggambarkan bahwa seorang yang kekanak-kanakan, padahal telah dewasa, akan lebih banyak berkhayal, berfantasi dari bertindak sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya.
- 3) Tidak tahu ke tahu (*ignorance to knowledge*). Pada saat bayi, orang dapat dikatakan tidak tahu apa-apa sama sekali. Tetapi sejalan dengan pertambahan usia, pengetahuan dan pengalamannya bertambah, sehingga bisa menjadi seorang segala tahu dan segala bisa. Pengetahuan itu diperlukan sebagai referensi untuk pemikiran (pendapat), sikap, dan tingkah lakunya.
- 4) Tidak mampu ke mampu (*incompetence to competence*). Dalam perjalanan hidupnya, seseorang akan bertambah dalam kemampuan atau kompetensinya, baik yang bersifat intelektual, emosional, sosial, dan kompetensi lainnya. Dalam ranah intelektual, ia menjadi lebih banyak tahu dan terampil untuk memecahkan permasalahan. Dalam ranah emosional, seseorang yang telah matang akan mampu untuk mengendalikan emosi, perasaan, atau tingkah lakunya. Dalam ranah sosial, makin dewasa orang makin sosiabel, makin pandai bergaul dengan berbagai macam pribadi dan minat orang, makin memahami tuntutan sosial terhadap dirinya, tetapi juga makin tahu lingkungan sosial mana yang pantas ia masuki.
- 5) Seksualitas yang kabur ke ke heteroseksualitas (*diffuse sexuality to heterosexuality*). Pada awalnya terdapat kekaburan dan generalisasi dalam seksualitas. Makin dewasa, anak makin tahu perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Pada tahap berikut adalah lebih memahami fungsi yang berbeda dan bagaimana harus menyikapi dan memperlakukan perbedaan seksualitas itu. Perkawinan juga merupakan tanda-tanda kedewasaan. Saat ini terdapat berbagai peningkatan dalam wacana seksualitas ini, dalam apa yang disebut masalah gender dan kesamaan (*equity*) yang berdampak besar pada hampir semua sisi kehidupan. Kearifan manusia makin teruji.

- 6) Amoral ke moral (*immoral to moral*). Makin muda manusia makin kurang memperhatikan moralitas. Demikian, maka bayi yang baru lahir tidak memiliki moral, amoral, karena ia menuntut untuk setiap hal yang memberinya rasa senang, khususnya fisik, tidak peduli bagaimana cara pemenuhannya, bahkan tidak peduli apakah keinginan itu wajar atau tidak. Bahkan pada taraf keinginan pun moralitas dapat terlihat. Maslah buruk dan baik, berdosa atau berpahala, muncul dalam orang dewasa, tidak dalam alam pikiran dan kehidupan anak kecil atau bayi.
- 7) Berpusat pada diri sendiri ke kepada orang lain (*self-centered to other-centered*). Hal ini terutama bersangkutan dengan kehidupan sosial, dimana pada awalnya manusia lebih menjadikan kebutuhan diri sebagai patokan pikiran, sikap, dan tindakannya. Berikutnya seolah-olah membagi rata antara kebutuhan diri dan kebutuhan orang lain. Pada usia lanjut umumnya orang mementingkan orang atau pihak lain. Misalnya seorang pejabat negara, akan lebih mementingkan rakyatnya daripada dirinya sendiri.

Selanjutnya saya penulis merasa perlu untuk mengemukakan pendapat yang mungkin bisa dikajidan dipertimbangkan sebagai tambahanatas pendapat **Coleman** dan **Broen** itu, yakni: Dari sini dan sekarang kearah masa depan (*anticipation*). Yang dimaksudkan, adalah bahwa salah satu ciri perkembangan, adalah dayaantisipasi dari yang sanagt pendek (*here and now*)sampai jauh kedepan. Anak kecil memenuhi kebutuhan saat ini-di sini, sedangkan orang dewasa akan lebih memperhatikan-kebutuhannya di masa depan. Seorang anak lebih senang bermain-main daripada bersekolah, sedangkan orang dewasa bisa saja mengabaikan kebutuhan dan kesenangannya hari ini untuk mencapai keberhasilan di masa depan.

BAB IV PASIEN KLINIS

PENELITIAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS

Setelah membaca bab ini diharapkan anda dapat :

Memahami pentingnya penelitian dalam psikologi klinis

1. Menguraikan berbagai metode penelitian dalam psikologi klinis
2. Membedakan bentuk-bentuk desain dalam penelitian eksperimental
3. Menjelaskan kekhususan dalam penelitian psikoterapi

ISTILAH KUNCI

- **Observasi**
- **Epidemiologi**
- Korelasional
- Longitudinal dan cross sectional
- Eksperimental
- Metode desain satu. Kasus
- Penelitian psikoterapi

4.1 PENDAHULUAN

MODEL praktisi-ilmuwan telah lama menjadi filosofi dalam aktivitas psikolog klinis. Model ini dapat mengantarkan psikolog klinis untuk menjadi ahli-ahli penelitian dalam berbagai tim kesehatan mental. Ketrampilan penelitian ini juga menjadikan para psikolog klinis mampu mengevaluasi secara kritis perbedaan pendekatan untuk asesmen dan intervensi, terutama untuk memilih bentuk yang lebih bermanfaat dan lebih efektif (**Phares dan Trull, 2001**).

Perilaku manusia sangat kompleks sehingga banyak pula teori yang digunakan untuk menjelaskan fenomena-fenomena perilaku. Banyak faktor yang mempengaruhi sebuah perilaku dalam suatu waktu tertentu dan tempat tertentu sehingga penjelasan yang tampak sederhana kurang bisa diterima. Penjelasan yang sederhana dan mudah seringkali salah atau tidak lengkap, karena itu metode-metode penelitian telah berkembang dengan kemampuan generalisasi yang lebih memuaskan terhadap penjelasan perilaku yang telah terjadi. Metode yang lebih baik kini digunakan untuk memuat observasi yang sistematis mengenai perilaku yang hasilnya dapat diterima secara luas (**Phares dan Trull, 2001**).

Bab ini akan memaparkan secara singkat tujuan penelitian, prinsip-prinsip metode penelitian, strategi penelitian dan masalah-masalah penelitian dalam psikologi klinis. Pada bagian akhir akan dijelaskan pula penelitian psikoterapi yang memiliki kekhususan dibanding penelitian klinis umumnya.

4.2 TUJUAN PENELITIAN

Penelitian memiliki beberapa tujuan. Pertama, penelitian dapat menghindarkan dari keadaan spekulatif yang murni. Misalnya dengan penelitian tidak hanya dapat disampaikan bagaimana terapi kognitif perilaku bekerja, namun penelitian juga dapat menunjukkan keefektifan atau bahkan kekurangan terapi kognitif perilaku tersebut. Prosedur dalam penelitian dapat mengumpulkan kenyataan, mengembangkan eksistensi hubungan, mengidentifikasi sebab-sebab dan pengaruh-pengaruh sesuatu serta dapat menggeneralisir prinsip-prinsip di sekitar fakta-fakta dan hubungan-hubungan yang ada.

Penelitian dapat pula bertujuan untuk memperluas dan memodifikasi teori yang telah ada, sebagaimana penelitian dapat mengembangkan manfaat dan kegunaan teori. Terdapat hubungan yang sangat dekat antara teori dan penelitian. Teori menstimulasi dan mengarahkan penelitian, namun teori juga dimodifikasi oleh hasil-hasil penelitian. Misalnya Aaron Beck, seorang perintis dalam kajian mengenai depresi, beberapa tahun lalu telah mengobservasi bahwa pasien yang depresi selalu menunjukkan ciri-ciri kepribadian yang dapat dikategorikan dalam satu dari dua tipe berikut: sosiotropik (yang secara sosial sangat tergantung) dan otonom (yang sangat berorientasi terhadap prestasi). Awalnya Beck berpendapat bahwa sifat sosiotropik atau otonom yang ekstrim merupakan predisposisi individu untuk mengalami depresi. Namun demikian, penelitian selanjutnya tidak mendukung teori Beck tersebut. Para peneliti menemukan bahwa ada individu-individu yang memiliki baik sifat sosiotropik maupun otonom yang ekstrim namun keduanya tidak mengalami depresi. Hasil penelitian ini merupakan tantangan bagi teori awal Beck mengenai depresi, kemudian mengarahkan pada sebuah reformulasi mengenai bagaimana kepribadian dan depresi saling berhubungan.

Contoh di atas menggambarkan bagaimana penelitian dapat memberikan informasi terhadap teori dalam sebuah sistem kura timbal balik. Tentunya, alasan utama penelitian adalah meningkatkan kemampuan peneliti dalam memprediksi dan memahami perilaku, perasaan, dan pikiran individu yang dilayani oleh para psikolog klinis.

4.3 METODE PENELITIAN

Metode penelitian dalam psikologi klinis pada dasarnya sama dengan metode penelitian secara umum, namun tujuan dan penekanannya adalah untuk keperluan populasi khusus misalnya mengetahui efektivitas suatu perlakuan pada kelompok tertentu. Terdapat berbagai macam metode penelitian dengan masing-masing kelebihan dan kekurangannya. Di bawah ini akan dipaparkan beberapa metode penelitian beserta contoh penggunaannya dalam penelitian.

1. Observasi

Observasi merupakan metode paling lama dan mendasar dalam penelitian. Pendekatan eksperimental, studi kasus dan naturalistik, semuanya melibatkan observasi untuk melihat apa yang sedang atau yang telah dilakukan oleh para subjek. Karena itu, pembahasan observasi dijabarkan secara lebih lengkap untuk kejelasan aplikasinya.

Metode observasi memungkinkan peneliti merefleksikan dan bersikap introspektif terhadap penelitian yang dilakukannya. Impresi dan perasaan pengamat akan menjadi bagian dari data yang pada gilirannya dapat dimanfaatkan untuk memahami fenomena yang diteliti. Bagi seorang psikolog, observasi perlu dilakukan karena beberapa alasan:

1. Memungkinkan mengukur banyak perilaku yang tidak dapat diukur dengan menggunakan alat ukur psikologis yang lain (alat tes). Hal ini banyak terjadi pada anak-anak.
2. Prosedur Testing Formal seringkali tidak ditanggapi serius oleh anak-anak sebagaimana orang dewasa, sehingga sering observasi menjadi metode pengukur utama.
3. Observasi dirasakan lebih tidak mengancam dibandingkan cara pengumpulan data yang lain. Pada anak-anak observasi menghasilkan informasi yang lebih akurat dibandingkan orang dewasa sebab orang dewasa akan memperlihatkan perilaku yang dibuat-buat bila merasa sedang diobservasi.

Oleh karena itu tujuan observasi bagi seorang psikolog pada dasarnya adalah:

1. Untuk keperluan asesmen awal
Biasanya dilakukan di luar ruang konseling misalnya di ruang tunggu, halaman, kelas atau ruang bermain.
2. Untuk menentukan kelebihan dan kelemahan observee dan menggunakan kelebihan tersebut untuk meningkatkan keahlian klien
3. Untuk merancang rencana individual (*individual plan*) bagi klien berdasarkan kebutuhannya.
4. Sebagai dasar / titik awal dari kemajuan klien
5. Bagi anak-anak dapat berguna untuk mengetahui perkembangannya pada tahap tertentu
6. Untuk memecahkan masalah yang berhubungan dengan klien
7. Digunakan dalam memberi laporan pada orang tua, guru, dokter dan lain-lain.
8. Sebagai informasi status anak/remaja di sekolah untuk keperluan bimbingan dan konseling.

2. Dimensi Observasi

Secara umum setiap observasi yang dilakukan tercakup dalam tiga dimensi, yaitu:

Partisipan dan Non Partisipan

Overt dan Covert

Alamiah dan Buatan

Dalam setiap observasi yang dilakukan selalu tercakup ketiga dimensi di atas, dengan berbagai kombinasi yaitu partisipan-overt-alamiah (poa), nonpartisipan-overt-alamiah (noa), partisipan-covert-buatan (pcb), dan lain sebagainya.

Patton menjelaskan berbagai alternatif cakupan dalam pendekatan observasi yang perlu dipertimbangkan dengan baik, yakni:

1. *Apakah pengamat berpartisipasi aktif dalam setting yang diamatinya ataukah ia menjadi pengamat pasif, dalam arti tidak terlibat dalam aktivitas yang diamatinya tersebut? (partisipasi atau non partisipasi)*

Pengamat yang partisipatif akan menggunakan strategi pendekatan lapangan yang beragam: secara simultan mengkombinasikan analisis dokumen, mewawancarai responden dan informan, berpartisipasi langsung sekaligus mengamati, dan melakukan introspeksi. Hal-hal tersebut tidak dilakukan peneliti yang melakukan observasi tidak terlibat (tidak partisipatif). Keputusan sejauh mana peneliti perlu terlibat dalam aktivitas yang diteliti akan tergantung pada banyak hal, antara lain sifat fenomena yang diteliti, konteks politis, maupun pertanyaan-pertanyaan penelitian.

Bila sebagian peneliti menyatakan keterlibatan aktif dalam konteks yang diamati merupakan cara paling ideal, Patton menganjurkan agar kita tidak perlu berpikir demikian. Yang paling penting adalah menegosiasikan dan menyesuaikan derajat partisipasi aktif peneliti dengan karakteristik subjek atau objek penelitian, sifat interaksi peneliti-subjek penelitian, maupun konteks sosial politik yang melingkupi fenomena yang diteliti. Dalam kasus-kasus tertentu, keterlibatan dan partisipasi aktif pengamat justru dapat memunculkan masalah dan mengganggu langkah-langkah pengumpulan data.

2. *Apakah peneliti melakukan observasinya secara terbuka, ataukah secara tertutup /terselubung? (overt atau covert)*

Diyakini bahwa manusia pada umumnya akan bertingkah laku berbeda bila tahu bahwa mereka diamati. Sebaliknya, individu yang tidak menyadari bahwa ia sedang diamati akan bertingkah laku biasa (tidak dibuat-buat atau disesuaikan dengan harapan sosial). Karenanya, sebagian peneliti berpendapat observasi yang tidak terbuka (covert) akan memungkinkan peneliti menangkap kejadian yang sesungguhnya daripada observasi terbuka.

Meski demikian, tinjauan etis mengungkapkan problems berbeda: apakah etis melakukan observasi sistematis tanpa memberi tahu dan meminta izin ?

3. *Apakah observasi perlu dilakukan dalam jangka waktu lama, atau cukup dalam waktu yang terbatas?*

Dalam tradisi studi antropologis, observasi dapat berlangsung sangat lama, dilakukan berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun, dengan maksud agar peneliti dapat memperoleh pemahaman bolistik mengenai budaya kelompok yang ditelitinya.

Sementara, dalam studi ilmu sosial pada umumnya tujuan di gunakannya observasi adalah untuk mengungkap kompleksitas dan pola-pola realitas sosial.

Untuk studi yang lebih praktis, waktu observasi yang terlalu lama tidak diperlukan, apalagi bila fenomena yang diteliti adalah fenomena spesifik yang berlangsung pada saat-saat tertentu saja. Dalam situasi yang demikian, yang penting adalah keberhasilan peneliti melakukan observasi terhadap fenomena khusus yang jarang terjadi tersebut.

4. *Variasi berkenaan dengan fokus observasi: fenomena utuh atau aspek-aspek khusus?*

Ada observasi yang difokuskan pada fenomena utuh, dalam situasi seperti ini dibutuhkan

perhatian meluas pada semua aspek yang terlibat. Ada pula observasi yang sempit, misalnya dengan inemfokus pada aspek-aspek atau elemen-elemen tertentu saja dari keseluruhan fenomena yang kompleks.

Sedangkan Banister (1994) menambahkan beberapa variasi pendekatan yang perlu dipertimbangkan lebih lanjut:

1. Variasi dalam struktur observasi:

Oapat bervariasi mulai dari observasi yang dilakukan secara sangat terstruktur dan mendetail sampai pada observasi yang tidak terstruktur.

2. Variasi dalam fokus observasi:

Dapat bervariasi mulai dari dikonsentrasikan secara sempit pada aspek-aspek tertentu saja (misal: bentuk komunikasi non verbal tertentu saja) atau diarahkan secara lu^{es} pada berbagai aspek yang dianggap relevan.

3. Variasi dalam metode dan sarana/instrumen yang digunakan untuk melakukan dan mencatat observasi:

Mulai dari tulisan tangan, penggunaan komputer (note book), dipakainya lembar pengecek, stop watch, atau alat-alat yang lebih canggih seperti perekam suara dan gambar.

4. Pemberian umpan balik:

Apakah umpan balik (perlu) diberikan kepada orang-orang yang diamati? Bila umpan balik disampaikan, sejauh mans informasi akan disampaikan dan mengapa?

3. **Alat Observasi**

Ada beberapa alat observasi yang digunakan dalam situasisituasi yang berbeda-beda antara lain:

1. **Anecdotal**

Observer mencatat hal-hal yang penting. Pencatatan dilakukan sesegera mungkin pada tingkah laku yang istimewa. Observer harus mencatat secara teliti apa dan bagaimana kejadiannya, bukan bagaimana menurut pendapatnya. Akan tetapi kerugian dari bentuk seperti ini adalah memakan waktu yang agak lama.

2. **Catatan Berkala**

Dalam catatan berkala penyelidik tidak mencatat macam-macam kejadian khusus sebagaimana pada observasi anecdotal, melainkan hanya pada waktu-waktu tertentu. Apa yang dia lakukan adalah mengadakan observasi cara-cara orang bertindak dalam jangka waktu tertentu, kemudian menuliskan kesan-kesan umumnya. Setelah itu dia menghentikan penyellidikannya dan mengadakan penyelidikan lagi pada saat lain dengan cara yang sama seperti sebelumnya.

3. **Check List**

Check List adalah suatu daftar yang berisi nama-nama subjek dan factor-faktor yang hendak diselidiki. Chek List dimaksudkan untuk mrnjadikan sistematis catatan observasi. Dengan Chek List ini akan dapat lebih dijamin bahwa penyelidik dapat mencatat tiap-tiap kejadian yang telah ditetapkan hendak diselidiki.

Ada bermacam-macam aspek perbuatan yang biasanya dicantumkan dalam check list,

dan observer tinggal memberi check secara cepat tentang ada tidaknya aspek perbuatan tercantum dalam list.

4. *Rating Scale*

Rating scale adalah pencatatan gejala menurut tingkatannya. Rating scale ini sangat populer karena pencatatan sangat mudah, dan relatif menunjukkan keseragaman antara pencatat dan sangat mudah untuk dianalisa secara statistik

Rating scale umumnya terdiri dari suatu daftar yang i, ciri- ciri tingkah laku yang harus dicatat secara bertir Observasi diminta mencatat pada tingkat yang bagaimana suatu gejala atau ciri tingkah laku timbul.

Rating scale mempunyai kesamaan dengan check Observer tinggal memberi tanda-tanda tertentu atau mengecek pada tingkat-tingkat tingkah laku tertentu. Dengan cara ini deskripsi yang panjang lebar tidak diperlukan, dan waktu sangat dihemat oleh karenanya.

Namun demikian ada beberapa sumber kesesatan yang perlu mendapat perhatian dari observer, yaitu:

a. *Halo Effects.*

Kesesatan halo terjadi jika observer dalam pencatatan terpicat oleh kesan-kesan umum yang baik pada observer sedang observer tidak menyelidiki kesan-kesan umum itu.

Jadi misalnya seorang observer mungkin terpicat oleh tingkah laku yang sangat sopan dari orang yang diamati, dan memberikan penilaian yang tinggi pada observee tanpa memperhatikan pada aspek yang sebenarnya hendak diamati. Dan sebaliknya seorang observer dapat memberi nilai yang lebih rendah daripada semestinya tentang suatu hal oleh karena observee berpakaian yang kurang rapi, sedang observer sendiri adalah orang yang biasa berpakaian rapi.

b. *Generosity Effects*

Kesesatan dapat terjadi karena keinginan untuk berbuat baik. Dalam keadaan-keadaan yang meragukan seorang observer mempunyai kecenderungan untuk menilai yang menguntungkan (atau merugikan) observee.

c. *Carry over Effects.*

Carry over effects terjadi jika pencatat tidak dapat memisahkan satu gejala dari yang lain dan jika gejala yang satu kelihatan timbul dalam keadaan yang baik, gejala yang lainnya juga dicatat juga dalam keadaan yang baik, sungguhpun kenyataannya tidak begitu. Pencatatan gejala yang satu dan dibawa-bawa dalam pencatatan gejala lainnya ini pasti tidak akan menghasilkan fakta-fakta yang sesuai dengan keadaannya. Sehingga hal ini perlu diperhatikan oleh seorang peneliti yang hendak meneliti suatu gejala.

5. *Mechanical Devices*

Perkembangan alat-alat optika yang maju memungkinkan seorang observer menggunakan alat pencatat mesin seperti kamera video untuk menyelidiki tingkah laku orang. Biaya untuk ini scrip

mahal tetapi pada kesempatan-kesempatan tertentu diperlukan juga.

Keuntungan dari observasi yang menggunakan alat ini adalah:

- a. Dapat diputar kembali setiap dibutuhkan.
- b. Dapat diputar lambat-lambat untuk memungkinkan analisa yang teliti tentang tingkah laku manusia, yang belum tentu dapat dilakukan dalam kegiatan normal.
- c. Untuk seorang perancang research memberikan bahan-bahan yang berharga untuk mengembangkan problema-problema penelitian.
- d. Sebagai alat untuk melatih observer untuk memperbaiki kecermatan dan ketelitian observasinya.

Observer

Spradley (1980) menyebutkan bahwa peran observer dalam metode observasi adalah:

1. *Observer tidak berperan sama sekali*

Dalam observasi observer tidak berperan, kehadiran dalam area penelitian hanya untuk melakukan observasi tetapi tidak diketahui oleh subyek yang diamati.

Observasi jenis ini bisa, dilakukan, misalnya dengan menggunakan kaca "one way mirror" seperti pengamatan pada sekelompok anak-anak dengan perilakunya di dalam kelas dalam suatu ruangan atau kelas, atau menggunakan teropong jarak jauh untuk mengamati perilaku seorang atau sekelompok orang. Pengamatan semacam itu juga bisa dilakukan dengan cara menggunakan rekaman video sehingga peneliti benar-benar tidak melakukan peran sama sekali.

2. *Observer berperan pasif*

Dalam jenis ini observer mendatangi peristiwa, akan tetapi kehadirannya di lapangan menunjukkan peran yang paling pasif. Kehadirannya sebagai orang asing diketahui oleh orang yang diamati, dan bagaimanapun hal itu membawa pengaruh. Agar kehadiran peneliti tidak mempengaruhi sifat alamiah subyek, sebaiknya peneliti tidak membuat catatan se-lama penelitian, kecuali mungkin dengan menggunakan perekaman secara tersembunyi. Tetapi setelah selesai melakukan pengamatan, peneliti harus segera membuat catatannya secepatnya sebelum tertumpuk oleh informasi lainnya.

3. *Observasi berperan aktif*

Dalam observasi ini peneliti dapat memainkan berbagai peran yang dimungkinkan dalam suatu situasi sesuai dengan kondisi subyek yang diamati. Cara ini dilakukan semata untuk dapat mengakses data yang diperlukan bagi penelitian. Keberadaan peneliti sebenarnya diketahui oleh subyek yang diteliti, tetapi peneliti telah dianggap sebagai bagian dari mereka dan kehadirannya tidak mengganggu atau mempengaruhi sifat naturalistiknya. Apa yang dilakukan peneliti tak ubahnya sebagaimana yang dilakukan subyek yang diteliti.

4. *Observer berperan penuh*

Pada observasi ini peneliti bisa jadi sebagai anggota resmi dari kelompok yang diamati

atau sebagai orang dalam atau orang luar tetapi telah dianggap sebagai orang dalam.

Peran peneliti dalam observasi terlibat penuh, bukan sekedar partisipasi aktif dalam kegiatan subyek yang diteliti, tetapi juga bisa lebih menjadi pengarah acara agar sebuah peristiwa terarah sesuai dengan skenario peneliti agar kedalaman dan keutuhan datanya tercapai.

Dalam melakukan observasi ada beberapa hal yang mempengaruhi kecermatan dalam observasi, yaitu:

- ❖ Prasangka-prasangka dan keinginan-keinginan dari observee
- ❖ Keterbatasan panca indera, kemampuan pengamatan, & ingatan manusia
- ❖ Keterbatasan wilayah pandang
- ❖ Ketangkasan menggunakan alat-alat pencatatan
- ❖ Ketelitian pencatatan hasil-hasil observasi
- ❖ Ketepatan alat dalam observasi
- ❖ Pengertian observer tentang gejala yang diobservasi
- ❖ Kemampuan menangkap hubungan sebab akibat tergantung pada keadaan mental, indera pada suatu waktu.

Oleh karena itu untuk dapat menjadi seorang observer yang baik harus memiliki syarat-syarat sebagai berikut:

1. Mengerti latar belakang tentang materi yang akan diobservasi Untuk mengobservasi tentang perkembangan anak maka seorang observer harus menguasai teori tentang perkembangan yang harus dilalui oleh setiap anak.
2. Mampu memahami kode-kode / tanda-tanda tingkah laku untuk membedakan tingkah laku yang satu dengan yang lain.

Seorang observer hendaknya mempunyai kemampuan untuk membedakan tanda-tanda tingkah laku agar dapat membedakan tingkah laku yang satu dengan yang lain. jup, perlu mengetahui perbedaan mengekspresikan emosi ke dalam perilaku bagi masing-masing kelompok masyarakat .

Contoh: ekspresi wajah marah, sedih, gembira.

3. Membagi perhatian.
Seorang observer harus mampu membagi perhatiannya antara mengamati tindakan yang dilakukan oleh observee dan mencatat perilaku tersebut.
4. Dapat melihat hal-hal yang detail
Seorang observer harus mampu mengamati perilaku observee sampai pada perilaku yang sekecil-kecilnya, karena bisa saja perilaku yang dianggap tidak penting justru merupakan perilaku yang sangat penting.
5. Dapat mereaksi dengan cepat dan menerangkan contoh-contoh tingkah laku secara verbal/non verbal. Seorang observer harus bisa memaharni dengan cepat perilaku yang ditunjuk oleh observee dan bagaimana respon yang harus diberikan.

6. Menjaga hubungan antara observer dan observee.

Kemampuan menjalin hubungan baik dengan observee merupakan faktor yang sangat penting dalam observasi.

Hal-hal yang Diobservasi

Banyak beberapa hal-hal, peristiwa-peristiwa, masalah-masalah, gejala-gejala yang dapat diobservasi.

Dalam melakukan observasi ada beberapa poin yang biasanya perlu diperhatikan antara lain:

1. Penampilan fisik

Yang meliputi kondisi fisik observee, misalnya tinggi badan, berat badan, warna kulit, dan lain-lain.

2. Gerakan Tubuh/penggunaan anggota tubuh

Misalnya: bagaimana postur tubuh observee, bagian tubuh mana yang sering digunakan dan bagian mana yang kurang banyak digerakkan (misalnya observee selalu menggerak-gerakkan tangan ketika bicara dan sebagainya).

3. Ekspresi wajah

Bagaimana ekspresi wajah observee ketika sedang berbicara.

4. Pembicaraan

Yaitu bagaimana isi pembicaraan yang dilakukan.

5. Reaksi emosi

Yaitu bagaimana reaksi emosi observee. Dalam penelitian seorang observer perlu memperhatikan bagaimana reaksi emosi observee terhadap suatu masalah yang ingin diteliti.

6. Aktivitas yang dilakukan

Misalnya jenisnya, lamanya, dengan siapa, di mana dan sebagainya.

7. Dan beberapa hal yang perlu diobservasi.

Hal ini sesuai dengan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.

Langkah-Langkah Dalam Observasi

Rummel telah merumuskan petunjuk-petunjuk penting bagi mereka yang menggunakan metode observasi untuk mengumpulkan fakta-fakta seperti berikut :

1. Peroleh dahulu pengetahuan apa yang akan diobservasi. Penyelidik akan dapat mengobservasi dan mengingat lebih banyak sifat-sifat khusus dari sesuatu jika dia telah mempunyai pengetahuan lebih dahulu tentang apa yang akan diobservasi dan jenis fenomena-fenomena apa yang perlu dicatat. Sebab itu ketahui dan tentukan lebih dahulu apa-apa yang perlu diobservasi.

2. Selidiki tujuan-tujuan yang umum maupun khusus dan problem-problem research untuk menentukan apa yang harus diobservasi. Perumusan masalah dan aspek-aspek khusus dari penyelidikan akan menentukan apa yang harus, diobservasi. Sehdiki secara mendalam dan gunakan

penyelidikan-penyelidikan yang terdahulu yang mempunyai hubungan dengan problematik research yang akan dilakukan untuk memperoleh petunjuk-petunjuk tentang apa yang harus diobservasi dan dicatat.

3. Buatlah suatu, cara untuk mencatat hasil-hasil observasi. Adalah penting sekali untuk menetapkan lebih dahulu simbol-simbol statistik atau rumusan-rumusan deskriptif yang akan digunakan untuk mencatat hasil-hasil observasi. Cara ini akan menghemat waktu dan menyeragamkan tats kerja observasi yang dilakukan terhadap banyak peristiwa. Banyak orang me-rasa perlu mencatat-catat hasil observasi , tetapi tidak berhasil untuk melakukan itu karena ketiadaan cara pencatatan yang efisien. Untuk melaksanakan itu umumnya digunakan. check list. Check list akan menghemat waktu pencatatan sampai minimal dan jika dibuat secara cermat akan memungkinkan penyelidik mencatat secara teliti unsur-unsur khusus dari gejala yang akan diselidiki.
4. Adakan dan batasi dengan tegas macam-macam tingkat kategori yang akan digunakan Kecuali mencatat jumlah frekuensi dari suatu jenis tingkah laku, kerap kali perlu sekah penyelidik mengetahui besar kecilnya jenis tingkah laku yang muncul.
5. Adakan observasi secermat-cermatnya
6. Catatlah tiap-tiap gejala secara terpisah.
7. Ketahuilah baik-baik alat-alat pencatatan dan tata caranya mencatat sebelum melakukan observasi.

Pencatatan Lapangan Basil Observasi

Catatan lapangan berisi tentang hal-hal yang diamati, apapun yang oleh peneliti dianggap penting. Penulisan catatan lapangan dapat dilakukan dalam cars yang berbeda-beda. Yang penting untuk diingat adalah catatan lapangan mutlak dibuat secara lengkap, dengan keterangan tanggal dan waktu yang lengkap.

Untuk mampu menulis catatan lapangan yang lengkap dan informatif, peneliti perlu melatih kedisiplinan untuk melakukan pencatatan secara kontinyu, dan menuliskannya langsung saat melakukan observasi di lapangan. Bila pencatatan tidak mungkin dilakukan langsung di lapangan, hal tersebut wajib dilakukan sesegera mungkin setelah peneliti meninggalkan lapangan. Peneliti harus menyadari ia tidak dapat mengandalkan ingatannya saja, dan bile ia tidak segera mencatat apa yang ia amati, sangat mungkin akan kehilangan nuansa yang diamati.

Catatan lapangan harus deskriptif, diberi tanggal dan waktu, dan dicatat dengan menyertakan informasi-informasi dasar seperti dimana observasi dilakukan, siapa yang Nadir di san^g, bagaimana setting fisik lingkungan, interaksi sosial dan aktivitas apa yang berlangsung, dan sebagainya.

Penting untuk diingat bahwa peneliti yang baik akan melaporkan hasil observasinya secara deskriptif, tidak interpretatif. Pengamat tidak mencatat kesimpulan atau interpretasi, melainkan data kongkrit berkenaan dengan fenomena yang diamati.

Deskripsi harus memadai dalam detail, dan ditulis sedemikian rupa untuk memungkinkan pembaca memvisualisasikan setting yang diamati. Deskripsi interpretatif dengan menggunakan penyimpulan-penyimpulan dari peneliti harus dihindari. Interpretasi dengan memberikan label atau penjelasan sifat-sifat tidak dianjurkan. Yang perlu dilakukan adalah menjabarkan situasi yang diamati tanpa segera mengambil kesimpulan tentang hal tersebut. Dengan uraian deskriptif seakurat informatif demikian, pengamat meminimalkan biasanya, sehingga dengan sendirinya juga dapat mengembangkan analisis, yang lebih akurat saat menginterpretasi seluruh data yang ada.

Bila relevan dan memungkinkan, catatan lapangan perlu juga diisi kutipan-kutipan langsung apa yang dikatakan obyek yang diamati selama proses observasi. Hal itu akan membantu peneliti dalam mengungkap perspektif orang yang diamati mengenai realitas yang alami.

Guba dan Lincoln telah memberikan pedoman dalam pembuatan catatan:

1. Pembuatan catatan lapangan, yaitu gambaran umum peristiwa-peristiwa yang telah diamati oleh peneliti. Dalam hal ini pengamat bebas membuat catatan, dan biasanya dilakukan pada malam hari setelah melakukan observasi.
2. Buku harian, yang dibuat dalam berfuk yang teratur dan ditulis setiap hari, yang isinya diambil dari catatan lapangan.
3. Catatan tentang satuan-satuan sistematis, yaitu catatan rinci tentang terra yang muncul
4. Catatan kronologis, yang merupakan catatan rinci tentang urutan peristiwa dari waktu ke waktu.
5. Peta konteks, yang dapat berbentuk peta, sketsa atau diagram. Dengan peta konteks ini dapat diperoleh gambaran umum tentang posisi subyek serta perkembangannya.
6. Taksonomi dan kategori, yang dikembangkan selama analisis di lapangan.
7. Jadwal observasi berisi deskripsi waktu secara rinci tentang apa yang dikerjakan, apa yang diamati, di mana, kapan, dan lain-lain.
8. Siometrik, merupakan diagram hubungan antara subyek yang sedang diamati.
9. Panel, yaitu pengamatan terhadap seseorang atau sekelompok orang secara periodik.
10. Kuesioner, yang diisi oleh pengamat untuk memberikan balikan kepada pengamat sehingga dapat lebih mengarahkan dan memperbaiki teknik pengamatannya.
11. Balikan dari pengamat lainnya, juga dapat memperbaiki teknik pengamatan yang dipergunakannya.
12. Daftar cek, dibuat untuk mengecek apakah semua aspek informasi yang diperlukan telah direkam.
13. Piranti elektronik, misalnya kamera atau video yang disembunyikan.
14. "Topeng Steno", yaitu alai perekam suara yang diletakkan secara tersembunyi di tubuh peneliti.

Banister (1994) mengemukakan hal-hal yang perlu diperhatikan pada waktu membuat catatan observasi, yaitu:

1. deskripsi konteks.
2. deskripsi mengenai karakteristik orang-orang yang diamati.
3. deskripsi tentang siapa yang melakukan observasi.
4. deskripsi mengenai perilaku yang ditampilkan orang-orang yang diamati.
5. interpretasi sementara peneliti terhadap kejadian yang diamati.
6. pertimbangan mengenai alternatif interpretasi lain.
7. eksplorasi perasaan dan penghayatan peneliti terhadap kejadian yang diamati.

Sumber-sumber kesalahan dalam observasi

Dalam melakukan observasi, terutama bagi observer pemula yang belum mahir melakukan observasi kerap terjadi kesalahan dalam melakukannya oleh karena itu perlu diketahui masalah-masalah yang sering menjadi sumber kesalahan dalam melakukan observasi.

Ada beberapa sumber kesalahan yang sering ditemukan dalam observasi, yaitu:

1. Kesalahan yang bersumber pada kualitas personel observer. Hal ini berkaitan dengan ketelitian, halo effect, usia, latar belakang pendidikan/budaya, kelelahan, personal value
2. Kesalahan yang berhubungan dengan setting, Skala, atau alat-alat yang digunakan.
3. Kesalahan yang bersumber pada subjek penelitian. Mungkin dikarenakan kelelahan atau manipulasi diri.

METODE PENELITIAN EPIDEMIOLOGI

Epidemiologi adalah kajian mengenai insidensi, prevalensi dan distribusi penyakit dalam sebuah populasi. Istilah insidensi berkaitan dengan tingkat kasus baru dari suatu penyakit yang berkembang dalam suatu periode waktu, sedangkan prevalensi mengacu pada rata-rata kasus baru atau lama dalam suatu periode waktu. Insidensi memberikan pengetahuan apakah suatu kasus penyakit tertentu baik lama maupun baru mengalami peningkatan misalnya berapakah rata-rata kenaikan kasus AIDS terbaru pada tahun 2005. Prevalensi di sisi lain berhubungan dengan perkiraan rata-rata apakah prosentase populasi target dipengaruhi oleh suatu penyakit tertentu. Misalnya rata-rata prevalensi schizophrenia diperk 1 rakan 1%, berarti menunjukkan bahwa dari umumnya masyarakat, peluang berkembangnya gangguan ini adalah 1 kasus di hap 100 penduduk (Phares dan Trull, 2001). Metode ini, karma itu, biasa dilakukan dalam bidang kedokteran untuk mengetahui penyebaran penyakit atau munculnya penyakit-penyakit tertentu yang terkait dengan kondisi daerah tertentu.

Secara historis epidemiologi berhubungan erat dengan penelitian medis yang disusun untuk membantu memahami dan mengontrol penyakit-penyakit epidemik utama seperti kolera. Penghitungan kasus sederhana adalah pusat pada penelitian metode ini. Harapan untuk melakukan analisa terhadap distribusi kasus dalam suatu komunitas dan menungungkap karakteristik yang membedakan individu-individu atau kelompok yang terpengaruh adalah untuk mengajarkan

sesuatu mengenai sebab-sebab penyakit secara khusus dan bagaimana cara penyebarannya. Metode epidemiologis juga perlu untuk mengidentifikasi kelompok atau individu yang beresiko terkena penyakit.

Sebuah contoh dalam bidang gangguan mental adalah adanya sejumlah penelitian mengenai hubungan antara schizophrenia dengan berbagai faktor sosial ekonomi maupun disorganisasi sosial (dalam Trull dan Phares, 2001). Sekalipun hasil-hasil tersebut nyaris tidak mengungkap inti dari schizophrenia, namun para peneliti mampu menyampaikan faktor-faktor demografi utama yang berhubungan dengan prevalensi schizophrenia. Berbekal informasi ini klinisi dapat mengidentifikasi individu yang memiliki kecenderungan tinggi untuk terkena schizophrenia; dapat membuat program khusus yang akan memberikan bukti diagnostik awal pada onset individu yang memiliki kecenderungan; membuat program treatment yang siap diberikan pada orang yang beresiko mengembangkan schizophrenia.

Kebanyakan penelitian epidemiologis didasarkan pada hasil survey atau kuesioner yang disebarkan 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 *social desirability*).

METODE KORELASIONAL

Penelitian epidemiologi umumnya mengandalkan metode korelasi untuk dapat mencapai suatu hasil penelitian. Metode korelasi ini ditujukan untuk mengukur korelasi (faktor-faktor resiko) dari suatu penyakit atau suatu gangguan (Phares dan Trull, 2001). Teknik korelasi membantu peneliti untuk melihat apakah variabel X berhubungan dengan variabel Y. Misalnya apakah skor tes intelegensi berhubungan dengan gangguan psikiatrik tertentu? Apakah karakteristik pasien berhubungan dengan hasil terapi? Apakah depresi berhubungan dengan jenis kelamin?

Teknik korelasi memerlukan dua set data (dari observasi, skor tes dan lain-lain) untuk diketahui apakah set pertama berhubungan dengan set kedua kemudian menghasilkan suatu koefisien korelasi yang berkisar antara -1 (**korelasi negatif**) dan +1 (**korelasi positif**). Koefisien *product-moment* Pearson biasanya digunakan sebagai indeks untuk membatasi tingkat hubungan antar dua variabel yang disimbolkan dengan huruf r . Koefisien korelasi dapat bermakna atau signifikan pada tingkatan 0,05 (berlaku pada 95% pengamatan) atau pada tingkatan 0,01 (berlaku pada 99% pengamatan).

Bermakna tidaknya suatu korelasi bergantung pada jumlah sampel yang diteliti. Untuk bidang klinis kadang-kadang suatu koefisien korelasi yang secara statistik bermakna tidak mempunyai makna praktis atau sebaliknya yang mempunyai makna praktis tidak menunjukkan korelasi yang bermakna secara statistik. Misalnya meskipun secara statistik hubungan antara penderita gangguan depresi dengan kejadian stres tidak bermakna secara statistik namun dalam praktik klinis hubungan antara dua hal tersebut selalu memperoleh

perhatian.

Metode korelasi dapat berlanjut dengan membuat matriks korelasi yang menggambarkan korelasi antara sejumlah variabel dan identifikasi adanya faktor-faktor yang jumlahnya lebih sedikit dari variabel-variabel yang dipakai. Identifikasi variabel ini dinamakan dengan analisis faktor, yakni sebuah cara untuk memeriksa antarhubungan antara sejumlah variabel pada saat yang sama. Misalnya dilakukan antarkorelasi antara sejumlah variabel seperti usia, pendidikan, keluhan fisik dan psikis, maka bisa jadi variabel-variabel pendidikan dan usia merupakan satu faktor yang keduanya saling berkorelasi.

PENELITIAN LONGITUDINAL VS CROSS-SECTIONAL

Cara lain untuk mengklasifikasi hasil-hasil penelitian adalah dengan mempertimbangkan apakah hasil penelitian tersebut memiliki sifat *cross-sectional* atau *longitudinal*. Dua pendekatan dalam penelitian ini seringkali dilakukan pada populasi lanjut usia atau anak-anak dengan kelainan khusus. Disain *cross-sectional* adalah suatu cara untuk mengevaluasi atau membandingkan individu-individu, mungkin dari kelompok usia yang berbeda namun dalam waktu yang sama. Misalnya membandingkan anak usia 5 tahun dengan anak usia 10 tahun di tahun 2005. Sedangkan disain *longitudinal* meneliti sejumlah orang yang sama dalam kurun waktu tertentu, misalnya meneliti sekelompok anak yang dibesarkan di panti asuhan antara tahun 1990-2005. Disain *longitudinal* sangat penting untuk mengetahui hal-hal yang berpengaruh pada perkembangan anak, psikopatologinya, dan lain-lain. Format dasar dari dua pendekatan ini ditunjukkan dalam gambar (1). Pada contoh ini, kolom a menunjukkan disain *longitudinal* dan kolom b merupakan disain *cross-sectional*.

Pendekatan *cross-sectional* bersifat korelasional. Peneliti tidak dapat memanipulasi usia dan partisipan juga tidak bisa dikelompokkan menurut kelompok-kelompok usia yang berbeda. Karena adanya perbedaan partisipan dalam tiap kelompok usia, peneliti tidak dapat mengasumsikan bahwa hasil penelitian merefleksikan perubahan usia namun hanya merefleksikan perbedaan antara kelompok-kelompok usia.

Penelitian *longitudinal* dengan demikian merupakan penelitian dengan cara mengumpulkan data dari sejumlah orang pada suatu rentang waktu. Model disain seperti ini membantu peneliti untuk menemukan insight tentang bagaimana suatu perilaku atau suatu proses mental mengalami perubahan seiring dengan usia. Penelitian *longitudinal* juga menjadikan peneliti mampu berspekulasi dengan lebih baik mengenai hubungan waktu dengan faktor-faktor lain secara bersama-sama. Disain ini juga membantu mengeliminasi problem variabel ketiga yang sering muncul dalam penelitian korelasional. Misalnya seorang peneliti mengetahui bahwa keadaan depresi muncul dan menghilang sepanjang tahun. Jika depresi bertanggungjawab terhadap hubungan yang antara penurunan berat badan yang signifikan dan penurunan kepercayaan diri maka dua variabel ini mestinya bervariasi selama keadaan-keadaan depresi

(Trull dan Phares, 2001).

Terdapat berbagai variasi disain longitudinal dan cross-sectional. Dalam penelitian-penelitian longitudinal, problem-problem utama biasanya adalah hal-hal tehnik. Sebagian penelitian membutuhkan biaya yang banyak, sebagian lagi memerlukan kesabaran dan ketuntuyitas kepemimpinan dalam program penelitian. Kadangkadang juga sebuah penelitian harus tetap berjalan meskipun dengan disain yang salah, yang telah dibuat dalam tahun-tahun sebelumnya dengan metode asesmen dan metode penelitian yang telah usang. Karena penelitian longitudinal mahal dari sisi waktu dan biaya, model ini sering tidak dijalankan sebagaimana mestinya.

Tahun lahir	Usia					
	65	70	75	80	85	
1890	65	70	75	80	85	
1895	60	65	70	75	80	
1900	55	60	65	70	75	
1905	50	55	60	65	70	
1910	45	50	55	60	65	longitudinal
1915	40	45	50	55	60	
1920	35	40	45	50	55	
1925	30	35	40	45	50	
Waktu Pengukuran	1955	1960	1965	1970	1975	
a. longitudinal	b. cross-sectional					

Gambar 1. Desain penelitian longitudinal dan cross-sectional (dalam Trull dan Phares, 2001)

Metode eksperimental perlu dilakukan untuk melihat adanya suatu hubungan sebab akibat antara dua peristiwa. Misalnya seorang peneliti ingin melihat apakah ada pengaruh pemberian pelatihan pengembangan diri untuk meningkatkan kemampuan berpikir positif. Untuk menguji dugaan tersebut perlu dilakukan penelitian dengan metode eksperimen. Peneliti terlebih dahulu memilih kelompok yang akan dijadikan kelompok eksperimental yakni vmig akan diberi pelatihan pengembangan diri dan kelompok yang akan dijadikan kelompok kontrol dengan pemberian pelatihan pengembangan diri dalam daftar tunggu (setelah kelompok eksperimen selesai).

Selanjutnya seorang peneliti eksperimen menyusun disain yang akan digunakan untuk melakukan eksperimen. Sugiyanto (1995) menyatakan bahwa disain penelitian merupakan suatu struktur hubungan antara variabel-variabel penelitian dalam rangka memperoleh bukti-bukti empiris. Disain penelitian secara khusus berfungsi sebagai pemberi petunjuk yang kuat untuk menjalankan penelitian, cara pengumpulan data dan analisis statistik. Disain penelitian

tidak dapat dilepaskan dari tujuan untuk memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian secara objektif atau valid. Disain penelitian tidak dapat digunakan untuk mendikte permasalahan penelitian. Sebaliknya, permasalahan atau pertanyaan penelitian ikut menentukan pemilihan rancangan penelitian (Sugiyanto, 1995).

Bentuk disain eksperimental ada beberapa macam. Pertama disain antar kelompok dan dalam kelompok (*between-group designs*). Disain antar kelompok yaitu ketika peneliti memisahkan dua kelompok partisipan yang masing-masing menerima stimulus yang berbeda kemudian membandingkan hasil keduanya. Misalnya untuk melihat perbandingan antara dua jenis psikoterapi dalam menurunkan tingkat kecemasan, kelompok A diberikan terapi musik dan kelompok B diberikan terapi relaksasi. Hasil keduanya dibandingkan untuk melihat mana yang lebih efektif. Kedua adalah disain dalam kelompok (*within-group designs*) yaitu bila satu individu dalam kelompok terapi relaksasi dibandingkan kemajuannya dalam beberapa periode misalnya setelah satu minggu, dua minggu dan seterusnya.

Perlu diperhatikan dalam metode ini mengenai validitas eksternal maupun internal penelitian. Validitas internal adalah adanya jaminan bahwa yang menyebabkan terjadinya suatu perubahan yang direncanakan oleh eksperimen itu adalah hanya stimulus yang diberikan dan bukan hal-hal lainnya. Untuk menghindarkan dari resiko ini maka hendaknya terdapat kelompok kontrol. Sedangkan validitas eksternal penelitian terkait dengan masalah apakah suatu hasil penelitian dapat digeneralisasikan pada kondisi-kondisi eksperimen yang pasti dan spesifik (Phares dan Trull, 2001).

DISAIN SATU KASUS

Disain satu kasus merupakan pengembangan dari pendekatan operan dan pendekatan behavioral. Pendekatan ini mempunyai persamaan dengan disain studi kasus dan disain eksperimental. Dalam disain satu kasus diukur perilaku individu sebelum dan sesudah perlakuan dan hal ini dilakukan dalam suasana eksperimen. Disain satu kasus adalah perwujudan dari pendekatan perilaku yang mengutamakan pengukuran perilaku nyata seperti yang disampaikan dalam belajar operan (Phares dan Trull, 2001). Misalnya seorang eksperimenter mengukur perilaku subjek dalam beberapa kondisi dan dalam kondisi tersebut diterapkan berbagai teknik eksperimental namun fokus dari eksperimen adalah respon-respon dari satu subjek saja. Biasanya model ini diawali dengan penentuan baseline, yaitu sebuah laporan tentang perilaku subjek yang terkait dengan intervensi yang akan dilakukan dalam waktu tertentu. Misalnya jumlah serangan cemas dalam satu minggu, kemudian setelah baseline ditemukan intervensi dapat dilakukan. Pengaruh intervensi ditentukan dengan membandingkan tingkat baseline perilaku dengan tingkat pasca intervensi.

Salah satu contoh disain kasus adalah disain *ABAB*. Disain *ABAB* melakukan pengukuran terhadap efektifitas tritmen dengan mengobservasi perubahan perilaku subjek secara sistematis apakah karena kondisi-kondisi tritmen atau bukan karena tritmen. Dinamakan dengan disain *ABAB* karena periode baseline awal (A) diikuti dengan periode tritmen (B), selanjutnya

kembali pada baseline (A) dan diikuti kembali dengan tritmen kedua (B). Misalnya perencanaan pemberian perlakuan terhadap seorang anak agresif. Perlakuan di ruang terapi diamati selama beberapa jam dalam beberapa hari, kemudian dicatat perilaku agresif apa saja yang dilakukannya beserta frekuensinya (situasi A). Ketika anak menunjukkan perilaku baik misalnya duduk diam maka dia diberi hadiah berupa permen. Perlakuan ini dipertahankan selama beberapa jam dalam beberapa hari dan dicatat lagi perilaku anak yang positif yakni duduk diam (B). setelah itu, kembali anak dibiarkan seperti situasi A yakni tidak diberi perlakuan setelah itu kembali diperlakukan situasi B.

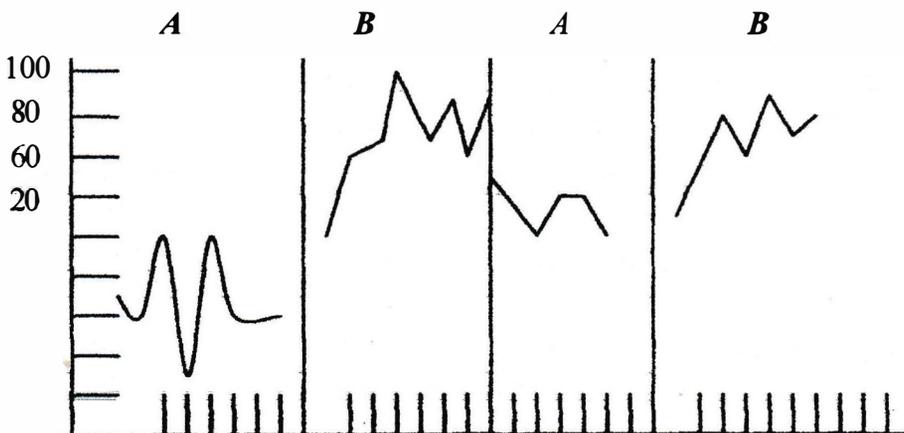
Disain lainnya adalah disain ganda atau *multiple baseline design*. Kadang situasi pemberian imbalan seperti pada situasi B tidak mudah untuk ditiadakan demi pertimbangan etis. Dalam disain ganda, dua perilaku atau lebih dipilih untuk dianalisis. Dalam contoh kasus di atas, yang diamati dan dicatat baselinenya adalah dalam dua situasi yakni di rumah dan di ruang terapi. Pemberian imbalan tidak diberikan di suasana terapi namun dilakukan di rumah. Pabila peningkatan perilaku positif selalu terjadi menyusul pemberian imbalan maka dapat disimpulkan bahwa pemberian imbalan itulah yang menyebabkan bertambahnya perilaku positif dan berkurangnya perilaku agresif.

Disain lain adalah disain campuran atau *mixed design* yang merupakan pengkombinasian dari disain eksperimental dengan tehnik korelasional. Dalam disain ini subjek yang dibagi dalam populasi khusus (misalnya penderita schizophrenia dan subjek normal) dijadikan sebagai kelompok-kelompok bagi tiap kondisi eksperimental. Dengan cara ini, variabel-variabel seperti normalitas atau psikosis tidak dimanipulasi oleh peneliti.

Sebagai contoh disain penelitian yang dikemukakan oleh Davison dan Neale pada tahun 1990 ialah penelitian mengenai efektifitas tiga jenis terapi pada penderita gangguan psikiatrik tertentu. Bila pasien untuk tiap jenis terapi dianggap sebagai masing-masing satu kelompok maka salah satu jenis terapi tersebut mungkin akan terlihat lebih berhasil. Namun bila pasien dalam tiga jenis terapi itu dibedakan dalam kelompok dengan gangguan parah dan gangguan ringan maka kesimpulannya bisa berbeda tiap kelompok (Trull dan Phares, 2001)

Persentase

Perilaku Baseline reinforcement I reversal reinforcement II belajar



Gambar 2. Desain satu kasus A-B-A-B (dalam Trull dan Phares, 2001)

PENELITIAN PSIKOTERAPI, SEBUAH KEKHUSUSAN

Apakah psikoterapi dapat membantu klien? Kondisi-kondisi apa yang membuat sebuah psikoterapi menjadi efektif? Dapat diterapkan pada klien dengan persoalan yang bagaimana dan tehnik apa yang dipakai oleh terapis? Inilah antara lain berbagai pertanyaan yang akan dijawab dalam penelitian psikoterapi. Dalam beberapa tahun terakhir, penelitian mengenai manfaat psikoterapi terhadap klien makin banyak dilakukan. Beberapa hal mengenai metode dan desain penelitian, hasil penelitian dan proses perubahan akan dipaparkan untuk memahami sifat perubahan terapeutik dengan lebih baik.

Masalah-masalah dalam penelitian psikoterapi

sebagaimana eksperimen-eksperimen psikologi umumnya, penelitian untuk melihat efektivitas psikoterapi biasanya menggunakan klien yang berada dalam kelompok eksperimental dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimental atau kelompok tritmen memperoleh tritmen sebagaimana yang akan dikaji dalam penelitian, sedangkan kelompok kontrol tidak. Kelompok kontrol dapat berada dalam beberapa bentuk, misalnya kelompok *waiting list* yaitu tritmen khen diberikan secara tertunda sampai pemberian tritmen kelompok eksperimental selesai. Dalam bentuk *attentional only control group* yakni khen bertemu secara reguler dengan terapis tetapi tidak diberikan administrasi tritmen secara "aktif". Sebisa mungkin, klien dalam kelompok kontrol dan kelompok tritmen dipasangkan pada variabel-variabel yang berhubungan dengan hasil misalnya jenis kelamin, usia, status diagnostik, dan keparahan simtom sebelum penelitian dimulai, dan sebelum mereka dikelompokkan secara random dalam kelompok-kelompok.

Asesmen terhadap simtom-simtom psikopatologi pada klien dilakukan dalam bentuk paralel untuk kedua kelompok partisipan. Setidaknya, asesmen dilakukan pada awal penelitian, pada saat pelaksanaan tritmen dan jika mungkin beberapa saat setelah tritmen selesai (tahap *follow up*). Desain ini memberikan perbandingan antara dua kelompok pada saat pemberian tritmen dan *follow up* nya sebagaimana juga dilakukan evaluasi terhadap jumlah perubahan pada tiap kelompok.

Berikut ini beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam penelitian, yang akan membantu membentuk generalisasi penemuan hasil penelitian pada aspek-aspek terapeutik :

1. Bagaimana dengan sampel penelitiannya ? Apakah mereka klien yang secara sukarela ikut? Atau apakah mereka klien yang "sebenarnya" atau mereka direkrut melalui proses tertentu. ?
2. Variabel-variabel apa yang relevan untuk dikontrol pada klien yang menjadi subjek penelitian ?
3. Bagaimana dengan pengukuran hasil? Apakah pengukuran hasil dilakukan secara sama terhadap tiap klien dalam kelompok tritmen dan kelompok kontrol? Apakah hasil pengukuran tunggal yang akan digunakan atau hasil pengukuran *yang* jamak?
4. Bagaimana sifat penelitian secara umum? Efek-efek terapi dapat dievaluasi dalam

berbagai macam cara bask itu studi kasus, kajian eksperimental, survei klinis, studi korelasi dan studi analogi. Setiap tipe memiliki karakteristik kekuatan dan kelemahan. Misalnya, studi kasus, dapat menawarkan detail yang kaya dan hipotesis yang mungkin jauh lebih bernilai daripada studi eksperimental atau analogi.

5.

Studi Komparasi

Penelitian terapi mejadi meningkat tajam sejak aclanya kritik Eysenk. Makin banyak penelitian yang tidak hanya melihat hasil tritmen namun juga membandingkan dua atau lebih tduuk terapi dalam hal evikasinya. Beberapa. kritik telah mempertanyakan apakah disain-disain yang ada telah cukup kuat untuk mendeteksi perbedaan antara berbagai alternatif tribiten QCazdm dan Bass dalam Trull dan Phares, 2001).

Sebuah studi komparasi dilakukan oleh Sloane, Staples, dkk (dalam Trull dan Phares, 2001) terhadap lebih dari 90 pasien neurotik yang diberikan tritmen (1) terapi perilaku, (2) terapi jangka pendek psikoanalisa, (3) daftar tunggu pemberian tritmen minimal . Kelompok-kelompok tersebut dikelompokkan menurut jenis kelamin dan keparahan simtom namun tetap dengan penyusunan yang random. Tritmen dilakukan oleh orang terapis perilaku dan tiga analis. Sebelum dan sesudah tritmen dilakukan pengukuran termasuk tes psikologi, pengukuran simtom target (orientasi pengukuran dilakukan terhadap kriteria tritmen individu), interview standar, laporan informan, dan *rating* oleh terapis, klien Berta *rater* independen. Tiga kelompok ini menunjukkan perbaikan pada 4 bulan setelah *post test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi psikoanalisa dan terapi perilaku menunjukkan perbaikan lebih daripada kelompok daftar tunggu. Hal ini menunjukkan bahwa hasil terapi merupakan perubahan yang meningkat, lebih daripada sekedar adanya perubahan bila dibandingkan dengan kelompok yang tidak diberikan tritmen.

Penelitian Proses

Trull dan Phares (2001) menyatakan bahwa penelitian proses merupakan pengkajian terhadap kejadian-kejadian khusus yang terjadi selama terapi dalam rangkaian interaksi antara klien dan terapis. Rogerian merupakan pelopor dalam hal penelitian proses ini, terutama mengenai jumlah pembicaraan terapis dalam pemberian sesi dengan spontanitas klien. Atau dengan kata lain melihat efek-efek klarifikasi terapis dan pengungkapan kembali kalimat klien oleh terapis terhadap pengambilan tanggung jawab klien dalam kemajuan pemberian sesi.

Peneliti-peneliti terapi telah memecah dua konsentrasi penelitian yaitu pada penelitian proses dan penelitian hasil (Beutler dalam Trull dan Phares, 2001). Mereka yang berfokus pada hasil mengkritisi penelitian proses sebagai yang gagal untuk mentinji& kan bahwa proses internal terapi memiliki hubungan dengan hasil. Akan tetapi peneliti yang berorientasi proses merasa bahwa seharusnya ada hubungan antara hasil dan proses yang terjadi selama terapi (Strupp dalam Trull dan Phares, 2001).

Model-model Disain Penelitian Psikoterapi

Pengetahuan mengenai psikoterapi dapat diperoleh melalui sejumlah cara sebagaimana bentuk-bentuk penelitian pada umumnya yaitu studi kasus, survei klinis, penelitian korelasional, maupun penelitian eksperimental. Penjelasan tentang kelebihan dan keterbatasan dari masing-masing disain akan dijelaskan berikut ini (Korchin, 1976).

Studi Kasus

Dasar dari ilmu klinis khususnya pada awal kemunculannya adalah kajian mendalam terhadap kasus-kasus individual. Keterbatasannya cukup jelas: studi kasus tidak terkontrol, sering tidak sistematis, generalisasi terbatas dan tidak pasti, observasi dan kesimpulan dapat terlalu banyak merefleksikan penilaian subyektif dan bias klinisi-observer. Dalam pendekatan naturalistic keunikan dan kompleksitas proses antara pasien-terapis akan dapat dipertahankan dengan baik.

Survei Minis

Tipe survei klinis sederhana bersifat sangat terbatas. Tipe ini diperoleh dengan mendata status pasien sebagai "yang telah membaik" atau "tidak membaik" kemudian mengkombinasikan penilaian dari klinisi yang berbeda dari tempat yang berbeda pula. Dengan pendefinisian kriteria secara lebih baik, data-data survei tikan bermanfaat bagi tujuan-tujuan epidemiologis sekalipun biasanya bertujuan lebih deskriptif daripada eksplanatif.

Penelitian Korelasional

Kekurangan mendasar dari metode korelasional adalah adanya sejumlah aspek dan pengukuran dengan range atau jarak yang juga bervariasi. Sedangkan keuntungan utama metode ini adalah tidak memerlukan kontrol dan manipulasi, dengan lebih banyak variabel yang dapat diteliti secara simultan dan memungkinkan adanya temuan-temuan yang tidak terbatas pada hipotesis awal.

Eksperimental

Eksperimen merupakan metode yang paling murni dalam memperoleh pengetahuan dan menguji teori sekaligus memiliki banyak keterbatasan. Agar eksperimen berjalan secara ideal, peneliti harus memaksimalkan kontrol dan menguji hipotesis-hipotesis yang potensial. Peneliti juga harus membatasi jumlah dan range variabel-variabel yang diteliti.

BAB V

ASSESMEN DALAM PSIKOLOGI KLINIS

A. Defenisi Dan Tujuan Asesmen Dalam Psikologi Klinis

Asesmen psikologi pada mulanya dikenal dengan nama psikodiagnosis. Istilah “asesmen” dalam psikologi untuk pertama kalinya dikenali sebagai istilah psikologis dalam buku *Assessment of Man*. Menurut Goldenberg (1983), pengukuran psikologis yang saat ini dikenal dengan nama asesmen psikologis, telah dilakukan sejak 4000 tahun yang lalu di Cina sebagai salah satu bentuk pelayanan kepada masyarakat. Menurut Mc.Reynold, 1975, asesmen ini pada dasarnya adalah usaha untuk mengukur individu dengan cara kembali ke belakang.

Dalam masa modern, usaha asesmen ini dipelopori oleh Sir Galton di Inggris dan Sir Cattell di Amerika Serikat sejak abad ke-19. Usaha ini dimaksudkan untuk mendapatkan pemahaman pribadi individu yang lebih tepat, dengan cara melakukan langkah-langkah pemeriksaan yang dapat diandalkan, obyektif, baku dan sistematis sesuai prosedur yang bertujuan memahami perbedaan-perbedaan individu. Yang dapat dinilai paling sistematis adalah asesmen yang dilakukan Murray (1983), sebagaimana ditulis dalam bukunya “*Exploration In Personality*”, dengan menggabungkan hasil tes psikologis, interview, dan observasi.

Menurut Sunberg (1977) asesmen kepribadian dapat didefenisikan 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. Jadi ada tiga tujuan utama yaitu pembuatan citra, pembuatan keputusan, dan membangun teori, termasuk menghubungkan teori dan praktek.

Kendall (1982) menyatakan bahwa asesmen klinis merupakan proses pengumpulan informasi mengenai klien atau subjek untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai seseorang. Informasi yang telah dikumpulkan dalam asesmen klinis digunakan untuk menunjang keputusan-keputusan dan berbagai area tindakan, seperti penyaringan dan diagnosis, evaluasi dan intervensi, serta riset.

1. Penyaringan dan Diagnosis

Fungsi penyaringan dalam asesmen meliputi kegiatan memilih dan mengelompokkan orang, menggunakan klinikus untuk mengembangkan metode, mengumpulkan data, dan membuat keputusan yang cangguh. Diagnosis mengidentifikasikan masalah spesifik klien dan diarahkan pada usaha mengkomunikasikan secara efisien informasi tentang individu tertentu kepada profesional lain, sehingga keputusan yang dibuat mengenai cara terbaik untuk melayani klien dibuat berdasarkan informasi yang akurat.

2. Evaluasi atas Intervensi klinis

Tanpa asesmen, klinikus pada umumnya tidak dapat mengevaluasi efek intervensi klinis. Misalnya, klien yang mengalami depresi karena perceraian, dapat diases mengenai berapa

besar tingkat keparahan depresi atau kecemasannya itu. Tetapi, setelah klien diberi penanggulangan (treatment), dapat dilakukan asesmen ulang untuk melihat adakah peringanan gangguan sebagai akibat diberikannya penanggulangan yang telah dilakukan dan apakah saat ini klien boleh melakukan rawat jalan.

3. Riset

Dalam riset, asesmen dimaksudkan untuk menguji hipotesis yang spesifik dalam menangani baik perilaku normal maupun abnormal atau mengalami disfungsi psikologis, dan dirancang untuk mendapatkan informasi baru yang dapat meningkatkan pemahaman kita mengenai pemfungsian manusia. Riset juga digunakan untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan instrument asesmen yang ada, dan mengembangkan metode asesmen baru yang dapat digunakan di kemudian hari (Kendall, 1982).

B. Sasaran Asesmen Dalam Psikologi Klinis

Pada waktu membuat asesmen, terdapat banyak kemungkinan sasaran atau target yang akan diusahakan, antara lain memusatkan perhatian terhadap disfungsi (psikologis) individual, memperhatikan abnormalitas atau kekurangan dalam aspek pikiran, emosi dan tindakannya, memusatkan perhatian untuk menemukan kekuatan klien, dalam hal kemampuan, keterampilan, atau sensitivitas yang menjadi target evaluasi. Pada kebanyakan asesmen, psikolog klinis memfokuskan diri pada lingkup target yang luas, bergerak dari kekuatan atau asset sampai kelemahan dan dari determinan perilaku stabil sampai perubahan perilaku (Wiramihardja, 2004).

C. Proses Asesmen Dalam Psikologi Klinis

Menurut Berstein dan Nietzel (1980), ada empat komponen dalam proses asesmen psikologi klinis yakni:

1. Perencanaan dalam prosedur pengumpulan data
2. Pengumpulan data untuk asesmen
3. Pengolahan data dan pembentukan hipotesis
4. Mengkomunikasikan data asesmen baik dalam bentuk laporan maupun dalam bentuk lisan

D. Metode Wawancara

1. Wawancara

Wawancara klinis adalah suatu proses dimana pewawancara harus waspada mengenai intonasi suara klien, kecepatan bicara, dan sensitivitas untuk ditanya secara langsung dari matanya (Kendall, 1982). Menurut Sullivan, pewawancara tidak boleh terlalu jauh terlibat dengan keinginan atau ketidakinginan dasar klien untuk membongkar informasi

melainkan menyesuaikan diri terhadap sikap dan kerja awal untuk lebih membangun hubungan yang lebih nyaman.

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

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.
4. Mempengaruhi, mengubah, dan memodifikasi perilaku klien

Wawancara dengan dua tujuan terakhir tersebut disebut wawancara asesmen dan wawancara terapeutik Terdapat beberapa jenis wawancara (Wiramihardja,2004) antara lain:

- Wawancara mengenai status mental
- Wawancara social-klinis
- Wawancara yang difraksikan
- Wawancara terstruktur

Berikut langkah-langkah wawancara klinis yang dikemukakan oleh Ivey (1988) :

- Menjalin rapport antara pewawancara dan orang yang diwawancarai.
- Mengumpulkan data, mendefenisikan masalah dan mengidentifikasi apakah kelebihan dan kekurangan orang yang diwawancarai.
- Mendefenisikan tujuan.
- Mengeksplorasi alternative pemecahan masalah klien.
- Melakukan apa yang telah ditetapkan pada poin empat.

Dalam wawancara klinis ada beberapa hal yang perlu dicermati oleh seorang psikolog (Rahayu,2004), yaitu:

Saat wawancara awal

- Mengerti permasalahan klien
- Informasi yang digunakan untuk tindakan selanjutnya
- Menentukan rujukan

Pengkhususan masalah

- Alasan klien datang ke terapis
- Siapakah klien
- Masalah yang dialami oleh siapa
- Pertanyaan dikhususkan, misalnya: selalu sedih
- Arti keluhan yang diungkapkan, misal: marah,bingung,tegang
- Operasionalisasi keluhan

Saat Identifikasi Masalah

- Menentukan klasifikasi atau diagnosis

- Menguraikan pribadi klien, termasuk:
- Kekuatan
- Kelemahan
- Kehidupan saat ini
- Riwayat hidup

Saat Orientasi

- Memberikan gambaran kepada klien tentang pelayanan yang diberikan
- Klien dipersilahkan mengajukan pertanyaan

Saat Terminasi Wawancara

- Memberikan ringkasan hasil pengukuran/pemeriksaan
- Interpretasi hasil pengukuran
- Pengakhiran perlakuan/treatment yang diberikan

Saat terjadi krisis

- Wawancara terfokus pada krisis yang dihadapi
- Member dukungan
- Memberikan pertolongan

Anamnesis dan bentuk-bentuk wawancara klinis

Anamnesis merupakan kegiatan menanyakan kepada klien mengenai suatu persoalan yang dialaminya, mengenai riwayat hidupnya. Jika keluhan atau persoalan dan riwayat hidup ini ditanyakan kepada orang yang bersangkutan, maka dinamakan autoanamnesis dan kalau ditanyakan kepada orang lain dinamakan alloanamnesis atau heteroanamnesis. Ada beberapa teknik bertanya yang dikemukakan oleh Wallen (1956) sehubungan dengan pengambilan anamnesis, dimana teknik ini dapat digunakan sesuai dengan keperluan, sesuai dengan situasi pemeriksaan. Teknik-teknik bertanya tersebut adalah:

a. Narrowing Question

Yaitu mulai mengajukan pertanyaan luas, kemudian disusul dengan pertanyaan yang lebih mendetail.

b. Progressing Question

Yakni mulai dengan memberikan pertanyaan tentang suatu yang dekat dengan apa yang sesungguhnya ingin diketahui, kemudian menyusul pertanyaan yang progresif mengarah pada hal yang sesungguhnya ingin diketahui.

c. Embedding Question

Yakni menyembunyikan pertanyaan yang lebih signifikan, kedalam pertanyaan lain. Pertanyaan tentang apa yang ingin diketahui diselipkan di antara sejumlah pertanyaan lain yang bersifat rutin, sehingga pertanyaan yang signifikan tersebut seolah-olah hanya merupakan suatu hal kecil diantara hal-hal yang ditanyakan.

d. Leading Question

Yakni memberikan pertanyaan yang terarah pada sesuatu yang ingin diketahui, dengan cara yang hati-hati. Biasanya hal ini hanya dilakukan jika pewawancara mempunyai alasan yang kuat untuk mencurigai suatu hal pada klien, dan untuk menghindari suatu jenis jawaban khusus.

e. **Boldover Question**

Yakni menunda suatu pertanyaan yang tiba-tiba muncul dalam pikiran pemeriksa, sewaktu klien sedang menceritakan suatu peristiwa, penundaan ini dilakukan untuk mencari saat yang lebih baik untuk menanyakan hal tersebut.

2. **Observasi**

Keuntungan observasi adalah dapat melihat langsung apa yang dilakukan subyek yang merupakan sasaran asesmen. Ini lebih baik daripada hasil wawancara yang dapat direkayasa oleh subyek yang diwawancarai. Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh pemeriksa:

a. **Mengamati perilaku non verbal**

Ada empat kategori umum perilaku non verbal yang dapat diamati (Rahayu,2004),yaitu:

- Perilaku motorik
- Postur dan perubahannya
- Ekspresi wajah dan kesesuaian dengan isi wawancara
- Kontak mata

b. **Mengamati penampilan pribadi**

Meliputi, cara berpakaian, gaya potongan rambut, dan latar belakang budaya orang yang diwawancarai.

c. **Mengintegrasikan pengamatan**

1. Mood
2. Perkembangan fisik dan neurologis
3. Tes
4. Asesmen-asesmen perilaku
5. Kunjungan rumah
6. Catatan kehidupan
7. Dokumen pribadi
8. Pemfungsian psikofisiologis

E. **Jenis Asesmen Dalam Psikologis**

1. **Asesmen Intelegensi**

Setiap individu berbeda-beda dalam segi inteligensinya. Mengenai soal perbedaan inteligensi ini ada dua pandangan, yaitu pandangan yang menekankan perbedaan kualitatif dan pandangan yang menekankan kuantitatif. Baik pandangan yang pertama maupun yang kedua, keduanya mengakui bahwa individu satu dengan yang lain berbeda

dalam segi inteligensi. Dengan tes inteligensi dimaksudkan untuk mengungkap taraf inteligensi individu yang dites (Walgito,2000).

a. Definisi Inteligensi

Woodworth berpendapat bahwa inteligensi adalah tindakan yang bijaksana dalam menghadapi setiap situasi secara cepat dan tepat. Stern berpendapat bahwa inteligensi adalah daya menyesuaikan diri dengan keadaan baru dengan mempergunakan alat-alat berfikir menurut tujuannya. Sedangkan, Terman memberikan pendapatnya mengenai inteligensi sebagai kemampuan untuk berfikir secara abstrak. H.H.Goddard mendefinisikan inteligensi sebagai tingkat kemampuan pengalaman seseorang untuk menyelesaikan masalah-masalah yang langsung dihadapi dan untuk mengantisipasi masalah-masalah yang akan datang (Walgito,2000).

b. Faktor-faktor dalam inteligensi

Thorndike yang mengemukakan teori multi faktor menjelaskan bahwa inteligensi itu tersusun dari beberapa faktor yang terdiri dari elemen-elemen, dan tiap-tiap elemen terdiri dari atom; tiap-tiap atom merupakan hubungan stimulus respons. Jadi suatu aktifitas adalah merupakan kumpulan dari atom-atom aktifitas yang berkombinasi satu dengan yang lainnya. Sedangkan Spearman mengatakan bahwa inteligensi mengandung 2 macam faktor,yaitu:

1. General ability (factor G)
2. Special ability (factor S)

Teori Spearman ini dikenal dengan teori dwi-faktor(two factor theory)

c. Teori-teori inteligensi

Berdasarkan faktor-faktor yang menjadi elemen inteligensi, maka teori-teori inteligensi dapat digolongkan dalam tiga golongan,yaitu:

1. Teori yang berorientasi pada factor tunggal
2. Teori yang berorientasi pada dua factor
3. Teori yang berorientasi pada factor ganda

ALFRED BINET

Binet menggambarkan inteligensi sebagai suatu yang fungsional sehingga memungkinkan orang lain untuk mengamati dan menilai tingkat perkembangan individu berdasar suatu criteria tertentu. Jadi untuk dapat melihat apakah seseorang cukup inteligen atau tidak, dapat diamati dari cara dan kemampuannya untuk melakukan suatu tindakan dan kemampuannya untuk mengubah arah tindakannya itu apabila perlu. Inilah yang dimaksud dengan komponen arah, adaptasi dan kritik dalam definisi inteligensi.

EDWARD LEE THORNDIKE

Mengklasifikasikan inteligensi kedalam tiga bentuk kemampuan,yaitu:

- a. Kemampuan abstraksi yakni suatu kemampuan untuk bekerja dengan menggunakan gagasan dan symbol-simbol.
- b. Kemampuan mekanik yakni suatu kemampuan untuk bekerja dengan menggunakan alat-alat mekanis dan kemampuan untuk melakukan pekerjaan yang memerlukan aktifitas indera-gerak.
- c. Kemampuan social yaitu suatu kemampuan untuk menghadapi orang lain di sekitar diri sendiri dengan cara-cara yang efektif.

J.P. GUILFORD

Konsepsi Guilford yang dipandang sebagai kontribusinya yang sangat signifikan dalam ikut mengembangkan teori inteligensi pada khususnya dan teori kemampuan mental pada umumnya, adalah teorinya mengenai structure of intellect. Dalam model struktur yang disebutnya model SI ini, Guilford mengilustrasikannya dalam bentuk kubus atau kotak tiga yang masing-masing mewakili satu klasifikasi faktor-faktor intelektual yang bersesuaian satu sama lain.

RAYMOND BERNARD CATTELL

Dalam teorinya mengenai organisasi mental, Cattell mengklasifikasikan kemampuan mental menjadi dua macam, yaitu inteligensi fluid (gf) yang merupakan faktor bawaan biologis, dan inteligensi crystallized (gc) yang merefleksikan adanya pengaruh pengalaman, pendidikan, dan kebudayaan dalam diri seseorang.

d. Tes inteligensi dalam asesmen klinis

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

1. Stanford-Binet Inteligensi Scale

Berikut ini beberapa sub tes dalam tes BINET:

- a. Verbal reasoning yang meliputi vocabulary, comprehension, absurdity, verbal relation.
- b. Quantitative reasoning yang meliputi quantitative, number series, equation building.
- c. Abstract/visual reasoning yang meliputi pattern analysis, copying, paper folding dan cutting.
- d. Short-term memory yang meliputi bead memory, memory for sentences, memory for digits, memory for objects.

2. Wechsler adult intelligence scale

WAIS merupakan alat pemeriksaan inteligensi yang bersifat individu. Tes ini memiliki enam subtes yang terkombinasikan dalam bentuk skala pengukuran keterampilan

verbal dan lima subtes membentuk suatu skala pengukuran keterampilan tindakan (performance).

WAIS/WBIS dalam setting klinis

Tes inteligensi yang bersifat khas karena individual ditinjau dari setting klinis meliputi pengukuran keterampilan verbal dan pengukuran keterampilan tindakan.

a. Pengukuran keterampilan verbal

Informasi

Subtes informasi dapat digunakan untuk mengukur consciousness dan unconsciousness atau ego function.

Komprehensi

Reality testing, ketetapan reaksi terhadap suatu kenyataan, menyangkut masalah emosional dan moral dalam judgement-nya. Ada tindakan baik tetapi tidak bijaksana yang menyangkut dua hal yaitu intellectual level dan emotional level (Wiramihardja,2004).

b. Pengukuran keterampilan tindakan

Picture arrangement terdiri dari:

- ❖ Kemampuan antisipasi, kemampuan perencanaan
- ❖ Perhatian (attention)
- ❖ Penilaian (judgement)

2. Asesmen Kepribadian

a. Projective Assessment

Projective assesmen berkembang dari perspektif teoritis yang menampilkan karakteristik dinamis sebagai inti kepribadian. Menurut Lindzey, teknik projective merupakan alat yang dianggap memiliki sensitifitas yang khusus untuk aspek perilaku yang tertutup dan tidak sadar, memungkinkan atau menggali varietas respons subyek yang luas, sangat multidimensional, dan menggali data respon yang kaya dan sangat kaya dan bersenyawa dengan kesadaran subyek yang minimum menyangkut tujuan dari tes.

Banyak jenis alat tes proyeksi. Lindzey membaginya berdasarkan kategori tipe respon, yaitu:

1. Asosiasi
2. Konstruksi
3. Melengkapi
4. Memilih atau membuat peringkat
5. Ekspresi

b. Objective Assessment

Pendekatan obyektif assesmen kepribadian merupakan usaha yang secara ilmiah berusaha menggambarkan karakteristik atau sifat-sifat individu atau kelompok sebagai alat untuk memprediksikan perilaku. Menurut Butcher (1971) ada tiga perbedaan mendasar antara

asesmen proyektif dan asesmen obyektif. Pertama, asesmen proyektif sangat menaruh perhatian pada dinamika intrapsikis sementara asesmen obyektif mencari deskripsi sifat. Maksudnya adalah, deskripsi kebiasaan seseorang atau gaya karakteristik. Kedua, tes proyektif bersifat samar-samar dan memiliki kebebasan untuk menjawab, sedangkan tes obyektif memiliki stimuli yang dirancang secara jelas dan meminta jawaban-jawaban yang terbatas. Ketiga, isi respon tes proyektif 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.

3. Asesmen Neuropsikologis

Asesmen neuropsikologis melibatkan pengukuran tanda-tanda perilaku yang mencerminkan kesehatan atau kekurangan dalam fungsi otak.

Terdapat delapan jenis tes asesmen neuropsikologis yaitu:

- a. Tes Persepsi Visual
- b. Tes-tes Persepsi Pendengaran
- c. Test of Tactile Perception
- d. Test of motor coordination and steadiness
- e. Test of sensomotor construction skill
- f. Test of memory
- g. Test of verbal
- h. Test of conceptual reasoning skill

4. Asesmen Perilaku

Asesmen perilaku merupakan pendekatan situasi spesifik, dimana variasi spesifik dalam keadaan lingkungan dengan teliti diperiksa untuk menentukan peranan mereka terhadap pemfungsian klien. 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 (Wiramihardja, 2004).

Metode Asesmen Perilaku

Terdapat lima metode asesmen perilaku yang umumnya dikenal orang yaitu:

1. Observasi naturalistic
2. Pemantauan sendiri
3. Laporan diri situasi spesifik oleh klien
4. Observasi analog
5. Observasi dan rating oleh orang lain yang signifikan

F. Laporan Pemeriksaan Psikologis Klinis

Seorang psikolog klinis sendiri juga dapat melakukan pemeriksaan atau asesmen untuk keperluan dirinya sendiri bagi penanganan yang lebih dalam dan teknis terhadap kliennya. Yang

penting adalah bahwa membuat laporan merupakan suatu upaya membangun komunikasi antara pembuat laporan dengan penerima laporan.

a. Format umum (menurut Kendall)

- Data identitas
- Permintaan referral
- Sejarah social/keluarga dan konteks yang berjalan
- Observasi perilaku
- Pengadministrasian tes
- Hasil tes
- Simpulan
- Rangkuman
- Gaya tulisan

b. Mengintegrasikan Data Assesmen

Pendekatan yang bermanfaat atas integrasi data assesmen membutuhkan tiga langkah berikut:

- Pemeriksaan menskor seluruh tes dan membuat daftar pertanyaan sesuai maksudnya.
- Pemeriksa mengambil setiap alat assesmen dan membuat pernyataan singkat yang dimaksudkan sebagai jawaban setiap pertanyaan.
- Pemeriksa kembali pada pernyataan singkat dari setiap tes dan mulai mengintegrasikan bahan tersebut dihubungkan dengan rancangan laporan.

Dalam akhir laporan, kepada pembaca hendaknya disajikan pernyataan professional pemeriksa dalam relasi dengan pertanyaan referral dan keperluan relevan lainnya, secara jelas dan singkat padat.

G. Nilai Ilmiah Assesmen

a. Reliabilitas

Ada tiga jenis pada Reliabilitas, yaitu :

1. *Stabilitas temporal*

Mengacu pada perhitungan reliabilitas tesretes. Jika tes sama dilakukan pada waktu berbeda, derajat terhadap skor pada penggunaan pertama berkorelasi dengan skor pada hasil tes kedua. Korelasi itu menunjukkan konsistensi tes tersebut untuk waktu ke waktu.

2. *Reliabilitas Antarskor*

Melibatkan evaluasi kemampuan dari dua atau tiga skor independent dalam hal skor atau rating.

3. *Konsistensi Internal*

Konsistensi ini dibangun melalui menginterkorelasikan 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 dikorelasikan dengan jumlah skor bagian kedua.

a. Validitas

Menurut APA (American Psychiatric Association) terdapat tiga tipe validitas, yaitu validitas isi, validitas yang berhubungan dengan criteria dan validitas konstruk.

BAB VI

ASESMEN PSIKOLOGI KLINIS

MENGASES DAN MENDIAGNOSIS

A. ALASAN ASESMEN

Secara singkat, Korchin (1976), mengemukakan bahwa asesmen klinis ini dibutuhkan untuk membuat keputusan yang didasari informasi yang dapat diandalkan. Adapun alasan penyelenggaraan asesmen, menurut Kendall, adalah penyaringan dan diagnosis, evaluasi atas intervensi klinis yang telah dilakukan, dan riset.

Juga perlu mendapat tekanan bahwa suatu asesmen diselenggarakan dengan sasaran tertentu, sehingga alat yang digunakan pun terbatas sesuai dengan kebutuhannya.

Asesmen secara umum terdiri atas tiga jenis yaitu :

1. Penyaringan dan Diagnosis

Fungsi penyaringan dalam asesmen meliputi kegiatan memilih dan mengelompokkan orang, menggunakan kemampuan klinikus untuk mengembangkan metode (asesmen), mengumpulkan data dan membuat keputusan yang cangguh. Misalnya, untuk memudahkan seleksi dalam menentukan kecocokan orang bagi program intervensi spesifik. Maka, asesmen dapat digunakan untuk memilih klien mana yang paling sesuai untuk mengikuti program penyembuhan baru yang telah dibangun di suatu rumah sakit.

Asesmen klinis juga merupakan hal penting dalam menentukan jenis dan taraf gangguan jiwa secara hukum. Dalam hal ini diagnosis adalah ditentukan atau ditemukannya proses terjadinya gangguan, dan termasuk kelompok atau jenis apakah penyakitnya itu. Dengan diagnosis itu, pengadilan dapat menentukan hukuman apa yang dapat dan efektif diberikan kepada seorang terdakwa.

2. Evaluasi Atas Intervensi Klinis

Tanpa asesmen, klinikus pada umumnya tidak dapat mengevaluasi efek intervensi klinis. Data dapat dihipunkan melalui asesmen untuk menentukan kekuatan, kelemahan dan keparahan permasalahan psikologis klien, pada sebelum, saat, dan setelah intervensi diselenggarakan. Misalnya, klien yang mengalami defresi karena perceraian dapat diakses mengenai berapa besar tingkat keparahan defresi atau kecemasannya itu. Tetapi, setelah kepadanya diberikan penanggulangan (treatment), dapat dilakukan asesmen ulang untuk melihat adakah peringanan gangguan sebagai akibat diberikannya penanggulangan yang telah dilakukan dan apakah saat ini ia boleh melakukan rawat jalan.

3. Riset

Hal yang sangat esensial bagi semua kegiatan riset adalah asesmen atas pengubah (variabel) yang digunakan dalam investigasi. Dalam riset, asesmen dimaksudkan untuk menguji hipotesis yang spesifik dalam menangani baik perilaku normal maupun

abnormal atau mengalami disfungsi psikologi dan dirancang untuk mendapatkan informasi baru yang dapat meningkatkan pemahaman kita mengenai pemfungsian manusia. Misalnya, efek pornografi terhadap kejadian perkosaan atau moralitas komunitas, tidak dapat ditentukan kalau kita tidak mengakses semua pengubah yang terlibat.

Riset juga digunakan untuk mengevaluasi kekuatan dan kelemahan instrumen asesmen yang ada, dan mengembangkan metode asesmen baru yang dapat digunakan dikemudian hari (Jendall 1982).

Secara kasar, sebagai misal, dapat dikemukakan bahwa dalam riset psikologi abnormal atau psikopatologi, kegiatan riset yang dilakukan memakai metode induktif dengan maksud membangun kaidah-kaidah mengenai segala hal yang menjadi wilayah cabang ilmu ini, misalnya mengenai segala hal yang menjadi wilayah cabang ilmu ini, misalnya mengenai sebab umum gangguan atau hubungan antara timbul dan berkembangnya suatu gangguan jiwa dengan kultur suatu komunitas tertentu.

Sementara dalam psikologi klinis, riset dilakukan dengan metode deduktif mengenai faktor dan pengubah apa saja yang terjadi dalam suatu gangguan atau seberapa jauh efek dari suatu terapi tertentu berhasil dalam menangani gangguan tertentu pada orang-orang dari lapisan atas, menengah atau bawah. Namun lebih jelas, kalau dalam psikologi abnormal tujuannya membangun kaidah, maka dalam psikologi klinis tujuannya adalah menguji efektifitas penggunaan kaidah-kaidah tersebut.

B. SASARAN ASESMEN

Psikologi klinis dapat memusatkan perhatian terhadap :

1. Disfungsi (psikologis) individual, memperhatikan abnormalitas atau kekurangan dalam aspek pikiran, emosi atau tindakannya.
2. Kekuatan klien, dalam hal kemampuan, keterampilan, atau sensitivitas yang menjadi target evaluasi. Psikologi klinis juga mengakses kekuatan dan kelemahan lingkungan sosial individual dan efek lingkungan sosial terhadap pikiran, perasaan, dan tingkah laku klien. Asesmen demikian dikenal dengan sebutan analisis fungsional, dimana psikologi klinis menaruh perhatian untuk mengevaluasi perubahan-perubahan dalam perilaku yang dihasilkan oleh pilihan spesifik dalam situasi hidupnya. misalnya, bagaimana kebiasaan makan klien berpengaruh terhadap penyusunan skedul kegiatan sehari-harinya.

C. METODE ASESMEN

1. Wawancara

Pada umumnya untuk asesmen klinis, wawancara digunakan bersama-sama (dilengkapi) dengan metode lain. Namun sampai saat ini banyak ahli yang menganggap bahwa

wawancara, dan juga observasi merupakan alat asesmen utama psikologi klinis, bahkan psikologi pada umumnya.

Tujuan wawancara tergantung pada konteks penggunaannya. Misalnya ada klien yang diwawancarai dengan menggunakan teknik wawancara sebagai asesmen praterapi, evaluasi atas pemfungsian vokasional, untuk menentukan keputusan hukum, atau untuk keperluan usaha mengembangkan kesehatan mentalnya. Menurut **Sullivan** pewawancara tidak boleh terlalu jauh terlibat dengan keinginan atau ketidakinginannya klien untuk membongkar informasi melainkan 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 karakteristik. Hal ini membutuhkan beberapa jawaban atas berbagai pertanyaan berikut:

- pribadi macam apakah klien tersebut ?
- Simtom-simtom apakah yang perlu diperhatikan ?
- Bagaimanakah klien dilihat orang lain dan bagaimanakah teman-temannya melihat dirinya?
- Apa yang dipikirkan klien dan bagaimana ia menjelaskan mengenai kejadian-kejadian dalam kehidupannya ?
- Bagaimana orang akan melukiskan hubungan antar pribadi klien ? Bagaimana emosi dan suasana hati yang paling menentukan klien dan kapan serta bagaimana hal tersebut mempengaruhi ?
- Bagaimanakah klien menghadapi kegagalan maupun keberhasilannya ?

Goldenberg, 1983, 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. tujuan terakhir disebut wawancara asesmen dan wawancara terapeutik.

Sullivan menyarankan bahwa wawancara seharusnya terjadi dalam suatu tampilan dimana klien menangkap beberapa keuntungan potensial dari pengalaman itu. Jika tidak, pewawancara harus membangun suatu suasana bagi klien agar dapat belajar sesuatu yang secara pribadi penting.

Terdapat beberapa jenis wawancara antara lain;

- Wawancara mengenai status mental.

Wawancara jenis ini sangat banyak digunakan oleh psikiater dan psikolog sebagai alat untuk mengumpulkan bahan mengenai taraf pemfungsinya saat ini. Termasuk disini tampilannya, perilaku umum, aktifitas motor, kewaspadaan, suasana hati, arus dan isi

pikiran,orientasi dalam hal ruang,waktu,orang,ingatan,konsentrasi,pemikiran abstrak,penilaian,impian,kesadaran/pemahaman,dan nilai.

- Wawancara-sosial klinis.

Peterson (1986) Mengemukakan bahwa wawancara sosial-klinis merupakan wawancara dengan pendekatan yang lebih luas yang bermaksud mengidentifikasi,baik masalah khas maupun penentu-penentunya.Dalam wawancara sosial klinis,kinikus mencoba untuk menemukan asal dan keparahan masalah seperti dikemukakan klien.Misalnya dalam bentuk pertanyaan :Bagaimanakah anda melihat masalah anda? Apa makna masalah ini bagi anda? Seberapa penting masalah itu? Seringkah masalah itu terjadi dan dalam keadaan dan atau lingkungan masalah itu sering muncul bagaimana?

Wawancara yang difrasikan.

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

Opening gambit meliputi komentar –komentar pembuka tipikal,misalnya”Saya ingin membicarakan masalah yang Anda ajukan ketika Anda mendaftar ke customer service di depan”. Yang penting adalah ditemukan alasan yang penting yang menyebabkan ia ingin berkonsultasi.

Dalam preliminary survei,pewawancara mendengar dan memberikan klien menceritakan masalahnya.Biasanya,20% waktu wawancara diisi oleh survei ini.

Wawancara Terstruktur.

Wawancara ini bermaksud mencapai hasil yang lebih baik,dimana pewawancara menanyakan serangkaian pertanyaan yang *predetermined*,menggunakan kata yang baku dan mengajukan pertanyaan Dengan urutan yang tetap setiap kali.

Perlu pula kita perhatikan adanya karakteristik umum wawancara, sebagaimana dikemukakan Trull 2005. Ia mengemukakan adanya tiga karakteristik, yakni wawancara sebagai suatu interaksi, wawancara di banding tes, dan seni wawancara.

Sebagai interaksi, wawancara merupakan interaksi antara dua orang. Yang dimaksud interaksi adalah saling mempengaruhi, atau dalam arti lebih luas adanya peristiwa pertemuan antar sedikit dua orang. Setiap pihak melaksanakan perannya masing-masing.

Wawancara juga banyak bentuknya, dari mulai menemukan fakta (*fact finding interview*), untuk melepaskan ketegangan emosional. wawancara dan tes. Ada ahli yang membandingkan wawancara dengan perakapan biasa dan tes Wawancara, kata mereka lebih terarah dan ketat daripada percakapan, tetapi tujuan dan cara atau suasananya lebih longgar

daripada test. Memang ada yang ketat hampir seperti tes, yakni wawancara diagnostik yang terstruktur, yang sering dikombinasikan dengan tes. Isi dan tujuannya ketat, cara dan suasananya lentur.

Wawancara sebagai seni. Yang dimaksud dengan seni disini terutama menyangkut tingkat kelakuannya.

Jenis dan isi pertanyaan dan pertanyaan pewawancara

Dalam rangka klinis, tentu saja pewawancara menggunakan wawancara terapeutik, yakni wawancara yang tujuan akhirnya adalah kesembuhan pasien. Oleh karena itu namanya bukan wawancara mencari fakta, wawancara diagnostik, melainkan wawancara penyembuhan (therapeutic interview). ada beberapa perbedaan mengenai wawancara penyembuhan dengan wawancara lainnya. Salah satunya dikemukakan oleh Patterson, yang menyatakan adanya lima pertanyaan atau pernyataan yang dapat diajukan terapis dan pewawancara manapun, yaitu yang bersifat mencari keterangan (probing), memberikan dukungan (promoting), menafsir (interpreting) menilai (evaluating), dan pemahaman (understanding).

2. Pengamatan (Observasi)

Pengamatan atau observasi sering dibicarakan bersama-sama dengan wawancara karena kegiatannya pun sering dilakukan bersama-sama, sambil mewawancarai, seorang psikolog mengati tingkah laku klien. Yang mendasari penilaian atas observasi ini adalah pemahaman bahwa perilaku yang dilakukan dengan ataupun tanpa intensionalitas, mengartikan atau menjadi tanda dari situasi kejiwaan.

Jadi terdapat gejala yang ditampilkan dalam tingkah laku dalam pengertian yang luas. Pada dasarnya dikenal tiga jenis tingkah laku dalam hubungan dengan hal ini, yakni tingkah laku terbuka (over), tingkah laku tertutup (cover), dan tingkah laku simbolik (symbolic).

3. Tes struktur

Metode asesmen yang paling sering dipakai, termasuk sekedar penambah wawancara, adalah tes struktur. Tes ini meminta subjek untuk menjawab pertanyaan secara tegas, tidak samar-samar, Ya atau tidak dan maknanya uniform, serta mrespon pertanyaan secara yang terbatas. Tes struktur membutuhkan standarisasi yang hati-hati dan norma yang representatif.

Termasuk dalam hal standarisasi ini adalah prosedur pengetesan dan keadaan klien serta tempat dimana tes berlangsung. Setiap tes sebagai bagian keseluruhan asesmen, pada dasarnya dapat dibakukan. Yang penting adalah adanya paling sedikit, realibilitas dan validitas yang memadai dalam hal alat tesnya, dan terdapat keseragaman dalam pelaksanaan tes maupun kejelasan subjek pengetesan atau biasa yang disebut testee. Perlu pula dikemukakan bahwa wilayah fisik, mental yang dapat dijangkau oleh tes terstruktur tidak hanya menyangkut dominan kognitif, seperti intelegensi, melainkan juga yang bersifat

afektif, seperti emosionalitas dan motifasi. Terstruktur atau tidak terstruktur nya tidak bersangkutan dengan wilayah apa yang diukur. Meskipun dengan demikian, kita juga perlu berhati-hati, 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.

4. Tes Tak Terstruktur

Sebagai ganti pertanyaan yang memberikan pilihan kepada subyek dalam alur respon yang spesifik, seperti pada tes terstruktur, psikologis klinis dapat pula menggunakan pertanyaan kepada klien dengan cara menjawab yang memberikan keleluasan lebih besar, misalnya dengan memberikan *Thematic Apperception Test* (TAT) atau Rorschach Inkblot-Test. Disebut tak terstruktur karena stimulus Testnya tidak membutuhkan jawaban yang ditentukan secara tegas dan jelas. Faktor pribadi testee sangat menentukan.

Dalam TAT misalnya dalam subyek diberikan sejumlah gambar dan testee diminta untuk menceritakan apa saja kesan yang ia dapat dari apa yang ia lihat di kartu tersebut. Dalam Tes Terstruktur tidak terdapat ikatan yang terlalu kuat akan adanya items test dan lebih menekankan pada bagaimana subyek berespon terhadap alat test *ambiguous*. Akibatnya, dan analisis dan skoring akan diperlukan usaha yang lebih besar - dalam hal ini klinikus harus sering menafsirkan makna respon-respon klien dari ad membandingkannya dengan norma. Sebenarnya tidak sama sekali tidak berstruktur, hanya saja fleksibilitas subyek dalam memberikan jawaban lebih diperkenankan. Yang penting diperhatikan dalam hal ini, adalah bahwa setiap rangsa, misalnya kartu, memiliki daya tarik, ajakan, nilai psikologis tertentu, atau disebut *aufderungs character*. Untuk taksiran atau interpretasinya, yang paling cocok adalah kemampuan untuk menghubungkan nilai ini dengan jawaban.

5. Asesmen Kepribadian (Behavioral Assessment)

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
3. Membuat kesimpulan mengenai keadaan dalam, perasaan, dan motivasi yang perlu mendapat perhatian khusus yang melahirkan perilaku klien. Pendekatan behavioral dalam asesmen ini mengarahkan kepada contoh-contoh perilaku yang langsung dijangkau dalam proses investigasi.

6. Kunjungan Rumah

Psikologis 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.

Terdapat enam keuntungan dari kunjungan rumah ini:

- a. Fungsi Keseluruhan Keluarga sebagaimana adanya;
- b. Setiap anggota keluarga lebih berpeluang untuk melaksanakan peran seharusnya
- c. Terdapat lebih sedikit kemungkinan untuk tidak hadirnya anggota keluarga dalam sesi terapi,
- d. Terdapat peluang untuk melihat seluruh keluarga dalam permasalahan bukan hanya pada seseorang anggota saja,
- e. Terdapat kemungkinan untuk tidak merasa cemas dalam lingkungan keluarga, sehingga lebih terbuka dan minimalnya perilaku dibuat-buat,
- f. Terapi yang berlaku dari hubungan formal dokter pasien.

7. Catatan Kehidupan

Psikologis sering tertarik untuk mempelajari riwayat hidup klien, karena riwayat itu dapat mendasari permasalahan yang dialaminya saat ini. Namun, catatan kehidupan ini bisa juga dalam bentuk buku harian yang berisikan catatan peristiwa kehidupan dan kesan-kesan pribadi yang diasumsikan membangun gambaran pribadi yang bersangkutan. Selain itu juga dari catatan peristiwa dan kesan-kesan pribadi yang akan memberi pengaruh pada keadaannya saat ini. Bisa jadi permasalahan yang dialami saat ini justru lebih banyak terungkap dari catatan kehidupan pasien di masa lalu. Jadi, misalnya buku harian pasien kalau ia izinkan, dapat saja menjadi bahan untuk asesmen bahkan sekaligus sebagai alat bantu untuk terapi.

8. Dokumen Pribadi

Hampir sama dengan catatan kehidupan dan analisis biografi yang dikemukakan **Clauser allport** adalah pengajar utama yang mengajurkan psikolog untuk meminta klien untuk menulis catatan harian baik peristiwa maupun perasaan, pemikiran, dan pengesanan pribadinya. Dalam pandangan Allport catatan pribadi penting untuk mengetahui motif utama klien, maupun hal-hal yang "disembunyikan", penyangkalan, hambatan dan kesulitan klien dalam membicarakan permasalahan.

9. Pengfungsi-an 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 dikompang jantung sehingga mengisi saluran-saluran darah kapiler dipermukaan kulit.

Dalam gangguan psikofisiologis yang pernah mengganti nama gangguan psikosomatis, tercatat hampir semua organ tubuh dapat terganggu fungsinya oleh kondisi psikologis tertentu.

Misalnya, **DUNGBAR** berdasarkan pemikiran **Geraham**, menyatakan bahwa yang penting bukan penyakit apa yang diderita pasien, melainkan siapa yang menderita itu. Jadi, perhatian kita ditujukan kepada orangnya, bukan penyakit yang dideritanya.

D. LAPORAN PSIKOLOGI

Setiap metode asesment memberikan sumbangan bagi pemahaman yang lebih mendalam atas klien. Dalam praktek nyata, asesment yang lengkap meliputi metode multiple. Jika melakukan asesment untuk dapat membuat evaluasi psikologi, digunakan *battery test* asesmet. Bisa jadi, dimulai dengan suatu wawancara, dilanjutkan dengan test terstruktur tertentu, test tak terstruktur tertentu, dan bahkan observasi perilaku yang relevan. Laporan Psikologis adalah suatu laporan psikolog mengenai penilaiannya atas keluhan yang dikemukakan klien berdasarkan berbagai keterangan yang didapat melalui berbagai metode dan tehknik. Hendaknya dihindarkan kesamaan antara apa yang dikatakan klien tentang sesuatu dengan psikolog atas klien tentang tentang sesuatu itu. Yang dilaporkan psikolog adalah "siapa" klien berdasarkan respon-responnya atas suatu kejadian, baik yang dialaminya sendiri maupun kejadian yang dibuat atau dikondisikan.

a. Format Umum

Laporan psikologi bisa berbagai-bagai dalam bentuk, gaya, dan panjangnya. Kesenjangan terutama akan tergantung pada maksud dan tujuan serta kepada siapa laporan akan diberikan. Untuk laporan yang kurang lebih sama untuk setiap yang dilaporin, disebut format umum.

Misalnya **Kendall** mengajukan contoh berikut:

- **Data Identitas :**

Nama, umur, tanggal kelahiran, alamat, nomor telepon, tempat pemeriksaan, tanggal asesmen, dan nama pemeriksa, merupakan hal yang penting tidak saja secara administratif, melainkan juga secara klinis.

- **Permintaan Referal**

Apa yang diinginkan pengirim?

Mengapa klien dikirim untuk asesmen?

Siapa pengirim?

- **Sejarah Sosial /Keluarga dan konteks yang berjalan**

Informasi Latar Belakang Yang menyangkut relasi keluarga, kesehatan, pekerjaan, dan sistem sosial seyogianya diikut sertakan,terutama jika relevan dengan permintaan referal.

- **Observasi Prilaku,Keadaan Fisik,Keadaan Psikis**

Laporan mengenai perilaku verbal dan nonverbal selama asesmen berlangsung juga sebelum dan sesudahnya.Apakah subyek makan obat?,Hiperaktif?Bagaimana perasaan klien seteah menyelesaikan test? Tampilan fisik klien dan kemampuan fisik,seperti gaya jalan,penglihatan,pendengaran.

- **PengadministrasianTest**

- Pemeriksa menyiapkan daftar semua test yang akan diberikan, baik catatan formal hasil tes maupun informal seperti prilaku melaksanakan tes(yang bisa juga dilaporkan dalam observasi prilaku.

- **Hasil Tes**

Dalam Laporan ini terliput karakteristik perilaku klien dalam diskusi,defenses,relasi interpersonal,gaya hidup,konsep diri,sebagaimana dapat disimpulkan dari tes.

- **Kesimpulan**

- Berdasarkan informasi itu, jawablah pertanyaan atau permintaan : tampilkan formulasi diagnotis, buatlah rekomendasi treatment,kemukakan pesan prognostik kebutuhan-kebutuhan nya,konflik-konflik nya,lingkungan sosial,keterampilan dan defisiensinya.

- **Prognosis**

Prognosis adalah suatu dugaan mengenai berapa jauh kemungkinan seorang pasien dapat sembuh dengan melihat hasil pemeriksaan

- **Rangkuman**

Bagian ini nenampilkan kunci atau pokk laporan.Orang atau profesional lain dapat hanya membaca bagian laporan ini,sehingga bain ini diharapkan menyentuh semua hal yang penting.

BAB VII

INTERVENSI DALAM PSIKOLOGI KLINIS

Pendahuluan

Secara umum intervensi adalah upaya untuk merubah perilaku, pikiran dan perasaan orang lain. Dalam pengertian umum ini, intervensi tidak hanya dilakukan oleh seorang psikolog.

Pikoterapi merupakan salah satu intervensi dalam konteks hubungan profesional antara psikolog dan klien atau pasien. Tujuan psikoterapi dapat berupa pemecahan masalah, memperbaiki kemampuan penyelesaian masalah, pencegahan timbulnya masalah, serta peningkatan kemampuan seseorang untuk berbahagia. (Phares & Trull, 2001). Bab ini akan membahas gambaran umum mengenai definisi psikoterapi, tujuan psikoterapi, efektivitas terapi dan pendekatan dalam psikoterapi.

A. psikoterapi

Istilah psikoterapi berasal dari dua kata yaitu "psiko" yang berarti kejiwaan atau mental, dan "terapi" yaitu penyembuhan. Prawita sari (2002) mengatakan bahwa psikoterapi adalah proses formal interaksi dua orang atau lebih, dengan salah satu berposisi sebagai penolong dan ada yang lain sebagai yang ditolong dengan tujuan perubahan atau penyembuhan. Menurut Korchin (1979) sebagai penerapan teknik-teknik psikologis oleh seseorang klinis untuk mengakhiri pencarian perubahan kepribadian atau perilaku dari seorang klien. Corsini (1989) di sisi lain mengungkapkan psikoterapi sebagai suatu formal dan interaksi antara dua pihak.

Wolberg (1967 dalam Phares dan Trull, 2001) bahwa psikoterapi merupakan suatu bentuk perlakuan atau treatment terhadap masalah yang sifatnya emosional, dimana seorang yang terlatih sengaja membina hubungan profesional dengan seorang klien dengan tujuan menghilangkan, mengubah atau memperlambat symptom untuk mengantarai pola perilaku yang terganggu serta meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan pribadi yang positif. Sedangkan definisi Frank (1982 dalam Phares dan Trull 2001) tentang psikoterapi adalah sebagai interaksi yang terencana antara seorang yang terlatih dan memiliki kewenangan sosial untuk melakukan terapi, dengan seseorang yang menderita dengan tujuan untuk meringankan penderitaan simbolis khususnya kata-kata maupun aktivitas fisik. Semua system dalam psikoterapi berawal dari asumsi mendasar bahwa perilaku manusia dapat dirubah, sekalipun terdapat perbedaan dalam konsep maupun praktek psikoterapi (Korchin. 1976)

Problem-problem apa yang umum dapat dirubah?

Seligman (dalam Phares dan Trull, 2001) menyampaikan konsep kedalaman masalah untuk sejumlah kondisi atau perilaku yang cenderung dapat dirubah. Dalam table 4 menunjukkan kesimpulan Seligman tentang problem yang dapat dan tidak dapat dirubah.

Tabel 4. Problem yang dapat diubah dan tidak dapat dirubah (dalam Trull dan Phares 2001)

Problem / Kondisi	Kemampuan Untuk di rubah
Gangguan Panik	Dapat disembuhkan.
Fobia Spesifik	hampir selalu dapat disembuhkan
Disfungsi seksual	Dinilai mungkin untuk meringankan
Fobia Sosial	Cukup mungkin untuk diringankan
Agrophobia	Cukup mungkin untuk diringankan
Depresi	Cukup/agak mungkin untuk diringankan
Gangguan Obsesif Kompulsif	Cukup/agak mungkin untuk diringankan
Marah	Cukup/agak mungkin untuk diringankan
Kecemasan	Cukup/agak mungkin untuk diringankan
Alkoholisme	Agak mungkin untuk diringankan
Kelebihan berat badan	Hanya berubah sementara
Gangguan stress Pasca Trauma	Kecil kemungkinan untuk diringankan

6.3 Tujuan Psikoterapi

Tujuan psikoterapi secara umum adalah untuk melakukan perubahan positif terhadap klien atas gangguan yang di alaminya. Proses psikoterapi biasanya berhubungan dengan metode dan tehnik yang digunakan oleh terapisnya dengan berdasarkan pada teori kepribadian yang melandasi pemberian psikoterapi. Berikut akan dijelaskan bagaimana tujuan psioterapi dari berbagai pendekatan menurut dua orang tokoh yaitu Lvey dkk, (1987) dan Corey (1989).

- ❖ Psikoterapi psikodinamika menurut lvey adalah membuat sesuatu yang tidak sadar menjadi sesuatu yang tidak di sadari . rekonstruksinya kepribadiannya dilakukan terhadap kejadian-kejadian yang sudah lewat dan menyusun sintesis yang baru dari konflik-konflik ynag lama.
- ❖ Corey psikoterapi rogerian, yaitu sebagai pemberian suasana aman dan bebas agar klien mengeksplorasikan diri dengan enak sehinggaia biasa mengenali hal-hal yang mencegah pertumbuhannya dan bias mengalami aspek aspek pada dirinya yang sebelumnya di tolak atau terhambat untuk memungkinkannya berkembang kearah keterbukaan , memperkuat percaya diri, kemauan melakukan sesuatu san meningkatkan spontanitas dalam hidupnya.
- ❖ Corey menyatakan tujuan pendekatan aeksistensial humanistic sebagai upaya untuk membantu seseorang mengetahui bahwa ia punya kebebasan dan menyadari kemungkinan-kemungkinan yang dimilikinya untuk merangsang mereka mengenali bahwa mereka piker terjadi pada mereka sebelumnya dan untuk mengidentifikasi factor-faktor yang menghambat kebebasan.
- ❖ Pendekatan behavioristik murut corey bertujuan secara umum untuk menghilangkan perilaku yang tidak sesuai dan mempelajari perilaku yang efektif . lvey menyatakan tujuan psiiikoterapi behavioristik sebagai upaya untuk menghilangkan kesalaha dalam belajar dan berperilaku serta untuk mengganti dengan pola-pola perilaku yang lebih sesuai.

- ❖ Pendekatan Gestalt menurut Ivey bertujuan agar seseorang lebih menyadari kehidupannya dan bertanggung jawab terhadap arah kehidupannya. Sementara Corey menyatakan yaitu untuk membantu klien memperoleh pemahaman mengenai pengalamannya untuk merangsangnya menerima tanggung jawab dari dorongan yang ada di dalamnya yang bertentangan dengan ketergantungan terhadap dorongan dari luar.
- ❖ Pendekatan terakhir adalah pendekatan terapi realitas, yang menurut Ivey bertujuan untuk memenuhi kebutuhan seseorang tanpa campur tangan orang lain agar mampu menentukan keputusan yang bertanggung jawab dan untuk bertindak dengan sepenuhnya menyadari sepenuhnya akibat-akibat tindakan tersebut.

6.4. Bentuk –Bentuk Psikoterapi

1. Jumlah Klien

Korchin (1976) menyatakan bahwa psikoterapi individual merupakan bentuk psikoterapi paling mendasar dan paling tua, tetapi dapat pula didalarnya terdapat lebih dari satu klien. Seringkali bentuk individual ini menghubungkan proses psikoterapi dengan partisipan/orang lain selain klien yang di bawa dalam sesi terapi ketika hal ini diperlukan.

2. Jumlah Terapis

Menurut Korchin (1976) pada prinsipnya terapis yang lebih dari satu dapat meritmen satu orang klien. Keuntungan dari bentuk seperti ini adalah setiap terapis dapat mengisi peran yang berbeda, misalnya satu terapis sebagai pengamat dan terapis lain sebagai interperter.

3. Lamanya Terapi

Korchin (1976) menyatakan umumnya terapis memerlukan waktu 59 menit untuk melakukan terapi individual dalam setiap sesinya meskipun tidak ada ketentuan baku dalam hal ini. Sedangkan waktu yang dibutuhkan terapi kelompok biasanya berkisar antara 90 menit hingga 2 jam per unit sesinya dengan alasan perlunya waktu yang lebih panjang untuk melakukan langkah-langkah untuk menyatukan sejumlah orang yang menjadi anggota terapi kelompok.

4. Durasi Terapi

Sebuah psikoterapi dapat terlaksana mulai satu sesi hingga belasan bahkan ratusan sesi.

6.5 Kondisi- Kondisi Umum Psikoterapi

1. Psikoterapi sebagai kesempatan untuk belajar kembali.

Korchin menjelaskan asumsi yang mendasari semua jenis psikoterapi adalah bahwa perilaku manusia dapat dirubah. Kepribadian individu dan kemampuannya mengatasi masalah atau coping baik yang adaptif maupun tidak adaptif mewakili sisa-sisa hasil belajar sepanjang kehidupan. Kepercayaan terhadap tindakan terapis sangat dibutuhkan agar menghasilkan kondisi-kondisi untuk belajar kembali.

2. Hubungan Psikoterapiutik

Terapis hendaknya menilai intergritas klien sebagai individu dan usaha kerasnya untuk memperbaiki diri, bukannya menyalahkan klien dengan ketidak mampuannya. Terapi pada saat yang sama perlu menjaga pentingnya obyektifitas, secara simultan ingin satu nya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan klien nya dengan menggunakan pengetahuannya yang terlatih, intelegensi dan empati untuk memahami dan membantu individu klien.

3. Motivasi Pasien, Kepercayaan, Dan Harapan

Kepercayaan merupakan hal yang penting dalam psikoterapi. Klien mempercayai tehnik dan pengetahuan ilmiah dari terapisnya sekalipun ia tidak mengerti bagaimana tehnik itu dapat merubah perasaan perilkunya. Klien mengetahui bahwa ia dapat merubah perasaan dan perilakunya. Klien mengetahui bahwa ia dapat merubah perasaan dan perilakunya dengan penuh hormat, karena itulah klien dapat mengungkapkan pikirannya secara terbuka tanpa adanya penolakan, Jerome Frank (dalam Korchin 1976) mengungkapkan sangat pentingnya kepercayaan terhadap terapis sebagai penentu utama dari perubahan terapiutik.

1. Efektivitas Terapi : Variabel Klien

Terdapat beberapa hal yang berhubungan dengan klien dalam penentuan keberhasilan terapi antara lain:

a. Tingkat distress klien

Phares dan Trull (2001) menyatakan bahwa tingkat distress klien merupakan hal yang mempengaruhi hasil terapi.

b. Intelegensi

Ada beberapa alasan mengenai perlunya tingkat intelegensi. Pertama, psikoterapi merupakan proses verbal dimana seorang klien harus mengartikulasikan problem mereka dan mbingkainya. Kedua, dalam psikoteri seorang klien perlu membangun hubungan antar kejadian. Dan, ketiga, agar dapat menghubungkan beberapa kejadian, psikoterapi memerlukan tingkat intropeksi.

c. Usia

Phares dan Trull (2001) menyatakan bahwa klien yang lebih muda digambarkan lebih fleksibel dalam mengikuti rangkaian psikoterapi karena mereka dapat membuat hubungan yang memadai dengan lebih baik disebabkan dekatnya mereka dengan usia kanak-kanak.

d. Motivasi

Seorang klien dalam psikoterapi di tuntut untuk secara aktif mencari inspirasi penyelesaian atau insight bagi problem yang di alami dirinya. Sesuatu yang dirasakan sulit bagi klien. Karena alasan inilah, motivasi bagi seorang klien untuk menjalani suatu proses psikoterapi menjadi hal yang sangat penting.

e. Keterbukaan

Keterbukaan klien terhadap proses terapiutik dikatakan oleh Straupp dan Bergin (dalam Phares dan Trull, 2001) dapat membuat klien bisa menjalani terapi dengan baik.

2. Efektifitas Terapi : Variabel Terapis

Beberapa karakteristik yang dapat menyumbangkan pengaruh terhadap hasil terapi, antara lain:

a. Jenis Kelamin

Beutler dkk (dalam Phares dan Trull, 2001) mengatakan bukti penelitian menunjukkan bahwa usia terapis tidak berhubungan dengan hasil.

b. Kepribadian

Menurut Beutler (dalam Phares dan Trull, 2001) , pengaruh sifat kepribadian terapis terhadap hasil terapi tidak mendapat perhatian yang cukup dalam penelitian. Perhatian terbesar di fokuskan pada dominasi, locus of perceived control dan gaya pemrosesan kognitif, sedangkan variable-variabel ini tampaknya mempengaruhi hasil secara berbeda tergantung pada sifat-sifat klien dan tipe terapi nya.

c. Empati, Hangat, dan tulus

Factor utama yang membedakan terapis sukses dan yang tidak sukses adalah interest mereka terhadap manusia dan komitmen mereka terhadap klien (Sweson, dalam Phares dan Trull, 2001) yang di tampilkan dalam sikap hangat, empatik, dan tulus.

d. Bebas dari problem personal

Terapis harus mampu memandang klien mereka secara objektif dan tidak menjadi kacau dalam dinamika personal nya sendiri dan tidak menjadikan ruang terapi nya sebagai tempat pemenuhan kebutuhan emosi pribadi.

e. Pengalaman dan professional

Pelaksanaan terapi terikat dengan kode etik profesi dan disiplin lain berhubungan pula dengan pengalaman terapis.

RANGKAIAN INTERVENSI KLINIS

Terdapat berbagai bentuk intervensi menyertai bermacam-macam jenis masalah, berikut ini akan digambarkan rangkaian perjalanan terapis yang di ungkapkan oleh Hokanson (dalam Phares dan Trull, 2001).

1. Pertemuan Awal

Pada pertemuan awal bermanfaat pula untuk mendiskusikan beberapa topic khusus misalnya siapa saja staf dalam tempat terapi tersebut, bagaimana kualifikasi mereka, bagaimana dengan pembayarannya dan topic lain yang relevan bagi klien untuk mengetahui di awal proses terapi.

2. Asesmen

Sejumlah prosedur asesmen dapat dipilih berdasarkan sifat dari problem klien, orientasi dari terapis atau factor-faktor lain, seringkali dilakukan intake interview pada awal asesmen , dapat pula pengumpulan informasi di ambil melalui berbagai macam tes psikologi.

3. Tujuan-Tujuan Tritmen

Terapi menyatakan pada tahap ini terapis dan klien memasuki sebuah “kontrak” dimana terapis menyetujui untuk meringankan problem tertentu yang dimiliki klien dan mengerjakannya dengan cara yang seefektif mungkin.

4. Implementasi Tritmen

Suatu tritmen mungkin hanya di tujukan untuk fobia tertentu atau mungkin mencakup pendekatan yang lebih luas terhadap gaya kepribadian klien. Apa yang di harapkan klien akan di perjelas misalnya melalui asosiasi bebas, penyusunan pekerjaan rumah, monitor diri atau semacamnya.

5. Terminasi, Evaluasi dan Tindak lanjut

Untuk mengevaluasi kemajuan yang telah di capai klien. terapis seharusnya juga mengumpulkan data dan membuat catatan kemampuan klien untuk mengevaluasi usaha-usaha dan pelayanan mereka untuk selanjutnya memperbaiki pelayanan kepada klien.

Tabel 5

Sifat Tujuan dan Terapi nya Menurut Hakinson

Tujuan Teraupetik	Contoh Masalah	Prosedur Tritmen
Manajemen Krisis	Tindakan impulsive; episode psikotik yang baru mulai.	Terapi supportive; konsultasi darurat d RSJ;
Perubahan perilaku	Kebiasaan dan perilaku yang telah terbentuk lama dan menciptakan problem kesehatan.	Terapi perilaku; tehnik pengaturan diri
Koreksi pengalaman emosional	Berdasar pada cara hidup yang maladaptive karena adanya pengalaman interpersonal yang negative dan persisten.	Terapi hubungan
Insight dan perubahan	Symptom-simpton atau distress dimana klien tidak dapat memperoleh penjelasan yang memadai.	Terapi psikoanalisa; CCT; analisi eksistensial; terapi gestalt, terapi lain.

B. Intervensi terapupetik

1. Pendekatan Psikodinamika

Penedekatan terapi psikodinamika memfokuskan pada-motiv ketidaksadaran dan konflik-konflik dalam mencari akar perilaku (phases dan Trull,2001). Pendekatan ini sangat menggantungkan pada analisa terhadap pengalaman masa lalu.

2. Pandangan- Pandangan Freudian

Asumsi utama Freudian menurut Phaes dan Trull (2001) yaitu determinasi psikis, yaitu bahwa segala sesuatu yang dilakukan oleh manusia memiliki arti, target serta berorientasi pada tujuan. Pandangan tersebut bermanfaat bagi psikoanalisis untuk menggunakan sejumlah besar data dalam mencari akar dari perilaku dan problem pasien.

3. Struktur Kepribadian

Menurut Freud kepribadian tersusun dari 3 sistem pokok, yaitu id, ego, dan super ego. Meskipun masing-masing bagian dari kepribadian total ini mempunyai sifat, fungsi dan komponen serta mekanisme sendiri, namun tiga komponen ini berinteraksi begitu erat satu sama lain sehingga sulit untuk memisahkan pengaruhnya dan menilai sumbangan relatifnya terhadap tingkah laku manusia.

4. Id

Id adalah aspek biologis yang merupakan system yang orisinal dalam kepribadian. Freud juga menyebutnya sebagai realitas psikis yang sebenarnya-benarnya (The true psychic reality) karena id merupakan dunia batin dan dunia subyektif manusia yang tidak mempunyai hubungan langsung dengan dunia obyektif. Berfungsinya Id adalah menghindarkan ketidakenakan dan menegakkan kenakan atau disebut Freud sebagai prinsip kenikmatan atau Pleasure Principle.

5. Ego

Ego adalah aspek psikologis dalam kepribadian dan timbulnya karena kebutuhan organisme untuk berhubungan secara baik dengan kenyataan. Peran ego adalah menjadi perantara kebutuhan-kebutuhan instingtif dan kebutuhan-kebutuhan lingkungan yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan individu.

6. Super Ego

Superego merupakan system ketiga dalam kepribadian, yang dianggap sebagai aspek moral dan kepribadian yang berfungsi untuk menentukan apakah sesuatu benar-benar pantas atau tidak, susila atau tidak sehingga pribadi dapat bertindak sebagai moral. Fungsi utama super ego antara lain:

- ❖ Sebagai control / pengendali dorongan –dorongan ataupun impuls-impuls naluri dari id agar impuls-impuls tersebut dapat disalurkan dalam cara yang dapat diterima oleh masyarakat.
- ❖ Mengarahkan ego pada tujuan-tujuan yang sesuai dengan moral.

7. Tahapan Psikoseksual

Freud meyakini bahwa individu melewati serangkaian tahap perkembangan yang disebutnya sebagai tahap psikoseksual, yang masing-masing ditandai oleh keterlibatan daerah-daerah erogen tertentu khususnya lima tahun pertama (Phares dan Trull 2001)

8. Kecemasan

Kondisi-kondisi lingkungan yang membentuk ego dan superego menghasilkan emosi yang menyakitkan yang disebut dengan kecemasan (Phares dan Trull,2001). Menurut Freud ada tiga kecemasan yaitu kecemasan realita, kecemasan neurotic dan kecemasan moral.

9. Mekanisme Pertahanan Ego

Phares dan Trull (2001)mengungkapkan bahwa pertahanan ego yang mendasar adalah represi yang dapat di gambarkan sebagai pembuangan dari kesadaran terhadap ancaman seksual tingkat tinggi atau agresivitas.

10. Tehnik-Tehnik Terapi Psikodinamika

Para ahli psikoanalisa menganggap simtom-simtom neurosis sebagai tanda adanya konflik antara Id, ego, dan super ego dan permintaan dari realitas (Phares dan TRull, 2001). Beberapa tehnik yang di lakukan dalam psikoanalisa adalah:

11. Asosiasi Bebas

Aturan utama dalam psikoanalisa adalah bahwa klien harus mengatakan bahwa klien harus mengatakan segala sesuatu yang ada dalam pikirannya betatapun tidak penting, memalukan, agresif atau menjijikkan.

12. Analisa Mimpi

Mimpi dianggap Freud adalah sebagai pemenuhan harapan yang bersifat simbolik, yang seringkali memberikan petunjuk penting tentang harapan-harapan masa kecil dan harapan-harapan.

13. Transferens

Transferensi merupakan mekanisme pertahanan ego yang terjadi ketika impuls tidak sadar di alihkan sasarannya dari objek satu ke objek lainnya. Proses transferensi muncul ketika klien bereaksi terhadap terapis seolah-olah terapis adalah figure penting yang ada pada masa lalu klien.

14. Interpretasi

Interprestasi merupakan cara dimana makna tak sadar dari perilaku dan perasaan yang di ungkapkan.

15. Pendekatan Behavioral dan Cognitive Behavioral

Terapi behavioral atau terapi perilaku merupakan metode yang di pakai untuk mengubah perilaku dengan melalui tiga tahap perkembangan yaitu; 1. Tahap pengkondisian klasik, dimana perilaku baru di hasilkan dari indivisu secara pasif, 2, tahap pengkondisian aktif atau operan dimana perubahan-perubahan lingkungan terjadi akibat suatu perilaku yang berfungsi sebagai penguat, dan 3, tahap kognitif dimana perubahan perilaku terkait dengan perubahan cara berfikir individu.

16. Tehnik-tehnik Terapi Perilaku

Laporan Wolpe mengenai desensitiasi sistematis dapat di luaht bagaiimana terapis di desak untuk bersikap menerima klien, menjelaskan kesulitan nya kepada mereka dan memperjelas kepada mereka tujuan tritmen perilaku.

17. Relaksasi

Menrut pandangan ilmiah relaksasi merupakan perpanjanagn serabut otot skeletal sedangkan ketegangan merupakan kontraksi terhadap perpindahan serabut otot (Bech dkk dalam utami,2002). Relaksasi dapat digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana

menerapkan relaksasi di bawah kondisi yang menimbulkan kecemasan. Relaksasi dapat dilakukan melalui hipnose maupun yoga dan meditasi.

18. desensitisasi Sistematis

Tehnik Desensitisasi sistematis merupakan gabungan dari teori perilaku model classical conditioning dari Mary Cover Jones dan Tehnik relaksasi progressif dari Jacobsan yang bertujuan untuk menghadirkan kembali ketakutan (Sheridan & Radmacher,1992).

19. Menyusun Hirarki Kcemasan

Menurun Siegler (1983) hirarki kecemasan merupakan daftar-daftar kejadian yang mendatangkan kecemasan, di urutkan sesuai dengan meningkatnya kecemasan pada kejadian yang di maksud. Dengan demikian, terapis harus menggunakan pertanyaan detil tentang situasi yang menimbulkan kecemasan.

20. Proses Disensitasi

Dalam Proses Desensitisasi, dimana klien diminta melakukan konsentrasi melalui relaksasi yang sistematis pada kelompok otot-otot tubuh yang berbeda sehingga menghasilkan fisiological arousal yang lebih rendah serta perasaan subyekif berupa ketenangan (Corsini & Wedding, 1989).

21. Exposure Therapy

Dalam Exposure Therapy, klien mengekspos diri mereka sendiri terhadap stimuli atau situasi-situasi yang sebelumnya ditakuti atau dihindari, dalam tritmen ini agar klien mencapai kemampuan maksimum (Barlow dan Cerny dalam Phares dan Trull, 2001).

22. Assertive Training Atau Sosial Skills Training

Tehnik yang digunakan untuk membantu individu mngatasi dan menghilangkan kecemasan social serta membantu mengembangkan kemampuan interpersonal dan perilaku social secara lebih spontan dan lebih efektif. Mengajarkan respon-respon asertif dikembangkan oleh Wolpe sebagai bentuk lain dari reciprocal inhibition principle (Korchin, 1976).

23. Modeling

Dalam praktek klinis modeling menunjukkan manfaat dalam mengurangi ketakutan yang tdak realistis. Bandura merekomendasikan adanya partisipan modeling dalam melakukan tritment terhadap penderita fobia. Menurut bandura pengaruh Modeling (Dlam Korchin, 1976) ada tiga yaitu: 1)menjadi dasar bagi pembelajaran keahlian dan prilaku baru.2)menghilangkan ketakutan atau ha-hal lain yang menghambat.3)memudahkan untuk menghadirkan suatu pola perilaku tertentu.

24. Cognitive Behavioral Therapy

Cognitive Beahvioral Therapy atau terapi kognitif merupakan perlakuan memodifikasikan atau merubah pola –pola berfikir yang di yakini menyumbangkan problem-problem klien . tehnik ini memiliki banyak bukti empiris (Smith dkk dalam Phares dan Trull,2001) dan di pandang sebagai intervensi psikologis yang paling efektif.

a. Rational Restructuring

Dalam melakukan Rational Restructuring, terapis terkadang menggunakan argument atau diskusi untuk mengajak klien melihat ketidak rasionalan keyakinan mereka. Terapis juga berusaha mengajarkan pada klien cara memodifikasikan kalimat-kalimat internal mereka.

b. Stress Inoculation Training (SIT)

teknik ini bertujuan untuk mencegah problem-problem berkembang dengan cara “menyuntik” individu dalam menghadapi stressor-stressor yang akan datang (Meichenbaum dalam Phares dan Trull, 2001). SIT berjalan dalam tiga tahap yang saling tumpang tindih yaitu:

- 1) Tahap pengkonsepan
- 2) Tahap penguasaan dan pelatihan ketrampilan
- 3) Tahap penerapan

c. Beck’s Cognitive Therapy

teknik-teknik yang digunakan dalam terapi Beck antara lain penangkapan pikiran, testing realitas baik dengan pemberian tugas maupun dengan menentukan alternative untuk fikiran-fikiran negative latihan kognitif dan pencarian alternative.

25. Psikoterapi Humanistik-Eksistensial

Psikologi humanistic merupakan seperangkat nilai daripada sebagai sebuah teori kepribadian atau psikoterapi.

a. Client –Centered Psikoterapi

Fokus awal rogers adalah pada penerimaan, pengakuan, dan pengklarifikasian perasaan, (Rogers dalam Korchin,1976). Pada tahun 1951 nama tersebut di ubah sesuai konsep yang lebih luas menjadi Client-centered therapy).

b. Teori-teori Rogers

Kecenderungan dasar manusia menurut Rogers adalah mempertahankan dan mengembangkan pengalaman diri atau dikenal dengan aktualisasi diri.

c. Sikap dan Orientasi Terapis

menurut Rogers (1961) sikap konselor yang di harapkan adalah:

- 1) Congruence and Genuiness (harmonis dan tulus)
- 2) Feeling self
- 3) Accurate Emphatic Understanding
- 4) Unconditional Positive Regard
- 5) Acceptance
- 6) Realness and Otentik
- 7) Caring

26. Proses Teraupetik

Rangkaian proses terapi telah digambarkan Rogers dengan mencakup tujuh tahapan (Phares dan Trull);1. Keengganan mengungkapkan diri, 2. Perasaan kadang di ungkapkan tapi individu masih jauh dari pengalaman personalnya meskipun juga sudah mulai menunjukkan pengakuan bahwa

problem itu ada.3. menggambarakan perasan-perasaan yang telah lalu sebagai suatu yang tidak dapat diterima.4. penggambaran perasaan personal secara bebas sebagai milik pribadi.5. ekspresi yang bebas terhadap perasaan dan menerimanya.6. menerima perasaan tanpa perlu menolaknya.7.individu mulai menikmati pengalaman diri.

27. Logoterapi

Penekanan utama dari logoterapi adalah pada nilai-nilai atau filosofi konflik yang mereka hadapi. Tujuan utama nya adalah agar mereka akhirnya dapat memperoleh pengalaman terhadap tanggung jawab mereka sendiri atas keyakinan-keyakinan dan tindakan-tindakan mereka. Keunikan dan nasib seorang merupakan hal-hal yang menyumbangkan arti bagi kehidupan individu. Terapis tidak mencoba menyampaikan system nilainya sendiri sekalipun terapis mengetahui dan siap menyantahkan nilai-nilainya ketika dibutuhkan.

28. Terapi Gestalt

Terapi gestalt memfokuskan pada pengalaman saat ini dan kesadaran yang segeraterhadap emosi dan tindakan, Frederick Perls merupakan figure yang diidentifikasi secara dekat dengan perkembangan terapi Gestalt.

29. Konsep Dasar

Fokus terapi gestalt adalah pengkonsepan individu sebagai keseluruhan yang di organisir, bukan sebagai kumpulan dari emosi, kognisi, dan perilaku yang saling terpisah satu sama lain,. Rus Terapi gestalt juga memiliki konsep bahwa individu harus mengembangkan kesadaran tidak hanya mengenai diri mereka sendiri namun juga cara dimana mereka menolak diri mereka sendiri.

30. Sekarang

Menurut Perls, realitas adalah saat sekarang, perilaku adalah saat sekarang dan pengalaman adalah saat sekarang. Terapi adalah sekarang dan harus berhubungan serta mendorong kesadaran klien terhadap saat sekarang.

31. Perilaku Non Verbal

Terapis sering memberikan perhatian yang mendalam terhadap bahasa non verbal klin dan menggunakan banyak permainan untuk menggali pertahanan-pertahanan klien.

32 Tanggung Jawab

Kepentingan utama terapi gestalt adalah mendorong klien untuk menerima tanggung jawab terhadap tindakan dan perasaan-perasaan mereka.

33. Aturan-aturan Terapi

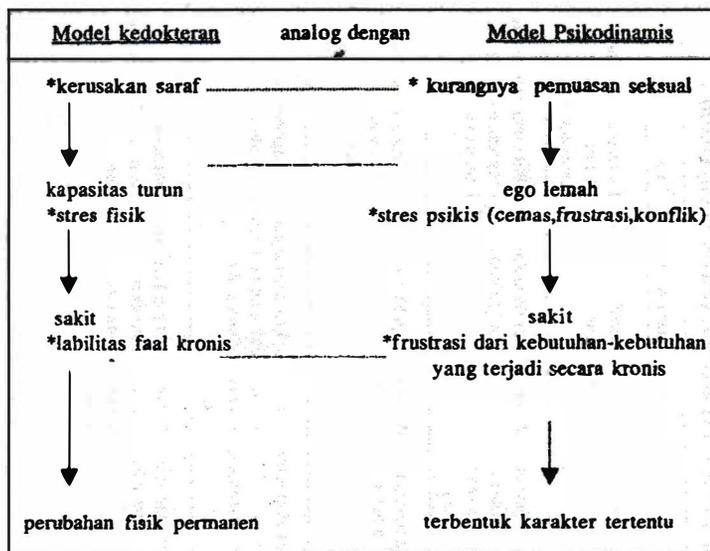
- Komunikasi menggunakan kalimat saat sekarang dan dilakukan oleh dua orang (klien-terapis) yang berkedudukan sejajar.
- Menggunakan kata , “saya” untuk mendorong penerimaan terhadap tanggung jawab.
- Klien secara kontinyu menmfokuskan pada pengalaman saat ini,misalnya “ katakana pada saya , apa yang anda rasakan sekarang?”

- Tidak ada pembicaraan mengenai orang lain.
- Menghambat munculnya pertanyaan klien karena pertanyaan sering menjadi cara untuk menyatakan opini daripada mencari informasi.
- Klien diberikan, “rambu-rambu moral” yaitu:
 - Hidup saat ini (perhatian terhadap yang terjadi saat ini)
 - Hidup di sini (perhatian pada apa yang ada , bukan pada apa yang tidak ada)
 - Berhenti membayangkan (mengalami hanya yang nyata)
 - Berhenti berfikir yang tidak perlu (diorientasikan pada mendengar, membaui, mencicipi, dan menyentuh)
 - Mengungkapkan secara langsung (jangan menjelaskan menilai dan memanipulasikan)
 - Sadar terhadap sesuatu yang menyenangkan dan tidak menyenangkan.
 - Menolak kata, ”seharusnya” yang bukan menjadi milik klien.
 - Mengambil tanggungjawab penuh terhadap tindakan, pikiran dan perasaan.
 - Menerima untuk menjadi diri sendiri yang sebenarnya.

Pandangan yang dominan tentang penyakit jiwa adalah pandangan atau model kedokteran (*medical model*). Menurut pandangan ini, gangguan jiwa memiliki penyebab yang bersifat fisik, yang dapat merupakan hawaan sejak lahir, 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 ini digambarkan analogi dari pendekatan medis dengan pandangan psikodinamik (lihat Tabel 4.1).

Tabel 4.1. Model



Persamaan model psikodinamik dengan model kedokteran ialah bahwa penyebab 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.

Di samping itu ada pendekatan belajar, pendekatan humanistik, dan pendekatan sosiokultural. Secara skematis kelima pendekatan ini digambarkan oleh Moos sebagai berikut (Tabel 4.2).

Tabel 4.2. Pendekatan Terhadap Gangguan Jiwa, Definisi Gangguan Jiwa dan Penyebabnya

	Definisi gangguan jiwa	Penyebab	Penanganan (treatment)	Tujuan
Medik	Atas dasar simptom buat diagnosis	Genetik, metabolik, biokimia/fisik	Obat, masuk R.S. dll. teknik medik	Gangguan jiwa harus "diobati" sama seperti penyakit lain
Pandangan psikoanalitik atau psikodinamik	<ul style="list-style-type: none"> - Penyesuaian diri, potensi, tingkah laku spesifik mendefinisikan "Well-Being" - Label tidak penting 	Konflik, represi, frustrasi (kebutuhan aktualisasi), perlakuan orangtua yang negatif (<i>mistreatment</i>)	Terapi individual/kelompok secara "psikodinamik"	Bebaskan individu dari represi, bantu mencapai kemampuan/cita-cita
Pandangan belajar	<ul style="list-style-type: none"> - Penyesuaian diri, potensi, tingkah laku spesifik mendefinisikan "Well-Being" - Label tidak penting 	Tingkah laku abnormal (<i>disordered</i>) = dipelajari	Terapi tingkah laku	Menghilangkan tingkah laku yang tidak fungsional
Pandangan humanistik	Tidak berhasil/berkesempatan untuk aktualisasi (potensi diri)	Lingkungan sosial/kultural kurang membenarkan kesempatan/ tidak mengerti	Memberikan lingkungan yang tidak menilai tetapi kondusif untuk aktualisasi diri	Mengoptimalkan aktualisasi potensi
Sosiokultural	Manifesi personal dari "penyakit" dan stres dalam masyarakat	Perubahan sosial dan stres, kemiskinan, diskriminasi, tuna karya	Tindakan-tindakan sosial untuk meningkatkan kesejahteraan sosial ekonomi	Menciptakan masyarakat yang lebih adil dan lebih sehat

(Modifikasi dari Moos, dalam Kurt Haas, 1979)

Teori kepribadian melandasi cara-cara pendekatan terhadap gangguan penyesuaian diri. Teori kepribadian menjelaskan bagaimana terjadinya gangguan itu, apakah makna dari penyimpangan atau gangguan itu, dan bagaimana mengubahnya. Cara-cara pendekatan itu juga membahas aspek-aspek kepribadian mana yang telah stabil dan bagaimana pemahaman perbedaan ekspresinya dalam tingkah laku seseorang. Selanjutnya pemilihan cara asesmen dan intervensi juga diengaruhi oleh pendekatan yang dipilih.

Pendekatan yang dianut mempengaruhi bagaimana psikolog mengadakan pemeriksaan (dengan interviu, observasi dan tes) terhadap seseorang yang mengalami gangguan penyesuaian diri/gangguan jiwa, membuat diagnosis atau gambaran kepribadian diri orang yang dipenaksanya dan selanjutnya merencanakan *treatment-nya*.

Berikut ini akan dibahas empat 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 radar, 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. Atas landasan teori tersebut, pendekatan ini mengutamakan penggalian isi ketidaksadaran seseorang. Aspek-aspek kepribadian yang menjadi perhatian adalah *ego-idsuperego* (Freud), *persona-ego-shadow-archetype* (Jung), jenis orientasi *moving toward-away-against* (Homey), *inferiority-compensation* (Adler) dan sebagainya.

Perilaku R, kasus 1 (dalam Bab II) yang tak acuh, menyendiri, tak bertanggung jawab, dapat dilihat dengan beberapa cara. Dalam pendekatan psikodinamik perilaku tersebut diinterpretasi sebagai *defense* menghindar. Salah satu kemungkinan latar belakangnya adalah konflik intrapsikis yang direpresi. Bila didasarkan pada konsep Homey, simtom/perilaku R adalah suatu pola reaksi *moving away*.

Dalam melaksanakan interviu, pendekatan psikoanalisis bertujuan untuk mengungkap hal-hal yang tersembunyi/tak sadar, yaitu pengalaman-pengalaman masa lalu yang traumatik, atau yang menimbulkan fiksasi. Untuk kasus R, dapat digali pengalaman-pengalaman apa yang pernah terjadi dan memungkinkan ia mengalami konflik tak sadar dan menyebabkan ia berperilaku demikian.

Menurut pendekatan psikoanalisis, suatu simtom adalah manifestasi dari suatu *defense* yang berkembang dalam individu yang bersangkutan. Pada kasus R yang 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.

Mungkin bila R mengerjakan tes TAT, terungkap bahwa konflik yang direpresi adalah konflik antarsaudara. 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 diagnostik. Teori-teori mereka lebih mengutamakan dinamika terjadinya gangguan.

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

sekaligus menjadi gurunya. Ini dilakukan untuk mengembangkan keterampilan melaksanakan psikoanalisis.

Sebagai contoh lain, dapat kita lihat kembali kasus M yang menunjukkan simtom perilaku ^eemetar. Psikoanalisis mendeskripsikan simptom ini sebagai kurangnya daya integrasi ego (Stern), atau sebagai *defense* terhadap perasaan cemas atau perasaan bermusuhan yang direpresi (Freud). Untuk pemahaman lebih lanjut atas kasus M melalui riwayat hidup, dapat diteliti ada tidaknya inferioritas (Adler), atau pola interaksi sosialnya (Horney), agar dapat dipahami dinamika terjadinya simptom sekaligus membahas struktur kepribadiannya (Tabel 4.3).

Saul (dalam Levy, 1963) membuat suatu daftar pertanyaan yang sebaiknya diajukan dalam pendekatan psikoanalisis. Bucklew (1960) telah membuat skema pemahaman suatu gangguan jiwa menurut pendekatan psikoanalisis yang digabung dengan pendekatan belajar. Ia menciptakan gambar-gambar yang dimaksudkan untuk menunjukkan represi, regresi, kompleks pengalaman masa dini yang menjadi titik regresi, konflik intrapsikis, dan sebagainya (lihat Lampiran 1).

Tabel 4.3. Bagan Pendekatan Psikodinamik/Psikoanalisis (Beberapa Konsep)

	Freud	Jung	Adler	Horney	Fromm
Struktur kepribadian	id, ego, superego	<i>self, shadow ego, persona</i>	—	—	5 tipe kepribadian
Dinamika kepribadian	<i>cathexis-anticathexis</i>	keseimbangan, integrasi	<i>inferiority superiority</i>	<i>moving towards, away, against</i>	
Masa dini	0-5 th.penting	—	penting	penting	—
Masa kini& yad	kurang penting	usia 40 th penting	penting	penting	—
Alam tak sadar (TS)	utama, pribadi	utama, kolektif	penting	penting	penting
Alam Sadar	kurang penting	—	penting	penting	—
Tingkah laku abnormal	akibat represi/tak ada represi	tak seimbang ant.sadar, TS TS kolektif	<i>inferiority</i> tak teratasi	<i>basic anx</i> tak teratasi	<i>relatedness & rootedness</i> tak tercapai

Sumber: Pervin (93), Hall *et. al.*, (98)
 — : tidak dibahas secara eksplisit

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 sosial. Untuk pendekatan belajar dapat digunakan skema (dalam Kanter & Philips, dalam Suwondo, 1980).

S-O-R-K-C

S = stimulus C = *concequence*, akibat
O = organisms
R = respons K = *contingency*, kedekatan

Salah satu asumsi model belajar untuk memahami gangguan jiwa adalah bahwa gangguan jiwa merupakan respons yang tidak cocok (*inappropriate priale*) yang terbentuk melalui proses belajar dan dapat bertahan karena adanya penguat 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 mencinbulikan suatu simtom adalah keadaan masa kini yang langsung mencetuskan simtom tersebut. Suatu simtom hanya diperhatikan kuantitasnya, apakah berlebihan (*excess*) atau kekurangan (*deficit*). Contoh simtom defisit misalnya anak yang 'malas belajar', atau kasus R yang 'kurang man peduli terhadap lingkungan keluarga'. Contoh simtom *excess* adalah anak yang dikeluhkan ibunya sebagai anak 'nakal' dan sering memukul adiknya'. Untuk semua keluhankeluhan itu, yang dilihat adalah perilaku nyata yang dinyatakan seobjektif dan seteliti mungkin. Misalnya pada keluhan tentang anak yang wring memukul adiknya, maka yang diteliti ialah berapa kali anak memukul tiap hail selama suatu periods tertentu, siapa yang dipukul, bacyannana 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 sebagainya. Selanjutnya dilakukan pencatatan mengenai bagaimana 'malas belajar' itu selama seminggu. Langkah berikutnya adalah menentukan variabel tergantung serta variabel 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 (*re- inforcement*) hingga berlangsung terus dan mengganggu lingkungannya? Apakah ada stimulus yang secara langsung menimbulkannya?

Terapi dengan pendekatan belajar dinamakan *behavior therapy*. 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 disadarkan agar terjadi penyembuhan. *Behavior therapy* memusatkan perhatian pada tingkah laku yang dapat diobservasi dan tidak mencari determinan-determinan di dalam diri individu, melainkan mencari detenuman-determinan luar dan' suatu tingkah

laku patologis. *The here and now is what maintains the behavior, not the lack of insight.* Teknik-teknik dalam *behavior therapy* sangat bermacam-macam, sama seperti jenis simtom yang ada. Tidak seperti *insight therapy* yang menggunakan teknik seragam 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 tak acuh dan dinilai tidak bertanggung jawab oleh orangtuanya, bila dibahas dengan pendekatan belajar harus dibuat lebih konkret dengan menggambarkan apa yang dilakukan secara 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' (C Skinner) setelah ia melakukan perilakunya itu (Tabel 4.4).

Tabel 4.4. Pendekatan Belajar (Beberapa Konsep)

	Skinner	Pavlov, Dollard & Miller	Bandura
Struktur kepribadian	respons atau operants	respons atau kebiasaan	perilaku
Dinamika kepribadian (proses)	kondisioning operas	kondisioning klasik	meniru model <i>social learning</i>
Masa lalu/dini	tak penting	tak penting	tak penting
Masa kini	utama	Utama	utama
Alain tak sadar			—
Alain sadar	penting	Penting	penting
Tingkah laku abnormal	hasil belajar yang salah	hasil belajar yang salah	model yang tidak adekuat

Salah satu tokoh pendekatan humanistik adalah Carl Rogers yang terkenal dengan metode terapi bernama *client centered/person centered psychotherapy*. Teori Rogers dinamakan juga teori fenomenologis atau teori 'Self'. Pendekatan humanistik menentang teori psikoanalisis Freud karena dianggap terlalu merendahkan harkat manusia. Freud menganggap manusia sangat dikuasai oleh insting seks. Alasan lain adalah bahwa Freud menegakkan suatu teori atas dasar penelitian terhadap kasus abnormal. Pendekatan humanistik ini juga tidak setuju dengan pendekatan belajar, karena manusia di

sini seolah-olah disamakan dengan hewan, tidak memiliki kebebasan. dan tidak mempunyai kehendak sendiri. Tokoh-tokoh humanistik beranggapan bahwa manusia adalah makhluk yang tingkatannya tinggi, mempunyai kebebasan untuk menentukan apa yang diinginkan, mempunyai bakat yang baik yang seringkali 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 menyenangkan orang lain, dapat membedakan mana yang baik, yang benar, serta mana yang buruk, yang salah. Manusia seperti Lincoln dikatakan telah 'mengaktualisasikani 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 dinamakan 'rata-rata', dan orang-orang yang '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/dihargai. Secara berturut-turut empat kebutuhan itu berjenjang/hierarkis. Menurut Maslow, suatu kebutuhan yang letaknya lebih rendah harus dipenuhi dulu sebelum kebutuhan yang letaknya lebih atas dapat berfungsi/dipenuhi. Manusia yang 'sehat' adalah mereka yang kebutuhan dasar dan sosialnya tidak lagi menjadi prioritas utama karena relatif sudah terpenuhi. Yang menjadi pendorong perilaku manusia 'sehat' antara lain: iriencan keadilan, keindahan, kesederhanaan dan lain-lain. Hal-hal inilah yang termasuk dalam kebutuhan aktualisasi diri.

Suatu konsep lain yang dikemukakan dalam aliran Maslow adalah kemampuan untuk mengalami pengalaman puncak atau '*peak experience*', yakni semacam pengalaman magis atau transendental yang berkaitan dengan peristiwa tertentu. Menurut Maslow manusia yang telah mengaktualisasikan diri pernah atau sering mengalami hal ini. Maslow akhirnya tidak terlalu mementingkan tercapainya aktualisasi diri, melainkan proses mencapai aktualisasi diri itu sendiri.

Dalam penyelenggaraan konseling, Rogers menganjurkan agar terapis selalu menciptakan lingkungan yang aman sehingga klien dapat secara bebas mengungkapkan segala sesuatu yang ada dalam pikiran dan perasaannya. Dengan 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, memberi 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 benar clan 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.

Klien yang memerlukan bantuan terapi bermacam-macam. Ada klien yang tak sabar dan ingin cepat-cepat sembuh, ada klien yang ingin terapis pria atau wanita, ada yang menanyakan agama terapis. Itu semua menunjukkan bahwa seorang terapis harus berwawasan luas, selain dalam mengetahui aliran-aliran dalam psikologi, juga dalam sistem nilai dan budaya yang dimiliki klien.

Bila kasus R, remaja yang tak acuh, ditinjau dari sudut pandang humanistik, maka penyesuaian R yang kurang baik di rumah dapat diinterpretasi sebagai kemungkinan manifestasi dari kebutuhannya untuk penghargaan dari keluarga yang barangkali kurang terpenuhi (Maslow), atau keadaan *incongruensi* kepribadian (Rogers) karena lingkungan rumah tidak dapat menerima diri R. Kurangnya kesempatan bagi R untuk mengaktualisasikan diri juga merupakan salah satu kemungkinan penyebab perilaku R bila dipandang dari tinjauan ini.

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.

Tabel 4.5. Ragan Pendekatan Humanistik (Beberapa Konsep)

	Rogers	Maslow
Struktur kepribadian	Organisme self	Kebutuhan hierarkis: dasar. sosial. aktualisasi
Dinamika/proses	aktualisasi organisme	Aktualisasi inner store
Masa diri	penting <i>Unconditional positive regard</i>	
Masa kini/vad	penting: simbolisasi	
Alam tak sadar	= TAK disimbolisasi	
Kesadaran	= disimbolisasi	
Tingkah laku Abnormal	<i>incongruence</i> antara Self-organisme	terhambatnya kebutuhan aktualisasi

Sumber: Pervin (93), Hall *et.al.*, (98)

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 (*labelling*), yang akhirnya menyebabkan ia terisolasi dari teman-temannya, dan dalam keadaan ekstrem menjadi 'gila'. Pendapat ini dikemukakan oleh Gruenberg (dalam Millon, 1973) yang memberi 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 Sasz, Scheff, Ruddock, Perlman, berpendapat bahwa gangguan jiwa terjadi karena hal-hal yang sama seperti dikemukakan oleh Gruenberg, dan memberi nama yang lebih umum untuk penyakit/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 utama, namun semuanya menunjuk pada peran lingkungan sosial dan cultural dalam menjelaskan mengapa seorang menjadi terganggu. Dalam salah satu buku, pendekatan ini bahkan dijuluki sebagai pendekatan *conspirational* (lihat Lampiran 2, Pendekatan Sosiokultural).

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 diupayakan ialah upaya preventif (mencegah terjadinya gangguan jiwa) dan promotif (memajukan kesejahteraan jiwa), Serta pemberdayaan masyarakat setempat dalam komunitas itu sendiri.

Interviu dan observasi dalam pendekatan ini diarahkan terutama ke luar diri individu yang bermasalah, misalnya dibahas lebih detail lingkungan tempat tinggal, Norma masyarakat yang tinggal di sekitar individu, keadaan ekonomi dan social keluarga berikut dengan tekanan-tekanan apa kiranya yang dialami individu pekerjaan orangtua 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 Leman, dan kelompok kerja.

Kasus ibu H yang merasa mempunyai kemampuan meramal bila ditinjau dari sudut pandang humanistik, dapat lebih dipahami dengan menanyakan lebih lanjut peran yang biasa dilakukan oleh ibu itu, apakah ada keserasian dalam peran-peran yang selama ini telah ia jalani (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 medic untuk meneliti sejauh mana hal itu berkaitan dengan keadaan kehamilannya (lihat Lampiran 2 dan Tabel 4.2).

Kesimpulan

Empat pendekatan ini dapat dilakukan sesuai dengan kecocokan kasus yang dihadapi. Ada kalanya suatu kasus lebih cocok untuk dianalisis menurut suatu pendekatan tertentu. Ada kalanya dapat dilakukan pendekatan ekletik, yaitu menerapkan beberapa pendekatan sekaligus pada aspek-aspek yang berbeda dalam pemahaman kasus.

Untuk deskripsi struktur kepribadian, dapat pula digunakan konsep-konsep yang berasal dari tipologi kepribadian yang dikembangkan oleh tokoh-tokoh yang tidak termasuk dalam empat pendekatan yang telah dikemukakan di atas. Misalnya tipologi fisik dan temperamen yang dikembangkan oleh Galenus (melankolis, plegmatis, koleris dan sanguinis), Kretschmer (astenik, piknik, atletik, schizothym, cyclothym), Heymans (emosional, aktivitas, fungsi sekunder/proses pengiring). Kepribadian dapat juga dideskripsikan dengan menggunakan tipologi nilai Spranger (nilai ekonomis, estetis, politik, sosial, religius, teoretis), susunan tipologi karakter Erich Fromm (tipe eksploitatif, *marketing, dependent*, kreatif), tipologi fungsi dan sikap dari Jung, dan lain-lain. Dengan penelitian analisis faktor telah dikembangkan pula konsep-konsep faktor kepribadian dengan tipe-tipe tertentu oleh Eysenck (*neuroticism, extraversion, psychoticism*), atau faktor kepribadian Costa McCrae (*openness, conscientiousness, extraversion, agreeableness, neuroticism*).

Karakterologi Klages yang membahas kepribadian manusia sebagai tarik-menarik antara kehendak dan perasaan, Berta sebagai manifestasi dari perbandingan antara tenaga pendorong dan tenaga penghambat, dapat juga dijadikan dasar untuk deskripsi struktur kepribadian. Demikian juga deskripsi sifat manusia (*trait theory*) yang dibahas Allport.

Namun untuk membahas perkembangannya, biasanya digunakan salah satu di antara perspektif psikoanalisis, belajar, humanistik atau sosiokultural, untuk sampai pada kemungkinan 'penyebab' perilaku abnormal.

BAB VIII

KEKHUSUSAN DALAM PSIKOLOGI KLINIS

A. Neuropsikologi

Neuropsikologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara otak dan perilaku, disfungsi otak dan deficit perilaku serta melakukan asesmen untuk perilaku yang berkaitan dengan fungsi otak yang terganggu. ilmu ini berhubungan dengan pemahaman terhadap proses asesmennya sekaligus tritmen perilaku secara langsung yang berkaitan dengan berfungsinya otak.

Otak terdiri dari dua hemisphere atau belahan, yaitu belahan kanan dan belahan kiri dan sebaliknya, bagian kanan mengontrol tubuh bagian kiri dan bagian kiri banyak berhubungan dengan fungsi bahasa, kemampuan berfikir logis dan kemampuan detail analisis.

Luka otak atau trauma dapat menghasilkan sejumlah gangguan kognitif dan behavioral, bentuk gangguan tersebut dapat berbentuk :

1. Gangguan orientasi
2. Gangguan Ingatan
3. Gangguan fungsi Intelektual
4. Gangguan Penilaian
5. Memiliki efek emosional yang labil
6. Kehilangan daya tahan emosi dan mental
7. Sindrom Lobus Frontal

Dunia medis telah memiliki sejumlah prosedur untuk melakukan Neurodiagnostik, misalnya pemeriksaan neurology tradisional yang disusun oleh para neurology, spinal taps, sinar X, electroencephalograms, dll.

Rehabilitasi menjadi salah satu tugas utama dari neurology, para neorolog biasanya mempercayai peran pengkoordinasikan tritmen kognitif dan behavioral bagi pasien yang mengalami gangguan kognitif akibat cedera, rehabilitasi dapat terjadi melalui pemulihan fungsi secara spontan. Hal ini dapat memerlukan kerjasama antar para neurology dengan tim.

B. Psikologi Forensik

Kata forensic dalam ilmu kedokteran sangat berbeda apa yang dimaksud dengan ilmu psikologi. Forensik dapat diartikan dengan kata criminal, namun bila ditambahkan dengan kata psikologi di depannya maka berarti masalah yang dibahas adalah peranan psikologi dalam hukum dan criminal, maka dari itu definisi psikologi forensic adalah penerapan metode-metode pada system legal.

Bidang dinamakan psikologi forensic mencakup peranan psikologi dalam menentukan beberapa hal penting yaitu :

1. Psikologi dapat menjadi saksi ahli
2. Psikologi dapat menjadi penilai dalam kasus2 kriminal
3. Psikologi dapat menjadi nilai kasus kasus madani atau civil

4. Psikologi juga dapat memperjuangkan hak untuk memberi atau menolak pengobatan bagi seseorang
5. Psikolog juga diharap memprediksi bahaya yang mungkin berkaitan dengan seseorang misalnya dampak baik atau tidak
6. Psikolog juga diharap memberikan treatment sesuai kebutuhan
7. Psikologi diharap dapat menjalankan sebagai fungsi konsultan dan melakukan penelitian di bidang psikologi forensic.

C. Psikologi Pediatri Dan Psikologi Anak Klinis

Pediatri berasal dari bahasa Yunani yaitu Pedos dan Iatrica atau ilmu pengobatan tentang anak, klinis pediatric dicirikan menggunakan strategi intervensi yang segera dan berjangka pendek, cenderung menempatkan penalaran yang luas pada persoalan-persoalan medis dan biologis dalam pendekatan terhadap pelatihan.

D. Psikologi Komunitas

Heller dan Monahan (Korchin, 1976) menjelaskan psikologi komunitas sebagai aplikasi prinsip-prinsip tingkah laku untuk mengerti dan memecahkan bermacam problem dan situasi komunitas. Psikologi Komunitas mengutamakan pada aspek-aspek psikologi dari suatu system social dan aspek pencegahan sebagai pokok bahasan dalam psikologi komunitas (Sunberg ndkk, 2002). Zax dan Specter (dalam Phares, 1992) mengerti psikologi komunitas sebagai suatu pendekatan dalam bidang kesehatan mental yang mengutamakan peran Lingkungan dalam menimbulkan dan mengurangi masalah-masalah manusia atau peningkatan kesejahteraan manusia.

Metode-metode Intervensi dan perubahan

1. Konsultasi yaitu mengajak orang-orang yang mempunyai peran besar dalam masyarakat seperti guru, polisi dan rohaniawan untuk membahas dan membantu mengatasi masalah kesehatan masyarakat.
2. Mengadakan layanan masyarakat (community lodge) sebagai pengganti layanan rumah sakit, tempat penitipan sementara bagi penderita gangguan jiwa menahan.
3. Intervensi krisis (crisis interventional) misalnya memberi bantuan dan dukungan kepada orang-orang dalam keadaan stress akut agar mereka terhindar dari gangguan yang lebih parah.
4. Intervensi pada usia dini. Hal ini banyak dilakukan di Indonesia sekitar tahun 1975 hingga sekarang.
5. Pengembangan berbagai program pelatihan upaya pemberdayaan masyarakat dapat dilakukan dengan membuat tulisan-tulisan singkat tentang upaya-upaya yang cepat untuk mengatasi berbagai keadaan darurat psikologis misalnya mengatasi kecemasan dan mengatasi stress.