

POTENSI PENGOBATAN KOMPLEMENTER-ALTERNATIF UNTUK MENINGKATKAN LAYANAN PSIKOLOG KLINIS DALAM PENGOBATAN TERINTEGRASI

Andrian Liem

Fakultas Psikologi, Universitas Ciputra

andrianliem@yahoo.com

Abstrak. Psikolog klinis merupakan profesi yang telah diakui sejak tahun 2008 melalui peraturan menteri negara. Dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa psikolog klinis memberi layanan yang mencakup promosi, preventif, kuratif, rehabilitasi dan pelatihan untuk meningkatkan derajat kesehatan psikologis sebagai bagian dari kesehatan manusia. Jumlah psikolog klinis di Indonesia pada tahun 2011 tercatat sebanyak 365 orang. Angka tersebut sangat tidak ideal jika dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia yang mencapai 240 juta jiwa. Di sisi lain, pengobatan komplementer-alternatif (PKA) mempunyai potensi digunakan oleh psikolog klinis ketika memberikan layanan kepada kliennya karena berbagai penelitian ilmiah telah menunjukkan efektivitas PKA dalam meningkatkan kesehatan mental individu. Awalnya PKA dikenal sebagai *pengobatan tradisional* yang penyelenggaraannya diatur oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2003. Akan tetapi sejak tahun 2007 *pengobatan tradisional* diganti menjadi *pengobatan komplementer-alternatif* yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Di Indonesia PKA bukan merupakan hal yang asing karena sudah sejak lama digunakan oleh masyarakat Indonesia. Hal tersebut contohnya dapat dilihat dari temuan fosil di Jawa yang mengindikasikan penggunaan ramuan untuk kesehatan sejak zaman mesoneolitikum. Walau demikian psikolog klinis tidak dapat memberikan PKA seorang diri karena perlu bersinergi dengan profesi kesehatan lainnya sehingga tercipta layanan kesehatan yang terintegrasi. Melalui studi literatur yang telah dilakukan, penulis akan membahas selintas tentang psikolog klinis serta memaparkan tentang pengobatan terintegrasi dan alternatif model edukasi mengenai integrasi PKA ke dalam layanan kesehatan medis konvensional sehingga penggunaan PKA di Indonesia dapat lebih optimal

Kata kunci: *psikolog klinis, psikologi kesehatan, pengobatan komplementer-alternatif, pengobatan terintegrasi, model pendidikan pengobatan komplementer-alternatif*

PENDAHULUAN

Psikolog adalah lulusan pendidikan profesi yang berkaitan dengan praktik psikologi dan memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai penjelasan dalam Kode Etik Psikologi (HIMPSI, 2010). Secara khusus, psikolog klinis merupakan sebuah profesi yang telah diakui sejak tahun 2008 melalui peraturan menteri negara pendayagunaan aparatur negara nomor PER/11/M.PAN/5/2008. Dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa psikolog klinis memberi layanan yang mencakup promosi, preventif, kuratif, rehabilitasi, dan pelatihan untuk meningkatkan derajat kesehatan psikologis sebagai bagian dari kesehatan manusia seutuhnya, baik secara fisik, psikologis, dan sosial.

Di sisi lain, jumlah psikolog klinis di Indonesia tercatat sekitar 365 orang di tahun 2011 (Retnowati dalam Agung, 2011). Angka tersebut sangat tidak ideal jika dibandingkan dengan jumlah penduduk Indonesia yang mencapai sekitar 241 juta jiwa. Menghadapi fenomena tersebut, perlu usaha untuk meningkatkan layanan psikolog klinis yang jumlahnya terbatas agar tetap dapat melayani masyarakat Indonesia sebanyak mungkin dengan hasil maksimal. Salah satu usaha yang dapat dikembangkan adalah memanfaatkan potensi pengobatan komplementer-alternatif (PKA).

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa saat ini PKA merupakan sebuah bidang kajian kesehatan yang menjanjikan. PKA secara umum telah dikenal lebih dari 30 tahun di negara-negara berkembang. Akan tetapi baru-baru ini tingkat penggunaan PKA mulai meningkat secara signifikan di negara-negara maju, khususnya di daerah pedesaan (Hollenber, Lytle, Walji, & Cooley, 2013). PKA memiliki potensi digunakan oleh psikolog klinis ketika memberikan layanan kepada kliennya karena berbagai penelitian ilmiah telah menunjukkan efektivitas PKA dalam meningkatkan kesehatan mental individu.

Hal tersebut misalnya dicontohkan dari pasien di Taiwan yang lebih memilih menggunakan PKA dibanding obat resep untuk mengurangi tingkat depresi yang dialami. Mereka percaya bahwa PKA dapat membuat mereka lebih baik dan hidup lebih bahagia (Hsu dkk., 2010). Jorm, Christensen, Griffiths, dan Rodgers (dalam Wilson, White, & Obst, 2011) menambahkan beberapa contoh PKA yang dapat digunakan untuk mengatasi gangguan mental, misalnya daun St. John Wort yang telah terbukti sebagai herbal yang efektif dalam menurunkan tingkat depresi seseorang. Jenis PKA berbasis pikiran dan jiwa, misalnya yoga, meditasi, dan pijat adalah jenis PKA yang paling sering digunakan untuk meredakan kecemasan dan stres. Jenis-jenis PKA tersebut terus meningkat penggunaannya dan dilaporkan memiliki efek samping yang rendah.

Komesaroff (dalam Wilson, White, & Obst, 2011) menjelaskan bahwa klien dari para psikolog telah mengenal dan menggunakan beragam jenis PKA tersebut. Akan tetapi para klien tidak memberi tahu psikolognya jika tidak ditanya lebih lanjut. Para klien yang menggunakan obat resep dan sekaligus meminum obat herbal juga sangat jarang berbagi informasi tersebut kepada psikolog karena mereka berpikir hal tersebut tidak penting untuk dibicarakan. Sebagian klien ada yang secara terbuka menanyakan tentang ragam PKA yang dapat mereka gunakan untuk meringankan gangguan depresi yang dimiliki kepada psikolognya. Dengan demikian sudah jelas bahwa psikolog klinis tidak dapat menutup mata apalagi menolak penggunaan PKA karena pada kenyataannya fenomena tersebut terjadi di masyarakat.

Di Indonesia PKA bukan merupakan hal yang asing karena sudah sejak lama digunakan oleh masyarakat (Purwaningsih, 2013). Hal tersebut contohnya dapat dilihat dari temuan fosil di Jawa yang mengindikasikan penggunaan ramuan untuk kesehatan sejak zaman mesoneolitikum. Pada relief di Candi Borobudur, Prambanan, dan Penataran juga terdapat prasasti yang mengindikasikan penggunaan PKA herbal telah dilakukan masyarakat Indonesia sejak abad ke-5. Keampuhan PKA di Indonesia, khususnya herbal, saat Indonesia mengalami masa penjajahan menjadi sorotan dokter dan ahli farmasi Belanda yang kemudian membuat buku khusus tentang tanaman Indonesia yang berkhasiat obat.

Awalnya PKA dikenal sebagai pengobatan tradisional yang penyelenggaraannya diatur oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2003 melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003. Akan tetapi sejak tahun 2007 pengobatan tradisional diganti menjadi pengobatan komplementer-alternatif melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1109/MENKES/PER/IX/2007. Peraturan tersebut dibuat sebagai panduan penyelenggaraan PKA di fasilitas pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Walau demikian psikolog klinis tidak dapat memberikan PKA seorang diri karena perlu

bersinergi dengan profesi kesehatan lainnya sehingga tercipta layanan kesehatan yang terintegrasi.

TUJUAN

Melalui studi literatur yang telah dilakukan, penulis akan membahas mengenai psikolog klinis secara ringkas. Selanjutnya penulis akan memaparkan tentang berbagai jenis dan efektivitas PKA dalam meningkatkan derajat kesehatan mental maupun menangani gangguan mental yang dialami oleh individu. Selain itu akan dibahas juga tentang pengobatan terintegrasi dan alternatif model edukasi mengenai integrasi PKA ke dalam layanan kesehatan medis konvensional sehingga penggunaan PKA di Indonesia dapat lebih optimal.

TINJAUAN PUSTAKA

Psikolog Klinis

Himpunan Psikologi Indonesia (HIMPSI, 2010) mendefinisikan psikolog sebagai lulusan pendidikan profesi yang berkaitan dengan praktik psikologi dengan latar belakang pendidikan Sarjana Psikologi lulusan program pendidikan tinggi psikologi strata 1 (S1) sistem kurikulum lama atau yang mengikuti pendidikan tinggi psikologi strata 1 (S1) dan lulus dari pendidikan profesi psikologi atau strata 2 (S2) Pendidikan Magister Psikologi (Profesi Psikolog). Secara umum psikolog memiliki kewenangan untuk memberikan layanan psikologi yang terbagi dalam beberapa bidang, misalnya praktik klinis dan konseling, penelitian, dan pengajaran.

Sementara di dalam Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor Per/11/M.PAN/5/2008, secara spesifik disebutkan bahwa psikolog klinis adalah jabatan yang mempunyai ruang lingkup, tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melakukan kegiatan pelayanan psikologi klinis kepada masyarakat di unit pelayanan kesehatan. Pelayanan yang dapat diberikan oleh psikolog klinis mencakup usaha promosi, preventif, kuratif, rehabilitasi, dan pelatihan untuk meningkatkan derajat kesejahteraan psikologis sebagai bagian dari kesehatan manusia seutuhnya, baik secara fisik, psikologis, dan sosial.

Psikolog dapat memberikan layanan seperti Ilmuwan Psikologi dan secara khusus dapat melakukan praktik psikologi yang terutama berkaitan dengan asesmen dan intervensi dengan kaidah-kaidah ilmiah yang dapat dipertanggungjawabkan (HIMPSI, 2010). Kompetensi tersebut menjadi dasar dari tugas pokok psikolog klinis yang dijabarkan dalam Per/11/M.PAN/5/2008. Di dalam peraturan tersebut disebutkan bahwa tugas pokok psikolog klinis adalah memberikan pelayanan psikologi klinis yang antara lain meliputi asesmen, pelaksanaan tugas di tempat berisiko tinggi, dan pengabdian masyarakat.

Berdasarkan paparan di atas dapat dilihat bahwa psikolog klinis memiliki tugas yang cukup luas dan mendalam. Sayangnya jumlah psikolog klinis di Indonesia belum memadai karena hingga tahun 2011 jumlah psikolog klinis hanya sekitar 365 orang dengan jumlah masyarakat Indonesia sebanyak kurang-lebih 241 juta jiwa (Retnowati dalam Agung, 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan bahwa hingga tahun 2013 tercatat 1.655 dari 294.959 rumah tangga yang disurvei memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat. Sedangkan prevalensi penderita gangguan jiwa ringan seperti gangguan emosional sebanyak 6% dari seluruh penduduk Indonesia. (KEMENKES RI, 2013)

Prawitasari (2011) menawarkan alternatif untuk mengatasi tantangan tersebut yang dikenal dengan psikologi klinis makro. Psikolog klinis yang bekerja di bidang medis akan sangat kesulitan jika bekerja sendiri walau memberikan pelayanan di aras mikro. Oleh karena itu diperlukan berjejaring dan bekerja sama dengan profesi atau disiplin kesehatan lainnya. Retnowati (dalam Agung, 2011) menambahkan bahwa psikolog klinis perlu memiliki

komitmen berkolaborasi dengan tim kesehatan dan mampu beradaptasi di dunia medis. Hal tersebut khususnya harus dilakukan saat melayani di layanan kesehatan primer agar dapat menghemat waktu dan tenaga dalam melayani pasien.

Seorang psikolog klinis yang menjadi bagian dari profesi kesehatan harus selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya. Peningkatan tersebut penting dilakukan terkait dengan layanan yang diberikan kepada masyarakat dan juga ilmu pengetahuan yang berkembang pesat. Di dalam Kode Etik Psikologi Indonesia (HIMPSI, 2010) juga disebutkan salah satu prinsip umum yang harus dipegang adalah integritas dan sikap ilmiah. Implikasinya adalah setiap tindakan asesmen hingga intervensi yang dilakukan oleh psikolog klinis harus memiliki dasar ilmiah. Oleh karena itu psikolog klinis harus membuka diri terhadap perkembangan pengetahuan ilmiah dan tidak bersikap skeptis. Salah satu kajian yang berpotensi membantu psikolog klinis dalam meningkatkan layanannya adalah tentang pengobatan komplementer-alternatif di Indonesia.

Pengobatan Komplementer-Alternatif

a. Definisi dan Tingkat Penggunaan PKA

Pengobatan komplementer-alternatif (PKA) bisa memiliki arti yang berbeda antara satu negara dan lainnya. Kata “pengobatan komplementer-alternatif” juga bisa tumpang-tindih atau bergantian penggunaannya dengan kata “pengobatan tradisional” pada beberapa wilayah (Smith dalam Smith & Wu, 2012). Di beberapa negara, PKA mencakup semua praktik atau metode pengobatan yang berada di luar pengobatan medis konvensional dengan tujuan mencegah atau mengobati penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan (Manheimer & Cochrane dalam Seo, Baek, Kim, Kim, & Choi, 2013). Secara umum PKA dapat didefinisikan sebagai sebuah kelompok sistem kesehatan yang beragam, praktik, dan produk yang tidak ditemui atau menjadi bagian dalam pengobatan konvensional. Definisi tersebut dihasilkan oleh *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) di Amerika (dalam Clark, Will, Moravek, Xu, & Fisseha, 2013).

Wilayah Asia memiliki reputasi yang kuat mengenai penggunaan beragam pendekatan dan teknik dalam mengatasi berbagai penyakit (Wong, Tan, Low, & Ng, 2008). Diduga tingkat penggunaan PKA di Asia adalah yang tertinggi dan menyebar luas (Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengestimasi ada 14 negara dan wilayah administratif khusus, misalnya Hong Kong dan Makau, di wilayah Asia Pasifik yang secara resmi mengakui praktik pengobatan tradisional atau PKA. Hal ini bertolak-belakang dengan kondisi beberapa tahun lalu di mana hanya empat negara yang mengakui pengobatan komplementer-alternatif dalam sistem kesehatan resmi. Keempat negara itu adalah Cina, Jepang, Korea, dan Vietnam (Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005).

PKA telah lama dikenal di Cina serta banyak negara Asia lainnya dan kini juga telah menyebar hampir di seluruh dunia (Lon dkk., 2004). Praktik PKA dilakukan baik di dalam maupun di luar sistem pengobatan konvensional yang dominan di negara berkembang (Elolemy & AlBedah, 2012). Pada umumnya PKA di Asia memberikan diagnosis berdasarkan energi pasien dan menyebutkan bahwa ketidak-seimbangan energi adalah penyebab utama munculnya penyakit. Hal tersebut menimbulkan pola atau peta energi pada tubuh dan penanganan yang ditawarkan kepada pasien adalah menyeimbangkan energi tersebut. Berbagai pendekatan atau jenis PKA yang dapat dilakukan, misalnya akupunktur, obat herbal, dan pijat (Song, You, Reisinger, Lee, & Lee, 2014).

Masyarakat Indonesia sendiri sudah lama mengenal PKA, khususnya obat herbal, sebagai bagian dari kebudayaannya. Fosil lumpang, alu, dan pipisan yang terbuat dari batu mengindikasikan bahwa manusia zaman mesoneolitikum telah akrab dengan tumbuh-tumbuhan yang diolah menjadi obat. Penggunaan ramuan tumbuhan tersebut juga dapat

ditemui pada prasasti yang terdapat di berbagai candi. Selain itu berbagai sastra kuno dari Jawa dan sekitarnya juga menunjukkan bahwa leluhur bangsa Indonesia telah akrab dengan penggunaan PKA. Bahkan ketika mengalami masa penjajahan, dokter dan ahli farmasi dari Belanda tertarik dan kagum dengan koleksi tanaman di Indonesia yang memiliki khasiat obat (Purwaningsih, 2013).

Keberagaman etnis dan budaya di Indonesia juga membuat jenis PKA yang digunakan oleh masyarakat banyak macamnya. Jauhari, Utami, dan Padmawati (2008) menjelaskan bahwa tradisi dan kepercayaan masyarakat pada suatu daerah memiliki pengaruh dalam perkembangan jenis PKA yang ada di daerah tersebut. Sebagai contoh, di Pontianak etnis terbanyak adalah etnis Cina dengan adat dan budaya yang melekat dalam kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu PKA yang berkembang di Pontianak adalah PKA yang disediakan oleh *Sinse*, atau ahli pengobatan tradisional Cina. Metode pengobatan yang paling sering digunakan oleh *Sinse* di Pontianak adalah akupuntur, pijat, dan obat herbal.

Tingkat penggunaan PKA, terutama obat herbal, di Indonesia terus meningkat. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI (dalam Purwaningsih, 2013) menunjukkan sebanyak 59,12% masyarakat Indonesia menggunakan obat herbal di tahun 2010. Angka tersebut meningkat dari tahun 2007 yang tercatat 35,7%. Dalam Riskesdas terbaru di tahun 2013 (KEMENKES RI, 2013), jenis PKA yang paling sering digunakan oleh masyarakat adalah PKA keterampilan tanpa alat seperti pijat-urut, pengobatan patah tulang, dan refleksi. Sedangkan jenis PKA yang paling rendah tingkat penggunaannya adalah PKA keterampilan pikiran seperti hipnoterapi, meditasi, dan tenaga dalam.

Ada berbagai faktor yang memengaruhi individu untuk menggunakan PKA. Jauhari, Utami, dan Padmawati (2008) menemukan alasan utama masyarakat Pontianak menggunakan jasa *Sinse* adalah karena menurunnya kepercayaan masyarakat terhadap pengobatan konvensional, kekhawatiran terhadap penggunaan obat kimia yang berlebihan dan tindakan operasi yang disarankan, serta ketidak-puasan terhadap pelayanan yang diberikan. Faktor lain yang memotivasi adalah biaya PKA yang lebih murah dibanding pengobatan medis konvensional. Sementara itu hasil Riskesdas 2013 (KEMENKES RI, 2013) menunjukkan bahwa menjaga kesehatan dan kebugaran adalah alasan yang dominan bagi masyarakat untuk menggunakan PKA. Coba-coba dan putus asa merupakan alasan yang paling jarang ditemui dalam survei tersebut.

b. Jenis dan Manfaat PKA

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) di Amerika (dalam Koc, Topatan, & Saglam, 2012; Shorofi & Arbon, 2010) mengklasifikasi PKA ke dalam lima kategori. Pertama adalah sistem medis alternatif, misalnya aromaterapi dan akupuntur. Kedua adalah intervensi tubuh-jiwa, misalnya meditasi, doa, dan yoga. Ketiga adalah terapi berdasar biologis, misalnya herbal dan vitamin. Keempat adalah metode berdasar tubuh, misalnya pijat dan osteopati. Kategori terakhir adalah terapi berbasis energi, misalnya *qi gong* dan *reiki*.

Berbagai kategori dan jenis dari PKA tersebut telah diuji efektivitasnya dalam menyembuhkan berbagai penyakit maupun meningkatkan derajat kesehatan individu. Jorm, Christensen, Griffiths, dan Rodgers (dalam Wilson, White, & Obst, 2011) misalnya menerangkan bahwa intervensi tubuh-jiwa seperti meditasi dan yoga merupakan yang paling sering digunakan untuk menanggapi rasa sakit, kecemasan, dan depresi. Kuth (2010) menambahkan bahwa PKA juga lebih efektif dan ekonomis dibanding obat resep dalam menangani kecemasan dan gangguan neurotis.

Hasil penelitian dari berbagai metode PKA sejauh ini sebagian besar masih berupa hasil uji coba dalam skala kecil dan terbatas. Perlu penelitian yang lebih komprehensif dengan

standar uji coba yang sesuai agar efektivitas beragam metode PKA dapat diketahui lebih pasti. Walau demikian hasil-hasil penelitian terdahulu dapat dijadikan rujukan oleh para psikolog sebagai tambahan wawasan mengenai manfaat PKA yang terkait dengan kesehatan mental. Penulis telah merangkum informasi tersebut, khususnya beberapa jenis PKA yang populer digunakan oleh masyarakat global, dari berbagai literatur ilmiah seperti yang disajikan di bawah ini (Evenden, 2008; Fang, 2005; Wilson, White, & Obst, 2011):

- Akupunktur: Konsep akupunktur berdasarkan rangsangan di beberapa titik tubuh yang ada di jalur meridian. Jika titik-titik tersebut distimulasi dengan tepat maka akan memperbaiki aliran energi yang tersumbat. Dalam beberapa penelitian akupunktur telah terbukti mampu mengatasi kecemasan, depresi, adiksi terhadap obat dan alkohol, perilaku merokok, sulit tidur, dan skizofrenia.
- Aromaterapi: Menggunakan minyak atau sari dari tumbuhan dengan aroma yang dapat membuat tenang bagi orang yang menghirupnya. Efek dari aromaterapi juga dapat membantu proses pemulihan beberapa penyakit. Hasil studi terdahulu menunjukkan bahwa aromaterapi dapat membantu individu yang mengalami demensia, kecemasan, depresi, dan sulit tidur. Selain itu aromaterapi juga dapat mengurangi rasa sakit dan merubah suasana hati menjadi lebih baik.
- Herbal: Jenis PKA ini menggunakan seluruh atau sebagian tanaman maupun ekstraknya yang dicampur dengan bahan kimia untuk meningkatkan derajat kesehatan maupun menyembuhkan penyakit. Banyak tumbuhan yang telah diteliti khasiatnya untuk membantu masalah psikologis seperti depresi dan kecemasan. Beberapa jenis tanaman tersebut adalah *basil*, *leman balm*, *German chamomile*, *ginseng*, *kava extract*, *St. John's wort*, *wild oats*, dan *wood betony*. Selain itu beberapa obat tradisional Cina yang berasal dari tanaman juga memiliki efek positif terhadap penyembuhan pasien psikotik dan mempercepat masa pemulihan setelah sakit.
- Hipnosis: Pada awalnya hipnosis diterima sebagai metode intervensi yang aman dan digunakan dalam menangani gangguan neurotik dan kepribadian saat awal karir Freud dan koleganya. Beberapa penelitian membuktikan bahwa hipnosis dapat membantu pasien skizofrenia tetapi perlu penelitian yang lebih ketat untuk dapat mengambil kesimpulan yang lebih luas tentang hal tersebut.
- Pijat: Metode ini menggunakan tekanan tangan di permukaan tubuh dengan tujuan membuat rileks otot dan pikiran. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pijat dapat mengurangi tingkat stres dan kecemasan.
- Yoga dan meditasi: Tujuan dari metode ini adalah menyatukan tubuh-jiwa-pikiran dan membawa kedamaian bagi individu yang melakukannya. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa yoga dan meditasi dapat mengurangi tingkat stres, kecemasan, rasa panik, dan depresi.

Pengobatan Terintegrasi

a. Perkembangan Pengobatan Terintegrasi

Dalam perkembangannya, konsep Pengobatan Komplementer-Alternatif (PKA) perlahan-lahan berubah dari pengobatan tradisional, pengobatan alternatif, pengobatan komplementer, menjadi pengobatan terintegrasi (*integrative medicine*) (Ben-arye & Visser, 2012). Salah satu alasan munculnya fenomena tersebut adalah Deklarasi Beijing oleh WHO yang mengadvokasi tentang penguatan komunikasi antara pengobatan konvensional dan komplementer-alternatif, serta diadakannya pendidikan-pelatihan memadai bagi tenaga kesehatan, mahasiswa kedokteran, dan peneliti terkait (Chung dkk., 2011).

Inti dari model pengobatan terintegrasi adalah *patient-centered* dengan pendekatan antardisiplin (Sunberg dkk. dalam Ben-arye, Frenkel, Klein, & Scharf, 2008). Cara

berkomunikasi dalam pengobatan terintegrasi juga menyesuaikan, yaitu dialog terbuka antara pasien, penyedia layanan kesehatan, dan praktisi PKA (Ben-arye & Visser, 2012; Frenkel & Ben-arye, 2008). Fejzic dkk. (dalam Templeman & Robinson, 2011) mengindikasikan bahwa untuk implementasi pengobatan terintegrasi bersandar pada saling menghargai, komunikasi dan pemahaman dari peran yang ada, serta tanggung jawab dan keterbatasan dari setiap pihak.

Pengobatan terintegrasi didefinisikan sebagai praktik pengobatan yang menekankan pentingnya hubungan antara praktisi dan pasien, fokus pada individu secara keseluruhan, berdasarkan bukti ilmiah, dan penggunaan berbagai pendekatan atau teknik terapi yang sesuai oleh tenaga kesehatan profesional dalam mencapai kesehatan yang optimal dan proses penyembuhan (Jong dkk., 2011). Hollenberg (dalam Templeman & Robinson, 2011) menjelaskan kata “pengobatan terintegrasi” merupakan deskripsi dari PKA yang digabung dengan pengobatan biomedis.

Di dalam model pengobatan terintegrasi, anggota tim lebih bersatu dan tidak selalu merujuk pada pengobatan biomedis, serta memiliki pandangan yang beragam tentang penyembuhan. Perspektif yang digunakan adalah berpusat pada pasien (*patient-centered*) dan holistik. Tim tersebut juga cenderung kompleks dan non-hierarki karena memiliki posisi yang sejajar. Komunikasi antara praktisi dan pasien mengalami peningkatan dalam usaha pengambilan keputusan (Hunter, Corcoran, Phelps, & Leeder, 2012). Model pengobatan terintegrasi ini telah diterapkan di beberapa negara, Belanda salah satunya (Snyderman & Weil dalam Jong dkk., 2011). Empat komponen utama dalam penerapan pengobatan terintegrasi di Belanda adalah: 1) Berubahnya relasi pasien-penyedia layanan kesehatan, 2) Pentingnya tanggung jawab dan keterlibatan pasien dalam proses penyembuhan dirinya, 3) Penggunaan PKA yang aman dan berdasarkan bukti ilmiah, serta 4) Pentingnya lingkungan sekitar pasien dalam proses penyembuhan.

Indonesia sendiri telah menyikapi pengobatan terintegrasi ini. Pada tahun 2003 Menteri Kesehatan Indonesia membuat keputusan untuk meregulasi penggunaan pengobatan tradisional dalam layanan kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003. Selanjutnya keputusan tersebut disempurnakan dengan hadirnya Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1109/MENKES/PER/2007 tentang penyelenggaraan pengobatan komplementer-alternatif di fasilitas layanan kesehatan. Selain itu, sebenarnya telah ada regulasi bagi tiga jenis pelayanan PKA yang memiliki standar pelayanan medik (Rachman, 2010), yaitu pengobatan akupuntur (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1277/MENKES/SK/VIII/2003), pengobatan hiperberik, (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 120/MENKES/SK/II/2008), dan pengobatan herbal (Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 121/MENKES/SK/II/2008).

b. Manfaat Pengobatan Terintegrasi

Integrasi antara layanan PKA dan pengobatan konvensional telah berkembang dan mencapai hasil yang memuaskan di rumah sakit dan layanan kesehatan umum di Cina, Asia Timur, Amerika Serikat, Inggris, Swedia, dan Denmark (Templeman & Robinson, 2011). Pengobatan terintegrasi juga terbukti lebih efektif secara ekonomi karena menurunnya biaya kesehatan (Babar, Syed, Naing, & Hamzah, 2012; Jong dkk., 2011). Lebih lanjut, integrasi PKA dalam layanan kesehatan umum atau Puskesmas dapat meningkatkan kepuasan pasien. Pengobatan terintegrasi di Puskesmas juga berpotensi tersedianya layanan multidisiplin yang lebih efektif dalam menangani gangguan atau penyakit yang kompleks dan kronis. Selain itu pasien juga lebih mudah untuk diajak memiliki semangat rawat diri, bertanggung jawab pada kesehatannya, dan memiliki gaya hidup yang lebih sehat (Burke, Ginzburg, Collie, Trachtenberg, & Muhammad, 2005).

Manfaat lain dari menjembatani jarak antara PKA dan pengobatan konvensional adalah peningkatan kualitas komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan maupun

praktisi PKA dan tenaga kesehatan pengobatan konvensional, peningkatan keamanan PKA, serta mendukung terwujudnya layanan yang berpusat pada pasien. Selain itu pengobatan terintegrasi juga bermanfaat dalam meningkatkan koordinasi para tenaga kesehatan dan mendorong pengetahuan serta kompetensi budaya melalui integrasi informasi tentang PKA ke dalam pendidikan medis (Grace & Higgs, 2010; Pierantozzi, Steel, & Seleem, 2013). Berdasarkan paparan tersebut, Frenkel dan Borkan, serta Bell dkk. (dalam Frenkel & Ben-arye, 2008) sangat menyarankan agar PKA diintegrasikan dalam layanan kesehatan primer seperti di Puskesmas.

Pasien juga memiliki sikap yang positif tentang integrasi PKA dan pengobatan konvensional karena mereka dapat meminta saran tentang penggunaan PKA pada petugas kesehatan konvensional, termasuk psikolog klinis (Jong, Vijver, Busch, Fritsma, & Seldenrijk, 2012). Para pasien percaya bahwa semakin meningkatnya kebutuhan menyediakan dan mengawasi PKA dalam layanan kesehatan primer (Ben-arye, Shapira, Keshet, Hoger, & Karkabi, 2009; Frenkel, Ben-arye, Carlson, & Sierpina, 2008). Dengan kata lain, sangat penting bagi tenaga kesehatan konvensional untuk memiliki pendidikan yang lebih komprehensif tentang PKA agar dapat memahami kebutuhan masyarakat dan memberikan edukasi yang tepat tentang PKA (Dayhew, Wilkinson, & Simpson, 2009).

Hambatan Pengobatan Komplementer-Alternatif Dan Pengobatan Terintegrasi

Studi tentang integrasi PKA dan pengobatan konvensional masih terbatas jumlahnya. Hasil beberapa studi tersebut menunjukkan bahwa pengobatan konvensional masih mendominasi dalam model pengobatan terintegrasi. Ada kecenderungan dokter untuk mengontrol layanan yang diberikan kepada pasien dan menggunakan bahasa atau istilah biomedis sebagai bahasa utama ketika berkomunikasi dengan praktisi lainnya. Di keputusan menteri kesehatan RI tentang pelaksanaan PKA dalam layanan kesehatan terintegrasi juga masih terlihat dominasi dokter dalam pelaksanaan keputusan tersebut. Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap tentang PKA yang dimiliki oleh petugas kesehatan konvensional berpengaruh pada tingkat integrasi pengobatan (Hunter, Corcoran, Phelps, & Leeder, 2012). Hall, Griffiths, dan McKenna (2012) menegaskan bahwa walau meningkatnya penerimaan PKA dalam komunitas dan bertambahnya jumlah praktisi PKA, pengobatan komplementer-alternatif masih saja dimarginalkan.

Sikap petugas layanan kesehatan masih cenderung negatif terhadap PKA sehingga menjadi alasan utama pasien tidak melaporkan penggunaan PKA yang dilakukan kepada tenaga kesehatan tersebut (Samuels dkk., 2010; Samuels dkk., 2013). Bahkan ada hasil studi yang menunjukkan bahwa beberapa dokter meminta pasien mereka menghentikan PKA yang sedang dijalankan (Awodele, Agbaje, Abiola, Awodele, & Dolapo, 2012; Farooqui dkk., 2012). Diskusi tentang PKA sebagian besar diawali oleh para pasien dan sekitar sepertiga dari mereka diabaikan oleh dokter ketika menanyakan tentang PKA (Schofield, Diggins, Charleson, Marigliani, & Jefford, 2010). Hal tersebut merefleksikan dominasi model pengobatan konvensional atau biomedis yang masih terus berlangsung (Ben-arye, Frenkel, Klein, & Scharf, 2008; Chung dkk., 2011).

Di Singapura hampir seluruh tenaga kesehatan profesional hanya dididik dengan pendekatan kedokteran Barat dan tidak ada pelatihan formal tentang PKA (Wong, Toh, & Kong, 2010). Oleh karena kurangnya pendidikan tentang PKA maka para petugas kesehatan tersebut tidak percaya pada efektivitas PKA (Ang & Wilkinson, 2013; Samuels dkk., 2013). Akan tetapi sebenarnya pasien yang mengalami keputus-asaan untuk sembuh berharap mendapatkan tanggapan positif tentang PKA dari petugas kesehatan yang menanganinya. Sehubungan dengan persepsi pasien terhadap tenaga kesehatan yang bersikap negatif terhadap PKA maka banyak pasien yang memutuskan untuk menyembunyikan informasi

tersebut. Padahal hal tersebut dapat meningkatkan risiko kontraindikasi atau interaksi yang membahayakan antara obat resep dan PKA (Farooqui dkk., 2012).

Hambatan dalam pengobatan terintegrasi mulai dari potensi efek samping atau interaksi obat hingga komunikasi antara tenaga kesehatan dan pasien. Hal minimal untuk mengatasinya adalah setidaknya tenaga kesehatan menghargai pendapat dan kepercayaan pasien terhadap PKA (Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005). Pada dasarnya pasien setuju bahwa mendiskusikan penggunaan PKA kepada tenaga kesehatan dapat memperkecil risiko efek sampingnya. Akan tetapi karena tenaga kesehatan memiliki pengetahuan dan minat yang rendah tentang PKA, serta ketakutan pasien akan terminasi penggunaan PKA oleh tenaga kesehatan membuat mereka merahasiakan jika sedang menggunakan PKA (Farooqui dkk., 2012; Hollenber, Lytle, Walji, & Cooley, 2013; Rojas-Cooley & Grant, 2009). PKA yang berkhasiat menyembuhkan jika digunakan tanpa pengawasan ahli juga berisiko menimbulkan efek samping (Jong, Vijver, Busch, Fritsma, & Seldenrijk, 2012; Sirois, 2008).

Alternatif Model Edukasi Pengobatan Terintegrasi

Pada tahun 1990-an fokus permasalahan PKA adalah bagaimana agar pasien terbuka kepada tenaga kesehatan mengenai PKA yang dijalankannya. Akan tetapi hal tersebut berubah dan berkembang karena harapan kepada tenaga kesehatan menjadi lebih tinggi. Mereka diharapkan tidak hanya mengerti, tetapi juga menginformasikan dan mengedukasi pasien tentang efektivitas dan keamanan PKA, merujuk pada praktisi PKA yang terpercaya, dan bahkan pada tingkat tertentu diharapkan tenaga kesehatan profesional juga mampu memberikan layanan PKA (Ben-arye & Visser, 2012). Dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan saat ini harus memiliki pengetahuan dan menerima keberadaan PKA yang terus meningkat jumlah penggunaan dan peminatnya.

Tenaga kesehatan profesional seharusnya dapat memberikan saran kepada pasiennya tentang beragam jenis PKA yang umum digunakan oleh masyarakat. Oleh karena itu pengetahuan tentang PKA penting dimiliki oleh penyedia layanan kesehatan medis (Clark, Will, Moravek, Xu, & Fisseha, 2013). Walau demikian dalam dunia pendidikan kedokteran atau kesehatan, bahkan di negara-negara Asia, banyak yang tidak memasukkan PKA ke dalam kurikulum pendidikan S1 (Lim, Sadarangani, Chan, & Heng, 2005). Maka dari itu tidak mengherankan jika pengetahuan tenaga kesehatan tentang PKA adalah sangat rendah (Awodele, Agbaje, Abiola, Awodele, & Dolapo, 2012; Babar, Syed, Naing, & Hamzah, 2012; Elolemy & AlBedah, 2012; Fearon dalam Smith & Wu, 2012; Lon dkk., 2004; Mendes, Herdeiro, Figueiras, & Pimental, 2010; Schofield, Diggins, Charleson, Marigliani, & Jefford, 2010; Shorofi & Arbon, 2010; Wong, Toh, & Kong, 2010)

Zhang dkk. (dalam Ben-arye & Visser, 2012) menyimpulkan bahwa kurangnya pengetahuan tentang beragam jenis PKA membuat komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan menjadi terhambat. Oleh sebab itu diperlukan pendidikan yang melibatkan multidisiplin untuk menjembatani celah pengetahuan sehingga tenaga kesehatan mampu menyediakan informasi dan saran yang tepat tentang PKA kepada pasiennya (Awodele, Agbaje, Abiola, Awodele, & Dolapo, 2012; Chung dkk., 2011; Dayhew, Wilkinson, & Simpson, 2009; Koc, Topatan, & Saglam, 2012; Leach, 2013; Trail-Mahan, Mao, & Bawel-Brinkley, 2011; Wong, Toh, & Kong, 2010). Berdasarkan beberapa hasil penelitian, para petugas kesehatan setuju mengenai pentingnya pengetahuan tentang PKA dan mau menjadi peserta jika ada pendidikan atau pelatihan tentang hal tersebut. Para petugas kesehatan juga menyarankan agar materi tentang PKA diberikan kepada tenaga kesehatan Puskesmas (Burke, Ginzburg, Collie, Trachtenberg, & Muhammad, 2005; Holroyd, Zhang, Suen, & Xue, 2008; Smith & Wu, 2012).

Pendidikan adalah salah satu variabel yang paling dapat dimodifikasi dalam rangka membuat tenaga kesehatan bisa menerima kehadiran PKA (Ben-arye & Visser, 2012; Chung

dkk., 2011; Hunter, Corcoran, Phelps, & Leeder, 2012). Pendidikan tentang PKA dapat meningkatkan pengetahuan objektif dan sikap profesional tenaga kesehatan (Kolkman, Visser, Vink, & Dekkers, 2011). Hal ini juga dapat memperkuat profesionalitas dan rasa kemanusiaan dengan mendorong tenaga kesehatan untuk mengeksplorasi minat pasien dan melihatnya dari kacamata budaya (Dossett dkk., 2013).

Keakraban dengan pengobatan terintegrasi dan penggunaan PKA merupakan faktor predisposisi utama terhadap sikap positif terhadap pengobatan terintegrasi dan PKA (Jong dkk., 2011). Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa pelatihan dan pendidikan tentang PKA efektif meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan dan membuat sikap mereka terhadap penggunaan PKA dan pengobatan terintegrasi menjadi lebih positif (Araz, Harlak, & Meşe, 2009; Awodele, Agbaje, Abiola, Awodele, & Dolapo, 2012; Ditte, Schulz, Ernst, & Schimid-Ott, 2011; Evans & Evans, 2006; Hanna, Hall, & McKibbin, 2013; Lee-S., Khang, Lee., & Kang, 2012; Shorofi & Arbon, 2010; Vlieger, Vliet, & Jong, 2011; Wong, Toh, & Kong, 2010). Selain itu, tenaga kesehatan yang mendapat pendidikan tentang PKA cenderung mencari informasi tentang PKA dari pusat data penelitian tiga kali lebih sering dibanding tenaga kesehatan yang tidak pernah mendapat pendidikan tentang PKA (Holroyd, Zhang, Suen, & Xue, 2008).

Sejauh ini pendidikan atau pelatihan tentang PKA lebih sering ditujukan kepada dokter, perawat, dan apoteker. Salah satu contoh pelatihan yang efektif adalah yang dilakukan oleh Frenkel, Ben-arye, dan Hermoni (2004) dengan empat materi utama berupa: 1) Beragam jenis PKA dan bukti ilmiah yang mendukung efektivitas jenis-jenis PKA tersebut; 2) Latar belakang tentang kehadiran PKA; 3) Bagaimana PKA dapat diintegrasikan ke dalam layanan pengobatan medis konvensional; dan 4) Cara menjalin komunikasi/interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan. Contoh lainnya adalah dari pelatihan yang diberikan oleh Owen, Lewith, dan Stephens (2001) dengan kisi-kisi: 1) Pengenalan tentang PKA secara umum dan prinsip-prinsip yang digunakan; 2) hipnosis dan herbal; 3) akupuntur dan osteopati; 4) homeopati dan aromaterapi; 5) Kunjungan ke praktisi *chiropractic*; 6) informasi tambahan tentang klinik; 7) pemecahan gangguan klinis menggunakan PKA; dan 8) dilema, tantangan, serta penilaian penggunaan PKA.

Pendidikan atau pelatihan tentang PKA dapat menggunakan beragam metode. Beberapa metode yang telah digunakan adalah pembelajaran berbasis pengalaman (*experiential learning*), ceramah, diskusi terbuka, serta kelompok kerja dengan jumlah anggota terbatas (Allen, Connelly, Morris, Elmer, & Zwickey, 2010). Durasi atau panjangnya waktu pelatihan cukup beragam dari satu penelitian ke penelitian lainnya. Durasi tersebut bisa dari sebuah sesi tunggal selama satu jam (Pierantozzi, Steel, & Seleem, 2013); 16 sesi dengan 90 menit di tiap sesi, (Frenkel, Ben-arye, & Hermoni, 2004); Kursus 20 jam selama lima setengah hari (Allen, Connelly, Morris, Elmer, & Zwickey, 2010); Kursus 30 jam (Evans & Evans, 2006); Kursus delapan setengah hari (Owen, Lewith, & Stephens, 2001); hingga pelatihan selama empat minggu penuh (Dossett dkk., 2013).

KESIMPULAN DAN SARAN

Psikolog klinis adalah lulusan pendidikan profesi yang berkaitan dengan praktik psikologi dan memiliki latar belakang pendidikan memadai dan sejak tahun 2008 telah diakui sebagai sebuah profesi melalui peraturan menteri negara pendayagunaan aparatur negara nomor PER/11/M.PAN/5/2008. Jumlah psikolog klinis yang jauh dari ideal dibanding dengan jumlah penduduk Indonesia menjadi sebuah tantangan tersendiri. Salah satu usaha yang dapat dikembangkan untuk menjawab tantangan tersebut adalah memanfaatkan potensi pengobatan komplementer-alternatif (PKA).

PKA telah dikenal lebih dari 30 tahun di negara-negara berkembang dan mulai meningkat penggunaannya di negara-negara maju belakangan ini. Di Indonesia sendiri PKA

sudah sejak lama digunakan oleh masyarakat. Potensi PKA dapat digunakan oleh psikolog klinis ketika memberikan layanan kepada kliennya karena berbagai penelitian ilmiah telah menunjukkan efektivitas PKA dalam meningkatkan kesehatan mental individu. Psikolog klinis, khususnya yang bergerak di layanan kesehatan primer, tidak dapat menutup mata apalagi menolak penggunaan PKA karena pada kenyataannya fenomena tersebut terjadi di masyarakat.

Berbagai keputusan dan peraturan menteri kesehatan telah dikeluarkan untuk meregulasi tata laksana PKA dan juga integrasinya dalam layanan kesehatan konvensional. Hal tersebut juga bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam memanfaatkan potensi PKA, psikolog klinis tidak dapat melakukannya sendiri karena perlu bersinergi dengan profesi kesehatan lainnya sehingga tercipta layanan kesehatan yang terintegrasi. Seorang psikolog klinis yang menjadi bagian dari profesi kesehatan harus selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya. Peningkatan tersebut penting dilakukan terkait dengan layanan yang diberikan kepada masyarakat dan juga ilmu pengetahuan yang berkembang pesat.

Pengetahuan yang rendah tentang beragam jenis PKA membuat komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan menjadi terhambat. Oleh sebab itu diperlukan pendidikan multidisiplin untuk menjembatani celah pengetahuan sehingga psikolog klinis mampu menyediakan informasi dan saran yang tepat tentang PKA kepada pasiennya. Pendidikan adalah salah satu variabel yang paling dapat dimodifikasi dalam rangka membuat tenaga kesehatan, termasuk psikolog klinis, bisa menerima kehadiran PKA. Melalui pendidikan tentang PKA, diharapkan pengetahuan objektif dan sikap profesional psikolog klinis dapat meningkat. Materi dan durasi pendidikan atau pelatihan tentang PKA untuk psikolog klinis dapat dimodifikasi dari penelitian terdahulu yang telah dirangkum oleh penulis.

DAFTAR PUSTAKA

- Allen, E.S., Connelly, E.N., Morris, C.D., Elmer, P.J., & Zwickey, H. (2010). A Train The Trainer Model for Integrating Evidence-Based Medicine into a Complementary and Alternative Medicine Training Program. *EXPLORE*, 7 (2), 88-93.
- Ang, S.C. & Wilkinson, J.M. (2013). A preliminary study of complementary and alternative medicine (CAM) practitioners in Singapore. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 42—49.
- Araz, A. Harlak, H., & Meşe, G. (2009). Factors related to regular use of complementary/alternative medicine in Turkey. *Complementary Therapies in Medicine*, 17, 309—315.
- Awodele, O., Agbaje, E.O., Abiola, O.O., Awodele, D.F., & Dolapo, D.C. (2012). Doctors' attitudes towards the use of herbal medicine in Lagos, Nigeria. *Journal of Herbal Medicine*, 2, 16—22.
- Babar, M.G., Syed, S.H., Naing, C.M., & Hamzah, N.H.B. (2012). Perceptions and self-use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) among Malaysian dental students. *European Journal of Integrative Medicine*, 4, e63—e69.
- Ben-arye, E. & Visser, A. (2012). The role of health care communication in the development of complementary and integrative medicine. *Patient Education and Counseling*, 89, 363—367.
- Ben-arye, E., Frenkel, M., Klein, A., & Scharf, M. (2008). Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: Perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Education and Counseling*, 70, 395—402.

- Ben-arye, E., Shapira, C., Keshet, Y., Hogerat, I., & Karkabi, K. (2009). Attitudes of Arab-Muslims toward integration of complementary medicine in primary-care clinics in Israel: the Bedouin mystery. *Ethnicity & Health, 14* (4), 379-291.
- Burke, A., Ginzburg, K., Collie, K., Trachtenberg, D., & Muhammad, M. (2005). Exploring the Role of Complementary and Alternative Medicine in Public Health Practice and Training. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11* (5), 931-936.
- Chung, V.C.H., Sheila Hillier, S., Lau, C.H., Wong, S.Y.S, Yeoh, E.K., & Griffiths, S.M. (2011). Referral to and attitude towards traditional Chinese medicine amongst western medical doctors in postcolonial Hong Kong. *Social Science & Medicine, 72*, 247-255.
- Clark, N.A., Will, M.A., Moravek, M.B., Xu, X., & Fisseha, S. (2013). Physician and patient use of and attitudes toward complementary and alternative medicine in the treatment of infertility. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 122* , 253–257.
- Dayhew, M., Wilkinson, J.M., & Simpson, M.D. (2009). Complementary and alternative medicine and the search for knowledge by conventional health care practitioners. *Contemporary Nurse, 33* (1), 41–49.
- Ditte, D., Schulz, W., Ernst, G., & Schimid-Ott, G. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine among medical and psychology students. *Psychology, Health & Medicine, 16* (2), 225-237.
- Dossett, M.L., Kohatsu, W., Nunley, W., Mehta, D., Davis, R.B., Phillips, R.S., & Yeh, G. (2013). A Medical Student Elective Promoting Humanism, Communication Skills, Complementary and Alternative Medicine and Physician Self-Care: An Evaluation of the Heart Program. *EXPLORE, 9* (5), 292-298.
- Elolemy, A.T. & AlBedah, A.M.N. (2012). Public Knowledge, Attitude and Practice of Complementary and Alternative Medicine in Riyadh Region, Saudi Arabia. *Oman Medical Journal, 27* (1), 20-26.
- Evans, E. & Evans, J. (2006). Changes in Pharmacy Students' Attitudes and Perceptions Toward Complementary and Alternative Medicine After Completion of a Required Course. *American Journal of Pharmaceutical Education, 70* (5), 1-7.
- Evenden, C.K. (2008). *Clients' Experience of The Simultaneous Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Psychotherapy: Toward an Integrative Psychological Healing Process*. San Fransisco: California Institute of Integral Studies.
- Fang, L. (2005). *A Cross-Sectional Study of Socio-Cultural and Health Determinants of Complementary and Alternative Medicine Use by Chinese Patients with Mental Health Needs in an Urban Primary Care Setting*. United State: Columbia University.
- Farooqui, M., Hassali, M.A., Shatar, A.K.A., Shafie, A.A., Seang, T.B., & Farooqui, M.A. (2012). Complementary and Alternative Medicine (CAM) use by Malaysian oncology patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 18*, 114-120.
- Frenkel, M. & Ben-arye, E. (2008). Referring to complementary and alternative medicine—A possible tool for implementation. *Complementary Therapies in Medicine, 16*, 325—330.
- Frenkel, M., Ben-arye, E., & Hermoni, D. (2004). An approach to educating family practice residents and family physicians about complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine, 12*, 118—125.
- Frenkel, M., Ben-arye, E., Carlson, C., & Sierpina, V. (2008). Integrating Complementary and Alternative Medicine into Conventional Primary Care: The Patient Perspective. *EXPLORE, 4* (3), 178-186.
- Grace, S. & Higgs, J. (2010). Integrative Medicine: Enhancing Quality in Primary Health Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 16* (9), 945-950.
- Hall, H.G., Griffiths, D.L., & McKenna, L.G. (2012). Complementary and alternative medicine in midwifery practice: Managing the conflicts. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 18*, 246-251.

- Hanna, L., Hall, M., & McKibbin, K. (2013). Pharmacy students' knowledge, attitudes, and use of complementary and alternative medicines. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 5, 518–525.
- HIMPSI. (2010). *Kode Etik Psikologi Indonesia*. Jakarta: Himpunan Psikologi Indonesia.
- Hollenber, D., Lytle, M., Walji, R., & Cooley, K. (2013). Addressing provider shortage in underserved areas: The role of traditional, complementary and alternative medicine (TCAM) providers in Canadian rural healthcare. *European Journal of Integrative Medicine*, 5, 15–26.
- Holroyd, E., Zhang, A.L., Suen, L.K.P., & Xue, C.C.L. (2008). Beliefs and attitudes towards complementary medicine among registered nurses in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1660–1666.
- Hsu, M., Moyle, W., Creedy, D., Venturato, L., Ouyang, W., & Sun, G. (2010). Attitudes toward and education about complementary and alternative medicine among adult patients with depression in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 988–997.
- Hunter, J., Corcoran, K., Phelps, K., & Leeder, S. (2012). The Integrative Medicine Team—Is Biomedical Dominance Inevitable? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (12), 1127–1132.
- Jauhari, A.H., Utami, M.S., Padmawati, R.S. (2008). Motivation and Trust of Patients in Seeking Medication to Sinshe. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 24 (1), 1–7.
- Jong, M.C., Hofstede, A.M., Schats, W., Meijer, J.E.M., Koolen, R., & Rosentiel, I.A. (2011). Attitudes towards integrative medicine among healthcare professionals in the Netherlands. *European Journal of Integrative Medicine*, 3, e209–e217.
- Jong, M.C., Vijver, L., Busch, M., Fritsma, J., & Seldenrijk, R. (2012). Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Education and Counseling*, 89, 417–422.
- KEMENKES RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Koc, Z., Topatan, S., & Saglam, Z. (2012). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among midwives in Turkey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 160, 131–136.
- Kolkman, E., Visser, A., Vink, A., & Dekkers, W. (2011). CAM-education in the medical curriculum: Attitude towards and knowledge of CAM among Dutch medical students. *European Journal of Integrative Medicine*, 3, 17–22.
- Kutch, M.D. (2010). *Cost-Effectiveness Analysis of Complementary and Alternative Medicine in Treating Mental Health Disorders* (Unpublished Doctor's thesis). North Carolina State University, Raleigh.
- Leach, M.J. (2013). Profile of the complementary and alternative medicine workforce across Australia, New Zealand, Canada, United States and United Kingdom. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 364–378.
- Lee-S., Khang, Y., Lee., M., & Kang. W. (2002). Knowledge of, Attitudes Toward, and Experience of Complementary and Alternative Medicine in Western Medicine- and Oriental Medicine-Trained Physicians in Korea. *American Journal of Public Health*, 92 (12), 1994–2000.
- Lim, M.K., Sadarangani, P., Chan, H.L., & Heng, J.Y. (2005). Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. *Complementary Therapies in Medicine*, 13, 16–24.
- Lon, E.K.L., Lee., K., Tse, H.M., Lam, L.N., Tam, K.C., Chu, K.M., Lee, V., Lau, C., & Leung, T.F. (2004). A survey of attitudes to Traditional Chinese Medicine in Hong Kong pharmacy students. *Complementary Therapies in Medicine*, 12, 51–56.

- Mendes, E., Herdeiro, M.T., Figueiras, A., & Pimental, F. (2010). Portuguese physicians' attitudes towards the use of herbal complementary and alternative medicines in oncology. *European Journal of Integrative Medicine*, 2, 217-265.
- Owen, D.K., Lewith, G., & Stephens, C.R. (2001). Can Doctors Respond To Patients' Increasing Interest In Complementary And Alternative Medicine? *British Medical Journal*, 322 (7279), 154-157.
- Pierantozzi, A.M., Steel, A., & Seleem, M. (2013). Integrating complementary and alternative medicine into medical intern teaching: Preliminary findings from an Australian Hospital. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 237-242.
- Prawitasari, J.E. (2011). *Psikologi klinis: pengantar terapan mikro & makro*. Jakarta: Erlangga.
- Purwaningsih, E.H. (2013). Jamu, Obat Tradisional Asli Indonesia: Pasang Surut Pemanfaatannya di Indonesia. *eJKI*, 1 (2), 85-89.
- Rachman, F. Pengobatan Alternatif? *Gema JAMSOSTEK*, 5, 23-24.
- Rojas-Cooley, M.T. & Grant, M. (2009). Complementary and Alternative Medicine: Oncology Nurses' Knowledge and Attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 36 (2), 217-224.
- Samuels, N., Zisk-Rony, R.Y., Many, A., Ben-Shitrit-G., Erez, O., Mankuta, D., Rabinowitz, R., Lavie, O., Shuval, J.T., & Oberbaum, M. (2013). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among obstetricians in Israel. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121, 132–136.
- Samuels, N., Zisk-Rony, R.Y., Singer, S.R., Dulitzky, M., Mankuta, D., Shuval, J.T., & Oberbaum, M. (2010). Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse-midwives in Israel. *Am J Obstet Gynecol*, 203 (341).e1-7.
- Schofield, P., Diggins, J., Charleson, C., Marigliani, R., & Jefford, M. (2010). Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: Communication recommendations for clinicians. *Patient Education and Counseling*, 79, 143–151.
- Seo, H., Baek, S., Kim, S.G., Kim, T., & Choi, S.M. (2013). Prevalence of complementary and alternative medicine use in a community-based population in South Korea: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 260—271.
- Shorofi, S.A. & Arbon, P. (2010). Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16, 229-234.
- Sirois, F.M. (2008). Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complementary Therapies in Medicine*, 16, 73—80.
- Smith, G.D. & Wu, S.C. (2012). Nurses' beliefs, experiences and practice regarding complementary and alternative medicine in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2659–2667.
- Song, H., You, G., Reisinger, Y., Lee, C., & Lee, S. (2014). Behavioral intention of visitors to an Oriental medicine festival: An extended model of goal directed behavior. *Tourism Management* 42 , 101-113.
- Templeman, K. & Robinson, A. (2011). Integrative medicine models in contemporary primary health care. *Complementary Therapies in Medicine*, 19, 84—92.
- Trail-Mahan, T., Mao, C., & Bawel-Brinkley, K. (2011). Complimentary and Alternative Medicine: Nursing Attitudes and Knowledge. *Pain Management Nursing*, 12 (2), e1-e11.
- Vlieger, A.M., Vliet, M., & Jong, M.C. (2011). Attitudes toward complementary and alternative medicine: a national survey among paediatricians in the Netherlands. *Eur J Pediatr*, 170, 619–624.

- Wilson, L.M., White, K.M., & Obst, P. (2011). An Examination of the Psychologists' Attitudes Towards Complementary and Alternative Therapies Scale Within a Practitioner Sample. *Australian Psychologist*, *46*, 237–244.
- Wilson, L.M., White, K.M., & Obst, P. (2011). An Examination of the Psychologists' Attitudes Towards Complementary and Alternative Therapies Scale Within a Practitioner Sample. *Australian Psychologist*, *46*, 237–244.
- Wong, L.P., Tan, H.M., Low, W.Y., & Ng, C.J. (2008). Traditional and complementary medicine (T/CM) in the treatment of erection difficulties – experience from the Asian Men's Attitudes To Life Events and Sexuality (MALES) study. *JMH*, *5* (4), 356-365.
- Wong, L.Y., Toh, M.P.H.S., & Kong, K.K. (2010). Barriers to patient referral for Complementary and Alternative Medicines and its implications on interventions. *Complementary Therapies in Medicine*, *18*, 135—142.

Internet

- Agung. (2011). *Psikolog di Puskesmas, Solusi Kesehatan Jiwa di Indonesia*. Diunduh dari <http://www.ugm.ac.id/id/post/page?id=4055> pada tanggal 14 Februari 2014.