

# **PENDEKATAN PSIKOLOGI KLINIS MAKRO DALAM PENANGANAN KESEHATAN KOMUNITAS**

---

**Oleh:**

**Johana E. Prawitasari**

Pensiunan Guru Besar Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada (UGM)  
Ketua Lembaga Penelitian & Pengabdian Masyarakat (LPPM)  
Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA), Jakarta

Abstrak

Makalah ini berasal dari berbagai tulisan yang pernah terbit ataupun untuk kalangan terbatas. Tujuannya adalah merangsang peserta konferensi untuk memikirkan perkembangan psikologi klinis makro sesuai dengan konteks Indonesia. Apa yang telah dipikirkan, dilakukan, diteliti, dan ditulis oleh para rekan di negara-negara lebih maju dapat dijadikan contoh tentang apa saja yang dapat kita lakukan di sini. Pemikiran psikologi komunitas global oleh Anthony Marsella, seorang tokoh senior psikologi kesehatan, dapat digunakan sebagai bahan pemikiran pengembangan psikologi klinis makro dan kesehatan komunitas saat menghadapi pasar bebas. Kita akan mampu bersaing bila kita mengembangkan kekayaan kebhinekaan budaya, kebijaksanaan dan kewaskitaan lokal, seni, tradisi, dan berbagai perilaku khas suku bangsa yang ada di negara kita sebagai landasan pengembangan psikologi nusantara. Apabila kita memenuhi tri dharma perguruan tinggi sebagai akademisi, psikologi nusantara akan mampu bersaing di dunia global dengan pasar bebasnya. Khususnya psikologi klinis makro dan penanganan kesehatan komunitas dapat berkembang sesuai dengan hasil penelitian dan pengabdian masyarakat akademisi kita di masing-masing perguruan tinggi yang ada.

## **PENGANTAR**

Panitia Konferensi Nasional II Fakultas Psikologi Universitas YARSI meminta saya menulis makalah dengan judul seperti di atas. Saya menyanggupi menjadi salah satu pembicara tamu dalam konferensi tersebut dengan pertimbangan bahwa tulisan saya tentang psikologi klinis umumnya dan khususnya ide tentang psikologi klinis makro telah lama saya terbitkan (lihat Prawitasari, 2011). Istilah psikologi klinis makro merupakan istilah yang saya gunakan untuk menggambarkan pengalihpindahan teori, konsep, metode, teknik, yang sangat kaya dalam psikologi klinis, pada sistem yang lebih luas seperti organisasi, komunitas, masyarakat, dan kebijakan. Dengan catatan, bahwa terapan tersebut tidak dikerjakan sendiri oleh seorang psikolog, tetapi oleh anggota sistem yang lebih luas tersebut. Untuk itu pendekatannya perlu disederhanakan. Tugas menyederhanakan itulah yang menjadi tantangan psikologi klinis di negara berkembang seperti di Indonesia. Tentu saja perlu penelitian untuk penyederhanaan tersebut. Terapan psikologi klinis makro membutuhkan konteks sesuai sistem yang dilayani.

Isi tulisan dengan judul di atas saya ambil dari tulisan saya yang telah terbit dan yang saya sampaikan dalam berbagai forum. Antara lain saya pernah menulis makalah untuk kuliah umum di Universitas Airlangga dan pertemuan nasional Ikatan Psikologi Klinis (IPK) bulan November 2012 di Surabaya. Makalah-makalah tersebut berisi tentang kesehatan mental masyarakat dan intervensi psikologi komunitas. Ada juga makalah yang disajikan di Temu Ilmiah Lustrum 2 Fakultas Psikologi Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA) tentang psikologi kesehatan klinis di bulan September 2012. Sebagian akan saya kutipkan dan salinkan pula dalam makalah ini.

Akan saya awali tulisan ini dengan menggambarkan apa yang dilihat oleh Anthony J. Marsella, seorang senior dalam psikologi kesehatan, tentang psikologi komunitas di dunia global. Tulisan ahli ini sangat relevan dengan situasi di negeri tercinta ini. Kita menghadapi pasar bebas dengan segala konsekuensinya. Psikolog dari negara lain akan diijinkan praktik di sini. Meskipun kemungkinan kurang laku di negerinya (bila laku, mengapa harus pindah ke negara berkembang? ), atau karena alasan lain, mereka akan dicari di sini, hanya karena seolah-olah ia terkesan lebih mampu daripada psikolog kita sendiri. Selama ini, kita mengacu terapan psikologi klinis ala negara-negara di dunia yang sangat lebih maju. Pendidikan psikologi klinis profesional pun juga demikian. Landasannya adalah persoalan psikologis lebih bersifat intra-konflik, yang ada pada seorang manusia, berdasarkan pengalaman hidupnya.

Persoalan psikologis manusia di negeri kita ini lebih banyak disebabkan oleh kemiskinan dan turutannya, termasuk di dalamnya inter-konflik atau konflik antar manusia, antar suku, antar agama, yang sering digunakan secara politis. Apabila kita mengacu pada persoalan intra-psikis saja, kita akan kehilangan arah untuk persoalan makro tersebut. Yang perlu banyak kita lakukan adalah terlibat dalam terapan makro terutama di organisasi, komunitas, masyarakat, dan kebijakan. Utamanya kita dapat terlibat dalam kebijakan seperti yang telah dikerjakan oleh HIMPSI akhir-akhir ini di bawah kepemimpinan Retno Suhapti, sebagai Ketua Umum dalam dua periode (2006-2014). Atau dapat dilihat juga apa yang dikerjakan oleh Ketua IPK DKI Jakarta Kasandravati Putranto untuk terlibat dalam kebijakan pelayanan kesehatan mental-fisik, sekaligus dalam psikologi-ekonomi masyarakat.

Istilah kesehatan komunitas dapat berkonotasi luas. Apabila mengacu pada kesehatan masyarakat, biasanya berkaitan dengan adanya penyakit menular yang menyebar di suatu tempat. Indikator kesehatan masyarakat menggunakan angka harapan hidup, angka kelahiran dan kematian bayi, angka kematian ibu hamil, prevalensi dan insidensi penyakit menular yang menyebar di masyarakat. Akan tetapi bila disebut kesehatan komunitas, istilah ini jadinya lebih pada fungsi masyarakat. Komunitas bisa jadi masyarakat di suatu tempat, kumpulan sekelompok masyarakat, anggota suatu lembaga, anggota suatu ikatan, paguyuban, trah, sehoji, seselera, seusia, dan seterusnya dengan kepentingan, kebutuhan, kegiatan yang sama. Contohnya, ada berbagai komunitas, misalnya komunitas “penyintas kanker”, “keluarga pasien skizofrenia”, “segosegawe” (komunitas penyinta sepeda untuk ke sekolah dan ke tempat kerja) dan banyak lagi. Kesehatan komunitas, saya artikan sebagai keterlibatan psikologi klinis dalam kesehatan mental-fisik di sekumpulan masyarakat di suatu tempat, atau di beberapa tempat dengan kegiatan sama. Ada banyak kegiatan berkaitan dengan itu. Misalnya, saat ini UKRIDA sedang merancang dan mulai melakukan kerjasama

antar disiplin untuk menangani diabetes, menyaring gangguan mental depresi dan kecemasan, meningkatkan kebugaran psikologis, mengembangkan ekonomi mikro, dan teknologi tepat guna di dekat Kampus 2. Kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat ini merupakan keterlibatan disiplin kedokteran, psikologi, ekonomi, dan teknik dalam kesehatan komunitas. Lalu indikator kesehatan komunitas apa? Saya mengajukan indikator psiko-sosial kesehatan masyarakat yang dapat digunakan sebagai pertimbangan. Jadi, keluaran kerjasama antar disiplin tersebut dapat menggunakan indikator psiko-sosial yang saya salinkan di makalah ini.

## **Psikologi Komunitas Global**

Meskipun ditulis di tahun 1998, saya akan mulai dengan artikel yang ditulis oleh Anthony J. Marsella dari Universitas Hawai'i. Tulisan tersebut sudah lama berlalu. Meskipun demikian, apa yang ditulis Marsella sangat relevan dengan apa yang kita alami di negeri kita ini. Ia menulis tentang "*global-community psychology*". Pemikiran Marsella sangat sejalan dengan pemikiran saya sejak lama (lihat pemikiran dan hasil berbagai penelitian, yang telah terbit sebelum 1998, berbagai artikel dapat diunduh di laman saya: [johana.staff.ugm.ac.id](http://johana.staff.ugm.ac.id)).

Dengan adanya pasar bebas, sebetulnya psikologi, yang berorientasi pada perkembangan psikologi di negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat, perlu dipertimbangkan kembali. Atau psikologi dari negeri-negeri di belahan Barat perlu disesuaikan dengan budaya setempat apabila akan diterapkan di belahan Timur. Muncul psikologi lintas budaya. Hanya menurut pandangan saya, psikologi lintas budaya tetap saja berorientasi perkembangan psikologi di belahan Barat (saya menggunakan istilah ini dan Marsella menggunakan istilah "*Western psychology*") yang ingin disebut universal, karena teori, konsep yang dikembangkan dapat menerangkan perilaku manusia di negara-negara belahan Timur. Bagi saya, ada kesan kolonialisme ilmu pengetahuan dalam psikologi lintas budaya. Kita tertelung oleh teori-teori yang dianggap mapan tersebut, yang biasa disebut teori utama (*grand theories*). Istilah yang digunakanpun seolah-olah baku, sehingga para peneliti di negara belahan Timur terutama Indonesia, sangat meragukan temuan penelitian ilmunya sendiri. Banyak disertasi menggunakan istilah dalam bahasa Inggris tanpa diterjemahkan ataupun dicari padanannya dalam bahasa Indonesia. Meskipun telah ditemukan beberapa fenomena yang berlawanan dengan teori Triandis, misalnya, tetap saja ilmunya tidak berani memberi masukan pada pencetus teori tentang masyarakat individualis dan kolektifis (lihat hasil penelitian Tjipto Susana dalam Prawitasari, 2011). Terkesan ada semacam keengganan untuk lebih berani berpendapat dan berargumen dengan pencipta teori aslinya.

Dalam tulisannya yang visioner tersebut, Marsella menulis tentang adanya gerakan psikologi asli atau dapat disebut psikologi bumiputera (*indigenous psychology*), termasuk psikologi nusantara yang saya usulkan (baca Prawitasari, 2011). Oleh karena belum ada teori mapan yang dikembangkan di negara-negara di belahan Timur, perlu ada penggalian fenomena yang ada. Untuk itu yang lebih diutamakan adalah penelitian dengan metode kualitatif, apakah dengan pengamatan (libatan dan nirlibatan), wawancara, diskusi kelompok terarah, pengamatan dokumen, penggunaan seni, penggunaan hasil rekaman foto atau video, dan metode gabungan kuantitatif dan kualitatif. Selama ini penelitian psikologi sangat bersifat kuantitatif dan berdasarkan penelitian eksperimen, terutama di Amerika Serikat

dengan subjek mahasiswa. Disebutkan Marsella bahwa hasil penelitian yang berupa angka hasil analisis statistik, sangat objektif, bersifat individualistis, dan dapat berlaku umum, sangat membatasi pengguna di luar negara-negara belahan bumi sebelah Barat. Ada kebutuhan untuk memberikan perhatian pada kebutuhan dunia yang berubah karena mudahnya transportasi, sehingga memudahkan pula perpindahan penduduk, komunikasi secara virtual, dan dunia seperti menjadi satu tanpa batas nyata.

Marsella menyebutkan bahwa: *“Global-community psychology, as presently defined, prizes diverse psychologies and works against the inequities imposed by any asymmetries”* (1998:1284). Tidak ada dominansi psikologi barat. Adanya psikologi asli memungkinkan berkembangnya psikologi budaya. Perkembangan arah psikologi ini dapat mengakomodasi perilaku manusia yang hidup di negara di luar negara-negara belahan bumi di sebelah Barat. Ia mengajukan berbagai materi kuliah untuk mahasiswa yang ingin belajar tentang psikologi komunitas global. Antara lain materi kuliah dapat terdiri dari psikologi lintas budaya, psikologi budaya, psikologi asli/bumiputera, pemodelan global, hubungan internasional, antropologi budaya, sosiologi urban dan perencanaan, psikologi komunitas, kesehatan masyarakat, studi perdamaian, studi masa mendatang, dan geografi manusia. Juga termasuk di dalamnya kuliah tentang teori sistem, khaos, kompleksitas. Program pelatihan tersebut melibatkan premis multidisiplin, multibudaya, multisektoral, multimetode, dan multiintervensi. Tentu saja ini akan memberikan kesempatan berkembangnya pemikiran antar budaya, antar disiplin, dan antar sektor. Pemikiran Marsella tentang psikologi komunitas global ini memberikan kesempatan baru bagi psikologi untuk berperan serta mengembangkan terapannya demi kepentingan manusia yang menghadapi berbagai hal baru dalam hidup kita.

Psikologi klinis terapan makro sejalan dengan pemikiran Marsella tersebut. Psikologi Nusantara (lihat Prawitasari, 2011) akan mengakomodasi kekayaan pengetahuan, tradisi, budaya, seni yang ada di tiap nusa di negara kita. Ilmuwan perilaku dapat mengembangkan dan menyumbang pada Psikologi Nusantara yang sifatnya bukan tunggal tapi jamak sesuai dengan Bhineka Tunggal Ika. Kita dapat mengikatnya dan menggabungkan menjadi suatu pendekatan baru dalam psikologi. Hasil penelitian kita dapat disampaikan di forum internasional. Sekarang ini telah ada beberapa pusat studi psikologi yang dikembangkan di berbagai universitas, misalnya UGM punya *Center for Indigenous and Cultural Psychology*, Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang punya *Center of Indigenous and Peace Psychology*, dan Universitas Negeri Sebelas Maret (UNS) punya *Center for Applied Indigenous Psychology*. Akhir-akhir ini pusat-pusat studi tersebut menyelenggarakan konferensi internasional.

### **Psikologi Klinis Terapan Mikro-Makro**

Tulisan tentang ini berasal dari berbagai sumber dan telah terangkum dalam Prawitasari (2011). Di aras mana pun, apakah itu mikro atau makro, saat psikologi klinis diterapkan, tetap saja pengiraan atau asesmen mau tidak mau harus dilakukan. Hasilnya digunakan untuk menentukan tindakan paling tepat bagi kasus yang sedang ditangani. Untuk kasus perorangan, banyak sekali metode dan teknik tersedia. Antara lain telah berkembang pesat asesmen dengan norma untuk berbagai populasi, misalnya *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III) telah menyediakan norma gender dan tambahan skala validitas.

Milik kami, Skala Kepribadian UGM masih macet, belum dikembangkan lagi. Belum ada yang bersedia meneliti lagi. Selain baterai test psikologi baku yang biasa digunakan dalam praktek perorangan, seperti test *Rorschach*, *Thematic Apperception Test* (TAT), *Skala Wechsler*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Draw A Person* (DAP), atau *Draw A Tree* (DAT), wawancara dan pengamatan tetap digunakan untuk memperoleh data tentang proses psikologis orang yang ditangani.

Di aras makro, psikologi klinis perlu menggunakan pendekatan kualitatif. Penggunaan *Focus Group Discussion* (FGD) merupakan salah satu cara mengumpulkan data awal sebelum tindakan dilakukan. Pengamatan dan wawancara orang-orang penting di suatu komunitas juga menjadi metode andalan bila kita menerapkan psikologi klinis makro. Berbagai dokumen yang ada juga menjadi sumber data sebelum tindakan dilakukan. Data rekaman elektronik seperti kamera, audio dan video juga sangat penting untuk dikumpulkan (lihat Zaumseil & Prawitasari-Hadiyono, 2012). Demikian pula perlu dijajaki pengumpulan data dari pemerintah daerah termasuk eksekutif dan legislatifnya apabila kita akan meneliti kebijakan. Analisis jejaring sosial juga perlu dilakukan. Proses asesmen di aras makro tidak terlalu berbeda jauh dari penelitian kualitatif. Willig (2009) menulis tentang pengantar penelitian kualitatif dalam psikologi. Isinya antara lain dari resep ke petualangan, rancangan penelitian kualitatif, teori lapangan, metode fenomenologi, studi kasus, psikologi diskursif, analisis diskursif Foucauldian, kerja dengan ingatan, kualitas dalam penelitian kualitatif.

Sebetulnya pendekatan perilaku juga menyediakan metode yang tiap kali dikaji ulang di jurnal perilaku internasional. Uniknya asesmen dengan menggunakan pendekatan ini akan mampu mengantarai penelitian ilmu sosial yang murni menggunakan pendekatan kualitatif dan ilmu kedokteran atau kesehatan yang murni menggunakan pendekatan kuantitatif (lihat Prawitasari 2012). Begitu kita menggunakan pendekatan perilaku, skala rasio dapat digunakan terutama untuk frekuensi dan durasi perilaku yang diteliti. Pengamatan berkali-kali dapat dilakukan pada satu kasus saja. Terapan psikologi klinis dengan menggunakan pendekatan perilaku sangat khas terapan mikro yang dianggap lebih ilmiah daripada pendekatan lainnya. Penelitian sekaligus terapan dilakukan bila kita menggunakan pendekatan perilaku, sehingga hasilnya dianggap lebih ilmiah. Dari pengamatan visual akan terlihat apakah perilaku yang diteliti betul-betul berubah. Apakah perilaku akan bertambah atau berkurang frekuensi dan durasinya bergantung pada tujuan perubahan perilaku yang dirancang sejak awal. Rancangan kasus tunggal ingin membuat lebih ilmiah studi kasus klinis.

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

Saya membaca milis psikologi Indonesia di awal tahun 2010. Ada situs “jangan bunuh diri” di internet dan disebutkan bahwa sudah ada 800 pengunjung, 20 di antaranya

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

*American Psychological Association* (APA) Monitor adalah sebuah majalah bulanan bebas biaya untuk anggotanya yang telah terdaftar. Isinya perkembangan baru hasil penelitian dan pemikiran para anggotanya. Biasanya ada kolom ketua umumnya (President), yang dipilih setahun sekali. Ada laporan Chief Executive Officer (CEO), yang mengelola majalah tersebut dalam waktu lebih lama. Selain itu berbagai fenomena dibahas dan diuraikan berdasarkan penelitian yang telah terbit. Di bulan November 2009 *presidential's columns* ditulis oleh James H. Bray. Ia adalah presiden APA tahun 2009. Ia menulis tentang masa depan ilmu pengetahuan psikologi. Dia menyatakan bahwa akhir-akhir ini psikologi berkembang menjadi gabungan dengan ilmu lain menjadi ilmu pengetahuan saraf, ilmu pengetahuan perkembangan, ekonomi perilaku, dst. Ini dalam hal psikologi sebagai ilmu pengetahuan. Bagaimana dengan terapannya? Di kolomnya bulan Desember 2009, dia menulis tentang terapan psikologi dari mikro ke makro. Pelayanan pada perorangan tetap berjalan seperti biasanya dan APA didesak anggotanya agar psikolog mulai terjun ke ranah publik seperti keterlibatan dalam pembuatan kebijakan tentang aborsi, hukuman mati, perkawinan sejenis, interogasi dsb. APA sangat mendukung gerakan para anggotanya terlibat dalam kebijakan publik.

Psikolog yang berjuang di ranah publik Indonesia dimotori oleh senior kita Prof. Saporinah Sadli. Sampai di usia lanjutnya, Ibu Sap tetap aktif berjuang terutama untuk hak perempuan. Gerakan seperti ini dapat dimasukkan ke dalam kesehatan mental publik, yang pusatnya baru saja diresmikan di Fakultas Psikologi UGM. Jelas psikologi klinis dapat diterapkan secara mikro-makro.

Di APA Monitor Januari 2010, presiden APA Carol D. Goodheart, menulis tentang dampak internet yang menimbulkan perdebatan. Ia melanjutkan apa yang telah ditulis oleh presiden APA pendahulunya tentang peran aktif psikolog di pembuatan kebijakan. APA memutuskan untuk menyampaikan beberapa laporan tentang bukti ilmiah aborsi dan perkawinan sejenis. Banyak perdebatan muncul sehubungan dengan laporan tentang aborsi dan kesehatan mental. Disebutkan bahwa aborsi bagi perempuan dewasa tidak menyebabkan gangguan mental. Ada lagi tentang orientasi seksual, yang disebutkan bahwa tidak ada satu pun intervensi psikologi mampu mengubah orientasi tersebut. Kemudian tidak cukup bukti bahwa perkawinan sejenis ataupun keluarga sejenis menimbulkan gangguan mental, sehingga mereka diperbolehkan kawin dan mengangkat anak. Semua ini menimbulkan berbagai pro

dan kontra. Perubahan tentang hal-hal itu menimbulkan perjuangan, kata presiden APA yang baru ini. Dan sebagai perempuan, dia menenangkan kemarahan ini. Ia mengingatkan bahwa perbedaan penting diperhatikan tapi tujuan bersama jauh lebih penting untuk diperhatikan.

Banyak psikolog berada di badan legislatif, kata Ketua Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI), Retno Suharti (komunikasi pribadi, tanggal 28 Januari 2010). Dengan adanya mereka di sana, keterlibatan psikologi dalam pengambilan kebijakan dan undang-undang akan banyak gunanya. Baru saja saya baca di Kompas tentang Undang-Undang (UU) Kesehatan Jiwa (Keswa) yang telah menjadi keputusan DPR RI. Laporan dinyatakan oleh salah satu anggota DPR RI, Ibu Yusuf, legislatif muda yang sangat gigih memerjuangkan UU Keswa tersebut (sayangnya saya lupa tanggal penerbitan Kompas dan saya tidak punya akses untuk cek terbitan tersebut).

APA Monitor bulan Januari 2010 melaporkan bahwa anggota kongres Amerika yang merupakan psikolog anak, Tim Murphy wakil Partai Republik Pennsylvania, memilih untuk kebijakan Amerika melanjutkan perang di Irak dan Afganistan. Dia mengakui adanya dampak perang tentu saja. Tidak hanya mandeg menyetujui perang tapi dia aktif di komisi sebagai psikolog militer di *Naval Reserve*. Dia jadi relawan di sana tanpa dibayar. Sebagai psikolog militer dia bekerja dengan suatu tim terdiri dari profesional kesehatan pada *the National Naval Medical Center* di Bethesda, Maryland. Dia terlibat dalam tim kesehatan tersebut terutama untuk rencana tindakan dan menelusuri kemajuan pasien. Apa yang terjadi pada psikolog di Amerika ini menunjukkan keterlibatannya secara mikro dan makro. Secara mikro ia menjadi psikolog militer yang menangani pasien secara individual. Secara makro ia terlibat dalam pengambilan kebijakan.

Saya belum dapat memperbaharui perkembangan psikologi klinis yang tertuang dalam APA Monitor karena belum mengirimkan registrasi tahun 2014, meskipun sudah berkali-kali ditagih. Setelah pensiun, yang dibayari fakultas orang lain. Sebentar lagi akan saya kirim. Dengan demikian, saya dapat menuturkan kembali apa saja yang telah dikembangkan oleh para psikolog anggota APA.

## **Psikologi Kesehatan**

Dari beberapa penelitian yang saya acu, terlihat betapa psikologi klinis dapat diterapkan di mana saja dan psikologi klinis tidak bekerja sendiri tapi dalam tim lintas disiplin. Hasil-hasil penelitian tersebut menggambarkan perkembangan terkini psikologi klinis kesehatan untuk diterapkan di komunitas.

Dari amatan pada *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (JCCP) terbitan APA terlihat bahwa hasil penelitian yang diterbitkan biasanya menggunakan *Randomized Controlled Trial* (RCT). Desain eksperimen ini merupakan primadona dalam penelitian kesehatan di komunitas. Saya temukan empat artikel yang dapat dikategorikan sebagai psikologi kesehatan komunitas. Keempat artikel tersebut membahas penelitian penyakit fisik yang menimbulkan distress psikologis, depresi atau kecemasan. Kebanyakan peneliti bekerja di bidang medis. Artikel ditulis oleh sekelompok peneliti yang bekerjasama lintas disiplin dan dari berbagai asal universitas dan pusat penelitian.

Christine Rini, William H. Redd dari *Mount Sinai School of Medicine* dan 13 peneliti lainnya (2011) dari berbagai universitas dan pusat penelitian di kota New York dan negara bagian lain, mengkaji kemangkusan dukungan sosial dari suami, isteri, atau pasangan intim pada distres psikologis yang dialami oleh pasien yang mengalami transplantasi sel stem hematopoietik (HSCT). Ada tiga pengukuran psikologis digunakan. Dua berkaitan dengan dukungan sosial pasangan. Satunya berupa pengukuran distres psikologis. Tentang dukungan sosial terdiri dari kuantitas dan kemangkusannya. Ketiga pengukuran tersebut diciptakan oleh orang lain di luar tim penelitian ini. Potensi pengotoran faktor medik dan sosiodemografik dikendalikan dalam analisis. Jumlah subjek 230 laki-laki dan perempuan yang mengalami HSCT setelah 1-3 tahun. Hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa dukungan sosial pasangan yang efektif akan mengurangi distres psikologis penyintas HSCT. Mereka menyimpulkan bahwa secara klinis perlu diarahkan adanya dukungan sosial yang efektif dari pasangan. Yang lebih penting bukan jumlah dukungannya tapi intensitas dukungan yang dirasakan efektivitasnya oleh pasien dalam menghadapi distres psikologis setelah HSCT.

Brittany M. Brothers dan tiga kawan lainnya (2011) dari *The Ohio State University* meneliti penyintas kanker dengan gangguan depresif mayor. Mereka menggunakan penanganan *Biobehavioral/perilaku* kognitif pada 36 penyintas kanker. Subjek penelitian berjumlah 36 penderita depresi mayor yang telah menjadi penyintas kanker. Sebagian besar mereka perempuan berkulit putih, rata-rata berumur 49 tahun. Mereka menggunakan dua pengukuran depresi yaitu *Hamilton Rating Scale for Depression* dan *Beck Depression Inventory*. Untuk simtom kanker yang relevan mereka menggunakan *Fatigue Symptom Inventory*, *Brief Pain Questionnaire*, *Impact of Event Scale*, dan *Medical Outcomes Study Short Form* untuk mengukur kualitas hidup penyintas. Desain yang digunakan satu kelompok eksperimen tanpa kelompok kontrol. Terlihat di sini bahwa tidak selalu desain penelitian di luar RCT ditolak oleh JCCP. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penanganan dengan *biobehavioral/perilaku* kognitif berhasil mengurangi simtom depresi pada sebagian besar peserta penelitian dan mereka memenuhi kriteria remisi. Kualitas hidup mereka juga meningkat.

Ada dua penelitian tentang kanker payudara dan depresi. Penelitian Derek R. Hopko dan kawan-kawan (2011) dari *The University of Tennessee, Knoxville* dan negara bagian lain, menggunakan RCT untuk mengkaji pendekatan *Brief Behavioral Activation (BBA)* dan terapi *Problem-Solving* pada penderita kanker payudara yang mengalami depresi. Penelitian Ulrike Boehmer dan kawan-kawan dari Boston University dan pusat penelitian *Health Outcomes, Quality and Economics* di Bedford (2012), Massachusetts mengenai kecemasan dan depresi pada penyintas kanker payudara yang mempunyai orientasi seksual berbeda. Penelitian kedua merupakan penelitian deskriptif bukan untuk mengkaji penanganan psikologis untuk kasus kanker payudara. Seperti diharapkan bahwa penanganan depresi dengan menggunakan BBA dan penyelesaian masalah dapat meningkatkan kualitas hidup penderita yang kebanyakan orang kulit putih yang berpendidikan tinggi. Sedangkan penelitian pada penyintas kanker payudara dengan orientasi seksual yang berbeda menunjukkan bahwa kaum minoritas dengan perbedaan orientasi seksual yang berbeda (lesbian dan perempuan biseksual) lebih rentan terhadap depresi dan kecemasan terutama mereka yang lebih muda.



Penelitian dengan menggunakan RCT untuk kasus tinnitus (persepsi adanya bunyi tanpa ada stimuli pendengaran) dilakukan oleh Hugo Hesser dan kawan-kawan (2012) dari berbagai universitas dan pusat studi di Swedia. Mereka meneliti di komunitas pada 99 peserta penelitian. Yang menarik mereka menggunakan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) dan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) melalui internet untuk pengelolaan tinnitus. Seperti penelitian psikologi lainnya, mereka menggunakan skala laporan diri yaitu *Tinnitus Handicap Inventory*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Quality of Life Inventory*, *Perceived Stress Scale*, *Tinnitus Acceptance Questionnaire*. Mereka juga melakukan tindak lanjut setelah satu tahun penanganan melalui internet. CBT dan ACT memberikan dampak positif pada peserta penelitian. Penggunaan internet memberikan kesempatan komunitas untuk memperoleh akses penanganan psikologis untuk pengelolaan tinnitus.

Terlihat dari pelbagai hasil penelitian psikologi klinis dalam kesehatan, banyak gangguan kesehatan berhubungan dengan status mental penderita. Apa yang kemudian dapat dilakukan oleh psikologi klinis? Sebaiknya kita melakukan penelitian untuk penyesuaian tindakan yang tersedia dalam psikologi klinis pada kasus-kasus kesehatan. Kita juga dapat menyederhanakan tindakan tersebut sehingga dapat diterapkan di komunitas misalnya melalui ketersediaan di internet (lihat Prawitasari, 2011). Pendekatan kelompok penuh empati dapat dikembangkan di puskesmas dan komunitas untuk meningkatkan kesejahteraan mental warga masyarakat yang menderita gangguan fisik seperti diabetes dan hipertensi (lihat Prawitasari dkk, 2011). Terapi kelompok berorientasi pada data dapat dimodifikasi untuk kepentingan komunitas, misalnya untuk gangguan psikofisik seperti asma, tukak lambung, gangguan kulit, meskipun pendekatan ini perlu diteliti lagi secara epidemiologis (lihat Prawitasari dkk, 2012).

## **Psikologi Komunitas**

Dari berbagai artikel yang tersedia di *American Journal of Community Psychology* yang kebanyakan artikelnya berasal dari *Society for Community Research and Action* yang diterbitkan secara *online* ataupun *Journal of Community Psychology*, terlihat berbagai macam penelitian dan terapan telah dilakukan di negara maju seperti Amerika Serikat. Tiap komunitas ilmiah mempunyai penerbitan tersendiri dan biasanya ada penerbit komersial yang mengelola jurnalnya. Alangkah indahnnya bila di negara kita ini sudah ada kerjasama seperti itu. Kita tidak bergulat sendiri dengan pemikiran sendiri dan diterbitkan sendiri.

Indonesia terdiri dari beragam agama, bahasa, budaya, ras, suku yang merupakan sumber kekayaan kita. Hanya saja kekayaan itu dapat musnah karena ada usaha untuk menyeragamkannya. Psikologi komunitas dapat berkembang di Indonesia bila kita mengakui keragaman tersebut dan menggunakannya sebagai kapital sosial kita. Demikian pula pengetahuan tradisional ataupun kebijakan lokal dapat dijadikan modal untuk berkembang.

Berbeda dengan psikologi klinis yang berorientasi pada individu, psikologi komunitas menggunakan unit analisis dan unit pelayanan komunitas. Memang pada awalnya mereka yang terbiasa menerapkan psikologi klinis secara individual sering menggunakan unit individual meskipun dalam penelitian komunitas. Hal itu tidak dapat begitu saja dihindari. Seperti Seidman (2012) sebagai lulusan dari program psikologi klinis, ia terbiasa

menggunakan unit analisis dan pelayanan individual, sehingga awalnya dalam proyek komunitas, meskipun meneliti komunitas sekolah, tetap saja yang diperhatikan tiap siswa. Kemudian ia melanjutkan dengan melakukan analisis hubungan siswa dengan siswa lain, guru, orang tua, dan lingkungan sekolah. Lama kelamaan orientasi psikologi komunitas menjadi lebih jelas yaitu dari individu pada jejaring sosial misalnya. Dalam pengukuran yang biasa kita lakukan adalah dengan psikometri menjadi ekometri dalam psikologi komunitas. Analisis berdasarkan *rating* perilaku, pengamatan interaksi di kelas atau kelompok, suasana emosi di kelas atau tempat lain, ataupun pengukuran lain yang sesuai dengan tujuan program pengembangan komunitas. Meskipun menggunakan laporan diri tapi yang dinilai bukan dirinya sendiri tapi diri di dalam situasi tertentu seperti yang digunakan ketika meneliti kesejahteraan dusun (lihat Prawitasari dkk., 2009 dan Prawitasari, 2011). Saya menyebutnya sebagai laporan orang lain yaitu laporan mengenai situasi dan suasana dusun (lihat Prawitasari, 2011).

Setelah Seidman (2012) memilih lebih berorientasi pada psikologi komunitas, ia mengembangkan intervensi menggunakan desain eksperimen *controlled trial* di universitas, sekolah dasar, sekolah lanjutan, program usai sekolah, dan pelayanan kesehatan mental kaum muda. Terlihat dalam tulisannya bahwa intervensi komunitas tidak dapat dilepaskan dari penelitian. Pertama-tama dia mengembangkan proyek dialog lintas kelompok terutama yang berkaitan dengan kelompok ras yang berbeda. Proyek meliputi sembilan universitas di seantero negeri. Yang menjadi persoalan adalah kompleksitas data komunitas. Data disarangkan dalam beberapa interaksi, misalnya siswa di kelas, di sekolah. Memang untuk mengukur kekuatan intervensi jadi lebih rumit, tapi dengan desain *randomized cluster trial* dapat diukur dampak intervensi pada individu yang disarangkan dalam kelas, sekolah, Rukun Tetangga (RT), Rukun Warga (RW), kecamatan, dusun, desa. Dalam tulisan Seidman banyak contoh diberikan dalam intervensi komunitas yang tidak saya sajikan di sini. Silakan membaca sendiri.

Contoh lain intervensi psikologi komunitas dapat berupa sosiodrama yang dapat disederhanakan menjadi metode panggung gembira (lihat Prawitasari, 2011). Setelah gempa yang memorakporandakan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) terutama Bantul, kami mendampingi masyarakat untuk mengelola konflik sosial yang terjadi karena adanya rasa ketidakadilan dalam distribusi dana bantuan. Unit analisis dalam penelitian kami adalah Rukun Tetangga (RT). Tiap RT menyajikan cerita sebelum, saat, setelah gempa dengan masing-masing membuat skenarionya sendiri yang didramakan di atas panggung. Teknik yang digunakan dalam penyajian panggung gembira adalah monolog, dialog, nyanyi, tari, dan musik terutama gamelan. Masing-masing orang berperan menjadi orang lain. Dusun bercermin menjadi terkenal di antara mereka dan setelah lama berlalu, peristiwa tersebut tetap diingat. Demikian pula pesan perdamaian menjadi fokus pembicaraan di antara para tokoh di dusun saat ada acara-acara bersama (pengamatan pribadi saat berkunjung ke dusun beberapa kali di tahun 2010 dan 2011 dalam penelitian lanjutan).

Cook & Kilmer (2012) menyajikan sistem perawatan dan pelayanan kesehatan mental terutama untuk keluarga dan anak-anak di komunitas. Sistem perawatan ini berpusat pada anak, berfokus pada keluarga, berbasis komunitas, dan peka budaya setempat. Program seperti ini tentu saja memberdayakan komunitas, berorientasi pada kerjasama, dan menuju

pada perubahan sosial yang bersifat makro yaitu ke arah perubahan kebijakan. Salah satu penulis di buku yang saya sunting (lihat Prawitasari, 2012), Adelina Simatupang mendampingi tersusunnya peraturan daerah persiapan bencana dengan menggunakan siklus Gestalt. Inilah salah satu contoh terapan psikologi klinis makro yang sangat sesuai dengan kebutuhan di Indonesia.

Untuk lingkungan, perlu kerjasama antar warga dalam menjaga kelestariannya. Psikologi komunitas menyediakan model ekologis. Moskell & Allred (2012) menyajikan model tersebut. Mereka mengembangkan model itu untuk keikutsertaan masyarakat menjaga lingkungan terutama pepohonan di kota. Atau pengembangan hutan kota. Berkaitan dengan model ekologis tersebut saya akan berbagi pengalaman. Minggu yang lalu saya ke Samarinda, dan tuan rumah saya dari Penerbit Erlangga yang juga seorang psikolog dan dari program studi psikologi Universitas Mulawarman mengeluhkan ada kegundulan hutan dan pembangunan yang kurang memerhatikan lingkungan. Alangkah baiknya, bila para ilmuwan psikologi di sana bekerjasama dengan pemda dan dinas lingkungan hidup untuk mengembangkan program masyarakat menjaga kelestarian hutan. Begitu pula wakil masyarakat dapat terlibat dalam kebijakan menjaga hutan. Akan tetapi hal ini biasanya akan dijawab “sulit” karena kita merasa “tak berdaya” menghadapi kapitalisme yang sangat memengaruhi pembangunan daerah.

Begitu kita melayani komunitas, yang perlu kita kembangkan adalah berbagai program dan tentu saja tidak hanya terapannya saja, tetapi program-program tersebut perlu diteliti kesanggupan dan kemangkusannya. Tugas ilmuwan psikologi klinis adalah mengembangkan program dan menghasilkan bukti empirik bahwa program-programnya tersebut memang dapat diterapkan oleh praktisi. Kerjasama antara praktisi, yang menerapkan program serupa di komunitas, dengan ilmuwan psikologi komunitas dibutuhkan yaitu praktisi memberi balikan dan ilmunya meneliti kembali. Itu baru disebut kita mampu bersaing dengan ilmuwan lain secara global.

Contoh berbagai program komunitas dapat dilihat dari hasil penelitian ilmuwan dari beberapa negara. Di Negeri Belanda Fukkink & Hermanns (2009) meneliti konseling anak-anak melalui program Helpline yaitu melalui “ngobrol” secara maya atau “telepon.” Penggunaan program ini meningkatkan rasa sejahtera di antara pengguna anak-anak. Dari Negeri Belanda juga Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & van Marwijk (2009) menggunakan inovasi “cerita hidupmu” dengan kombinasi integrasi “*ngunandika*” tentang peristiwa yang dialaminya sendiri atau dengan orang lain dan terapi naratif. Peserta dalam program ini adalah anggota masyarakat berumur 55 tahun ke atas yang mengalami depresi. Tampaknya Negeri Belanda jauh lebih maju dalam psikologi komunitas. Selain dua kelompok peneliti tersebut, Kortrijk, Mulder, Roosenschoon, & Wiersma (2009) mengembangkan penanganan komunitas asertif yang telah terbukti efektif di Amerika Serikat, meskipun belum ada bukti di negara Eropa. Penelitian ini khusus untuk penderita gangguan mental yang motivasi berobatnya rendah.

Di Amerika Serikat di kota Long Beach, California, Ayón & Lee (2009) membangun komunitas kuat dengan menyediakan program kepemimpinan di area perkotaan. Warga masyarakat dilatih kepemimpinan meliputi pengorganisasian komunitas supaya keterampilan

kepemimpinan mereka meningkat. Di Australia, Havighurst, Wilson, Harley, & Prior dari Universitas Melbourne mengembangkan program “*emotion-focused parenting*” yang merupakan percobaan di komunitas.

Dari contoh-contoh tersebut ilmuwan psikologi dari berbagai negara telah mengembangkan program intervensi komunitas dan berhasil secara signifikan. Sebetulnya kitapun sudah melakukan hal yang sama, hanya saja apa yang kita kerjakan itu tidak diterbitkan di jurnal internasional. Orang lain sulit untuk mengamati apa yang telah kita kerjakan dengan sungguh-sungguh di komunitas kita sendiri. Alangkah bergunanya bila kita mulai menulis dan menerbitkan apa yang telah kita kerjakan untuk masyarakat kita. Kemudian kita menyajikan hasilnya di forum internasional untuk dikritisi oleh komunitas ilmiah di mana kita menjadi anggotanya.

Sekarang ini sudah banyak konferensi internasional diselenggarakan di Indonesia. Antara lain Fakultas Psikologi UGM menyelenggarakan 2 konferensi internasional dalam waktu yang berdekatan yaitu *International Conference of Indigenous Cultural Psychology* pada tanggal 24-27 Juli 2010 dan *The 10th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology (AASP)* pada tanggal 21- 24 Agustus 2013, Program Studi Psikologi UNS menyelenggarakan *The Fifth International AAICP (Asian Association of Indigenous and Cultural Psychology) Conference* pada tanggal 10-11 Januari 2014, dan Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang menyelenggarakan *International Symposium & Workshop CIPP (Center of Indigenous and Peace Psychology) & APIK (Indonesian Indigenous and Cultural Psychology Association)* pada tanggal 13-15 Juni 2014. Para ilmuwan psikologi dapat berbagi hasil penelitiannya di forum tersebut, sehingga penyajiannya dapat dibahas bersama para rekan dari manca negara. Setelah itu makalah-makalahnya tidak hanya diterbitkan dalam *proceedings* konferensi, tapi dapat dilengkapi dan diterbitkan secara internasional. Sebaiknya asosiasi internasional tersebut punya jurnal sendiri. Yang jelas sudah punya jurnal internasional adalah *Asian Association of Social Psychology (AASP)* yang awalnya setahu saya diprakarsai oleh Michael Bond dari Hong Kong, dengan para rekan internasional lainnya. Sekarang jurnal tersebut setahu saya ditangani oleh James Liu dari New Zealand.

### **Intervensi Komunitas**

Psikologi klinis sangat kaya dengan adanya berbagai metode dan teknik dalam intervensi psikologis. Salah satu upaya menerapkan psikologi untuk persoalan kesehatan masyarakat, *Interactional Group Discussion (IGD)* banyak diacu secara global (lihat Prawitasari, 2011). Asal IGD adalah psikoterapi kelompok. Penggunaannya adalah untuk mengurangi penggunaan injeksi yang tidak dibutuhkan atau tidak sesuai indikasi klinis di puskesmas. Teknik yang digunakan adalah konfrontasi untuk mencapai cek realitas di antara pasien dan petugas kesehatan. Tentu saja mendengarkan dengan aktif merupakan teknik yang tidak dapat diabaikan. Berdasarkan ini, pendamping diskusi dengan mudah mengelola kelompok yang terdiri dari pasien dan petugas kesehatan. Mengarahkan diskusi juga sangat penting supaya terjadi dialog antara pasien dan petugas kesehatan. Selain itu tentu saja pemberian informasi oleh seorang ahli farmakologi klinis penting supaya pengetahuan

mereka yang ada di IGD bertambah tentang manfaat bila injeksi yang tidak sesuai diagnosis diturunkan.

Teknik yang digunakan dalam metode panggung gembira (lihat Prawitasari, 2011) meliputi monolog, dialog, bermain peran, menari, dan menyanyi disertai musik dari alat yang ada seperti galon air minum, thek-thek untuk ronda, serta gamelan sungguhan. Sutradara tidak dibutuhkan karena warga bermain berdasarkan skenario yang mereka buat sendiri. Kreativitas mengalihpindahkan berbagai metode dan teknik dalam psikoterapi dapat dikembangkan sendiri sesuai dengan komunitas yang diteliti. Juga persoalan yang ingin kita carikan pemecahannya bersama dengan komunitas yang kita dampingi.

Selain itu metode dan teknik yang tersedia dalam psikoterapi dapat dialihpindahkan untuk komunitas. Yang menjadi persoalan bila kita akan meneliti alihpindahan teknik tersebut adalah unit analisis karena dalam psikologi komunitas subjek penelitian berada dalam aras ganda. Subjek dapat menjadi dirinya sendiri dan pengumpulan data melalui laporan diri. Subjek juga menjadi bagian dari komunitasnya. Pengukuran dapat dilakukan melalui laporan orang lain tentang situasi komunitas. Pengumpulan data dapat pula melalui pengamatan langsung atau dokumen yang tersedia di komunitas. Interaksi di antara anggota komunitas juga dapat menjadi unit analisis. Misalnya jejaring sosial dapat menggambarkan hubungan antara satu warga dengan warga lainnya. Sosiometri dapat digunakan untuk melihat sekumpulan warga yang saling dekat tidak hanya secara fisik tetapi juga secara psikologis. Hampir semua teknik pengukuran yang tersedia dalam psikologi dapat dimanfaatkan sebagai bagian pengiraan dan tindakan (lihat Prawitasari, 2011). Perlu pula subjek disarangkan dalam unit terkecil, misalnya di dusun warga RT dijadikan unit analisis. Atau kalau itu penelitian di sekolah, siswa disarangkan menjadi anggota kelas dan kemudian sekolah (lihat Seidman, 2012).

Di Amerika Serikat, Wood & Alberta (2009) melaporkan hasil implementasi program yang disebut *Sembrando Salud/Sowing Wellness* yang digabungkan dengan pelayanan kesehatan di Arizona Tenggara. Program ini ditujukan bagi warga senior alias manusia usia lanjut yang biasanya mengalami penyakit diabetes dan depresi. Seperti penelitian dan penerapan program di komunitas lainnya, penelitian tindakan libatan biasanya digunakan. Kedua orang ini juga secara aktif melibatkan peserta penelitian dalam tiap langkah penelitian dan tindakan. Semua keputusan penting dalam program dilaksanakan bersama warga komunitas dan peneliti. Penguatan individu dan komunitas juga menjadi salah satu komponen penting dalam keberhasilan program ini. Oleh karena daerah Arizona Tenggara merupakan komunitas pertanian, peneliti menjadi narasumber dan pendamping warga menggunakan teknik dan keterampilan dalam pertanian. Teknik yang banyak dilakukan dalam program ini adalah latihan jiwa raga seperti yoga, olah raga, seni, penulisan kreatif, dan terapi seni. Semua dilakukan di kelas. Mengapa demikian supaya terjadi stimulasi kognitif dan kesempatan untuk berinteraksi di antara warga.

Program "*tuning in to kids parenting program*" yang dikembangkan oleh Havighurst dkk., (2009) di Melbourne Australia mengajari orang tua menjadi pelatih emosi anak. Dalam program tersebut teknik yang banyak digunakan adalah refleksi, pemberian label emosi yang sedang dialami anak, pernyataan empati terhadap pengalaman emosi anak. Untuk emosi yang

lebih mendalam digunakan teknik relaksasi, regulasi emosi melalui pernafasan, kendali diri dengan teknik kura-kura dan ekspresi marah melalui teknik membiarkan uap marah keluar. Sekaligus orang tua juga belajar untuk mengelola emosinya saat ia menjadi pelatih emosi anak.

Pada dasarnya apabila kita menguasai bermacam-macam metode dan teknik dalam psikoterapi, dengan sendirinya teknik-teknik tersebut dapat digunakan dalam psikologi komunitas. Dengan catatan bahwa teknik-teknik tersebut cocok diterapkan di kelas atau paling tidak dalam kelompok. Modifikasi teknik kemungkinan besar juga perlu dilakukan bila diterapkan di puskesmas misalnya, *Empathic Caring Consultation* (ECC) terbukti cocok dilakukan oleh para dokter di puskesmas. Hanya dengan menganggukkan kepala, tersenyum, dan memerhatikan wajah pasien, mereka akan dinilai sebagai pelayan kesehatan yang penuh empati (lihat Prawitasari dkk, 2010).

### **Kesehatan Komunitas**

Apabila yang dimaksud dengan kesehatan komunitas adalah masalah-masalah status mental-fisik warga di komunitas dan segala penanganannya ataupun prevensinya, akan saya kutipkan hasil penelitian relatif baru tentang itu. Tulisan ini sebelumnya berjudul “Psikologi Klinis Komunitas” dalam makalah untuk UKRIDA.

Empat artikel baru dapat digunakan sebagai contoh kesehatan komunitas karena menyangkut program kesehatan mental, fisik, dan sosial di masyarakat. Allen, Annells, Clark, Lang, dkk. (2011) melakukan penelitian evaluasi untuk penyaringan kesehatan mental dan jalur rujukan klinis. Yang jelas ini merupakan penelitian antar disiplin. Peneliti utama seorang perawat umum sekaligus seorang konselor psikologis. Anggota lain terdiri dari ahli kesehatan mental dan pemangku kepentingan. Mereka mengembangkan petunjuk praktek klinis dan alat penyaring kesehatan mental untuk merujuk. Banyak kasus depresi, kecemasan, dan penggunaan alkohol terjadi di masyarakat. Untuk itu perawat umum mempunyai peran yang besar untuk bekerjasama dengan dokter umum, dan tim kesehatan mental. Dalam penelitian evaluasi ini mereka menggunakan metode gabungan. Disimpulkan bahwa penelitian ini menyediakan jalur klinis yang telah dievaluasi untuk perawat umum komunitas untuk menyaring kesulitan dalam kesehatan mental, melakukan rujukan yang tepat seperti yang dipersyaratkan dan mendukung klien veteran dan janda perang.

Penelitian Mendenhall, Pratt, Phelps, dan Baird (2012) mengkaji penyempurnaan Medical Family Therapy (MedFT) melalui riset. Mereka ingin menunjukkan bukti nyata bahwa MedF betul-betul efektif, sehingga dapat diterapkan di masyarakat. Disebutkan bahwa pemangku kepentingan dalam pelayanan kesehatan membutuhkan adanya bukti tersebut, terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan mental. Seperti model yang biasa digunakan dalam penelitian pelayanan kesehatan di masyarakat, biasanya para peneliti menggunakan pendekatan antar disiplin. Metode penelitian yang digunakanpun berupa metode gabungan untuk mendapatkan hasil yang meyakinkan.

Para peneliti ini menyebutkan bahwa untuk membuktikan bahwa MedF efektif perlu menggunakan kerangka kerja yang sama. Antara lain penelitian perlu menggunakan dasar teori sistem, yang melibatkan semua komponen dalam penanganan penyakit. Kemudian

penelitian perlu menggunakan kepekaan terhadap aspek biopsiko-spiritual. Selain itu ada istilah agensi yang didefinisikan sebagai keterlibatan dan komitmen untuk menyesuaikan diri dengan penyakit. Ada lagi istilah komuni yang diartikan sebagai perhatian yang diperoleh karena adanya keterhubungan dan dukungan dari berbagai pihak termasuk komunitas, keluarga, teman, dan profesional yang menangani keluhan kesehatan. Ada lagi persyaratan pokok yaitu adanya kolaborasi antara berbagai disiplin (psikologi, pekerja sosial, kedokteran keluarga, keperawatan) dalam menggunakan MedF. Penelitian MedF ini perlu menggunakan Model Tiga Dunia dalam perawatan kesehatan. Yang dimaksud tiga dunia yaitu dunia klinis, dunia operasional, dan dunia finansial. Terlihat di sini bahwa penelitian ini melibatkan berbagai pihak dari berbagai disiplin dalam pelaksanaannya.

Ada landasan teori yang dipilih untuk dijadikan kerangka acuan yaitu teori sistem, bahwa satu bagian berubah, maka bagian lain akan berubah pula sesuai bakuan yang ada. Tiap perubahan akan menjadi bahan masukan dalam proses untuk mencapai luaran tertentu. Selain itu penelitian bersifat lintas disiplin, sehingga gambaran yang diperoleh lebih jelas karena ada sumbangan dari masing-masing disiplin. Sangat penting melibatkan orang yang sakit dalam proses penyembuhan bahwa mereka perlu mempunyai pandangan bahwa mereka punya pilihan dalam proses perawatan, sekaligus mereka perlu menyesuaikan diri dengan kondisi tubuhnya. Untuk proses perawatan dan penyembuhan dukungan sosial sangat penting. Faktor komunitas, keluarga, teman, dan profesional yang terlibat dalam perawatan merupakan sumbangan penting dalam proses perawatan dan penyembuhan.

Ada dua contoh lagi. Yang satu tentang perawatan kesehatan perilaku (lihat penelitian Semansky, Goodkind, Sommerfelod, dan Willging (2013)). Penelitian mereka menekankan perlunya pelayanan yang secara budayawi kompeten. Terutama pelayanan kesehatan perilaku perlu memahami budaya kaum minoritas yang dilayaninya. Selama ini kaum minoritas di Negara Bagian New Meksiko, yang tidak dapat berbahasa Inggris, kurang memperoleh pelayanan perawatan perilaku memadai terutama bagi mereka yang mengalami gangguan mental. Untuk itu penelitian menyeluruh ini dilakukan untuk meningkatkan pelayanan perawatan perilaku supaya lebih peka terhadap kebutuhan kaum minoritas yang mengalami gangguan mental tersebut. Penelitian seperti ini dapat disebut penelitian kebijakan.

Penelitian satunya dilakukan oleh Knox, Burkhart, dan Cromly (2013) tentang pengasuhan positif di pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) untuk mendukung program membesarkan anak secara aman. Sering terjadi dalam menegakkan disiplin terjadi kekerasan dalam rumah tangga. Demikian pula dapat terjadi kekerasan seksual pada anak. Program ini merupakan prevensi terhadap semua penyimpangan dalam membesarkan anak di masyarakat. Sudah ada usaha melibatkan para kader dan puskesmas untuk prevensi kekerasan seksual pada anak yang telah dilakukan oleh Paramastri (2012). Program prevensi ini diulang oleh para peneliti dari UKRIDA (Hadiwirawan dkk., dalam proses) di Jakarta Barat.

## Metode Penelitian Kesehatan Komunitas

Judul di atas awalnya disebut “Metode Penelitian dalam Psikologi Klinis Komunitas”. Oleh karena isinya sebetulnya sama, saya salinkan tulisan tersebut dan saya ganti judulnya disesuaikan dengan judul yang saya tulis di atas.

Kesehatan komunitas dapat diteliti melalui gabungan metode kuantitatif dan kualitatif. Ada yang menggunakan dokumen dan survei seperti biasa dilakukan dalam penelitian kuantitatif dan dilanjutkan dengan penelitian etnografi yang merupakan penelitian kualitatif seperti penelitian Semansky dkk, (2013). Penelitian Mendenhall dkk. (2012) menggunakan penelitian etnografi, diskusi kelompok terarah sebagai penelitian kualitatif untuk semua sektor pelayanan kesehatan dan pemangku kepentingan. Selain itu juga digunakan penelitian kuantitatif melalui dokumen catatan medis, hasil laboratorium klinik, metode *randomized control trials* (RCT) digunakan untuk meneliti efek intervensi MedF pada kasus depresi. Berbagai analisis statistik digunakan dalam penelitian paripurna tentang MedF. Berbagai macam model juga digunakan dalam penelitian ini untuk saling mendukung bukti bahwa MedF betul-betul efektif dilihat dari berbagai sektor.

Selain metode gabungan, ada metode yang relatif baru yaitu *photovoice* (lihat Chonody, Ferman, Amitrani-Welsh, dan Martin, 2013). *Photovoice* merupakan salah satu metode penelitian kualitatif melalui pengambilan foto dan proses kelompok. Subjek penelitian mengambil foto berbagai situasi yang dalam penelitian ini adalah tentang kekerasan berdasarkan pandangan orang muda. Fotografi yang diambil oleh orang muda mengenai aset komunitas dan berbagai pemangku kepentingan dianalisis bersama melalui dialog interaktif peserta penelitian. Selain fotografi, penelitian juga menggunakan tulisan menggambarkan apa yang terjadi di foto sebagai awal dialog. Foto-foto tersebut disajikan di arena publik dan peserta penelitian bercerita mengenai foto hasil bidikan mereka sendiri tentang fenomena yang ada di masyarakat. Antara lain tema yang disajikan berupa peristiwa sebelum kekerasan terjadi, indikator kekerasan, dan kemungkinan hambatan terhadap kekerasan.

Selain *photovoice*, penelitian kualitatif menggunakan pengamatan libatan, wawancara mendalam, semi terstruktur, dan kelompok digunakan untuk membuat bangunan narasi politika-agamawi untuk pengembangan manusia dan komunitas (lihat Swift dan Dokecki, 2013). Penelitian seperti ini tampaknya relevan dilakukan di Indonesia di mana agama dan politik berkelindan tanpa dapat dipisahkan dengan mudah.

Terlihat dari contoh-contoh tersebut, berbagai penelitian gabungan dan metode baru dapat mulai digunakan dalam penelitian kesehatan komunitas. Bersama rekan dari Jerman, kami juga menggunakan berbagai penelitian kualitatif seperti *photovoice*, pengamatan libatan, wawancara untuk bahan narasi dalam penelitian komunitas setelah kejadian bencana alam (Lihat Zaumseil, Schwarz, Von Vocano, Sullivan, & Prawitasari-Hadiyono, 2014).

## Indikator Kesehatan Sosial-Psikologis Komunitas

Indikator tentang kesehatan sosial-psikologis telah lama saya terbitkan (Prawitasari, 2001). Pada awalnya saya sampaikan di forum kesehatan masyarakat dan di berbagai forum lainnya. Saya salinkan lagi di sini dan saya tambahi di sana sini, untuk bahan pertimbangan



bila kita ingin menunjukkan kesehatan komunitas dengan indikator seperti itu. Apakah indikator seperti ini berterima di komunitas ilmiah kita ini? Mari kita bahas bersama.

Untuk kesehatan mental masyarakat perlu indikator khusus yang bersifat sosial-psikologis. Yang pertama, konsep sehat secara sosial-psikologis yaitu bila seseorang atau masyarakat mampu **belajar**. Berdasarkan konsep ini, indikator kesehatan masyarakat secara sosial-psikologis yaitu bila masyarakat mampu belajar, baik secara formal di sekolah atau di luar sekolah. Banyaknya tempat untuk belajar dapat dijadikan indikator kesempatan untuk belajar masyarakat. Berapa banyak manusia Indonesia yang telah mengenyam pendidikan formal dapat dijadikan indikator kualitas kesempatan belajar masyarakat. Rasio orang yang terdidik dan terlatih dibandingkan dengan jumlah penduduk di daerahnya dapat digunakan untuk indikator kesehatan sosial-psikologis masyarakat. Adanya akses informasi bagi masyarakat dapat juga digunakan sebagai indikator kesejahteraan masyarakat. Rasio ketersediaan perpustakaan masyarakat dengan jumlah penduduk dapat juga 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?

Demikian pula masyarakat disebut sehat bila mereka mampu **bekerja**. Mereka yang mampu bekerja apakah itu sebagai pegawai atau pengambil keputusan 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. Berapa banyak tenaga kerja yang telah terserap di sektor formal maupun informal, dapat dijadikan indikator kesehatan sosial-psikologis masyarakat. Apakah negara 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 Kanada. Mereka 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 Center for Health Policy and Evaluation*, February, 2001). Kerjasama inilah yang sering menjadi kendala di negara kita. Tiap sektor mempunyai agendanya sendiri tanpa memerhatikan kebutuhan masyarakat.

Ada keterkaitan erat antara kemiskinan dan kesehatan. Laporan *Manitoba Center for Health Policy and Evaluation* (May, 2001) 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 pelayanan tersebut. Akan tetapi kunjungan pada spesialis tidak sama polanya. Banyak mereka yang paling sehat menggunakan jasa prosedur yang lebih canggih seperti sken MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), angioplasti koroner, operasi *by pass* koroner, penggantian panggul dan lutut. Dari sini terlihat bahwa makin kaya masyarakat, mereka akan mampu menggunakan uangnya untuk meningkatkan kesejahteraan hidup mereka. Di negara maju dengan pajak yang sangat tinggi, 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 kaya raya akan sumber alam, tetapi rakyatnya tetap miskin. Seperti saat ini, orang kaya kurang memercayai pelayanan kesehatan di negeri sendiri. Mereka berobat ke negeri jiran, ke Malaysia atau Singapura. Tampak bahwa orang mempunyai pergi ke luar negeri untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terkesan lebih tertata sistemnya. Dari segi hitungan uang, sepertinya lebih menguntungkan daripada berobat di dalam negeri, yang ongkosnya juga tidak kalah tingginya. Apalagi bila tidak punya asuransi, para pasien membayar ongkos pelayanan kesehatan dari kantong sendiri. Untungnya sekarang ada asuransi bagi setiap warga. Skenarionya ada berbagai macam. Misalnya, jaminan kesehatan daerah (Jamkesda), jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas), dan BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan).

Selain indikator tersedianya pekerjaan, setiap makhluk hidup membutuhkan kegiatan **bermain**. Demikian pula keadaannya dengan manusia. Indikator sehat sosial-psikologis masyarakat dapat dilihat dari berapa waktu digunakan masyarakat untuk bermain. Berapa banyak tempat untuk bermain seperti taman-taman yang asri dan bersih tersedia bagi masyarakat dapat dijadikan indikator kesehatan sosial-psikologis. Berapa kali mereka bermain dalam satu minggu dapat merupakan indikator kebutuhan kesehatan bermain terpenuhi. Rasio antara jumlah tempat bermain dengan jumlah penduduk dapat dijadikan indikator derajat kesehatan masyarakat.

Indikator kesehatan sosial-psikologis ini sangat tidak terpenuhi di tempat-tempat yang tidak aman. Terutama di Aceh saat ada pergolakan dan perjuangan “Aceh Merdeka”, atau beberapa tahun lalu di Ambon, di Poso, di Papua, bahwa sebagian masyarakat terutama laki-laki seperti bermain perang-perangan tetapi menggunakan senjata betulan dan kalau kena tembak luka atau mati sungguhan. Atau kalau beberapa saat yang lalu kita melihat pasukan jihad yang terdiri dari anak-anak muda laki-laki di televisi yang membawa pedang panjang terkesan bahwa mereka siap untuk bertempur dalam permainan perang. Indikator sehat sosial-psikologis yaitu manusia mampu bermain dengan aturan-aturan tertentu dan tanpa membahayakan dirinya dan orang lain. Walaupun ada luka ringan ataupun kecacatan yang berat itupun disebabkan oleh kecelakaan selama bermain. Tiap tindakan manusia biasanya ada dampak utama, yang diharapkan, dan dampak samping, yang tidak diharapkan, sebagai konsekuensinya.

Kesehatan masyarakat dari segi sosial-psikologis dapat dilihat dari kemampuan masyarakat untuk **bercinta**. Dalam hal ini bercinta bukan berarti sempit seperti kegiatan seksual saja, tetapi yang penting di sini yaitu bagaimana manusia menggunakan cinta-

kasihnya untuk menumbuhkan perdamaian di antara sesama manusia. Yang terlihat saat ini banyak manusia bertengkar, berkelahi, berperang, berbunuhan. Ini dapat dijadikan indikator kesehatan yang rendah secara sosial-psikologis. Pancaran cinta-kasih di antara sesama terlihat sangat kurang. Terlihat adanya 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 punya teman dekat dan dukungan sosial yang memadai. Sekali lagi di sini indikator sehat sosial-psikologis selain indikator kuantitatif yaitu jumlah, juga dapat bersifat kualitatif berdasarkan laporan diri individu yang juga dapat dikuantifikasikan.

Indikator sehat kegiatan bercinta, dapat pula dilihat dari seberapa damai suatu masyarakat. Seperti Yogyakarta yang bersemboyan Bersih Sehat Indah dan Nyaman (Berhati Nyaman) dapat dijadikan indikator kesehatan sosial-psikologis masyarakat. Berapa tempat yang bersih, bebas polusi, indah, dan nyaman dapat dihitung dan dibandingkan dengan jumlah penduduk di daerah itu. Apabila rasionya tidak sebanding dan masih banyak tempat yang belum seperti itu maka Yogyakarta masih jauh dari situasi sehat secara sosial-psikologis. Semboyan itu hanya kosong belaka. Masyarakat belum menyadari bahwa semua itu tanggung jawab kita semua.

Kami sedang menyiapkan buku tentang kebugaran psikologis dengan menggunakan indikator sosial-psikologis (dalam proses penulisan dengan Edward Theodorus, yang sedang mengambil gelar Master's dalam psikologi komunitas di University of Waikato, Hamilton, New Zealand). Setelah menyelesaikan pasca sarjananya, rencananya buku tersebut akan kami selesaikan. Kebugaran psikologis dapat digunakan untuk menandai kesehatan komunitas. Saat ini kami sedang memulai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat secara multidisiplin di dekat Kampus 2 UKRIDA. Kami sedang menyiapkan program indikator kebugaran psikologis tersebut bersama dengan para ahli teknologi informasi yang ada di universitas kami tersebut.

## **Penutup**

Makalah ini berasal dari berbagai tulisan saya sebelumnya, yang sudah terbit, maupun untuk kalangan terbatas. Ada yang sudah saya tambahi dan sesuaikan dengan konteks penulisan. Ada yang saya salinkan apa adanya dengan keterangan dari mana asal tulisan tersebut. Isinya dapat digunakan sebagai bahan diskusi dan pemikiran bagi para peserta konferensi.

Selamat mengembangkan psikologi sesuai dengan konteks Indonesia dengan segala persoalan mikro sampai makronya. Jangan sampai kita hanya meniru saja apa yang telah populer diterapkan orang lain, yang biasanya menggunakan psikologi sebagai dasarnya. Melalui hasil penelitian, kita akan dapat menerapkan psikologi lebih bertanggung jawab daripada sekedar jadi pengguna tanpa ada bukti ilmiah yang kuat. Tugas ilmuwan di perguruan tinggi adalah mengembangkan psikologi melalui penelitian dan pengabdian masyarakat, bukan sekedar mengajar dan memindahkan isi buku teks dalam kuliah-kuliah kita. Hasil penelitian dapat diterapkan dalam pengabdian masyarakat. Semua ditulis dan

diterbitkan. Isinya dapat merupakan kekhususan tiap pengajar dan sesuai dengan rencana induk penelitian dan pengabdian masyarakat tiap perguruan tinggi masing-masing. Daur penelitian, pengabdian, dan pengajaran tiap kali akan diperbaharui bila kita aktif menerapkan tri dharma perguruan tinggi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allen, J., Annells, M., Clark, E., Lang, L., Petrie, E., & Robins, A. (2011). Mixed methods evaluation research for a mental health screening and referral clinical pathway. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, (Original Article: DOI 10.1111/j.1741-6787.2011.00226.x)*, 172-185.
- Ayón, C., & Lee, C.D. (2009). Building strong communities: An evaluation of a neighborhood leadership program in a diverse urban area. *Journal of Community Psychology, 37*(8), 975-986.
- Boehmer, U., Glickman, M., & Winter, M. (2012). Anxiety and depression in breast cancer survivors of different sexual orientations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 382-395.
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., Marwijk, H.V. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal (Original Paper:DOI 10.1007/s10597-009-9246-z)*, published online September, 24.
- Bray, J.H. (2009). The future of psychological science. President's Column. *Monitor on Psychology, 40*, 10, 5.
- Bray, J.H. (2009). Standing for psychology. President's Column. *Monitor on Psychology, 40*, 11, 5.
- Brothers, B. M., Yang, H.C., Strunk, D.R., & Andersen, B.L. (2011). Cancer patients with major depressive disorder: Testing a biobehavioral/cognitive behavior intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(2), 253-260.
- Chonody, J., Ferman, B., Amitrani-Welsh, J., & Martin, T. (2013). Violence through the eyes of youth: A photovoice exploration. *Journal of Community Psychology, 41*(1), 84-101.
- Cook, J.R., & Kilmer, R.P. (2012). Systems of care: New partnerships for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 49*, 393-403.
- Fukkink, R., & Hermanns, J. (2009). Counseling children at a helpline: Chatting or calling?. *Journal of Community Psychology, 37*(8), 939-948.
- Goodheart, C.D.(2010). APA in the age of outrage. President's Column. *Monitor on Psychology, 41*, 1, 5.
- Havighurst, S.S., Wilson, K.R., Harley, A.E., & Prior M.R. (2009). Tuning in to kids: An emotion-focused parenting program-initial findings from a community trial. *Journal of Community Psychology, 37*(8), 1008-1023.
- Hesser, H., Gustafsson, T., Lunden, C., Henrikson, O., Fattahi, K., Johnsson, E., Westin, V.Z., Carlbring, P., Mäki-Torkko, E., & Kaldø, V. (2012). A Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy in the treatment of Tinnitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 649-661.

- Hopko, D.R., Armento, M.E.A., Robertson, S.M.C., Ryba, M.M., Carvalho, J.P., Colman, L.K., Mullane, C., Gawrysiak, M., Bell, J.L., McNulty, J.K., & Lejuez, C.W. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(6), 834-849.
- Knox, M., Burkhart, K., & Cromly, A. (2013). Supporting positive parenting in community health centers: The act raising safe kids program. *Journal of Community Psychology, 41*(4), 395-407.
- Kortrijk, H.E., Mulder C.L., Roosenchoon, B.J., & Wiersma, D. (2009). Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment. *Community Mental Health Journal (Original Paper: DOI 10.1007/s10597-009-9257-9)*, published online October, 22.
- Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. 2001. Studying health and health care use in at-risk groups. February.
- Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation. 2001. Health and health care in Winnipeg. May.
- Marsella, A. J. (1998). Toward a “global-community psychology”: Meeting the needs of a changing world. *American Psychologist, 53*(12), 1282-1291.
- Mendenhall, T.J., Pratt, K.J., Phelps, K.W., & Baird, M.A. (2012). Advancing medical family therapy through research: A consideration of qualitative, quantitative, and mixed-methods designs. *Contemporary Family Therapy, 34*, 187-203.
- Moskell, C., & Allred S.B. (2012). Integrating human and natural systems in community psychology: An ecological model of stewardship behavior. *American Journal of Community Psychology (Original Paper: DOI 10.1007/s10464-012-9532-8)*, published online June, 22.
- Paramastri, I. (2012). Kaksa Sebagai Prevensi Primer dalam J.E. Prawitasari (ed) *Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Prawitasari-Hadiyono, J.E., Paramastri, I., Suhapti, R., Novianti, L.P., Widiastuti, T., & Rengganis, N. 2009. Social artistry, lokales wissen und konflikte nach einem erdbeben. *Zeitschrift Psychodrama Soziometr, 8*, 277-295.
- [www.springerlink.com](http://www.springerlink.com).
- Prawitasari, J. E., Olivia, H., Handayani, H. D ., Winarti, S., & Intriaty. (2010). Empathic caring consultation ( ECC ): Will it be able to improve the quality of care at the health centers ?. *Anima, Indonesian Psychological Journal, 26*(1), 46-55.
- Prawitasari, J.E. (2011). *Psikologi klinis: Pengantar terapan mikro dan makro*. Jakarta: Erlangga.
- Prawitasari, J.E. (2001). Indikator sosial-psikologis kesehatan masyarakat. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, 4*(2), 67-64.
- Prawitasari, J.E., Napitupulu, C.A., Paramita, D.A.K., Purwaningtyas, K., & Maharani, S. (2011). Multilevel social support and simple teaching tips for the community. *Unpublished Report*. GMU: Professor Grant. Yogyakarta: Fakultas Psikologi.
- Prawitasari, J.E., Widyastuti, T., & Asitasari, W. (2011). Data Focus Approach in psychotherapy. *Unpublished Report*. GMU: Professor Grant. Yogyakarta: Fakultas Psikologi.
- Prawitasari, J.E. (2012). *Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Erlangga.

- Prawitasari, J.E. (2012). Behavior Approach as Social Representations in Health: From Research to Action. Dalam Risa Permanadeli, Denise Jodelet, & Toshio Sugiman. *Alternative Production of Knowledge and Social Representations (Proceeding of 9<sup>th</sup> International Conference on Social Representations)*. Jakarta: University of Indonesia.
- Rini, C., Redd, W.H., Austin, J., Mosher, C.E., Meschian, Y.M., Isola, L., Scigliano, E., Moskowitz, C.H., Papadopoulos, E., Labay, L.E., Rowley, S., Burkhalter, J.E., Schetter, C.D., DuHamel, K.N. (2011). Effectiveness of partner social support predicts enduring psychological distress after hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 64-74.
- Seidman, E. (2012). An emerging action science of social settings. *American Journal of Community Psychology*, 50, 1-16.
- Semansky, R.M., Goodkind, J., Sommerfeld, D.H., & Willging, C.E. (2013). Culturally competent services within a statewide behavioral healthcare transformation: A mixed-method assessment. *Journal of Community Psychology*, 41(3), 378-393.
- Simatupang, A. R. (2012). Peraturan Daerah Tentang Bencana dalam J.E. Prawitasari (ed) *Psikologi Terapan: Melintas Batas Disiplin Ilmu*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Swift, D., & Dokecki, P.R. (2013). The construction of politico-religious narratives: Steps toward intervention promoting human development and community. *Journal of Community Psychology*, 41(4), 446-462.
- Willig, C. (2009). *Introducing qualitative research in psychology* (2<sup>nd</sup>ed.). New York, N.Y.: McGraw Hill, Open University Press .
- Wood, A.H., & Alberta, A.J. (2009). A community-driven behavioral health approach for older adults: Lesson learned. *Journal of Community Psychology*, 37(5), 663-669.
- Zaumseil, M., & Prawitasari-Hadiyono, J. (2012). Researching Coping Mechanisms in Response to Natural Disasters: The Earthquake in Java, Indonesia (2006). Dalam Ute Luig (ed.). *Negotiating Disasters: Politics, Representation, Meanings*. Frankfurt: Peter Lang.
- Zaumseil, M., Schwarz, S., von Vacano, M., Sullivan, G.B., Prawitasari-Hadiyono, J.E. (Eds.). (2014). *Cultural Psychology of Coping with Disasters: The Case of an Earthquake in Java, Indonesia*. New York: Springer.