

Psikologi Klinis: Dari Terapan Mikro ke Makro*

Johana Endang Prawitasari
Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada



Abstract. This article reveals the progress of research and application of clinical psychology abroad in supporting health, while its application on physical diseases makes use of the behavioral medicine or clinical health psychology paradigm. In Indonesia, data and application of clinical psychology are still limited, though it is realized that application in micro spectrum would be very expensive. Application of clinical psychology along a macro spectrum needs cross-sectoral cooperation amongst various disciplines to create a civil society, fulfilling a psychosocial health criteria, meaning a society able to learn, to work, to play, and to love. The author recommends to promote the four society's health indicators through the primary health centre, which could serve as a mediator between experts and the society for the benefit of the surrounding community.

Key words: clinical health psychology, behavioral medicine, civil society, macro application of clinical psychology

Abstrak. Artikel ini mengungkap kemajuan riset dan terapan psikologi klinis di luar negeri dalam mendukung dunia kesehatan yang penerapannya pada penyakit fisik menggunakan paradigma kedokteran perilaku ataupun psikologi kesehatan klinis. Di Indonesia data dan penerapannya masih sangat terbatas, pada hal terapan secara mikro disadari sangat mahal biayanya. Penerapan psikologi klinis secara makro membutuhkan kerja sama lintas sektoral dengan berbagai disiplin lain agar dapat ikut mewujudkan masyarakat madani yaitu memenuhi kriteria sehat secara sosial psikologis, yang berarti masyarakat yang mampu belajar, bekerja, bermain, dan bercinta. Penulis menganjurkan untuk mempromosikan keempat indikator kesehatan masyarakat tersebut melalui puskesmas yang memediasi ilmuwan dengan anggota masyarakat yang lain untuk kepentingan masyarakat sekitar.

Kata kunci: psikologi kesehatan klinis, kedokteran perilaku, masyarakat madani, penerapan makro psikologi klinis

* Artikel ini merupakan bagian dari orasi pengukuhan Guru Besar dalam psikologi klinis Ibu Prof. Johana Endang Prawitasari, Ph.D. pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, 22 Februari 2003 di Jogjakarta.

Saat ini psikologi klinis dan psikologi pada umumnya berkembang pesat di Amerika Serikat lebih daripada negara-negara lainnya, karena rakyat dan negaranya mengakui keberadaan psikologi dan gunanya. Dana banyak tersedia untuk penelitian-penelitian guna mengembangkan psikologi terapan maupun dasar. Hal ini dapat terlihat dari publikasi *American Psychological Association (APA) Monitor on Psychology* yang diterbitkan tiap bulan. Di tiap terbitan dapat dipantau terapan psikologi klinis untuk kesejahteraan manusia. Misalnya pada *Monitor* September 2002 dilaporkan tentang evaluasi kerja psikolog yang bergabung untuk memberikan layanan pasca-trauma setelah kejadian 11 September 2001. Di situ dilaporkan bahwa psikolog diundang ke *White House* guna membicarakan riset psikologi dan perkembangan karakter untuk diterapkan dalam pendidikan keluarga dan di sekolah. Demikian juga ada terapan psikologi untuk kebijakan pendidikan. Selain itu, bagi ilmu dasar dilaporkan bahwa APA telah membentuk kelompok kerja untuk penelitian genetik. Pertanyaan dasar yang ingin dijawab ialah: Apakah ada gen kepribadian? Terapan maupun ilmu dasar tersebut tidak lepas dari kerjasama dengan disiplin lain. Dalam makalah ini saya ingin menyampaikan terapan psikologi klinis secara mikro dan makro. Tinjauan mikro berarti terapan pada individu, dan makro berarti terapan pada masyarakat dan keterlibatan dalam pembuatan kebijakan.

Terapan psikologi klinis terkini ialah psikologi kesehatan klinis dan kedokteran perilaku. Dua istilah ini sebetulnya menggambarkan saling terkait antara kesehatan dan perilaku, penyakit fisik dengan perilaku, maupun kedokteran dan ilmu perilaku. Berbagai penyakit fisik sangat berkaitan dengan perilaku sehingga dapat dicegah dan

dikelola melalui perilaku pula, misalnya kegemukan, penyakit diabetes, jantung koroner, HIV/AIDS.

Psikologi Kesehatan Klinis dan Kedokteran Perilaku

Kemajuan penelitian dan terapan teknologi kedokteran mendorong dilakukannya penelitian psikososial dan layanan klinis, misalnya layanan transplantasi organ dan pemeriksaan genetik. Kemajuan seperti ini memberikan peluang penelitian perilaku dengan paradigma baru, yaitu psikologi kesehatan klinis dan kedokteran perilaku. Berbagai penelitian dan terapan baik mikro maupun makro telah dilakukan untuk peningkatan kesejahteraan manusia. Hal ini dapat dilihat dalam edisi spesial *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Volume 70(3), June 2002*. Sebagai contoh, untuk penelitian dan terapan mikro, Blumenthal, Sherwood, Gullette, Georgiades, dan Tweedy (2002) menguraikan pendekatan perilaku tubuh untuk penanganan hipertensi esensial. Anderson (2002) melaporkan keberhasilan pendekatan yang sama setelah intervensi psikologis untuk pasien kanker. Pendekatan *bio-behavioral* ini menekankan keberhasilan perubahan gaya hidup seperti perilaku makan, olah raga, pengelolaan stres, dan terapi relaksasi untuk mengelola penyakit fisik. Selain itu, Gonder-Frederick, Cox dan Ritterband (2002) mendiskusikan pengelolaan diabetes dengan cara regulasi diri. Selain terapan mikro, mereka juga mendiskusikan kemungkinan terapan secara makro, yaitu adanya kebijakan peran psikolog dalam menyatukan penggunaan pendekatan kedokteran perilaku dengan layanan kesehatan masyarakat terutama untuk pengelolaan diabetes.

Dalam jurnal edisi spesial tersebut, ada juga contoh untuk terapan makro. Psikologi kesehatan klinis dan kedokteran perilaku juga memberikan peluang untuk meneliti penerapan metodologi kemangkusan biaya (Kaplan & Grouessl, 2002). Analisis biaya ini antara lain menentukan apakah suatu program pencegahan akan lebih menguntungkan dibandingkan dengan bila penyakit telah diderita. Misalnya, program penghentian merokok untuk prevensi penyakit yang berat seperti kanker paru, kemungkinan besar akan lebih menguntungkan masyarakat. Perhitungan biaya ini diperlukan dalam penerapan pendekatan kedokteran perilaku. Di samping kemangkusan biaya, Whitfield, Weidner, Clark, dan Anderson (2002) menganalisis keberagaman sosiodemografi dalam kedokteran perilaku. Dilaporkan bahwa faktor etnisitas, gender, dan status sosial ekonomi mempengaruhi kesehatan masyarakat. Karakteristik psikososial, seperti isolasi sosial, konflik antar-pribadi, stres kerja, juga mempengaruhi perkembangan penyakit jantung koroner (Smith & Ruiz, 2002). Diperkirakan bahwa intervensi psikososial juga akan menimbulkan hasil yang lebih menguntungkan untuk morbiditas dan mortalitas penyakit jantung koroner. Lebih lanjut dalam edisi spesial tersebut, Olbrisch, Benedict, Ashe, dan Levenson (2002) mengaji pemeriksaan psikologis dan perawatan pasien pencangkokan organ. Dalam artikel tersebut penulis melaporkan tipe utama pencangkokan dan kesakitan berikut komorbiditas perilaku yang menuju pada prosedur tersebut, pemeriksaan psikologis calon penerima pencangkokan, tugas adaptif yang disyaratkan penerima pencangkokan pada berbagai tingkatan proses pencangkokan, dan intervensi psikologis yang tepat. Lerman, Croyle, Tercyak, dan Nease Jr (2002) melaporkan

aspek psikologis dan implikasinya dalam pemeriksaan genetik. Dalam kajian mereka, sekelompok individu dengan ciri sifat psikologis tertentu kemungkinan lebih rentan terhadap pengaruh yang tidak mengenakkan. Misalnya, pemeriksaan prenatal ataupun pembawa gen untuk penyakit tertentu seperti Tay-Sachs, fibrosis sistik, ataupun penyakit Gaucher yang memberikan kesempatan individu untuk mengambil putusan meneruskan atau menghentikan kehamilan. Mereka menyarankan adanya kebutuhan penelitian dan praktik untuk memberikan peluang perilaku kesehatan protektif dalam menjawab informasi genetik yang berisiko. Untuk wanita yang mengalami kanker payudara yang telah mengalami penyebaran, tersedia terapi kelompok suportif-ekspresif (Giese-Davis, Koopman, Butler, Classen, Cordova, Benson et al., 2002). Mereka melakukan penelitian dengan desain yang dapat dipercaya, yaitu melalui percobaan dengan randomisasi untuk 123 subjek yang menderita kanker yang telah menyebar dan 2 orang yang menderita kembali kanker payudara. Penelitian mereka ini membuktikan bahwa terapi terfokus emosi dapat membantu wanita yang menderita kanker payudara tahap lanjut menjadi lebih ekspresif tanpa menjadi agresif.

Apa yang telah diterbitkan tersebut menggambarkan betapa maju psikologi klinis, baik riset maupun terapannya secara mikro maupun makro di negara lain. Psikologi kesehatan klinis dan kedokteran perilaku merupakan kecenderungan dan paradigma baru dalam penggunaan ilmu perilaku untuk pemeriksaan maupun penanganan penyakit fisik.

Di Indonesia, psikologi kesehatan klinis dan kedokteran perilaku masih terbatas datanya. Kalupun ada yang menerapkan, itu pun terbatas pada praktik di rumah sakit tanpa penelitian ataupun dokumentasi yang

teliti. Sudah ada usaha mahasiswa S2 psikologi klinis yang meneliti kesehatan fisik di UGM. Sedikit contoh antara lain, Karyono—staf pengajar di Universitas Diponegoro—meneliti relaksasi untuk hipertensi esensial. Tjipto Susana (2002) dari Universitas Sanata Dharma yang meneliti pengaruh kombinasi informasi gizi dan dukungan sosial untuk status gizi anak. Dengan model stres pada binatang, Andrian Pramadi (2001) dari Universitas Surabaya meneliti respon ketahanan tubuh.

Selain mereka, dari pengamatan pada jurnal psikologi *Anima*—satu-satunya jurnal psikologi yang terakreditasi A oleh DIKTI sejak Maret 2000—terdapat beberapa artikel yang menggambarkan kecenderungan baru di bidang psikologi klinis tersebut. Novitawati, Rahayu, dan Lasmono (2001) meneliti pengaruh biblioterapi rasional untuk menurunkan perilaku merokok. Mereka menemukan bahwa terapi ini efektif untuk menimbulkan pikiran berhenti merokok. Selain itu, Hartanti (2002a) melaporkan adanya pengaruh positif rasa humor dan dukungan sosial dengan depresi pasca-*stroke*. Lebih lanjut Hartanti (2002b) juga melaporkan bahwa terapi kognitif dapat menurunkan tingkat depresi penderita pasca-*stroke*.

Meskipun hasil-hasil penelitian terbatas tersebut menunjukkan adanya manfaat intervensi perilaku dan bukti keterkaitan antara stres dan ketahanan tubuh, namun yang dipermasalahkan oleh rekan sejawat dari disiplin lain yaitu terbatasnya jumlah subjek penelitian. Biasanya subjek secara sukarela berada dalam eksperimen intervensi perilaku untuk penyakit tertentu, seperti antara lain depresi pasca-*stroke* dan hipertensi esensial. Jumlahnya untuk setiap kelompok intervensi tidak lebih dari 12 orang. Sering jumlah keseluruhan tidak lebih dari 40 orang termasuk kelompok kontrol.

Jadi secara epidemiologis jumlah yang terbatas ini dianggap kurang dapat dijadikan dasar bukti bahwa intervensi tersebut efektif untuk penyakit tertentu. Padahal untuk meneliti dengan sampel besar membutuhkan biaya yang sangat besar. Salah satu usaha untuk mengatasi hal itu ialah mengajukan penelitian multidisiplin dalam pendekatan kedokteran perilaku.

Terapan psikologi secara mikro sangat mahal biayanya. Pemeriksaan psikologis lengkap untuk satu individu saja membutuhkan waktu kurang lebih empat jam. Penanganan psikologis individual juga membutuhkan waktu relatif lama supaya terjadi perubahan perilaku yang tampak. Itu pun tidak menjamin bahwa individu tidak kembali pada pola perilaku lama yang menimbulkan masalah bagi dirinya maupun orang lain di sekitarnya. Jadi saya cenderung mendorong mahasiswa S2 untuk meneliti penerapan psikologi klinis secara makro, yaitu mengembangkan program prevensi penyakit yang berkaitan dengan gaya hidup atau mengembangkan pemeriksaan status psikologis yang dapat digunakan oleh disiplin lain. Untuk itu saya akan menggambarkan situasi psikologi klinis di Indonesia lebih dahulu sebelum menyajikan upaya untuk menerapkan psikologi klinis secara makro (Prawitasari, 2001).

Terapan Psikologi Klinis Secara Makro

Banyak psikolog di Indonesia menerapkan psikologi klinis secara mikro, yaitu melayani kebutuhan individual dengan atau tanpa keluarganya saja. Mereka tidak menyatakan dirinya sebagai psikolog klinis, tetapi konselor. Hal ini terungkap ketika saya melakukan survai untuk terapi perilaku di Indonesia. Saya menemukan kebanyakan

psikolog yang saya temui menyatakan bahwa mereka menerapkan konseling, jarang yang menyatakan bahwa mereka menerapkan terapi perilaku kecuali satu orang dari Bandung yang menyebutkan secara langsung bahwa ia menerapkan terapi perilaku. Ia dapat menerangkan langkah-langkah terapinya untuk berbagai kasus yang ditanganinya (Prawitasari Hadiyono, 1998). Psikolog lainnya mengatakan bahwa mereka menerapkan pendekatan ekletik. Ketika ditanya langkah-langkah apa saja yang dilakukan ketika menangani klien, mereka tidak dapat menyebutkan secara jelas. Demikian pula ketika ditanya tentang indikator sukses, mereka kurang percaya akan hasil yang dicapai ketika mereka melayani klien individual; bahkan sebagian besar menyatakan bahwa kontrak penanganan tidak dilakukan sejak awal ketika mereka melayani klien.

Salah satu terapan psikologi klinis di bidang yang lebih makro yaitu untuk kesehatan masyarakat. Oleh karena keseluruhan manusia adalah multi-sistem menurut teori sistem umum (Sundberg, Winebarger, & Taplin, 2002), maka tinjauan tentang kesehatan manusia juga dapat dilihat dari sistem-sistem itu. Status sehat dan sakit kalau dilihat dari sistem sel dan organ akan relatif lebih mudah untuk diperiksa. Sudah ditemukan cara-cara canggih untuk memeriksa fisik manusia di laboratorium klinik, melalui sampel darah, air kencing, atau tinja, sehingga fungsi organ yang ingin diperiksa dapat diketahui secara relatif tepat. Peralatan bioteknologi telah begitu pesatnya berkembang untuk memeriksa dan menangani sakit fisik. Telah ditemukan juga penyebab penyakit dalam ilmu mikrobiologi. Demikian pula telah ditemukan obat-obatan untuk mengatasi berbagai penyakit fisik. Tetapi, bagaimana manusia menjadi tetap sehat atau menjadi sakit masih terus dipertanyakan dan jawabannya juga tidak sederhana.

Begitu manusia menjadi sistem organismik, muncul berbagai teori untuk menerangkan perilakunya. Teori-teori utama yang tergabung dalam mazab humanistik, psikodinamika, perilaku, atau trans-personal menerangkan perilaku manusia sebagai makhluk organismik. Sebetulnya kaitan antara situasi fisik dan psikologis tidak mudah untuk dipilah-pilah. Perubahan pada sistem sel dan organ mempengaruhi sistem organismik dan perubahan pada sistem organismik mempengaruhi sistem-sistem lainnya. Apalagi bila manusia mencapai umur tengah baya, ia akan mengalami berbagai perubahan pad fisiknya, sehingga muncul konsep kesejahteraan subjektif. Makin mampu ia membeli berbagai makanan sehat, peralatan, atau obat-obatan, makin terasa lebih sejahtera dibandingkan dengan mereka yang tidak mampu. Atau boleh dikatakan bahwa kualitas hidup orang mampu lebih tinggi daripada orang tak mampu. Hanya saja manusia mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri, sehingga orang miskin pun akan merasakan kesejahteraan subjektif dan mengalami kualitas hidup yang memadai menurut penilaian mereka sendiri.

Pertanyaan tentang sehat dan sakit tidak mudah untuk dijawab. Untuk itu saya akan menyampaikan pemikiran tentang konsep sehat dan sakit. Saya akan mengajukan konsep sosial psikologis kesehatan masyarakat yang sifatnya makro.

Konsep Sehat dan Sakit

Status sehat akan terlihat pada perilaku manusia sehari-hari. Kalau fisik sehat ia tidak menunjukkan gejala penyakit apa pun. Ia akan terlihat segar dan bergairah. Demikian pula kalau ia tidak mempunyai beban psikologis yang berat, ia akan menjalani hari-harinya dengan bekerja penuh semangat. Secara sosial ia tetap akan

aktif menjadi anggota kelompok, baik organisasi atau masyarakat luas. Akan tetapi keadaan sehat 100% di negara kita ini saya pertanyakan, apakah ada? Bayi yang baru lahir pun sudah terpapar dengan berbagai penyakit atau mengalami kecacatan. Ini tidak lepas dari cara hidup si ibu ketika mengandungnya dan faktor genetik yang diperoleh dari pihak ibu dan bapak. Belum lagi saat ia dilahirkan, apakah akan mengalami trauma atau mulus kelahirannya. Juga ketika ia mulai berkembang menjadi anak-anak, ia tidak akan lepas dari berbagai kecelakaan.

Lalu, dimana batas antara sehat dan sakit? Apakah orang yang cacat disebut sakit atau sehat? Apakah orang yang sedang kena flu dan tetap bekerja seperti biasanya disebut sedang sakit atau sehat? Orang yang menderita tekanan darah tinggi atau diabetes dan harus minum obat terus-menerus, disebut sehat atau sakit? Mereka yang telah dicap skizofrenik akan tetapi ia lulus menjadi sarjana dan mampu bekerja tetapi harus minum obat bila ia membutuhkan, disebut sehat atau sakit? Untuk menjawab itu saya akan mengemukakan kriteria sehat secara sosial psikologis. Masyarakat disebut sehat bila mereka mampu belajar, bekerja, bermain, dan bercinta.

Mampu belajar. Salah satu konsep sehat secara sosial psikologis—dan ini menjadi indikator kesehatan masyarakat—ialah bila seseorang atau masyarakat mampu belajar, baik secara formal di sekolah maupun informal di luar sekolah. Banyaknya tempat untuk belajar dapat dijadikan indikator kesempatan belajar bagi masyarakat. Berapa banyak manusia Indonesia yang telah mengenyam pendidikan formal dapat dijadikan indikator kualitas kesempatan belajar masyarakat. Rasio orang yang terdidik dan terlatih, adanya akses informasi bagi masyarakat, dan rasio ketersediaan

perpustakaan masyarakat dengan jumlah penduduk dapat pula digunakan sebagai indikator kesempatan belajar terus-menerus bagi masyarakat di daerah itu. Dari indikator ini saja terlihat betapa rendahnya kesempatan orang Indonesia untuk belajar terus-menerus. Bagaimana kita bisa menjadi masyarakat madani bila kesempatan belajar sangat terbatas?

Mampu bekerja. Mereka yang mampu bekerja, baik sebagai pegawai atau pengambil putusan di sektor formal menunjukkan derajat kesehatan sosial psikologisnya. Rasio antara mereka yang bekerja formal dengan jumlah penduduk di daerahnya dapat digunakan sebagai indikator kesehatan masyarakat. Demikian pula mereka yang mampu menggerakkan pasar di sektor informal, seperti berjualan, dapat disebut sehat sosial psikologis. Rasio jumlah mereka yang berjualan dengan jumlah penduduk di daerahnya dapat digunakan sebagai indikator kesehatan masyarakat. Secara umum indikator sehat juga dapat dilihat dari berapa luas lapangan pekerjaan yang tersedia. Banyaknya tenaga kerja yang telah terserap di sektor formal maupun informal dapat dijadikan indikator kesehatan sosial psikologis masyarakat. Kemampuan suatu negara untuk memberikan kesempatan kerja seluas-luasnya dapat dijadikan indikator derajat kesehatan negara.

Tentang kesehatan masyarakat dari segi tersedianya pekerjaan, baru saja disadari oleh pengambil kebijakan di negara maju seperti Kanada. Mereka baru menyadari bahwa ada keterkaitan erat antara kondisi kehidupan masyarakat dengan kesehatan. Kemiskinan akibat tidak adanya pekerjaan dan penghasilan akan menimbulkan status kesehatan yang rendah. Mereka ini ketika sakit tidak mempunyai cara untuk meningkatkan keadaannya. Berbagai kerjasama antar-sektor, seperti perumahan,

transportasi, pendidikan, dan pekerjaan, diperlukan untuk meningkatkan kesehatan. Untuk itu di Manitoba, Kanada telah dibentuk kerjasama antara Kementerian Kesehatan dengan Pelayanan Keluarga (lihat *Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation*, 2001a). Kerjasama inilah yang sering menjadi kendala di negara kita. Tiap-tiap sektor mempunyai agenda sendiri-sendiri tanpa memperhatikan kebutuhan masyarakat, selain ada keterkaitan erat antara kemiskinan dan kesehatan. Laporan *Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation* (2001b) menyebutkan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Winnipeg menyambut baik kebutuhan warganya. Mereka yang hidup di daerah tinggi kebutuhan (kesehatan buruk) lebih banyak masuk rumah sakit dan mengunjungi dokter keluarga. Sebaliknya daerah dengan kesehatan yang lebih baik, kurang menggunakan layanan tersebut, akan tetapi mereka datang ke layanan spesialis. Mereka yang paling sehat menggunakan jasa prosedur yang lebih canggih seperti *scan MRI* (*Magnetic Resonance Imaging*), angioplasti koroner, operasi *by pass* koroner, penggantian panggul dan lutut. Dari sini terlihat apa yang telah saya sebut sebelumnya, bahwa makin kaya masyarakat, mereka akan mampu menggunakan uangnya untuk meningkatkan kesejahteraan hidup mereka. Kekayaan ini biasanya berasal dari hasil kerja mereka. Tanpa tersedianya pekerjaan yang layak, masyarakat akan tetap miskin. Suatu ironi bagi bangsa kita bahwa tanah air kita yang kaya raya akan sumber alam, tetapi rakyatnya tetap miskin.

Bermain. Selain indikator tersedianya pekerjaan, setiap makhluk hidup membutuhkan kegiatan bermain. Demikian pula keadaannya dengan manusia. Indikator sehat sosial psikologis masyarakat dapat dilihat dari (a) banyaknya waktu yang digunakan

masyarakat untuk bermain, (b) banyaknya tempat untuk bermain, seperti taman-taman yang asri dan bersih tersedia dapat dijadikan indikator kesehatan sosial psikologis. Berapa kali mereka bermain dalam satu minggu dapat merupakan indikator bahwa kebutuhan kesehatan bermain terpenuhi. Rasio antara jumlah tempat bermain dengan jumlah penduduk dapat dijadikan indikator derajat kesehatan masyarakat.

Terkait dengan bermain, indikator sehat sosial psikologis juga dapat dilihat dari kemampuan manusia untuk bermain dengan aturan-aturan tertentu dan tanpa bertujuan membahayakan dirinya dan orang lain. Kalaupun ada luka ringan ataupun kecacatan yang berat itu pun disebabkan oleh kecelakaan selama bermain. Setiap tindakan manusia biasanya ada dampak baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan sebagai konsekuensinya.

Bercinta. Indikator kesehatan masyarakat tentang cinta ini tidak diartikan sempit, seperti berkonotasi seksual, tetapi yang penting di sini yaitu cara manusia menggunakan cinta kasihnya untuk menumbuhkan perdamaian di antara sesama manusia. Yang terlihat saat ini banyak manusia bertengkar, berbunuhan, berkelahi, dan berperang. Ini dapat dijadikan indikator kesehatan yang rendah secara sosial psikologis. Pancaran cinta kasih di antara sesama terlihat kurang, yang terlihat adalah saling curiga antara satu kelompok dengan kelompok lainnya. Padahal kalau mau sehat secara sosial psikologis manusia perlu belajar untuk bercinta. Indikator sehat ini dapat dilihat dari seberapa banyak pasangan hidup dalam masyarakat, seberapa besar masyarakat mempunyai sahabat sejati, seberapa besar mereka yang melaporkan memiliki teman dekat dan dukungan sosial yang memadai. Sekali lagi, di sini indikator sehat secara sosial psikologis selain indikator

kuantitatif—yaitu jumlah—juga dapat bersifat kualitatif berdasarkan penilaian dalam laporan diri.

Bercinta dapat pula dilihat dari seberapa damai suatu masyarakat. Jogjakarta yang bersemboyan Bersih Sehat Indah dan Nyaman (Berhati Nyaman) dapat dijadikan indikator kesehatan masyarakat, yaitu berapa tempat yang bersih, yang bebas polusi, yang indah, dan yang nyaman dapat dihitung. Apabila masih banyak tempat yang belum seperti itu, Jogjakarta masih jauh dari situasi sehat. Semboyan itu menjadi kosong belaka bila belum ditemukan bukti berdasarkan indikator tersebut. Masyarakat tampaknya masih belum menyadari bahwa semua itu merupakan tanggung jawab kita semua.

Upaya Kesehatan Masyarakat

Dari uraian indikator kesehatan secara sosial psikologis, upaya kesehatan masyarakat menjadi berbeda dari upaya kesehatan fisik dan mental saja. Upaya kesehatan menjadi menyeluruh, yakni kesempatan belajar, bekerja, bermain, dan bercinta. Kalau diterjemahkan ke dalam program-program, maka dibutuhkan kerjasama lintas sektoral. Selama ini kelemahan kita ialah koordinasi, masing-masing bekerja sendiri-sendiri. Sekarang ini, di bawah koordinasi Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, diharapkan kesehatan masyarakat juga akan terangkat. Lalu, dimana letak layanan kesehatan mental masyarakat? Apakah kita tidak menginginkan penerapan yang lebih makro, yaitu psikolog juga melakukan penelitian untuk kebijakan pelayanan kesehatan fisik dan mental masyarakat dengan paradigma sehat? Terapan yang lebih makro ini akan memberi kesempatan psikolog klinis untuk mengalihkan keterampilan melakukan penilaian dan penanganan ke bidang yang lebih luas daripada hanya sekedar mem-

berikan layanan mikro, yaitu untuk individu atau keluarganya saja.

Sering psikolog berargumentasi, yaitu psikologi khusus hanya untuk analisis pada sistem organismik saja. Pada sistem itu psikolog klinis akan bekerja sendiri dalam melakukan penilaian dan penanganan untuk kasus individual. Pada sistem yang lebih makro—yaitu di masyarakat—psikolog klinis perlu lebih berorientasi pada kebijakan layanan kesehatan masyarakat. Sudah ada usaha ke arah sana. Fakultas Psikologi UGM bekerja sama dengan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM, Perkumpulan Kesehatan Jiwa Perwitasari, dan disponsori oleh Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPISI) menggali kemungkinan perubahan kebijakan layanan psikologis di masyarakat. Upaya ini sebetulnya untuk mengantisipasi otonomi daerah dan desentralisasi. Peluang seperti ini harusnya diambil oleh HIMPISI. Berikut ini saya kutipkan rangkuman hasil diskusi pada 4 Desember 1999 tersebut.

Pertama, yang perlu dikembangkan ialah adanya kelompok penekan (*pressure groups*) untuk kebijakan di tingkat daerah. Kelompok dapat terdiri atas perwakilan masyarakat seperti Perkumpulan Kesehatan Jiwa Perwitasari, kelompok LSM, kelompok dari perguruan tinggi, ataupun kelompok-kelompok lainnya. Perlu adanya forum yang membicarakan hal ini ke tingkat kebijakan. Dengan demikian kebijakan kesehatan juga akan memperoleh masukan masukan dari kelompok penekan ini, sehingga yang diuntungkan adalah masyarakat luas.

Kemitraan di antara mereka yang memperhatikan kesehatan perlu dikembangkan, antara lain kemitraan di antara Kanwil Depkes (sudah tidak ada lagi), Dinas Depkes, perguruan tinggi, dan LSM untuk menentukan kebijakan layanan kesehatan jiwa atau mental yang berorientasi pada



kebutuhan masyarakat. Kebijakan layanan kesehatan akan berbeda antara daerah satu dengan daerah lainnya sesuai dengan kekhususan kebutuhan masyarakat setempat. Perlu pula diberdayakan dan digalakkan gerakan komunitas dalam masalah kesehatan yang menyeluruh, yaitu kesehatan fisik, psikis, dan sosial melalui posyandu dan PKK. Selain itu diperlukan juga integrasi gerakan keluarga, sekolah, dan masyarakat umumnya untuk kesinambungan kegiatan pencegahan maupun promosi kesehatan yang menyeluruh tersebut; terutama pada penanggulangan NAPZA/NARKOBA perlu juga adanya dukungan dari layanan antar-profesi yang berkecimpung di bidang kesehatan.

Selain kelompok penekan, hal penting lain yang perlu dipertimbangkan lebih dahulu adalah definisi kesehatan jiwa, bahkan penggunaan istilah jiwa atau mental saja perlu disetujui lebih dahulu. Salah satu definisi kesehatan jiwa ialah kondisi kesejahteraan fisik, mental, sosial, yang memungkinkan individu hidup produktif secara ekonomik dan sosial, juga memungkinkan individu mengembangkan diri secara optimal dan selaras dengan lingkungan. Jadi, perlu disepakati lebih dahulu istilah yang akan digunakan, sehingga masyarakat tidak bingung akan layanan yang disediakan. Jiwa dipadankan dengan raga, mental dipadankan dengan fisik, rohani dipadankan dengan jasmani, yang semuanya itu merujuk pada dikotomi antara tubuh dan perilaku manusia. Kesehatan itu sendiri jelas-jelas menunjukkan kesehatan yang bulat, yaitu fisik, mental, dan sosial. Mungkin sekarang ditambah spiritual, ini pun masih diperdebatkan di antara para ahli kedokteran. Dalam Undang-Undang (UU) Kesehatan disebut sebagai kesehatan jiwa, tetapi itu pun masih terbuka untuk diubah sesuai dengan kesepakatan bersama. Secara eksplisit dalam UU tersebut disebutkan

bahwa kesehatan jiwa adalah tanggung jawab pemerintahan dan masyarakat. Sebetulnya sudah ada Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (BPKJM) yang keanggotaannya terdiri atas berbagai disiplin. Kegiatannya biasanya ceramah keliling daerah untuk upaya pencegahan dan promosi kesehatan jiwa. Badan tersebut perlu diaktifkan kembali dengan melibatkan kader-kader baru yang berasal dari masyarakat.

Kesehatan tidak lepas dari aspek-aspek penting, seperti keamanan dan perdamaian, sehingga kesehatan bukan milik ilmu kedokteran saja, tetapi ilmu-ilmu lain juga perlu terlibat. Deklarasi Jakarta dengan jelas mencanangkan promosi kesehatan yang tidak lepas dari penghindaran dari tindak kekerasan dan pengupayaan perdamaian di antara suku, ras, dan agama yang perlu ditegakkan dan digalakkan.

Perlu dipikirkan pula adanya kelompok yang tidak sakit tetapi juga tidak waras, yang banyak berkaitan dengan perilaku menyakiti orang lain, termasuk di dalamnya perilaku kekerasan di rumah tangga dan masyarakat, seperti laki-laki yang suka memukuli istri dan anak-anaknya dan adanya perkosaan di masyarakat. Hal itu juga perlu diperhatikan dalam layanan kesehatan mental. Selain itu, adanya perlindungan, pendidikan, jaminan sosial, hubungan sosial, pangan, pemberdayaan wanita—karena wanita selama ini diperdaya saja—kurang diberdayakan. Dengan ekosistem yang stabil tersebut, diharapkan semua hal di luar kesehatan akan menentukan sehat tidaknya masyarakat. Di samping itu, layanan kesehatan menyeluruh untuk manusia usia lanjut perlu juga dipertimbangkan dan disediakan, sehingga kualitas hidup mereka dapat ditingkatkan. Meskipun mereka telah tua, tetapi tetap sehat mental dan fisiknya. Untuk itu perlu ada definisi kesehatan mental

yang disosialisasikan di masyarakat, sehingga masyarakat tahu persis tentang hal itu. Perlu dikembangkan indikator-indikator kesehatan mental yang nantinya digunakan untuk menentukan apakah seseorang mengalami gangguan mental atau sudah memenuhi kriteria sehat mental. Dengan adanya indikator ini dapat dilakukan deteksi dini, sehingga masyarakat terhindar dari gangguan mental yang lebih berat.

Istilah mental pada layanan kesehatan mental lebih dapat diterima daripada jiwa, karena ada stigma bila menggunakan istilah jiwa (karena adanya Rumah Sakit Jiwa [RSJ]). Kalau istilah layanan kesehatan mental tidak akan mengalami stigma tersebut. Diusulkan juga pengelolaan yang lebih profesional untuk lembaga seperti Perwitasari ataupun LSM lainnya meskipun yang melakukan tetap relawan. Dana dapat dihimpun dari alumni ataupun melalui malam dana. Perlu pemetaan profesi yang memberikan layanan kesehatan mental di berbagai di berbagai tempat, sehingga dapat dilakukan koordinasi di antara lembaga-lembaga itu. Segmentasi pasar dapat dilakukan melalui pemetaan ini: siapa saja yang akan melayani golongan menengah dan atas, dan sumber biaya dari masyarakat golongan ini sendiri; siapa yang akan melayani masyarakat golongan bawah. Untuk golongan ini perlu subsidi, baik dari pemerintah ataupun yayasan. Perlu juga dipikirkan adanya subsidi silang yang diprakarsai oleh profesional yang melayani golongan menengah atas. Asuransi kesehatan masih dipertanyakan, apakah dapat digunakan untuk gangguan mental. Puskesmas dapat dimanfaatkan untuk praktik bersama antar-profesi dengan swadana masyarakat ataupun subsidi silang. Selain itu perlu dibentuk forum komunikasi di antara lembaga-lembaga itu, termasuk koordinasi untuk untuk pembiayaannya.

Dapat pula dilakukan koordinasi dengan Badan Koordinasi Kerjasama Kegiatan Kesejahteraan Sosial (BK3S) untuk pencegahan dan promosi kesehatan mental masyarakat. Juga dapat dilakukan kerjasama dengan Badan Keluarga Balita (BKB) sebagai bagian BKKBN yang dilaksanakan bersama PKK, atau dengan P3TKA untuk deteksi dini tumbuh kembang anak. Selain dapat menggunakan layanan kesehatan mental yang formal institusional seperti di Puskesmas, Rumah Sakit Umum maupun Khusus, ada juga layanan kesehatan mental informal seperti Yandu Balita dan Yandu Manula. Semua layanan formal institusional dan informal yang diselenggarakan masyarakat dapat bekerja sama menuju pada pencegahan dan promosi kesehatan mental masyarakat.

Secara ringkas, diskusi ini menghasilkan beberapa butir penting. Pertama, perlu adanya kelompok penekan yang terdiri atas berbagai pihak, baik perguruan tinggi, LSM, maupun masyarakat luas. Kedua, perlu kemitraan dan koordinasi di antara kelompok penekan dan departemen kesehatan. Ketiga, istilah yang lebih tepat digunakan ialah layanan kesehatan mental, supaya tidak meninggalkan stigma. Untuk itu perlu dipasarkan istilah kesehatan mental berikut indikator-indikatornya dan pengukurannya yang singkat sederhana untuk kebugaran mental. Selain itu dibutuhkan adanya pemetaan profesi yang memberikan layanan kesehatan mental, sehingga dapat dilakukan koordinasi di antara mereka dan kelompok-kelompok lainnya. Pendanaan dapat dikumpulkan dari masyarakat secara swadaya.

Kalau untuk terapan mikro psikologis dapat bekerja sendiri, untuk terapan makro ia harus bekerja sama dengan disiplin lain. Untuk itu ia perlu yakin akan ilmunya dan dapat menerangkan semua langkah yang

akan diambil sesuai dengan permasalahan yang dihadapi. Berikut ini akan saya paparkan kerjasama untuk terapan makro.

Kerja Sama untuk Terapan Makro

Begitu psikologi klinis diterapkan secara makro, psikolog tidak dapat bekerja sendiri. Ia harus mampu membina jaringan kerja dengan ilmuwan dan sektor lain. Misalnya, ia bekerja sama dengan ahli di bidang kesehatan fisik, tokoh masyarakat, ataupun dengan masyarakat itu sendiri. Dengan adanya desentralisasi, kemungkinan seperti itu akan lebih saling menguntungkan. Contohnya, puskesmas rawat jalan yang sudah tidak bergiat pukul 12, sebetulnya dapat dimanfaatkan oleh masyarakat sekitarnya. Adanya gedung yang tersedia dan petugas yang telah dibayar pemerintah sebetulnya dapat berbuat banyak untuk masyarakat. Sering terjadi petugas disibukkan dengan pencatatan dokumentasi yang dipertanyakan validitasnya. Tidak mengherankan bahwa angka kematian anak dan angka kematian ibu masih tetap tinggi di Indonesia dibandingkan dengan negara-negara di Asia Tenggara lainnya.

Terkesan bahwa petugas kesehatan di puskesmas bersaing dengan diri mereka sendiri. Dalam arti mereka mempunyai praktik swasta dan mereka memberikan layanan yang lebih prima ketika mereka praktik di luar puskesmas. Alangkah baiknya kalau puskesmas dibenahi dan bekerja sama dengan masyarakat sekitarnya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Seperti apa yang telah dilakukan di Inggris, masyarakat bekerja sama dengan puskesmas untuk mengembangkan inovasi dalam layanan masyarakat dan kesehatan primer yang telah dilaporkan oleh Pietroni dan Pietroni (1996). Pengalaman eksperimen layanan kesehatan paripurna di Marylebone dituangkan dalam buku tersebut.

Pendekatan kesehatan yang diterapkan bersifat menyeluruh, yaitu fisik, psikis, sosial, dan spiritual. Semua pihak terlibat dalam layanan kesehatan tersebut. Yang termasuk di dalam tim tidak hanya dokter dan paramedik, tetapi juga ahli jamu-jamuan, ahli akupuntur, ahli pijat, psikolog, pemuka agama, dan tentu saja anggota masyarakat lainnya. Mereka membuat yayanan yang tugasnya mencari dana bagi puskesmas mereka. Apakah kita tidak mampu meniru mereka? Apabila ada seseorang yang mampu melakukan koordinasi semacam itu, saya yakin masyarakat kita bersedia untuk bergabung dan mengelola puskesmas bersama untuk kesehatan masyarakat yang menyeluruh.

Salah satu kelemahan kelembagaan publik yang didukung dana pemerintah ialah adanya sikap tidak memiliki pada mereka yang bekerja di situ. Mereka merupakan pegawai negeri yang tentu saja gajinya kecil, tetapi di luar mereka mempunyai rumah yang relatif representatif, mempunyai usaha sampingan seperti apotek, atau kalau bidan mempunyai klinik bersalin. Jadi, kegiatan layanan swasta jauh lebih menguntungkan daripada melayani pasien di puskesmas. Keadaan ini menimbulkan keprihatinan. Tinggal sekarang apakah ada kemauan baik seorang tokoh masyarakat yang bersedia untuk menjadi koordinator kegiatan kegiatan seperti itu. Siapa dia? Jawabannya, dapat siapa saja yang mempunyai kehendak baik untuk memajukan kerjasama masyarakat dan ia mampu mencari dana untuk kegiatan tersebut.

Kegiatan belajar, bekerja, bermain, dan bercinta dapat dilakukan di puskesmas sore hari. Keempat indikator kesehatan masyarakat itu secara sosial psikologis dapat dipromosikan oleh masyarakat bersama anggota puskesmas dan untuk masyarakat di sekitarnya. Sebetulnya telah ada usaha-

usaha ke arah sana, seperti kegiatan bina balita, posyandu kesehatan ibu, anak, dan lansia, tetapi tetap saja kegiatan itu untuk kesehatan fisik saja. Kegiatan konseling hampir tidak dilakukan. Kegiatan terpadu untuk belajar, bekerja, bermain, dan bercinta perlu diuraikan menjadi kegiatan yang jelas dan dikelola bersama pula. Kegiatan belajar dapat dilakukan secara bermain sambil bekerja dan bercinta. Misalnya, dalam kegiatan bina balita, ibu mengajari anak-anak untuk bermain bersama dengan alat-alat tertentu bagi perkembangan psikomotor anak. Kegiatan ini memberi kesempatan hubungan cinta antara ibu dan anaknya. Demikian pula bila remaja bergabung untuk memerangi narkoba dengan mengembangkan kegiatan yang lebih bermanfaat, misalnya belajar berorganisasi dalam promosi kesehatan mental maupun kesehatan fisik dan lingkungan. Kegiatan seperti ini pun dapat untuk berlatih belajar, bekerja, bermain, dan bercinta. Idealnya memang seperti itu. Yang penting sekarang siapa yang mau memprakarsai kegiatan itu? Saya berharap puskesmas dapat dimanfaatkan menjadi pusat kegiatan kesehatan fisik, sosial, psikologis, dan spiritual.

Sering terjadi orang malas untuk berpikir dan kurang usaha untuk belajar kembali. Padahal belajar selalu terbuka setiap hari dari pengalaman berhubungan dengan orang lain. Tetapi sering terjadi orang menggunakan mekanisme pertahanan terlalu tebal sehingga ia telah menutup dirinya untuk mempelajari dan memperbaiki perilakunya sehari-hari. Model perilaku seperti ini sering membuat orang lain kurang nyaman. Lain dengan orang yang terbuka untuk selalu belajar, sehingga ia akan mempunyai pengalaman yang luas. Tiap kali ia akan menemukan "Oh" yang baru, baik tentang dirinya, orang lain, ataupun masyarakat luas.

Kemampuan dan kemauan belajar seperti itu menandakan kesehatan mental yang prima. Demikian pula bila ia mampu untuk memancarkan kasihnya sehingga orang lain yang ada di sekitarnya akan merasa damai. Untuk itu ia perlu mempunyai keterampilan sosial yang tinggi. Semua ini dapat dipelajari dan dilatihkan di puskesmas. Kerjasama antara akademisi dan masyarakat dengan mediator puskesmas perlu dikembangkan untuk terapan psikologi klinis secara makro. Kebiasaan hidup sehat secara mental fisik perlu dipelajari sejak usia dini. Unit kecil dalam masyarakat perlu belajar untuk menggunakan indikator kesehatan sosial psikologis dalam pendidikan di keluarga masing-masing. Ayah dan ibu dapat mendidik anaknya dengan cara terbuka untuk tiap kali belajar, bekerja, bermain, dan bercinta dengan anggota keluarga yang lainnya. Situasi seperti ini akan menciptakan rasa damai pada anak-anak dan anggota keluarga lainnya. Ajaran agama saja tidak cukup untuk kebiasaan-kebiasaan sehat. Yang penting sebetulnya bagaimana ajaran itu diterapkan ketika kita berhubungan dengan orang lain. Yang sering terjadi karena ajaran agama, orang lalu saling curiga karena perbedaan cara menjalankan agama masing-masing. Kalau indikator kesehatan sosial psikologis yaitu kemampuan belajar, bekerja, bermain, dan bercinta digalakkan, kita akan menjadi masyarakat madani yang tidak terombang-ambing oleh provokasi-provokasi negatif yang akan menceraiberaikan masyarakat. Puskesmas dapat digunakan sebagai tempat belajar, bekerja, bermain, dan bercinta masyarakat. Siapakah fasilitatornya? Bukankah psikolog klinis dapat bergabung dan bekerja sama untuk kesejahteraan masyarakat yang lebih luas?

Simpulan

Terapan psikologi klinis secara mikro yaitu untuk individu saja telah lama dilakukan psikolog di Indonesia. Akan tetapi penerapan mikro relatif mahal, sehingga saya cenderung mendorong mahasiswa psikologi klinis S-2 dan S-3 untuk mengembangkan penelitian dengan orientasi makro, misalnya mengembangkan program pencegahan supaya terhindar dari penyakit yang berkaitan dengan perilaku.

Kecenderungan terbaru yaitu psikologi klinis dapat diterapkan untuk penyakit fisik dengan paradigma kedokteran perilaku ataupun psikologi kesehatan klinis. Berbagai intervensi yang tersedia dalam psikologi klinis dapat diterapkan untuk penyakit fisik seperti penyakit kardiovaskuler (termasuk penyakit jantung koroner), diabetes mellitus, asma bronkhiale, tukak lambung, artritis. Kendala yang mungkin terjadi yaitu terbatasnya dana untuk menunjukkan bukti bahwa intervensi perilaku efektif untuk pengelolaan penyakit fisik tersebut. Untuk itu salah satu usaha yaitu mengajukan penelitian multidisiplin dalam pendekatan kedokteran perilaku.

Penerapan psikologi klinis secara makro membutuhkan kerjasama banyak pihak karena kesehatan secara sosial psikologis bukan merupakan hal sederhana tetapi hal yang sangat kompleks. Banyak pihak perlu terlibat dalam upaya kesehatan masyarakat. Ilmuwan di perguruan tinggi dapat menjadi fasilitator perkembangan kesehatan yang madani. Puskesmas dapat menjadi mediator antara ilmuwan dan masyarakat. Masyarakat dapat menjadi masyarakat madani bila mengusahakan perkembangan kesehatan sosial psikologis di sekitarnya. Eksperimen di Marylebone dapat dijadikan contoh cara mengembangkan masyarakat yang madani di bidang kesehatan yang menyeluruh. Psikolog klinis dapat pula bereksperimen untuk meninjau terapan psikologi klinis secara makro. Keterlibatan psikolog klinis untuk mempengaruhi kebijakan publik perlu digalakkan. Untuk itu perlu keyakinan diri psikolog klinis tentang ilmunya, tanpa itu kerjasama jadi ajang salah menyalahkan tanpa ada gerakan ke depan yang berarti.

Pustaka Acuan

- Andersen, B. L. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological intervention for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 590-610.
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Gullette, E. C. D., Georgiades, A., & Tweedy, D. (2002). Biobehavioral approaches to the treatment of essential hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 569-589.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobair, P., et al. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4).
- Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and behavioral medicine: The second decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 611-625.
- Hartanti (2002a). Peran *sense of humor* dan dukungan sosial pada tingkat depresi penderita dewasa *pasca-stroke*. *Anima, 17*(2), 107-119.
- Hartanti (2002b). Efektivitas terapi kognitif dan stimulasi humor untuk penurunan gangguan depresi penderita *pasca-stroke*. *Anima, 17*(3), 207-226.

- Kaplan, R. M., & Grouessl, E. J. (2002). Application of cost-effectiveness methodologies in behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 482-493.
- Lerman, C., Croyle, R. T., Tercyak, K. P., & Nease Jr., D. E. (2002). Genetic testing: Psychological aspects and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 784-797.
- Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. (2001a, February). *Studying health and health care use in at-risk groups*.
- Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. (2001b, May). *Health and health care in Winnipeg*.
- Novitawati, M., Rahayu, S., & Lasmono, H. K. (2001). Pengaruh *rational bibliotherapy* terhadap perilaku merokok dengan *the transtheoretical model of behavior change* sebagai acuan pengukuran. *Anima, 16*(3), 252-271.
- Olbrisch, M. E., Benedict, S. M., Ashe, K., & Levenson, J. L. (2002). Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 771-783.
- Pietroni, P., & Pietroni, C. (Eds.). (1996). *Innovation in community care and primary health: The Marylebone experiment*. London: Churchill Livingstone.
- Pramadi, A. (2001). Pengaruh stres terhadap respon ketahanan tubuh (pengaruh stres situasional terhadap respon ketahanan tubuh tikus). *Anima, 16*(4), 347-359.
- Prawitasari Hadiyono, J. E. (1998). Behavior therapy in Indonesia. In Tian P. S. Oei (Ed.), *Behavior therapy in Asia*. Glebe, NSW, Australia: Edumedia, Pty. Ltd.
- Prawitasari, J. E. (2001). Indikator social[sic] psikologis kesehatan masyarakat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 04*(02), 67-74.
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications for research and practice. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 548-568.
- Sundberg, N. D., Winebarger, A. A., & Taplin, J. R. (2002). *Clinical psychology: Evolving theory, practice, and research*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Susana, T., & Prawitasari, J. E. (2002). Efektivitas kombinasi metode informasi gizi dan pelatihan dukungan sosial dalam peningkatan interaksi ibu-anak dan status gizi anak. *Sosiohumanika, 15*(2), 475-484.
- Whitfield, K. E., Weidner, G., Clark, R., & Anderson, N. B. (2002). Sociodemographic, diversity, and behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 436-481.

Bibliografi

- Azar, B. (2002). Searching for genes that explain our personalities: Identifying such genes could eliminate the distinction psychologist make between personality and psychopathology. *Monitor, 33*(8), 44-46.
- Murray, B. (2002). Wanted: Politics-free, science-based education: Government officials are calling for a U.S. education system based on solid science. APA and its members are helping on a number of fronts. *Monitor, 33*(8), 52-54.
- Renwick, R., Brown, I., & Nagler, M. (Eds.). (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. London: Sage.
- Smith, D. (2002). White House conference draws on psychologists' expertise: The first lady's conference on character and community emphasized the need to teach children strong values. *Monitor, 33*(8), 22-23.
- Zimbardo, P. G. (2002). Sept. 11, 2001: Reflections on our lives as year later. *Monitor, 33*(8), 5.