

BIMBINGAN KONSELING

Kesehatan Mental di Sekolah

Pemahaman tentang pengembangan profesionalitas konselor atau guru bimbingan dan konseling merupakan hal yang sangat diperlukan, mengingat kedudukan konselor atau guru bimbingan dan konseling merupakan pendidik profesional yang bertugas memberikan layanan ahli dalam bimbingan dan konseling. Bentuk layanan ahli tersebut harus dilandasi oleh penguasaan kompetensi akademik dan kompetensi profesional konselor atau guru bimbingan dan konseling.

Untuk mencapai profesionalitas tersebut, maka paradigma pembahasan yang digunakan dalam buku ini mengacu pada pandangan psikologi positif yang memandang manusia dari perspektif kelebihannya, bukan dari kekurangannya. Selain uraian tentang kesehatan mental, buku ini menjelaskan pula kondisi kesehatan dan berbagai intervensi yang harus dilakukan oleh konselor atau guru bimbingan dan konseling dengan perspektif psikologi positif dan bimbingan konseling komprehensif.

Dr. Dede Rahmat Hidayat, M.Psi.
Herdi, M.Pd.

Kesehatan mental dalam konteks sekolah akan membahas mengenai kondisi peserta didik dan kaitannya dengan kelangsungan sekolah. Setidaknya ada empat bidang bimbingan yang ada di sekolah, yaitu bidang pribadi, sosial, belajar dan karier. Dari keempat bidang tersebut yang sangat terkait erat dengan kesehatan mental adalah bidang pribadi dan sosial.

BIMBINGAN KONSELING

Kesehatan Mental di Sekolah

Dr. Dede Rahmat Hidayat, M.Psi. - Herdi, M.Pd.

ISBN 978-979-692-132-4



9 789796 921324



Dr. Dede Rahmat Hidayat, M.Psi.
Herdi, M.Pd.

BIMBINGAN KONSELING

Kesehatan Mental di Sekolah



BIMBINGAN KONSELING

Kesehatan Mental di Sekolah

RR.PK00221-01-2013

Penulis Dr. Dede Rahmat Hidayat, M.Psi. dan Herdi, M.Pd.
Editor Engkus Kuswandi
Desainer sampul Guyun Slamet
Layout Beni Subarna

Diterbitkan oleh **PT REMAJA ROSDAKARYA**

Jln. Ibu Inggit Garnasih No. 40
Bandung 40252
Tlp. (022) 5200287
Fax. (022) 5202529
e-mail: rosdakarya@rosda.co.id
www.rosda.co.id

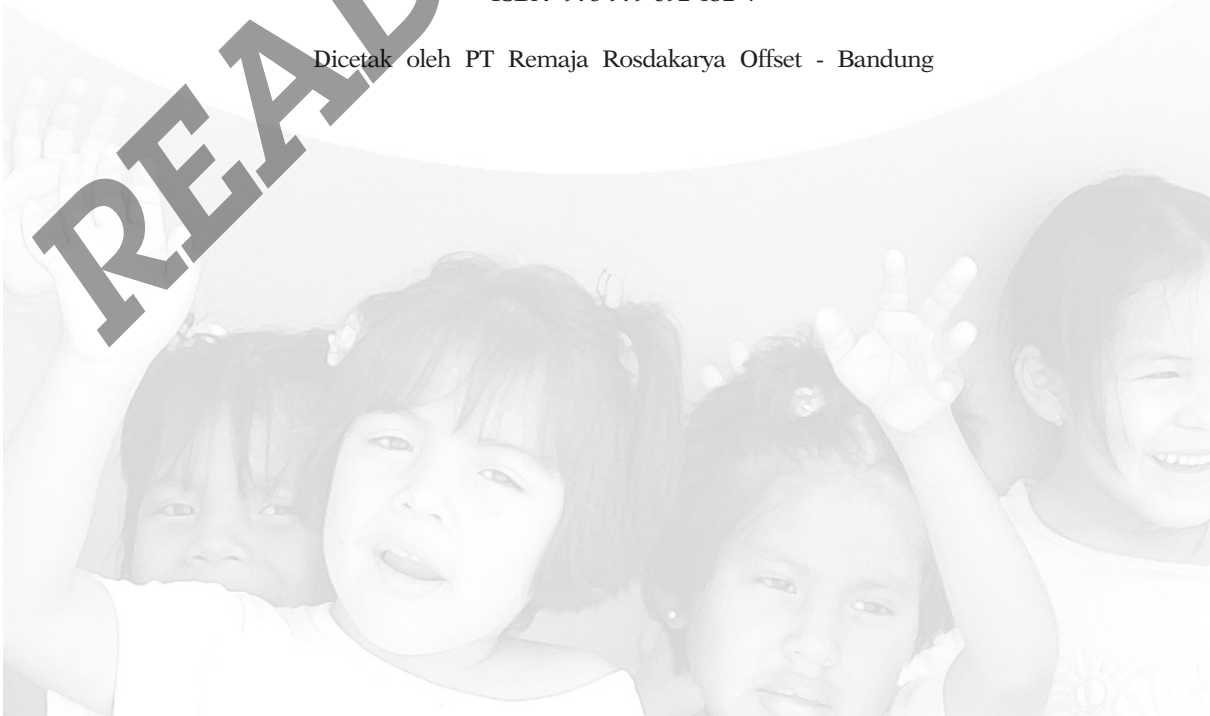
Anggota Ikapi

Cetakan pertama, Januari 2013


Hak cipta dilindungi undang-undang pada Penulis

ISBN 978-979-692-132-4

Dicetak oleh PT Remaja Rosdakarya Offset - Bandung



KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah, penyusunan buku bahan ajar kesehatan mental ini dapat diselesaikan. Proses penyusunan buku ini berjalan secara perlahan tapi pasti, karena di sela-sela kesibukan mengajar dan melakukan penelitian, kami berusaha untuk terus menyempatkan menulis.

Pembahasan buku ini menyangkut berbagai isu mengenai kesehatan mental dalam konteks sekolah. Kami sengaja membatasi hanya area sekolah, hal ini terkait erat dengan peran guru bimbingan dan konseling dalam meningkatkan kesehatan mental peserta didik serta identifikasi dan penanganan dini gangguan kesehatan mental di sekolah.

Sekolah sebagai lembaga yang memiliki struktur yang jelas dan terbatas ternyata tidak terbebas dari isu mengenai masalah kesehatan termasuk kesehatan mental. Berbagai kasus mengenai adanya perilaku-perilaku tidak normatif, asusila dan kriminal belakangan dilakukan juga oleh anak-anak usia sekolah yang notabene merupakan pelajar yang sedang dalam proses tumbuh kembang dan sedang terlibat dalam kegiatan belajar.

Perbedaan buku ini dengan buku sejenis terletak pada penekanan mengenai kesehatan mental, bukan hanya membahas kesakitan mental, sehingga dalam beberapa bab dari buku ini, pembahasan mengenai *wellbeing* atau *wellness* yang merupakan kondisi mental yang sehat mendapat porsi yang tersendiri. Demikian juga dengan model atau karakteristik orang yang memiliki kepribadian yang sehat dijelaskan secara tersendiri. Sementara bentuk-bentuk gangguan kesehatan mental, artinya bentuk kesakitan juga dibahas, walaupun dengan pembahasan yang lebih terbatas, terutama yang berhubungan langsung dengan kegiatan pembelajaran yang banyak menghinggapi peserta didik. Buku ini juga berusaha menampilkan langkah praktis dalam penanganan dini gangguan kesehatan mental.

Akhir kata semoga buku ini berguna untuk semua pihak yang terkait dengan sekolah dan pendidikan anak-anak. Terimakasih kami sampaikan kepada mahasiswa-mahasiswa yang terlibat dalam penulisan dan pembahasan buku ini, yaitu Daeri, Dewinta dan Dini. Bantuan dan diskusinya sangat membantu penyelesaian buku ini.

Jakarta, Januari 2013

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar__iii

Pendahuluan__ix

BAB 1 Sejarah Singkat Perkembangan Kesehatan Mental_1

- A. Perkembangan Kesehatan Mental Zaman Pra-Ilmiah__1
- B. Perkembangan Kesehatan Mental Zaman Ilmiah__14
- C. Kesimpulan__25
- D. Pertanyaan untuk Latihan dan Refleksi__25

BAB 2 Konsep Dasar Kesehatan Mental_27

- A. Definisi Kesehatan Mental__28
- B. Ruang Lingkup Kesehatan Mental__34
- C. Kesimpulan__53
- D. Pertanyaan untuk Latihan dan Refleksi__54

BAB 3 Karakteristik Mental yang Sehat_55

- A. Manusia dengan Kesehatan Mental yang Baik__55
- B. Kesimpulan__82
- C. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi__83

BAB 4	Wellness dan Well-Being sebagai Konsep Kesehatan Mental Perspektif Multidimensional	85
	A. Definisi dan Karakteristik <i>Wellness</i>	86
	B. Definisi dan Karakteristik <i>Well-Being</i>	91
	C. Kesimpulan	92
	D. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi	93
BAB 5	Gangguan Kesehatan Mental di Sekolah	95
	A. Mental <i>Hygiene</i> di Sekolah	98
	B. Bentuk-Bentuk Gangguan Kesehatan Mental di Sekolah	103
	C. Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Anak	108
	D. Cara Mendiagnosis Gangguan Kesehatan Mental pada Anak	109
	E. Penanganan Gangguan Kesehatan Mental pada Anak	109
	F. Kesimpulan	110
	G. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi	111
BAB 6	Profesi Konselor Sekolah	113
	A. Konselor sebagai Profesi	114
	B. Wilayah Kerja Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor	121
	C. Tugas-Tugas Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor	123
	D. Etika Profesi Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor	124
	E. Isu-Isu Etika Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor	125
	F. Kesimpulan	127
	G. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi	128
Bab 7	Program Bimbingan Konseling Komprehensif untuk Meningkatkan Kesehatan Mental di Sekolah	129
	A. Model Bimbingan dan Konseling Komprehensif	130
	B. Kesimpulan	137
	C. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi	138
BAB 8	Kolaborasi, Konsultasi, dan Referral	139
	A. Definisi Kolaborasi, Konsultasi dan <i>Referral</i>	139
	B. Pihak-Pihak dalam Kolaborasi, Konsultasi, dan <i>Referral</i>	141
	C. Konselor sebagai Konsultan	159

D. Penelitian dalam Bidang Kolaborasi, Konsultasi dan
*Referral*__172

E. Kesimpulan__175

F. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi__176

Daftar Pustaka__177


Lampiran__181

Tentang Penulis__189

READING COPY

READING COPY

PENDAHULUAN



Kesehatan mental dalam konteks sekolah akan membahas mengenai kondisi peserta didik dan kaitannya dengan kehidupan sekolah. Setidaknya ada empat bidang bimbingan yang ada di sekolah, yaitu bidang pribadi, sosial, belajar dan karir. Dari keempat bidang tersebut, yang sangat terkait erat dengan kesehatan mental adalah bidang pribadi dan sosial. Orang yang sehat akan memiliki kesesuaian dengan diri dan lingkungannya.

Pembahasan kesehatan mental selayaknya berfokus kepada kondisi yang sehat secara psikologis, bukan tentang “kesakitan mental”. Hal ini bermakna bahwa kondisi sehat adalah kondisi berfungsi sepenuhnya, bukan hanya terbebas dari segala bentuk gangguan. Analoginya, apabila orang normal memiliki dua kaki, maka yang dimaksud sehat bukan hanya bisa berjalan, tetapi bisa berlari. Hal ini berarti bahwa orang normal bisa menggunakan kedua kakinya dengan maksimal.

Paradigma yang digunakan dalam buku ini mengacu kepada pandangan psikologi positif yang memandang manusia dari perspektif kelebihanannya, bukan dari kekurangannya. Pandangan ini memiliki


kesesuaian dengan perspektif “bimbingan dan konseling komprehensif” yang menekankan kepada optimasi potensi manusia sehingga dapat mencapai kemandirian.

Pengaruh dari pandangan di atas pada implementasi intervensi terhadap peningkatan kesehatan mental di sekolah adalah penekanan aspek bimbingan yang lebih besar daripada konseling. Intervensi yang dilakukan bukan untuk meminimalisasi atau mengentaskan defisit yang dialami oleh peserta didik, tetapi memberikan dukungan ke arah kondisi yang lebih baik.

Buku ini terdiri dari 8 bab yang menjelaskan secara lengkap mengenai kondisi kesehatan dan berbagai intervensi yang harus dilakukan. Adapun struktur penulisan buku ini dibuat dengan sistematis. *Bagian pertama*, membahas mengenai pendahuluan yang memberikan penjelasan awal mengenai keseluruhan isi buku. *Bagian kedua*, membahas tentang sejarah singkat pengembangan kesehatan mental, konsep dasar kesehatan mental, karakteristik mental yang sehat, berbagai gangguan kesehatan mental di sekolah, faktor penyebab, bentuk gangguan yang terjadi, gejala yang muncul dan dampaknya, serta asesmen kesehatan mental. *Bagian ketiga*, menjelaskan teknis penanganan masalah kesehatan mental dalam perspektif Bimbingan Konseling (BK) komprehensif. Pembahasannya meliputi profesi konselor sekolah, asesmen kesehatan mental, pengembangan program BK komprehensif, strategi intervensi yang dipilih, baik preventif, kuratif, maupun *developmental*. *Bagian terakhir*, membahas tentang konsultasi, kolaborasi, dan alih tangan kasus (*referral*) kepada ahli lainnya.

BAB 1

SEJARAH SINGKAT PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL



Penyakit mental sama usianya dengan manusia. Meskipun secara mental belum maju, nenek moyang *homo sapiens* (manusia modern) pada zaman dahulu juga telah mengalami gangguan-gangguan mental seperti halnya dengan *homo sapiens* sendiri. Mereka takut akan predator atau binatang buas, mereka juga mengalami berbagai kecelakaan dan demam yang merusak mental. Pada awalnya, penjelasan mengenai penyakit mental ini sangat sederhana. Manusia dahulu menghubungkan kekalutan mental ini dengan gejala-gejala alam, pengaruh buruk orang lain atau pengaruh roh-roh jahat.

A. Perkembangan Kesehatan Mental Zaman Pra-Ilmiah

Perkembangan kesehatan mental dapat ditelusuri sejak dari zaman purba hingga zaman *renaissance*.

1. Zaman Purba

Seperti halnya manusia zaman sekarang, manusia purba juga sering mengalami berbagai bentuk gangguan, baik fisik maupun mental. Tetapi manusia purba memandang dan merawat penyakit mental sama seperti penyakit fisik lainnya. Bagi mereka, gigi yang sakit sama saja dengan penyakit gila (yang berbicara tidak karuan), karena disebabkan oleh mantra musuh. Walaupun tidak ada cara untuk mengetahui dengan pasti seperti apa penyakit mental pada manusia purban, namun faktor-faktor baik dari dalam (misalnya kekhawatiran terhadap sejumlah besar predator di lingkungan sekitarnya) maupun dari luar atau dari lingkungan (cuaca buruk, hilangnya binatang yang bisa dimakan, tidak munculnya buah-buahan pada musim semi) memiliki peranan penting terhadap penyakit mental dari manusia purba.

Para pendahulu psikolog dan psikiater adalah para dukun-dukun (ada kebutuhan, maka akan selalu ada yang mengisinya) yang biasanya adalah para cendekiawan dalam kelompok masyarakat. Perawatan yang digunakan antara penyakit mental dan fisik pun cenderung sama, seperti menggosok, menjilat, mengisap, memotong dan membalut, atau menggunakan salep, mantra, obat keras dan sihir atau cara lain yang mungkin terpikirkan oleh kawan, pemimpin atau dirinya sendiri. Namun para dukun dan pemimpin kelompok juga benar-benar akan menyingkirkan para pasien penyakit mental apabila penyakit mereka merugikan kelompok.

2. Peradaban-Peradaban Awal

Dalam semua peradaban awal yang kita kenal di Mesopotamia, Mesir, Yahudi, India, Cina, dan benua Amerika, imam-imam dan tukang-tukang sihir adalah perawat orang-orang yang sakit mental. Di antara semua peradaban sepanjang zaman kuno tersebut (dari 5000 tahun SM sampai 500 tahun M), penyakit mental mulai menjadi hal yang umum.

a. Babilonia dan Ninive (Mesopotamia)

Orang yang pertama terjun dalam ilmu kedokteran adalah para imam. Penyakit mental dihubungkan dengan setan-setan, dan

pengobatan atau perawatannya dilakukan dengan upacara-upacara agama dan upacara-upacara magis supaya setan keluar dari tubuh si pasien. Orang-orang Babilonia adalah orang-orang pertama yang menyelidiki riwayat hidup penderita penyakit dan mengkodifikasikan pertanggungjawaban dokter terhadap pasien, serta memajukan ilmu kedokteran masyarakat.

b. Mesir

Meskipun coraknya magis dan berhubungan dengan agama serta dewa-dewa yang ditetapkan untuk melindungi kesehatan, namun ilmu kedokteran Mesir sudah cukup maju dan sangat rasional dalam beberapa hal. Orang Mesir memiliki sekolah kedokteran di kuil Imhotep. Di kuil tersebut terdapat sebuah rumah sakit, dikembangkan terapi untuk pasien dalam bentuk rekreasi dan pekerjaan, serta diterapkan semacam psikoterapi yang serupa dengan beberapa pendekatan yang sangat modern untuk mengobati penyakit mental.

c. Yahudi

Perawatan penyakit mental yang dilakukan orang-orang Yahudi serupa dengan yang terdapat di Mesir dan Mesopotamia. Sumber-sumber Alkitab menunjukkan bahwa orang-orang Yahudi mengartikan penyakit mental sebagai hukuman dari Allah, dan perawatannya hanya dengan cara bertobat kepada-Nya. Pada tahun 490 M, ada sebuah rumah sakit di Yerusalem yang didirikan semata-mata untuk para pasien yang sakit mental.

d. Persia

Setan-setan dipersalahkan karena menyebabkan penyakit-penyakit mental dan segala penyakit lain. Para dokter yang sekaligus imam di Persia berpendapat bahwa 99999 penyakit yang menimbulkan penderitaan pada manusia, semuanya disebabkan oleh setan-setan. Kekuatan tubuh atau fisik yang mencari kenikmatan adalah jahat. Mental yang baik atau kekuatan psikis/jiwa selalu mencari kesucian, kebajikan, dan kebaikan hati. Dengan demikian, seluruh penekanan ilmu kedokteran mereka terletak pada cara-cara yang bersifat magis dan keagamaan.

e. Cina, India dan Timur Jauh

Dalam pandangan orang-orang Cina, gangguan mental dilihat sebagai penyakit dan dianggap sebagai gangguan proses alam atau ketidakseimbangan antara *Yin* dan *Yang* (Kao, 1979). Untuk orang-orang Cina, *Yin* dan *Yang* adalah dua kekuatan dalam alam semesta, baik dan buruk, pria dan wanita, gelap dan terang, positif dan negatif.

Fungsi normal dan sehat membutuhkan keseimbangan antara kekuatan-kekuatan ini, yang dicapai dengan mengikuti cara-cara yang ditetapkan oleh alam dan masyarakat, serta bersikap sederhana dalam pikiran dan perbuatan.

Berdampingan dengan pendekatan ketidakseimbangan fisik, terdapat juga suatu pandangan lain yang mengemukakan bahwa gangguan mental juga disebabkan oleh kekuatan-kekuatan supernatural. Kepercayaan terhadap kerasukan roh termuat juga dalam pandangan bahwa gangguan mental disebabkan oleh roh-roh nenek moyang, oleh jiwa yang marah atau tidak tenang. Korban mungkin diperlakukan secara khusus, dan keluarga atau masyarakat cukup sabar meminta pertolongan kepada dukun-dukun dan para ahli obat tradisional. Tetapi apabila gangguan disebabkan oleh perbuatan-perbuatan berdosa, maka para penderita dan keluarga mungkin dihukum dan diharapkan mereka melakukan pemulihan terhadap perbuatan-perbuatan yang salah tersebut.

Demikian juga orang-orang Hindu memiliki kekuatan baik dan jahat. Kekuatan baik disebut *Vishnu*, dan berperang melawan kekuatan jahat disebut *Shiva*. Mungkin perhatian utama pada ilmu kedokteran awal di India yang terdapat dalam beberapa praktek *Budhisme* merupakan hal yang penting untuk penyelidikan kesehatan mental.

Peradaban-peradaban awal di Timur Jauh dan yang terletak agak ke Barat, yakni sekitar Laut Tengah, dan yang terdapat di Benua Amerika selama zaman orang-orang Inca dan Aztec mempunyai ciri-ciri yang sama berkenaan dengan penyakit dan kesehatan mental. Perawatan yang dilakukan tidak hanya berupa mantra, upacara-upacara keagamaan, dan upacara-upacara magis lainnya, tetapi juga berupa obat-obatan, terapi-terapi seperti rekreasi, bekerja, dan hiburan.

f. Afrika

Pada abad-abad masa lampau, masyarakat Afrika berpendapat bahwa gangguan-gangguan fisik dan mental disebabkan oleh musuh-musuh, roh-roh jahat, atau dalam beberapa kasus oleh nenek moyang yang marah. Karena kepercayaan mereka bermacam-macam, maka mereka mencari pengobatan bermacam-macam juga. Meskipun demikian, kebanyakan masyarakat Afrika dewasa ini dan dalam masa lampau memiliki 2 sikap terhadap kesehatan mental dan penyakit mental. *Pertama*, mereka tidak terlalu menganggap jelek terhadap gangguan-gangguan mental dan mereka relative sabar terhadap anggota-anggota masyarakat yang kalut. *Kedua*, mereka sangat menghargai para ahli obat tradisional yang memegang fungsi penting dalam merawat orang-orang yang mengalami gangguan mental dan fisik.

g. Yunani

Sampai sejarah modern belakangan ini, sumbangan-sumbangan yang besar terhadap kesehatan fisik dan mental manusia adalah berasal dari orang-orang Yunani. Di Yunani, ilmu kedokteran mulai memisahkan diri dari dominasi agama. Beberapa orang Yunani yang terkenal di bidang kesehatan mental dapat disebutkan di bawah ini:

1) *Phytagoras (500 SM)*

Sebelum tahun 500 SM, para dokter yang juga imam telah memberikan saran untuk diet, pijat, rekreasi, resep, mantra-mantra dan sesajian secara teratur. Tetapi dalam semua perawatan, motif utama adalah memenuhi keinginan roh-roh baik atau roh-roh jahat. Pythagoras merupakan orang pertama yang memberikan penjelasan alamiah terhadap penyakit mental. Ia melihat otak sebagai pusat inteligensi, dan penyakit mental disebabkan oleh gangguan otak.

2) *Hippokrates (460-377 SM)*

Ia adalah dokter yang terkemuka di zamannya, bahkan sampai zaman sekarang. Ia disebut sebagai "Bapak Ilmu Kedokteran". Usaha pertama untuk menjelaskan tingkah laku abnormal sebagai sesuatu yang disebabkan oleh penyebab natural dan bukan oleh penyebab supernatural adalah karya dari Hippokrates. Ia berpendapat bahwa gangguan otak adalah penyebab dari gangguan mental. Ia menekankan bahwa perawatan harus bersifat fisik dan mendorong

supaya pasien mandi, melakukan diet khusus, mengeluarkan darah, dan menggunakan obat-obatan.

Menurut Hippokrates, tingkah laku individu dikuasai oleh empat macam cairan (humor), yakni empedu hitam (berisi cairan basah), empedu kuning (berisi cairan kering), phlegma (berisi cairan dingin), dan sanguis (berisi cairan panas). Hippokrates menyebutkan bahwa terjadinya gangguan mental disebabkan jumlah cairan dalam tubuh manusia tidak seimbang. Dalam arti tertentu, dialah yang menemukan cara-cara pengobatan yang masih dipakai oleh ilmu kedokteran modern. Penyakit mental harus dirawat secara manusiawi dan diselidiki dengan baik, penyakit-penyakit tertentu dapat disembuhkan dengan menggunakan obat-obat khusus, dan otak merupakan pusat kegiatan intelektual.

3) *Plato (429-347 SM)*

Dalam pandangan Plato, sebagian gangguan mental merupakan gangguan moral, sebagian merupakan gangguan fisik, dan sebagian lagi merupakan gangguan yang berasal dari dewa-dewa. Ia menggambarkan hubungan pasien dengan dokter dalam pola perawatan, dan berkeyakinan bahwa fantasi dan mimpi-mimpi merupakan kepuasan-kepuasan substitusi terhadap “nafsu-nafsu” yang terhambat, dan memperkenalkan konsep penjahat sebagai orang yang mendapat gangguan mental. Plato juga menunjukkan pentingnya pengaruh-pengaruh budaya sebagai faktor-faktor dalam berpikir dan bertindak.

4) *Aristoteles (384-322 SM)*

Ia menerima dasar fisiologis bagi penyakit mental seperti yang diajarkan oleh Hippokrates. Meskipun ia melihat adanya penyebab psikologis, namun ia menolak penyebab tersebut. Pengaruh pandangannya begitu kuat pada pemikiran fisiologis, sehingga hampir 2000 tahun segi pandangannya melumpuhkan penyelidikan-penyelidikan lebih lanjut dalam bidang ini.

5) *Iskandar Agung (356-322 SM)*

Ia mendirikan sanatorium-sanatorium bagi orang-orang yang sakit mental. Di tempat tersebut telah disediakan pekerjaan, hiburan, dan olahraga yang merupakan kebiasaan-kebiasaan yang diteruskan selama masa Yunani dan Romawi berikutnya.

h. Roma

Pengetahuan medis di Roma banyak yang berasal dari orang-orang Yunani yang berpraktek di sana untuk mencari popularitas dan kekayaan. Dokter-dokter Yunani yang sangat terkenal ialah Aesclepiades, Aretaeus, dan Galenus yang menetap di Roma dan meneruskan penyelidikan-penyelidikan serta ajaran-ajaran mereka.

1) *Aesclepiades (124-40 SM)*

Dokter dan filsuf kelahiran Yunani ini adalah orang pertama yang membedakan antara penyakit mental akut dan kronis. Ia terkenal karena pendekatannya yang manusiawi terhadap orang-orang yang sakit fisik dan mental. Ia mengembangkan sarana-sarana mekanik untuk membuat para pasien merasa enak dan santai. Ia menentang pengeluaran darah dari tubuh pasien, kekangan-kekangan dan isolasi di ruang-ruang yang gelap.

2) *Aretaeus (antara abad 1 dan 2 M)*

Ia merupakan orang pertama yang berpendapat bahwa penyakit mental merupakan perluasan psikologis sifat-sifat kepribadian normal. Ia mengemukakan bahwa ada kecenderungan terhadap bentuk-bentuk tertentu gangguan mental. Salah satu pemikirannya yang asli adalah bahwa penyakit mental terletak di otak dan perut, membayangkan sebelumnya pendekatan psikosomatik bagi ilmu kedokteran.

3) *Galenus (130-200 M)*

Salah satu sumbangan yang sangat penting dari Galenus adalah pandangannya tentang konstitusi yang menyempurnakan ajaran Hippokrates, dan membagi tipologi kepribadian manusia berdasarkan proporsi campuran cairan-cairan tersebut. Galenus sependapat dengan Hippokrates bahwa di dalam tubuh manusia terdapat empat macam cairan (humor), yakni *chole*, *melanchole*, *phlegm*, dan *sanguis*. Cairan tersebut berada dalam tubuh manusia secara teoritis menurut proporsi tertentu. Kalau suatu cairan melebihi proporsi tertentu daripada seharusnya, maka akan menimbulkan sifat-sifat mental yang khas pada seseorang yang disebut Galenus "temperamen". Untuk melihat tipologi Hippokrates-Galenus dengan jelas, maka di bawah ini dikemukakan ikhtisarnya dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 2.1 Tipologi kepribadian berdasarkan cairan tubuh

Cairan Badan yang Dominan	Prinsip	Tipe	Sifat-sifat khasnya
<i>Chole</i>	Tegangan	<i>Kolerik</i>	Hidup (besar semangat) keras, hatinya mudah terbakar, daya juang besar, optimistik.
<i>Melanchole</i>	Penegasan	<i>Melankolik</i>	Mudah kecewa, daya juang kecil, muram, pesimistik.
<i>Phlegma</i>	Plastisitas	<i>Phlegmatik</i>	Tidak suka terburu-buru (kalem, tenang), tidak mudah dipengaruhi, setia.
<i>Sanguis</i>	Ekspansivitas	<i>Sanguinis</i>	Hidup, mudah berganti haluan, ramah.

Teori Kretschmer (1888-1964) merupakan salah satu karya yang besar pada permulaan abad ini. Ia tidak semata-mata membahas masalah konstitusi, tetapi ia juga membahas masalah temperamen seperti yang terdapat dalam karyanya yang berjudul *Körperbau und Charakter* (1921). Namun dasar pandangan atau orientasinya tetap konstitusional. Dalam hal ini, ia mengungkapkan tiga istilah yang terdiri dari konstitusi, temperamen, dan watak. Konstitusi adalah keseluruhan sifat individual yang berdasarkan keturunan. Temperamen adalah bagian kejiwaan yang ditentukan oleh darah keturunan dan secara kimiawi memiliki korelasi dengan aspek jasmaniah. Watak adalah keseluruhan yang memiliki kecenderungan bereaksi secara emosional dan volisional seseorang yang terbentuk selama hidupnya oleh unsur-unsur dari dalam dan luar dirinya.

Kretschmer mengolongkan manusia atas dasar bentuk tubuhnya kedalam empat tipe dengan ciri-ciri kepribadian yang berhubungan dengannya. Tipe tersebut adalah sebagai berikut:

- Tipe piknik
Memiliki badan yang agak pendek, dada membulat, perut besar, bahu tidak lebar, leher pendek dan kuat, serta banyak lemak. Tipe ini memiliki kepribadian *ekstrovert* dan suasana hati yang

berubah-ubah. Jika menderita sakit mental cenderung kepada gangguan bipolar.

- Tipe leptosome (astenik)
Memiliki badan yang langsing dan kurus, perut kecil, muka bulat telur. Tipe ini memiliki kepribadian *introvert*. Jika menderita sakit mental cenderung kepada skizofrenia.
- Tipe atletik
Merupakan perpaduan antara tipe piknik dan leptosem dengan ciri tulang dan otot lebih kuat, badan kokoh dan tegap, tinggi cukup, dan memiliki kecenderungan yang bisa dikatakan *introvert*.
- Tipe displastik
Merupakan tipe yang menyimpang, lebih terlihat nyata pada pria dibandingkan wanita, memiliki kecenderungan kepribadian *introvert*.

Berdasarkan tempramennya, manusia yang sehat dibedakan menjadi dua golongan, yaitu:

- Golongan yang bertemperamen *schizothyme*
Golongan ini merupakan orang yang sulit membangun kontak dengan dunia di sekitarnya, suka mengasingkan diri, dan memiliki kecenderungan ke arah *autism* (menutup diri sendiri).
- Golongan yang bertemperamen *cyclothym*
Golongan ini adalah orang yang mudah membangun kontak dengan dunia di sekitarnya, mudah bergaul, mudah menyesuaikan diri dengan orang lain, dan mudah turut merasa suka atau duka.

William H. Sheldon (1899-1977) mengembangkan suatu sistem pengukuran tubuh yang disebut somatotipe. Menurut Sheldon, ada tiga tipe pokok jasmani yang terdiri dari *endomorph*, *mesomorph*, *ektomorph*. Ia pun mengemukakan tiga komponen dasar tempramen, yakni *viscerotonia*, *somatotonia*, *cerebrotonia*.

Sheldon mengemukakan konsepsi tentang gangguan mental yang terdiri dari tiga dimensi primer, yaitu:

- Afektif, yang bentuk ekstremnya terdapat pada gangguan bipolar (antara ekstrem gembira, sedih, depresif).

- Paranoid yang bentuk ekstremnya terdapat pada psikosis jenis paranoid (banyak angan-angan, pikiran yang sangat jauh dari kenyataan, merasa diancan, merasa diri terlalu besar, dan lain-lain).
- Heboid yang bentuk ekstremnya terdapat pada psikosis hebefrenik, suatu bentuk dari skizofrenia (asosial, antisosial)

4) Cicero (106-43SM)

Ia mengatakan bahwa emosi dapat menyebabkan penyakit fisik. Ia juga mengamati bahwa penyakit-penyakit fisik itu memang mempunyai perbedaan-perbedaan yang mendasar dengan penyakit-penyakit mental.

3. Abad Pertengahan (Abad Gelap)

Di abad ini, *exorcisme* dianggap penting sekali. Mantra-mantra dianggap sebagai bagian yang sah dari ilmu kedokteran, bahkan pemakaian dari teknik-teknik yang benar-benar rasional pun harus disertai dengan mengucapkan kata-kata mantra (mistik).

Dokter-dokter yang sangat baik pada waktu itu disuruh menggunakan jimat-jimat. Misalnya, Alexander dari Tralles (525-605 M) yang menekankan pentingnya faktor-faktor konstitusional dan menghubungkannya dengan tipe-tipe khusus kekalutan mental. Ia menyelidiki luka-luka pada *lobus frontalis* serta memperhatikan perubahan-perubahan tingkah laku yang menyertainya, merawat orang yang sakit perut dengan menggunakan batu dengan pahatan gambar Hercules yang sedang manaklukan singa.

a. Dancing mania

Dancing mania disebut juga “kegilaan massa” terdapat di Eropa dalam periode abad X dan XV, dimana sejumlah besar orang menari secara liar dan tak terkendali sampai kehabisan tenaga. *Dancing mania* juga dapat disebut sebagai *choreomania* (tarian liar). Di Italia disebut sebagai “tarantisme”, karena yang dianggap sebagai penyebab mania tersebut ialah gigitan tarantula. Di tempat lain di Eropa Barat, mania tersebut dinamakan “St. Vetus’s Dance”. Ada yang berpendapat bahwa sejumlah besar orang mungkin menderita berbagai bentuk *chorea* (penyakit saraf yang menifestasinya berupa kejang otot dan anggota badan).

b. Ilmu sihir (kepercayaan terhadap demonologi)

Abad ke-15 sampai abad ke-18, penyakit sakit mental pada umumnya dianggap sebagai kerasukan setan, dan perawatannya ialah mengusir agar setan tersebut keluar dengan cara menghukum atau menyiksanya. Para pemimpin agama pada waktu itu melihat dunia sebagai medan pertempuran antara kebaikan dan kejahatan, antara Tuhan dan setan.

Di pihak lain juga berkembang kepercayaan akan ilmu sihir, dimana setan membujuk orang-orang tertentu untuk menjual jiwa-jiwa mereka kepadanya dan ditukar dengan kekuatan-kekuatan gaib sehingga mereka menjadi tukang-tukang sihir. Orang-orang yang sakit mental tersebut dianggap sebagai agen-agen setan, sehingga mereka juga disebut sebagai tukang sihir. *Black death* (penyakit pes) melanda Eropa pada abad ke-14, depresi serta ketakutan yang disebabkan membuat seluruh bangsa Eropa sangat mudah terpengaruh oleh praktek ilmu sihir. Menurut Deutsch, selama jangka waktu 250 tahun (1450-1700) tidak kurang dari 100.000 tukang sihir dihukum mati. Dia juga berkata bahwa ada bukti yang meyakinkan bahwa diantara orang-orang yang dihukum mati tersebut adalah orang-orang yang sakit mental. Orang-orang yang menderita kekalutan mental menjadi sasaran hinaan. Mereka yang tidak waras dan ganas dipandang sebagai penjahat-penjahat dan harus dipenjarakan. Sedangkan mereka yang tidak waras tetapi tidak merugikan orang lain dianggap sebagai orang miskin yang tidak diinginkan, sehingga dipaksa meninggalkan masyarakat.

Pada akhir abad ke-15, keadaan orang-orang yang sakit mental diperberat lagi oleh buku *Malleus Maleficarum, The Hammer of Witches Which Destroyeth Witches and Their Heresy as With a Twoedged Sword* yang ditulis oleh Henry Kraemer dan James Sprenger dari Ordo Dominikan yang dikukuhkan dengan *bullae* dari Paus Innocentius VIII. Hal tersebut membuat pengadilan-pengadilan gereja memburu orang-orang yang dianggap “kerasukan setan” sesuai dengan peraturan *Inquisisi*. Banyak orang yang memperlihatkan kekerasan yang mengerikan menunjukkan gejala psikosis massa. Masyarakat umum dan penguasa mencari-cari kambing hitam dengan menuduh mereka sebagai penyebab kesulitan dalam masyarakat.

Kepercayaan terhadap tukang sihir begitu kuat sehingga penyiksaan terhadap mereka dimulai secara sporadis selama tiga

abad berikutnya. Pengejaran terhadap orang-orang yang dianggap sebagai tukang sihir mulai mereda di beberapa daerah Eropa pada awal tahun 1610, dan berhenti secara resmi di Amerika pada tahun 1700.

c. Perawatan pasien sakit mental di lembaga

Perawatan yang diberikan kepada para pasien sakit mental pada akhir masa abad Pertengahan-Renaissance adalah perawatan yang dilakukan di “Bedlam” (singkatan dari Bethlehem). Pada awal tahun 1400, biara St. Maria dari Bethlehem-London sudah memperhatikan orang-orang gila, dan pada tahun 1547 biara tersebut secara resmi diubah menjadi rumah sakit mental. Karena perawatan yang tidak manusiawi, maka “Bedlam” dianggap sebagai sinonim dengan apa saja yang kejam dalam menangani orang-orang yang mendapat gangguan mental.

Di negara-negara Arab situasinya berbeda, ilmu kedokteran dan ilmu pengetahuan lainnya tumbuh bersama dengan lahir dan berkembangnya agama Islam. Mereka memperhatikan semua penyakit, mendirikan banyak rumah sakit sejak awal peradaban mereka. Sebuah rumah sakit mental yang sangat bagus didirikan di Damaskus selama abad ke-12. Semua orang yang menderita sakit mental dirawat di situ tanpa dipungut biaya.

4. Zaman Renaissance

Di negara-negara tertentu di Eropa, suara-suara yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit mental banyak diteriakkan oleh tokoh-tokoh agama, ilmu kedokteran, dan filsafat. Usaha-usaha mereka digambarkan sebagai “terang dalam kegelapan”.

a. Switzerland

Paracelsus (Theophrastus von Hohenheim, 1493-1541) menolak *demonology* dan mengakui penyebab-penyebab psikologis penyakit mental, dan mengajukan suatu teori tentang “magnetisme tubuh”, ia dapat disebut sebagai pendahulu hipnosis. Sama seperti orang-orang lain pada masa itu, ia juga sangat mementingkan pengaruh-pengaruh bintang, yang menetapkan berbagai planet untuk mengontrol organ-organ tubuh tertentu. Dalam pandangan Paracelsus, *dancing*

mania merupakan suatu bentuk penyakit dan harus dirawat sebagai penyakit.

b. Jerman

Heinrich Cornelius Agrippa (1486-1535) berjuang melawan kemunafikan dan pelaksanaan yang menimbulkan korban dari *Inquisisi*. Ia seorang sarjana dan pengacara kota Metz, kemudian dianiaya dan dicaci maki karena pandangannya. Ia meninggal dalam kemiskinan.

Johann Weyer (1515-1588) adalah seorang dokter yang belajar di Agrippa. Meskipun ia mahir dalam beberapa bidang pengobatan fisik, namun ia sangat menaruh perhatian terhadap gangguan mental. Ia mengemukakan bahwa yang disebut tukang-tukang sihir adalah orang-orang yang menderita penyakit mental. Selama ia melaksanakan praktek medisnya, ia memusatkan perhatiannya dalam jangka waktu lebih dari 30 tahun pada penyelidikan orang-orang yang menderita sakit mental sambil merawat mereka. Ia memasukkan perawatan psikiatrik ke dalam ilmu kedokteran yang digunakannya dalam menangani pasien-pasiennya. Hal ini menandai permulaan psikiatri sebagai spesialisasi ilmu kedokteran yang baru.

Pada tahun 1563, ia menunjukkan dalam bukunya bahwa sejumlah orang yang dipenjara, disiksa, dan dibakar karena menggunakan ilmu sihir sebenarnya sakit mental dan badaniah. Johann Weyer sering disebut sebagai "Pendiri Psikiatri Modern".

c. Inggris

Reginald Scott (1538-599) menerbitkan tulisan yang berjudul "*The Discovery of Witchcraft: Proving that the Compacts and Contracts of Witches and Devils... Are But Erroneous Novelties and Imaginary Conceptions*". Tetapi, Paus Jakobus I memerintahkan agar buku itu ditahan dan dibakar, dan ia juga memberikan sanggahan-sanggahan terhadap pandangan Scott.

d. Prancis

Vinsensius de Paul (1581-1660) menekankan bahwa penyakit mental sama sekali tidak berbeda dengan penyakit fisik. Ia menganjurkan suatu pendekatan yang lebih manusiawi terhadap pasien sakit mental.

Demonologi berkat kemajuan-kemajuan ilmiah lambat laun dipaksa memberi jalan bagi kemajuan ilmu pengetahuan eksperimental dan psikopatologi modern, sehingga pendekatan terhadap orang-orang yang sakit mental semakin bertambah ilmiah dan manusiawi.

B. Perkembangan Kesehatan Mental Zaman Ilmiah

1. Abad XVII - Abad XX

Peralihan dari pendekatan demonologis ke pendekatan ilmiah terhadap penyakit mental tidak terjadi dalam waktu yang singkat. Misalnya di Prancis, hukuman mati bagi tukang sihir tidak dicabut sampai tahun 1862.

Pada awal abad ke-18, yang dilihat sebagai "Zaman Rasio", perhatian dipusatkan pada klasifikasi dan sistem, suatu hal yang mungkin sama dengan analisis sistem. Kemajuan-kemajuan dalam ilmu kedokteran fisik dicapai dengan identifikasi, penyelidikan, dan usaha secara rasional untuk mengobati berbagai penyakit yang sampai saat itu dilihat sebagai sesuatu yang misterius dan magis, seperti *difteri*, *neuralgia* (kejang saraf), *typhus*, *typhoid*, *meningitis*, *angina pectoris*, *smallpox* (cacar air), dan lain-lain.

Di Inggris, Italia, dan Prancis perjuangan-perjuangan dilancarkan untuk melawan pemasungan dan pemenjaraan para pasien sakit mental. Chiarugi memimpin perjuangan di Italia, Daniel Tuke di Inggris, dan Philippe Pinel di Prancis.

a. Prancis

Phillipe Pinel (1745-1826) memulai kariernya dalam pengobatan psikiatri pada permulaan abad ke-19 segera setelah revolusi. Ia ditetapkan sebagai dokter yang bertanggung jawab terhadap La Bicêtre, rumah sakit mental di Paris. Perhatian dan dedikasinya terhadap kesejahteraan para pasien sakit mental begitu menonjol, sehingga ia dikenal sebagai "Pembebas Orang Gila" (Klein, 1955: 33).

Anjuran-anjurannya yang positif mengenai pengendalian kasus-kasus yang berat, pelepasan pasien-pasien dari rantai, dan permintaan

agar rekan-rekannya memperlakukan pasien-pasien mental sebagai orang sakit (bukan sebagai orang-orang jahat yang kerasukan setan) telah menyebabkan ia mendapat julukan "Bapak Psikiatri" (White, 1952: 9). Ia telah meletakkan dasar bagi psikiatri pada masa yang akan datang.

b. Inggris

William Tuke (1732-1822) mendirikan "York Retreat" (White, 1956:9) pada waktu Pinel mereorganisasikan rumah sakit mental di Prancis. York Retreat adalah sebuah rumah sakit di pedesaan, tempat yang menyenangkan di mana pasien-pasien mental tinggal, bekerja, dan beristirahat dalam suasana religius yang ramah. Keadaad ini merupakan puncak perjuangan yang mulia dalam melawan kebiadaban, kebodohan, dan ketidakacuhan pada zamannya.

Usaha kelompok kecil dari Tuke itu lambat laun mendapat dukungan dari John Conolly (1794-1866), Samuel Hitch, dan psikolog-psikolog medis lain yang hebat dari Inggris. John Conolly adalah pendiri asosiasi kedokteran yang kecil dan kemudian menjadi British Medical Association. Cara-cara tanpa kekerasan dalam merawat para pasien sakit mental diterima secara luas berkat pengaruh dari British Medical Association ini. Pembaruan-pembaruan tersebut (yang dipandang sangat revolusioner pada waktu itu) merupakan langkah yang sangat penting, karena mereka tidak hanya memperbaiki perawatan pasien-pasien mental saja, tetapi juga memunculkan suatu sikap masyarakat yang lebih baik, karena penyakit mental diangkat ke tingkat yang sama dengan penyakit fisik.

c. Jerman

Anton Müller (1755-1827) yang bekerja di sebuah rumah sakit mental, menyarankan perawatan yang manusiawi terhadap orang-orang gila dan menentang kekangan-kekangan yang sangat kejam terhadap para pasien sakit mental.

d. Italia

Vicenzo Chiarugi (1759-1820) menerbitkan buku yang berjudul "*Hundred Observations*" mengenai para pasien sakit mental, dan menuntut perawatan yang manusiawi bagi orang-orang gila (sakit jiwa).

e. Amerika Latin

Asilum pertama untuk orang gila di Amerika Latin adalah San Hipolito, yang diorganisir pada tahun 1566 atau 1570 oleh Bernadino Alvarez di Mexico City, tetapi sulit mengatakan apakah asilum ini benar-benar lebih daripada tempat kurungan. Di Amerika Latin, rumah sakit mental yang paling awal mulai muncul pada tahun 1820-an. Pada tahun 1847 para pengunjung yang datang ke Meksiko dan Peru melaporkan bahwa "orang-orang gila" dipakai sebagai hiburan untuk masyarakat umum yang membayar untuk pertunjukan itu (sama seperti yang dilakukan di Bedlam tiga abad sebelumnya).

f. Amerika Serikat

Keberhasilan dari eksperimen Pinel dan Tuke dalam metode-metode yang lebih berperikemanusiaan menimbulkan revolusi pada perawatan para pasien sakit mental di seluruh dunia yang beradab. Di Amerika Serikat, perawatan yang berperikemanusiaan terhadap orang yang sakit mental/jiwa dipelopori oleh Benjamin Rush (1745-1813) – yang diterima sebagai "Bapak Psikiatri Amerika" – dari Rumah Sakit Pennsylvania tempat ia mulai bekerja pada tahun 1783. Rush mendorong perawatan yang lebih manusiawi terhadap para pasien sakit mental. Ia menulis karangan pertama tentang psikiatri di Amerika yang berjudul "*Medical Inquiries and Observations upon the Disease of the Mind*" (1812). Karangan tersebut sangat berpengaruh, dan dialah orang Amerika pertama yang memberikan pelajaran psikiatri. Rush dapat dianggap sebagai tokoh peralihan yang penting antara zaman lama dan baru, karena tidak seluruh teori kedokterannya bebas dari kepercayaan-kepercayaan takhayul pada zamannya.

Pada pertengahan abad ke-19 di mana tukang-tukang sihir dibakar, seperti halnya di Eropa, di Amerika juga muncul revolusi pertama untuk menangani dan memperbaiki lembaga-lembaga penyakit mental secara manusiawi yang dimulai oleh seorang guru wanita dari Massachusetts, Dorothea Lynde Dix (1802-1887). Di New York, usaha-usaha yang dilakukannya menghasilkan *The State Care Act* tahun 1889 yang mengakhiri pengurungan orang-orang yang mendapat gangguan mental di penjara-penjara dan rumah-rumah miskin. Ia mengajukan "Surat Peringatan" kepada Kongres Amerika

Serikat pada tahun 1848. Upaya tersebut menggerakkan hati rakyat dan pembuat undang-undang negara untuk menyadari perlakuan yang tidak manusiawi terhadap para pasien sakit mental.

Gerakan ilmu kesehatan mental (*mental hygiene*) tersebut tidak lama kemudian diprakarsai oleh Clifford Wittingham Beers (1876-1943) dari New Haven, Connecticut. Perhatiannya yang dalam terhadap masalah tersebut merupakan perkembangan dari pengalaman-pengalamannya sendiri sebagai pasien mental yang ditangani oleh karyawan-karyawan rumah sakit ketika ia dirawat sebagai pasien mental selama 3 tahun di rumah sakit mental negeri dan rumah sakit mental swasta.

Pada masa awal pengurungannya, ia memutuskan untuk mempelajari cara-cara kejam yang dilakukan oleh para pegawai rumah sakit terhadap pasien-pasien mental, dengan tujuan supaya mendapat perhatian masyarakat di kemudian hari. Maksud Beers mengusahakan perubahan-perubahan dalam pengelolaan rumah sakit dengan membeberkan perlakuan-perlakuan yang sewenang-wenang dinyatakan dalam surat yang dikirimnya pada gubernur saat ia masih menjadi pasien dalam salah satu rumah sakit negeri.

Clifford Beers keluar dari rumah sakit pada tahun 1903 sebagai seorang yang waras dengan semangat seorang misionaris untuk melindungi pasien-pasien mental yang ditempatkan di rumah sakit mental dari kekejaman-kekejaman dan kesewenangan-wenangan para pegawainya. Dalam waktu 5 tahun berikutnya, ia menulis autobiografi yang berjudul "*A Mind that Found Itself*".

Pada tanggal 6 Mei 1908, Beers bersama 13 orang warga lain yang memperhatikan kepentingan masyarakat bertemu di rumah Reverend Anson Phelps Stokes di New Haven dan mendirikan *Connecticut Society for Mental Hygiene*. Gerakan resmi ilmu kesehatan mental itu pertama-tama mulai di New Haven, Connecticut. Psikiater, Dr. Adolph Meyer menganjurkan istilah *mental hygiene* sebagai nama yang tepat untuk gerakan yang diprakarsai oleh Clifford Beers. Lembaga ini mengangkat Beers sebagai sekretaris asosiasi ini selama hidupnya.

Setahun setelah lembaga lokal ini berjalan, Clifford Beers memperluas asosiasi tersebut, dan pada bulan Februari 1909 dibentuk *National Committee for Mental Hygiene*. *National Committee*

ini mempunyai 4 tujuan pokok (Kaplan & Baron, 1952: 27), yaitu: 1) membantu mengupayakan supaya para pasien mental diberi tempat, pakaian, dan makanan yang pantas, 2) membantu mengurangi faktor-faktor yang menyebabkan penyakit mental, 3) membantu memberikan perawatan ilmiah sebaik mungkin kepada mereka, 4) membantu meningkatkan daya tahan (stamina) mental semua pria, wanita, dan anak-anak.

Sementara itu, lembaga-lembaga negara bagian dan lokal didirikan di seluruh negara Amerika Serikat, kemudian negara-negara asing lain bergabung dengan gerakan tersebut. Pada tahun 1919 dibentuk *International Committee for Mental Hygiene* dengan markas besarnya di Amerika Serikat. Pada tahun 1930, ketika Kongres Internasional I diadakan di Washington D.C., ada 53 negara terwakili dalam kongres tersebut. Pengakuan terhadap cita-cita preventif yang disponsori oleh *National Committee for Mental Hygiene* datang pada tanggal 3 Juli 1946 ketika Kongres Amerika Serikat mengesahkan Undang-Undang Kesehatan Mental Nasional. Pengesahan Undang-Undang oleh Kongres Amerika Serikat ini jelas merupakan pengakuan terhadap usaha-usaha Clifford Beers. Sebagai puncak dari gerakan besar yang dimulai dari New Haven, Connecticut ini, maka pada tahun 1948 dibentuk Federasi Dunia Kesehatan Mental. Kegiatan ini dilakukan dalam Kongres Internasional III yang berlangsung di London. Federasi dunia ini mendapat partisipasi aktif dari semua badan PBB yang ada hubungannya dengan kesehatan mental. Sejak organisasi yang meliputi seluruh dunia ini didirikan, pemeliharaan kesehatan mental telah menjadi perhatian dunia.

2. Psikiatri

Pada tahun 1800-an ada usaha untuk menolong pasien sakit mental, tetapi pada akhir abad itu dokter-dokter belum menemukan penyebab, pencegahan, penyembuhan atau perawatan yang efektif terhadap penyakit mental, meskipun mereka telah mengklasifikasikan beribu-ribu macam kekalutan mental. Pada akhir abad ini psikiater mulai diakui sebagai salah satu bidang spesialisasi kedokteran yang masih berhubungan dengan neurologi (studi tentang otak dan sistem saraf).

Selama abad ke-19, perkembangan-perkembangan dalam kesehatan mental terjadi pada 4 bidang umum. *Pertama*, perlakuan terhadap pasien sakit mental yang lebih manusiawi dan rasional oleh masyarakat. *Kedua*, langkah-langkah untuk memperbaiki lembaga yang menangani penyakit mental dan praktek-praktek yang mereka lakukan. *Ketiga*, perhatian para penulis besar dan filsuf yang berpengaruh terhadap psikologi dan tingkah laku manusia. *Keempat*, suatu sistem klasifikasi yang komprehensif bagi kekalutan mental yang dampak-dampaknya meluas sampai ke zaman kita.

Perkembangan pemikiran psikiatri dan sumbangan-sumbangan yang menyusul terhadap pemahaman tentang penyakit mental selama abad ke-18 sampai abad ke-20 mungkin dapat diringkas dengan beberapa interpretasi sebagai berikut:

Tabel 2.2. Perkembangan psikiatri dan sumbangannya

Judul	Maksud	Penemuan	Tokoh
Interpretasi Organik	Patologi otak sebagai penyebab penyakit mental	Kraepelin menerbitkan buku yang menguraikan penyakit mental yang berdasarkan patologi organik (khusus gangguan fungsi sistem saraf)	Albrecht von Haller (1708-1777), William Griesinger (1817-1868), Morel (1809-1873), Valentin Magnan (1835-1916), dan yang paling berpengaruh Emil Kraepelin (akhir abad ke-19 sampai pertengahan abad ke-20)
Interpretasi Psikologis	Pada awal dekade pertama abad ke-18 teori-teori yang tidak jelas dan tidak pasti telah mengemukakan dalil mengenai penyebab psikologis	Interpretasi Psikologis Mesmer: Teknik <i>animal magnetism</i> , kadang-kadang hipnotisme disamakan dengan mesmerisme. Charcot: Menghipnosis pasien dan menghilangkan simtom atau mendatangkan simtom. Janet: Teori psikologis pertama yang menerangkan neurosis. Breuer: Penemuan katarsis yang menjadi titik tolak perkembangan psikoanalisis.	Franz Anton Mesmer (1734-1815), Jean Martin Charcot (1825-1893), Piere Janet (1859-1947), Joseph Breuer (1842-1925), Sigmund Freud (1856-1939), Adolph Meyer

		<p>Freud: Teknik asosiasi bebas (bercerita tanpa diinterupsi).</p> <p>Meyer: Membantu memajukan pengakuan terhadap psikiatri sebagai ilmu kedokteran (Bapak Psikiatri Amerika)</p>	
Interpretasi Fisiologi (pertengahan abad ke-20)	Perkembangan obat-obat psikotropika yang digunakan untuk mengontrol simptom-simtom gangguan mental dan mengurangi stres akibat masalah psikologis	Manfaat penggunaan obat-obat psikotropika: mengurangi kebutuhan pasien untuk dirawat di rumah sakit, membuka suatu cara baru untuk mempelajari gangguan-gangguan mental yang kemudian melahirkan bidang psikofarmakologi (peneliti mulai meneliti pengaruh obat tersebut pada fungsi otak dan tingkah laku)	Ahli kimia Prancis
Interpretasi sekarang tentang laku tingkah abnormal	Pandangan dari masa lalu sampai sekarang bisa dijadikan pelajaran	<p>Sisi baik gangguan mental yang berbeda mungkin disebabkan oleh penyebab yang berbeda pula, salah satu gangguan mental mungkin disebabkan oleh lebih dari satu penyebab, penyebab-penyebab yang berbeda mungkin bergabung dan menghasilkan suatu gangguan mental.</p> <p>Sisi negatif: kita tidak membuang pandangan tentang perawatan tertentu mengenai gangguan mental yang tidak memiliki dasar ilmiah.</p>	-

Sejarah kesehatan mental tidaklah sejelas sejarah ilmu kedokteran. Hal ini karena masalah mental bukan merupakan masalah fisik yang dengan mudah dapat diamati dan terlihat. Berbeda dengan gangguan fisik yang dapat dideteksi dengan relatif mudah. Orang yang mengalami gangguan kesehatan mental seringkali tidak terdeteksi

sekalipun oleh anggota keluarganya sendiri. Hal ini lebih disebabkan mereka senantiasa bersama dalam kehidupan sehari-hari, sehingga tingkah laku-tingkah laku yang mengindikasikan gangguan mental dianggap hal yang biasa, bukan sebagai gangguan. Di Indonesia saat ini, masalah kesehatan mental mendapat perhatian yang serius.

3. Gangguan Mental Tidak Dianggap sebagai Orang Sakit

Pada tahun 1600 dan sebelumnya, orang menganggap bahwa dukun asli Amerika (Indian) yang sering juga disebut sebagai “penyembah” (*healer*) merupakan orang yang mengalami gangguan mental dengan cara memanggil kekuatan supranatural dan menjalani ritual penebusan dan penyucian.

Masyarakat menganggap bahwa orang yang mengalami gangguan mental disebabkan mereka dimasuki oleh roh-roh yang ada di sekitarnya. Mereka dianggap melakukan kesalahan kepada roh-roh atau menjadi medium roh-roh untuk menyatakan keinginannya. Oleh karena itu mereka seringkali tidak dianggap sakit, sehingga mereka tidak disingkirkan dan dibuang, serta masih mendapatkan tempat dalam masyarakat.

Di Amerika, orang yang memiliki gangguan mental sering dianggap terkena sihir, guna-guna atau dirasuki setan. Pandangan ini merupakan pengaruh para imigran dari Eropa yang beragama nasrani sekitar tahun 1692. Kondisi tersebut merupakan penjelasan yang diterima secara umum, sehingga masyarakat takut dan membenci mereka yang dianggap memiliki kekuatan sihir. Bahkan pengadilan pernah memvonis 19 orang untuk digantung karena dianggap memiliki sihir. Padahal kemungkinannya mereka mengalami gangguan mental, sehingga hidup mereka tampak aneh dan berbeda bagi kebanyakan orang.

Sejarah kesehatan mental di Eropa, khususnya Inggris, agak sedikit berbeda. Sebelum abad ke-17, orang gila disamakan dengan penjahat/kriminal yang harus dimasukkan ke dalam penjara.

John Locke (1690) dalam tulisannya yang berjudul *An Essay Concerning Understanding* menyatakan bahwa terdapat derajat kegilaan dalam diri setiap orang yang disebabkan oleh emosi yang memaksa orang untuk memunculkan ide-ide salah dan tidak masuk

akal secara terus menerus. Kegilaan adalah ketidakmampuan akal untuk mengeluarkan gagasan yang berhubungan dengan pengalaman secara tepat. Pandangan John Locke ini bertahan di Eropa sampai abad ke-18.

Pendeta Cotton Mather (1663-1728) mematahkan takhayul yang hidup di masyarakat berkaitan dengan sakit jiwa dengan memajukan pengetahuan secara fisik mengenai sakit jiwa itu sendiri. Pada saat ini benih-benih pendekatan secara medis mulai dikenalkan, yaitu dengan memberikan penjelasan masalah kejiwaan sebagai akibat gangguan yang terjadi di tubuh.

Pada abad ke-17 dan 18, individu yang menderita penyakit mental berada dalam penderitaan yang besar di tangan masyarakat Amerika. Mereka dipandang sebagai orang yang dirasuki setan atau dicirikan sebagai manusia yang dikuasai sifat-sifat kebinatangan, sehingga mereka menjadi subjek penanganan yang menyedihkan. Penyakit fisik maupun mental merupakan hal yang umum, penggunaan pembatas fisik yang meluas seperti jaket yang ketat dengan tangan yang berat dan kaki yang dirantai, mengeluarkan pasien dari martabat dan kebebasannya. Pada abad ke-19, Phillip Pinel di Perancis dan Dorothea Dix membuat lompatan besar dengan mempromosikan penanganan manusiawi bagi penderita penyakit mental, tetapi kondisinya masih jauh dari ideal. Phillipe Pinel ditunjuk sebagai dokter yang mengawasi RS. Bicetre, Paris (RS. Jiwa untuk pria) pada tahun 1793. Dia memutuskan untuk tidak merantai pasien gila. Kemudian ia ditempatkan di RS. Salpetriere (RS. Jiwa untuk wanita) pada tahun 1795.

Tahun 1812, Benjamin Rush (1745-1813) menjadi salah satu pengacara pertama yang menangani masalah penanganan penyakit mental secara manusiawi.

Antara tahun 1830-1860, di negara Inggris timbul optimisme dalam menangani pasien sakit jiwa, karena telah berkembang teori dan teknik penanganan pasien sakit jiwa. Pada saat itu telah berkembang bahwa menempatkan pasien sakit jiwa di rumah sakit jiwa merupakan penanganan yang tepat dan merupakan cara ilmiah untuk menyembuhkan kegilaan. Pada tahun 1842, psikiater mulai masuk dan mendapat peranan penting di rumah sakit menggantikan ahli hukum yang selama ini berperan. Namun karena penanganan

pada masa itu banyak membuahkan kegagalan, maka tidak lama kemudian muncul masa terapi pesimisme. Keadaan ini terutama karena sosialisasi Darwin yang menyatakan bahwa gangguan mental adalah perkembangan evolusi, sehingga merupakan sifat bawaan dan tidak mungkin diubah lagi.

Pada tahun 1843, kurang lebih terdapat 24 rumah sakit, tapi hanya ada 2.561 tempat tidur yang tersedia untuk menangani penyakit mental di Amerika Serikat.

Tahun 1908, Clifford Beers (1876-1943) menderita *manic depression* (mengalami gangguan setelah sakit) pada tahun 1900. Dia menjadi subjek penanganan yang tidak manusiawi dan mengalami penyiksaan fisik serta mental di bawah kekuasaan orang yang tidak terlatih dan tidak kompeten di rumah sakit. Penanganan tidak manusiawi ini mencetuskan keberanian untuk memperbaharui perawatan bagi individu yang mengalami gangguan mental di Amerika. Beers kemudian mendirikan masyarakat *Connecticut* untuk *mental hygiene* yang kemudian berubah menjadi Komite Nasional untuk Mental yang merupakan pendahulu Asosiasi Kesehatan mental Nasional. Tujuan asosiasi ini adalah:

- a. Memperbaiki sikap masyarakat terhadap penyakit mental dan penderita sakit mental
- b. Memperbaiki pelayanan terhadap penderita sakit mental
- c. Bekerja untuk pencegahan penyakit mental dan mempromosikan kesehatan mental.

Tahun 1909 Sigmund Freud mengunjungi Amerika dan mengajar psikoanalisa di Universitas Clark di Worcester, Massachusetts. Pada tahun 1910 Emil Krapelin pertama kali menggambarkan penyakit Alzheimer. Dia juga mengembangkan alat tes yang dapat digunakan untuk mendeteksi adanya gangguan epilepsi.

Tahun 1918, Asosiasi Psikoanalisa Amerika membuat aturan bahwa orang yang telah lulus dari sekolah kedokteran dan menjalankan praktek psikiatri adalah orang yang dapat menjadi calon untuk pelatihan psikoanalisa.

Tahun 1920-an, Komite Nasional untuk *mental hygiene* menghasilkan salah satu set model undang-undang komitmen yang dimasukkan ke dalam aturan di beberapa negara.

Tahun 1930-an, psikiater mulai menginjeksi insulin yang menyebabkan *shock* dan koma sementara sebagai suatu treatment untuk penderita Schizofrenia.

Tahun 1936, Agas Moniz mempublikasikan mengenai *lobotomy frontal* manusia yang pertama. Akibatnya antara tahun 1936-1950-an, diperkirakan 20.000 prosedur pembedahan digunakan terhadap pasien mental Amerika.

Tahun 1940-an, elektroterapi (terapi dengan cara mengaplikasikan listrik ke otak) pertama kali digunakan di rumah sakit Amerika untuk menangani penyakit mental. Pada tahun 1940-1950 dimulainya perawatan masyarakat bagi penderita gangguan mental di Inggris.

Tahun 1947, *Fountain House* di New York City memulai rehabilitasi psikiatrik untuk orang yang mengalami sakit mental.

Tahun 1950 dibentuk *National Association of Mental Health* (NAMH) yang merupakan merger dari tiga organisasi, yaitu *National Committee for Mental Hygiene*, *National Mental Health Foundation*, dan *Psychiatric Foundation*.

Tahun 1952, ditemukan obat antipsikotik konvensional pertama, yaitu *chlorpromazine* untuk menangani pasien *schizofrenia* dan gangguan mental lainnya.

4. Gangguan Mental Dianggap Tidak Sakit

Pada Tahun 1961, Thomas Szasz membuat buku dengan dasar teori bahwa sakit mental sebenarnya tidaklah benar-benar sakit, tetapi merupakan tindakan orang yang secara mental tertekan karena harus bereaksi terhadap lingkungan.

Tahun 1970 adalah masa dimulainya *de institutionalisasi massal*. Pasien dan keluarga mereka kembali pada sumber-sumber mereka sendiri sebagai akibat kurangnya program-program bagi pasien yang telah keluar dari rumah sakit untuk rehabilitasi dan reintegrasi kembali ke masyarakat.

Tahun 1979 terjadi perubahan nama NAMH menjadi *the National Mental Health Association* (NMHA). Tahun 1980 mulai muncul perawatan yang terencana, yaitu dengan opname di rumah sakit dalam jangka waktu yang pendek dan treatment masyarakat sebagai standar bagi perawatan penyakit mental.

5. Melawan Diskriminasi terhadap Gangguan Mental

Pada tahun 1990, teknologi penggambaran otak digunakan untuk mempelajari perkembangan penyakit mental utama dengan lebih baik lagi. Tahun 1994, obat *antipsikotik apical* pertama diperkenalkan. Tahun 1997, para peneliti menemukan bahwa penyakit ini diturunkan. Berdasarkan sejarah kesehatan mental di atas, pandangan masyarakat mengenai sakit mental menjadi berbeda-beda, dan membawa implikasi yang berbeda juga dalam menangani individu yang terkena gangguan mental.

C. Kesimpulan

Pembahasan mengenai sejarah perkembangan kesehatan mental memiliki sejarah yang panjang, seumur dengan perkembangan kehidupan manusia. Gangguan kesehatan mental dialami sepanjang hidup manusia, mulai zaman purba sampai dengan masa kini. Perbedaan yang nyata adalah dalam kompleksitas masalah mental yang dialami dan variasi sumber masalah. Dahulu variasi gangguan relatif homogen dan dengan sumber yang relatif sama, sekarang jauh lebih kompleks dan berbagai sumber masalah yang lebih rumit.

Zaman dahulu, penjelasan mengenai bentuk gangguan kesehatan mental amatlah sederhana dan sebagian besar tidak terjelaskan dengan baik. Gangguan kesehatan mental dijelaskan karena gangguan roh jahat sehingga penanganan yang dilakukan dengan cara-cara yang tidak manusiawi. Semakin berubahnya zaman dan berkembangnya pengetahuan, penjelasan mengenai gangguan kesehatan mental semakin baik dan didasarkan kepada ilmu pengetahuan yang telah melalui berbagai penelitian dan pengembangan teknologi. Meskipun harus disadari bahwa perubahan ini melalui berbagai rintangan dan proses yang panjang.

D. Pertanyaan untuk Latihan dan Refleksi


1. Jelaskan beberapa perubahan dalam penjelasan mengenai gangguan kesehatan mental dari zaman ke zaman!
2. Sebutkan teknik pengobatan gangguan kesehatan mental pada zaman pra sains dan zaman sains!

3. Jelaskan prinsip kesehatan mental dan gangguannya berdasarkan pemahaman dan tradisi masyarakat asia (Cina, India dan Timur Jauh, termasuk Indonesia)!
4. Apa pentingnya ilmu pengetahuan dalam kaitannya dengan perkembangan kesehatan mental?

READING COPY

BAB 2

KONSEP DASAR KESEHATAN MENTAL



Dalam bahasa Indonesia, terdapat beberapa istilah “jiwa” yang sering dipertukarkan dengan “mental”. Pada dasarnya kedua istilah tersebut memiliki kesamaan makna, hanya dalam peletakan bahasa yang agak berbeda. Misalnya, istilah jiwa dipasangkan dengan raga, sehingga terdapat idiom jiwa-raga, sementara istilah mental dipasangkan dengan fisik, sehingga idiomnya adalah fisik-mental. Apabila dalam pertandingan tertentu ada pemain yang kalah hanya karena grogi atau takut kalah, maka penjelasannya adalah karena mental bertanding yang lemah.

Demikian juga dalam penjelasan mengenai kesehatan jiwa, istilah tersebut sama maknanya dengan kesehatan mental. Pada bab ini akan dijelaskan mengenai definisi kesehatan mental, ruang lingkup kesehatan mental, prinsip-prinsip kesehatan mental, dan fungsi-fungsi kesehatan mental.

A. Definisi Kesehatan Mental

Apabila ditinjau dari segi istilahnya, kesehatan mental menurut Soeharto Heerdjan (1987) dapat diartikan bermacam-macam. *Paham pertama*, kesehatan mental dapat diartikan sebagai suatu kondisi, suatu keadaan mental-emosional. *Paham kedua*, kesehatan mental dapat diartikan sebagai suatu ilmu baru, yang membahas bagaimana manusia menghadapi kesulitan hidup dan berusaha mengatasinya, sambil menjaga kesejahteraan. *Paham ketiga*, kesehatan mental dapat juga diartikan sebagai suatu bidang kegiatan yang mencakup usaha pembinaan kesehatan mental, pengobatan dan pencegahan, serta rehabilitasi gangguan kesehatan mental. *Paham keempat*, kesehatan mental dapat juga diartikan suatu gerakan yang sekarang menyebar kemana-mana dan bertujuan memberitahukan pada seluruh dunia bahwa masalah kesehatan mental perlu diperhatikan sepenuhnya oleh semua kalangan. Gerakan itu tampil jelas dengan adanya *The World Federation for Mental Health*, sebuah federasi sedunia yang berstatus swasta.

Ditinjau dari segi sistematika ilmiah, maka pembahasan kondisi kesehatan mental termasuk bidang ilmu kesehatan mental, sedangkan paham keempat merupakan uraian latar belakang, baik bagi paham kedua maupun bagi paham ketiga.

Kesehatan mental merupakan suatu segi atau aspek kesehatan umum. Oleh karena itu, supaya dapat memahami arti kesehatan mental, kita perlu mengetahui terlebih dahulu paham kesehatan.

1. Paham Kesehatan

Dalam Undang-Undang No. 9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan disebutkan bahwa "kesehatan ialah yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental), dan sosial, dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan".

2. Definisi *World Health Organization* (WHO)

Perumusan undang-undang kita sebenarnya berasal dari definisi yang disusun oleh Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) yang menyatakan "*health is a state of physical mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity*".

Berdasarkan rumusan di atas, kita bisa melihat bahwa dalam kesehatan mental terjalin unsur kesehatan mental dan kesejahteraan

sosial. Manusia tidak dipandang sebagai unsur yang terpisah dari kehidupan sosial, melainkan dalam hubungan dengan lingkungan serta sesamanya. Interaksi dengan sesama manusia itulah yang justru sangat menentukan taraf dan corak kesehatan mental seseorang.

Dalam hubungannya dengan fisik atau raga, atau istilah ilmiahnya antara *psyche* dan *soma* (bahasa Yunani), kita bisa meninjau dan memahami peranan gangguan perasaan. Perasaan memegang peranan yang penting dalam kehidupan manusia. Mendapatkan rasa senang dan gembira, rasa puas (*satisfaction*) serta bahagia, merupakan tujuan bermacam ikhtiar manusia sehari-hari. Perasaan sangat mempengaruhi fungsi tubuh. Seseorang yang malu akan menjadi merah kulit mukanya; rasa takut menyebabkan jantung berdebar; kesedihan yang mendalam menyebabkan orang menangis dan kelenjar air mata mengeluarkan air mata; rasa kesal hati dan dongkol yang disertai ketegangan dan yang berlangsung lama dapat menyebabkan lambung “menangis” dan mengeluarkan asam lambung secara berlebihan. Keadaan tersebut sering menjurus pada kondisi yang dikenal oleh umum dengan nama “sakit maag”, atau gastritis. Para dokter mengenal seribu-satu macam gangguan tubuh yang terjadi atas dasar gangguan alam perasaan, misalnya sebagai akibat ketegangan batin dan konflik mental.

Kenyataan yang digambarkan di atas sudah mendesak para dokter untuk meninjau kembali kerangka berpikir ilmu kedokteran, bahwa mental dan raga memiliki hubungan yang sangat erat antara satu dengan yang lain, bahkan tidak dapat dipisah-pisahkan.

Dalam tubuh manusia ada suatu jembatan jasmaniah yang menghubungkan fungsi-fungsi mental dan fisik (*psyche* dan *soma*), yakni keseluruhan sistem saraf dan hormon yang disebut sistem neuro-hormonal. Soeharto Heerdjan (1987) menyebutkan bahwa melalui sistem inilah segala peristiwa di bidang psike ada pemantulannya di bidang soma dan sebaliknya. Atas dasar kenyataan itu, maka reorientasi dalam kerangka berpikir sudah menghasilkan suatu pendekatan baru yang sifatnya menyeluruh atau komprehensif di bidang kedokteran. Hal ini berarti bahwa kalau kita menangani gangguan kesehatan, maka kita tidak hanya harus memperhatikan gangguan badaniah saja, tetapi sekaligus dengan segi mental dan sosio-budayanya. Sebaliknya kalau kita jumpai adanya suatu gangguan di bidang perasaan, kita perlu juga memperhatikan dengan cermat kemungkinan adanya gangguan secara jasmaniah.

Gangguan alam perasaan dapat mengganggu rasa sehat dan sejahtera. Karena itu gangguan perasaan bertalian erat dengan kehidupan secara menyeluruh. Manusia dikodratkan harus hidup bermasyarakat. Di situlah manusia dipenuhi kebutuhannya, di situ juga manusia mengalami kegagalan dalam berbagai usahanya, bahkan berhasilnya hubungan dengan Tuhan pun biasanya didahului oleh hubungan yang baik dengan orang lain. Kenyataan bahwa lingkungan hidup dengan segala seginya terjalin erat dengan nasib seseorang, telah mendorong *The World Health Organization* untuk merumuskan paham kesehatan secara komprehensif. Inti perumusan itu sudah dituangkan juga dalam undang-undang tentang pokok-pokok kesehatan negara kita. Undang-undang itu banyak seginya dan bersifat multidimensional.

Kesehatan mental merupakan salah satu segi kesehatan umum yang menyangkut aspek mental-emosional. Dalam kepustakaan, ada beberapa sumber yang dapat disebutkan disini.

1. Definisi *The World Federation for Mental Health* (WFMH) Tahun 1948

Mengenai kesehatan mental yang disebutkan oleh WFMH adalah terdiri dari 3 pasal berikut:

- a. Kesehatan mental adalah kondisi yang memungkinkan perkembangan optimal bagi individu secara fisik, intelektual, dan emosional sepanjang hal itu tidak bertentangan dengan kepentingan orang lain.

Sebagaimana sudah dikemukakan bahwa corak maupun struktur masyarakat tempat seseorang hidup merupakan unsur penting dalam penentuan taraf kesehatan, maka WFMH merumuskan pasal berikutnya (pasal yang ke-2).

- b. Suatu masyarakat yang baik adalah suatu masyarakat yang menjamin perkembangan optimal tadi, sambil menanggung pula perkembangannya sendiri dan yang ada toleransi terhadap masyarakat lain.

Karena dalam zaman modern semua masyarakat di dunia ini saling bertalian fungsinya antara satu dengan yang lain, maka keluarlah pasal berikutnya (pasal yang ke-3).

- c. Suatu kewarganegaraan dunia berarti suatu kehidupan bersama pada taraf internasional.

Berdasarkan definisi di atas, kita dapat melihat pentingnya hubungan wajar antara manusia sebagai salah satu landasan pokok bagi kesehatan mental.

2. Undang-Undang tentang Kesehatan Mental Nomor 3 Tahun 1966

Negara kita juga telah merumuskan suatu paham kesehatan mental, yang bunyinya senada dengan perumusan WFMH. Dalam Undang-undang tentang kesehatan mental no. 3 tahun 1966, bab 1 pasal 1 disebutkan bahwa “kesehatan mental adalah keadaan mental yang sehat menurut ilmu kedokteran sebagai unsur daripada kesehatan yang dimaksud dalam pasal 2 undang-undang pokok-pokok kesehatan (undang-undang tahun 1960 no. 9)”.

Dalam penjelasan pasal demi pasal diuraikan lebih lanjut sebagai berikut:

Kesehatan mental (*mental health*) menurut paham ilmu kedokteran pada waktu sekarang adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional dari seseorang. Dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Makna kesehatan mental mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam penghidupan manusia dan dalam hubungan dengan manusia lain.

3. Gambaran Populer tentang Orang yang Mentalnya Sehat

Banyak orang mengalami kesulitan “mencerna” definisi yang bunyinya cukup abstrak tersebut. Mereka masih bertanya pada diri sendiri: “*Lalu bagaimana penampilan dan perilaku orang yang mentalnya sehat? Apakah tidak ada perumusan atau keterangan yang lebih sederhana?*”. Jawabannya ialah: “*Tidak ada suatu rumusan yang sederhana tetapi memuaskan!*”

Secara garis besar dan populer dapat dikemukakan bahwa orang yang mentalnya sehat adalah orang yang sanggup berkembang secara wajar dan berfungsi dengan baik. Ia sanggup menjalankan tugasnya

sehari-hari sebagaimana mestinya. Misalnya: Seorang ibu yang mentalnya sehat adalah seseorang yang sanggup mengembangkan diri secara wajar, menjadi seorang istri dan ibu yang berfungsi sesuai harapan suami dan anak-anak. Bila menjadi karyawan, ia sanggup menjalin hubungan yang wajar dengan atasan maupun bawahannya. Sebagai warga negara, ia harus sanggup hidup sesuai tata pergaulan yang berlaku dan mematuhi undang-undang negara. Ia pun tidak boleh menjadi beban bagi orang lain.

Gambaran yang diberikan itu sangat tidak ilmiah, tetapi bagi rata-rata orang awam merupakan uraian yang cukup jelas untuk memahami pengertian kesehatan mental yang digunakan secara populer dalam percakapan dan pergaulan sehari-hari.

4. Gangguan Kesehatan Mental dan Penyakit Mental

Kondisi mental sehat seperti yang dilukiskan pada poin 3 di atas, sepertinya merupakan sesuatu yang lumrah dan ada pada rata-rata setiap manusia. Tetapi kenyatannya tidak demikian. Kita semua tahu bahwa kita merupakan manusia biasa yang tidak sempurna dan tidak luput dari kekurangan dan kesulitan hidup. Tidak ada manusia yang seratus persen bebas dari persoalan hidup dan selalu hidup tenang. Justru karena kita tidak bebas dari kelemahan dan kekurangan, maka kita semua pernah, sedang atau akan merasakan dan mengalami rasa khawatir, sedih, marah, atau mendongkol. Dalam keadaan demikian, terkadang kita putus asa, tegang atau panik. Kalau berbagai gangguan di bidang perasaan memuncak, maka daya pikir dan daya kerja dapat berkurang atau lumpuh. Akibatnya kita tidak dapat melakukan tugas dengan wajar. Dalam keadaan demikian itulah kita dihinggapi gangguan kesehatan mental, tapi belum tentu merupakan penyakit mental.

Contoh:

Fajar, seorang siswa kelas XII SMAN 10, tidak dapat mengkonsentrasikan pikirannya pada pelajaran selama dua bulan terakhir. Ia selalu gelisah dan susah tidur. Dari hasil pemeriksaan, ternyata Fajar merasa cemas menghadapi UN yang tinggal sebentar lagi karena ia belum merasa siap. Kegelisahannya menyebabkan ia tidak dapat belajar dan melakukan tugasnya sehari-hari dengan baik.

Contoh di atas menggambarkan adanya gangguan kesehatan mental yang pada dasarnya orang tersebut adalah normal, dan jumlah kasus seperti itu banyak sekali. Jelaslah bahwa gangguan kesehatan mental dapat menimpa setiap manusia yang terganggu kesejahteraannya, terlepas apakah ia ada turunan penyakit mental atau tidak. Oleh karena itu, maka masalah kesehatan mental dan gangguan kesehatan mental adalah urusan kita semua.

Gangguan kesehatan mental juga mencakup penyakit mental yang merupakan gangguan yang terberat. Penyakit mental adalah gangguan yang sangat berat sehingga memerlukan tenaga dokter ahli mental untuk menanganinya. Kalau seseorang mengalami suatu goncangan mental yang mendadak atau suatu krisis yang disebabkan sebuah peristiwa, dan krisis itu tidak dapat ia atasi dengan baik, maka ada kemungkinan mentalnya akan menjadi lebih rapuh. Hal ini dapat membawa akibat di kemudian hari. Apabila pada suatu saat ia kembali mengalami suatu krisis, maka ada kemungkinan gangguan kesehatan mental yang disebabkan krisis itu akan menjelma sebagai gangguan kesehatan mental yang lebih berat, bahkan dapat menjadi penyakit mental. Masalah krisis dan akibatnya sudah ditelaah secara mendalam oleh Erich Lindeman (1944) dan Gerald Caplan (1964).

Usaha pembinaan kesehatan mental atas dasar perumusan yang sudah diuraikan di atas sifatnya luas sekali. Oleh karena itu, pelaksanaannya tidak mungkin menjadi urusan dan tanggung jawab bagi para dokter saja. Semua profesi yang berkecimpung dalam ilmu kedokteran, ilmu behavioral dan sosial, serta sosial – psikiater, psikolog, pembimbing sosial, antropolog, guru, pemuka agama – perlu “berjabat tangan” untuk memecahkan masalah kesehatan mental secara bersama-sama. Untuk menggarap bidang yang sangat kompleks tersebut, pada dasarnya seluruh aparatur pemerintah dan semua anggota masyarakat dibawah payung yang disebut “kesejahteraan rakyat” (kesra) adalah memiliki tanggung jawab sesuai fungsinya masing-masing.

5. Pengertian Kesejahteraan Sosial

Masih ada satu istilah yang sering digunakan orang, dan memiliki kaitan dengan kesehatan mental. Istilah tersebut ialah kesejahteraan

sosial. Sumber yang bisa disebutkan adalah Undang-Undang no. 6, tahun 1974 tentang pokok-pokok kesejahteraan sosial. Dalam undang-undang tersebut dinyatakan:

“Kesejahteraan sosial ialah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, material maupun spiritual yang diliputi oleh rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketentraman lahir batin, yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk mengadakan usaha pemenuhan kebutuhan-kebutuhan jasmaniah, rohaniah, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak asasi serta kewajiban manusia sesuai dengan Pancasila”.

Berdasarkan rumusan di atas, jelas terlihat bahwa kesejahteraan sosial memiliki keterkaitan yang erat dengan kesehatan mental. Berbagai perumusan tentang kesehatan mental menggambarkan keadaan mental itu sendiri, sedangkan kesejahteraan sosial menggambarkan situasi lingkungan yang memungkinkan keadaan kesehatan mental bisa dicapai. Hal ini menunjukkan adanya persamaan dengan definisi WFMH pada pasal kedua dan ketiga.

Karena adanya keterkaitan yang erat antara bidang sosial dan kesehatan, maka tidak mengherankan jika ada negara yang mengelompokkan kegiatan kesehatan, sosial, dan pendidikan menjadi satu serta menempatkannya di bawah satu kementerian, seperti Amerika Serikat. Di negara kita, berbagai sektor kesejahteraan itu dikoordinasikan oleh menteri kesejahteraan rakyat, sedangkan berbagai sektor itu sendiri tetap terpisah dengan departemen yang berlainan.

B. Ruang Lingkup Kesehatan Mental

Selain sebagai kondisi, kesehatan mental juga dapat digambarkan sebagai suatu ilmu (semacam sosiologi baru) yang membahas bagaimana manusia menghadapi kesulitan hidup dan berusaha mengatasinya, sambil menjaga keseimbangan dirinya. Timbul pertanyaan: “*Apa yang mengatur dan mengusahakan segalanya dalam diri manusia?*” jawabannya adalah: “*mentalnya*”. Ilmu kesehatan mental membahas masalah mental, tetapi istilah mental dalam ilmu *behavioral* dan kedokteran mental lazimnya diganti dengan kata kepribadian. Hal

ini disebabkan mental sering membawa paham yang sulit digunakan secara ilmiah. Contoh: “Tim Sepakbola Indonesia kalah dari Malaysia karena kalah mental, bukan karena tekniknya”.

Secara singkat, dapat dikatakan bahwa sasaran ilmu kesehatan mental adalah kepribadian dan segala sesuatu yang bertalian dengan kepribadian, seperti masalah perkembangan, pembinaan, struktur, fungsi, dan disfungsinya.

Kerangka berpikir yang dimaksud di sini ialah dinamika kesehatan mental. Dalam dinamika ini ada salah satu masalah yang merupakan titik tolak segalanya, yakni kebutuhan manusia. Kalau tujuan memenuhi kebutuhan hidup tercapai, amak hasilnya ialah rasa sejahtera. Kalau usahanya gagal, muncullah gangguan kesejahteraan. Yang berperan sebagai penggerak usaha (disebut juga perilaku) ialah kepribadian. Oleh karena itu, dalam ilmu kesehatan mental segala sesuatu yang menyangkut kepribadian, khususnya kesanggupan untuk melakukan tugas, senantiasa mendapat perhatian utama. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kalau kepribadian sanggup mengatur agar kebutuhan bisa dipenuhi, maka akan menghasilkan kesehatan mental yang cukup baik. Sebaliknya, kalau kepribadian gagal dalam tugasnya, maka akan muncul gangguan kesehatan mental.

Pertanyaannya adalah: *“Faktor apa saja yang berperan dalam membuat kepribadian menjadi lebih kuat dan ulet, sehingga sanggup melakukan tugasnya? Dan apa saja yang menyebabkan ia menjadi lemah dan rapuh?”*. Untuk memahamin pertanyaan tersebut, akan dibahas berbagai unsur yang sudah disebutkan sebelumnya sebagai berikut:

1. Masalah Kebutuhan Manusia (*Human Needs*)

Kebutuhan manusia memiliki corak yang sangat kompleks. Manusia tidak hanya mempunyai kebutuhan biologis, seperti makan, minum, dorongan seks, tidur, dan gerak badan. Manusia juga mempunyai bermacam kebutuhan lain seperti cinta dan kasih sayang yang disebut kebutuhan psikologis, dan kebutuhan bergaul yang disebut kebutuhan sosial. Dalam hal ini, sudah banyak teori yang diajukan oleh beberapa ahli. Salah seorang ahli yang

teorinya banyak disebut dalam kaitan dengan kesehatan mental ialah Abraham Maslow (1970).

Maslow mengamati bahwa banyak orang yang secara lahiriah nampak sehat, tetapi tidak produktif, tidak menghasilkan apa-apa, dan tidak steril. Di pihak lain, ia juga menjumpai orang-orang yang sampai meninggal memiliki perhatian besar terhadap segala sesuatu yang ada di sekitar mereka. Mereka ini memiliki mental yang tetap muda dan lincah. Mereka ini disebut *self actualizers*, pengaktualisasi diri. Orang-orang yang mengaktualisasikan diri secara mental yang tumbuh kembang terus, biasanya memiliki karakter yang mudah berkomunikasi dengan orang-orang yang jauh lebih muda. Di antara mereka ini ada yang sekali-sekali mendapatkan apa yang disebut dengan penghayatan puncak (*peak experience*), yakni penghayatan rasa bahagia yang mendalam. Mereka menghayati seakan-akan memperoleh pemahaman mendalam tentang dunia, tentang diri sendiri, dan tentang orang lain. Rasa aku-nya seakan-akan lenyap melebur diri dalam dimensi lain, tanpa menggunakan obat-obatan. Penghayatan puncak ini hanya terjadi pada beberapa orang saja.

Setelah Maslow menelaah orang-orang yang memiliki penghayatan puncak ini, ia menyimpulkan bahwa peristiwa itu terjadi pada orang-orang yang berasal dari keluarga yang berhasil memenuhi kebutuhan sejumlah anak. Kalau hal ini tidak terjadi, maka anak tidak akan dapat mengaktualisasikan diri, bahkan dapat terjadi kelainan.

Menurut Maslow, kebutuhan manusia mencakup:

a. Kebutuhan badaniah

Kebutuhan ini mencakup sandang, pangan, dan papan. Tanpa kesehatan jasmani yang baik, mental seseorang akan mengalami kesulitan untuk tumbuh kembang dengan memuaskan. “Perut kosong malas belajar”.

b. Rasa aman dan kepastian

Setiap anak memerlukan sebuah lingkungan yang dirasakan aman baginya, yang teratur dan tertib. Ia tahu bahwa selalu ada orang tua, khususnya ibu yang dapat melindunginya kalau muncul kesulitan atau ancaman bahaya. Sikap orang tua yang konsisten dapat membuat anak memiliki pegangan dalam perbuatan, apa yang dipuji mereka dan apa yang tidak

berkenan di hati mereka. Kebijaksanaan orang tua merupakan kunci penting dalam hal yang lainnya.

c. Komunikasi yang baik

Manusia dikodratkan menjadi makhluk sosial. Ia butuh persahabatan dan rasa persaudaraan, ia butuh diajak bicara, butuh bermain dan bergaul. Hal ini menunjukkan bahwa anak-anak yang dapat berkomunikasi dengan baik dalam keluarganya tumbuh kembang dengan subur, dibandingkan dengan anak yang orang tuanya kurang atau tidak ada waktu untuk anak mereka. Banyak orang tua, khususnya ayah, tidak atau kurang lancar berkomunikasi dengan anak.

d. Cinta dan kasih sayang

Orang-orang yang berhasil menjadi pengaktualisasi diri ternyata memiliki orang tua yang mencintai mereka. Karena itu mereka merasa dirinya diterima sebagai manusia, bukan karena kepintaran atau kehebatannya. Dalam kenyataannya penulis sering menjumpai orang-orang yang tidak tahu dengan pasti apakah mereka dicintai orang tua atau tidak. Hal ini dapat menekan perasaan dan menghambat perkembangan seseorang. Bahkan Maslow menyebutkan bahwa kalau seorang terapis atau pendidik ingin orang yang ditanganinya tumbuh kembang, maka ia sendiri harus memiliki persyaratan tadi. Ia harus sanggup menciptakan suasana penuh perhatian dan rasa sayang, sehingga pasien atau anak didik merasa dirinya aman dan dihargai. Apabila suasana ini terpenuhi, maka dalam diri pasien atau anak didik dapat digerakan proses tumbuh kembang.

Semakin dipenuhi keempat kebutuhan dasar tadi, semakin besar kemungkinan seseorang dapat mengaktualisasikan diri. Keempat jenis kebutuhan dasar tadi berkaitan erat dengan kelangsungan hidup manusia, sedangkan pengaktualisasian diri berkaitan dengan tumbuh kembangnya manusia ke arah tujuan yang lebih luhur, seperti kebebasan, keindahan, keadilan, dan hubungan dengan yang Mahakuasa. Kebutuhan luhur ini pada awalnya lemah, tetapi dapat tumbuh kembang menjadi kuat, bahkan terkadang dapat menjadi sangat kuat, sehingga dapat mengalahkan kekuatan kebutuhan dasar. Kita semua tahu ada orang yang bersedia mengorbankan diri untuk cita-citanya. Kita sudah menyaksikan hal ini dalam masa perjuangan kemerdekaan kita.

Apa yang dikatakan tentang kebutuhan merupakan gambaran umum. Manusia memiliki corak yang beraneka ragam, kebutuhannya juga beraneka ragam, hasratnya banyak, cita-citanya bermacam-macam. Tidak ada dua manusia yang sama. Ada yang jadi insinyur atau dokter; ada yang jadi pedagang; ada yang ingin jadi guru; ada yang ingin kedudukan dan nama. Kebutuhan itu berbeda pada berbagai lapisan masyarakat, berbeda pada berbagai lingkungan kebudayaan, dan berbeda juga pada berbagai golongan usia.

2. Usaha Manusia untuk Memenuhi Kebutuhan (Perilaku)

Kebutuhan menggerakkan manusia untuk berusaha atau berikhtiar dalam rangka memenuhi atau memuaskan kebutuhan itu. Usaha manusia sehari-hari nampak pada kita sebagai perilaku (*behavior*) yang merupakan keseluruhan tingkah laku. Begitu kebutuhan terpenuhi, terjadilah suatu keseimbangan yang dihayati oleh orang yang bersangkutan sebagai rasa sejahtera. Rasa sejahtera itu berlangsung terus sampai timbul kebutuhan baru yang dirasakan semacam ketegangan. Kemudian mencetuskan kembali tingkah laku yang tujuannya untuk mendapatkan apa yang dibutuhkan, yakni objek kebutuhan. Misalnya makanan yang merupakan objek yang dibutuhkan oleh orang yang lapar, kasih sayang orang tua sebagai objek yang dibutuhkan anak yang haus cinta kasih orang tuanya. Gambaran yang sederhana ini tentunya menyangkut kebutuhan vital yang sederhana. Keadaan motivasi manusia yang begitu rumit tentunya membawa corak perilaku yang cukup rumit juga. Hal ini berkaitan dengan masalah corak kepribadian yang sangat kompleks. Selain itu, tidak ada dua manusia yang corak kepribadiannya sama. Hal ini membawa kita pada pembahasan berikutnya yang berhubungan dengan masalah kepribadian.

3. Peranan dan Fungsi Kepribadian

Salah satu tugas dan fungsi utama kepribadian ialah mengusahakan supaya berbagai kebutuhan manusia terpenuhi. Usaha itu biasanya dihadapkan pada berbagai macam kesulitan dan hambatan. Usaha atau perilaku yang tujuannya mengatasi kesulitan dan hambatan disebut penyesuaian diri (*adjustment*). Jadi penyesuaian diri

menyangkut suatu bidang yang luas sekali, yaitu penyelenggaraan hubungan-hubungan yang lancar, terutama dengan dunia luar. Masalah ini perlu dipahami dengan baik, karena gangguan dalam fungsi kepribadian akan memperlihatkan diri dalam gangguan penyesuaian diri.

a. Terminologi kepribadian

Kepribadian (*personality*) merupakan suatu masalah pokok di bidang kesehatan mental. Pengertian kepribadian bukan hal yang mudah untuk dirumuskan. Kita akan melihat definisi kepribadian yang sudah diajukan oleh para ahli yang demikian banyak. Namun dalam tulisan ini tidak akan diusahakan suatu perumusan definisi, melainkan suatu gambaran populer, karena yang terpenting ialah mendapatkan pengertian tentang kesehatan mental.

Menurut Allport dalam Hall & Lendzey (1993) kepribadian dapat digambarkan sebagai himpunan segala fungsi kejiwaan seseorang yang merupakan suatu kesatuan dinamis, mengusahakan penyesuaian dirinya terhadap tuntutan hidup, sambil menjaga keseimbangan diri, baik secara fisik (jasmaniah) maupun psikis (rohaniah).

Kepribadian tersebut merupakan hasil perpaduan antara pengaruh lingkungan dengan keseluruhan pembawaannya. Kepribadian tumbuh kembang dan terus berubah sepanjang hidup. Suatu perumpamaan yang mudah kita pahami ialah: "Kalau tubuh kita diibaratkan suatu kendaraan bermotor, maka kepribadian adalah pengemudinya. Pengemudi itu akan berubah sesuai dengan perubahan umur dan pengalaman hidup, begitu juga kepribadian. Selain itu tidak ada dua pengemudi yang sifatnya sama, karena tidak ada dua kepribadian yang sama".

b. Struktur dan fungsi kepribadian

Konsep kepribadian yang saat ini dipakai secara umum di bidang kesehatan mental dan psikiatri ialah konsep yang dikemukakan Sigmund Freud dalam teori psikoanalisis (Hall & Lendzey, 1993). Walaupun buku tersebut menggunakan orientasi psikoanalitik sebagai kerangka berpikir dasar, tetapi ajaran Freud ini tidak diikuti secara mutlak. Dalam tulisan ini diperhatikan juga sumbangan-sumbangan pemikiran dari ahli-ahli yang lainnya.

Pembahasan struktur kepribadian membawa kita pada jasa besar Sigmund Freud yang sudah menunjukkan bahwa dalam diri manusia terdapat “alam sadar” dan “alam tak sadar”. Dalam kehidupan sehari-hari, alam tak sadar merupakan keseluruhan proses psikologis yang biasanya tidak sampai masuk ke dalam kesadaran kita. Sekalipun demikian, alam tak sadar turut aktif mempengaruhi tingkah laku kita, bahkan terkadang cukup mendalam. Menurut Freud, selain alam tak sadar ada juga yang disebut alam pra-sadar, namun dalam buku ini tidak dibahas lebih lanjut, karena terletak di luar ruang lingkup tulisan ini.

Psikoanalisis menganggap bahwa kepribadian terdiri atas tiga kelompok unsur kementalan yang tidak boleh dianggap berdiri sendiri-sendiri. Lebih tepat apabila ketiga bagian itu dianggap sebagai gabungan tenaga psikis yang perannya berbeda, tetapi memiliki kerjasama yang erat antara satu dengan yang lainnya. Kita dapat mengenalinya karena ada perbedaan dalam fungsinya. Selain itu, agar dapat memahami ketiga bagian kepribadian dengan baik, perlu diperhatikan masalah alam sadar dan alam tak sadar yang terjalin erat dengan fungsi kepribadian.

1) *Id*

Bagian pertama dalam struktur kepribadian disebut *id* yang berasal dari bahasa Latin, tetapi dalam bahasa Indonesia tidak ada padanan katanya. Dalam ilmu kedokteran mental istilah *id* ini sudah dibakukan, yang dapat dianggap sebagai gabungan segala naluri yang ada pada manusia. Dalam kehidupan sehari-hari, secara sadar kita tidak menghayati adanya naluri ini.

Apabila dibandingkan dengan fungsi kepribadian bagian lainnya, fungsi *id* ini memiliki sifat yang paling primitif. Pada dasarnya, naluri selalu menuntut pemuasan dengan segera sesuai dengan sifat biologisnya. Psikoanalisis menggunakan istilah “prinsip senang” untuk menyatakan keadaan ini. *Id* mempunyai sifat lain, yaitu tidak memperhitungkan kenyataan situasi dan kondisi yang ada. Naluri disebut juga dorongan nafsu dasar atau secara populer disebut nafsu.

2) *Ego*

Kata *ego* berasal dari bahasa Latin yang artinya aku. *Ego* bertugas mengatur pelaksanaan pemuasan naluri yang berasal dari *id*. Untuk itu, fungsi pokok *ego* adalah mengenal dan memahami

realitasnya (keadaan yang nyata), khususnya kenyataan dunia luar. Karena hal tersebut, psikoanalisis menyatakan bahwa ego berfungsi atas dasar prinsip realitas. Ego melaksanakan kontak dengan dunia luar sesuai pemahaman tentang situasi dan kondisi dunia luar itu. Untuk menjalankan tugasnya, ego menggunakan berbagai fungsi kementalan seperti berpikir, mengingat, merencanakan, mengatur, dan sekaligus memadukan segala masukan yang diperoleh lewat pancaindra, terutama data yang diperoleh dari dunia luar.

Secara ringkas, kepribadian melakukan tugasnya - penyesuaian diri - melalui fungsi ego. Ego merupakan pusat sintesis dan pengorganisasian yang mengolah penyaluran dorongan yang berasal dari *id*. Berbeda dengan *id*, ego mengatur kementalaan seseorang secara sadar.

3) *Super ego*

Super ego berfungsi menghimpun segala norma baik dan buruk yang ada dalam diri seseorang. Berbagai petuah dan nasihat orang tua yang “dituangkan” ke dalam diri seseorang “mengendap” dalam super ego. Super ego yang sebenarnya tumbuh dari ego, dan mulai menampakkan diri pada waktu konflik *oedipal* (lihat hal. 20) mendekati penyesuaian. Pembentukan super ego saat itu ditunjang oleh suatu mekanisme yang disebut identifikasi.

Seorang anak dalam usahanya ingin “menjadi seperti orang tuanya”, sekaligus mengambil alih segala nilai dan norma orang tuanya. Super ego dengan segala nilai tentang baik dan buruk, wajar dan tak wajar, berperan sebagai badan sensor terhadap fungsi ego. Kalau ego seseorang tidak turut dikendalikan oleh super ego, dan hanya mengikuti naluri dari *id*, maka orang seperti itu dikuasai oleh nafsu. Kalau seseorang dengan super ego yang berfungsi cukup wajar dalam melanggar norma baik dan buruk, maka ia “dihukum” oleh super egonya dengan munculnya rasa dosa dan rasa salah.

Ketertiban dalam hidup bermasyarakat sangat ditentukan oleh adanya super ego dalam diri setiap manusia. Apabila super ego gagal menjalankan tugasnya sebagai penertib, maka lingkungan masyarakat yang ada di sekitarnya akan turut campur tangan. Kalau inipun gagal, maka aparat penegak hukum dari laur turun tangan untuk mengatur ketertiban.

Selain fungsi badan sensor “hakim internal” terhadap fungsi ego, super ego juga memiliki fungsi sebagai “ego ideal”. Ego ideal menghimpun segala cita-cita mengenai diri sendiri dan mendorong agar seseorang mengusahakan kesempurnaan dan kebaikan. Kalau hakim internal menghukum dengan rasa dosa, maka ego ideal memberi imbalan dengan mencetuskan rasa bangga. Jadi ego ideal turut memberi arah pada fungsi ego.

c. Tumbuh kembang dan pembentukan kepribadian

Perkembangan kepribadian manusia perlu kita bahas secara menyeluruh. Kita harus meninjaunya tidak hanya secara psikologis, tetapi juga dari segi organo-biologis dan sego-sosio budaya. Keberanekaan segi antara satu dengan yang lainnya terjalin erat sekali. Faktor-faktor itulah yang secara terpadu menampilkan corak kepribadian yang khas bagi setiap orang. Dalam tulisan ini, bahan yang akan dipakai diambil dari bidang psikologi genetik atau ilmu mental perkembangan. Pada uraian yang sifatnya deskriptif tersebut, kita tambahkan dan padukan teori psikoanalisis untuk pemahaman lebih lanjut, khususnya yang menyangkut perkembangan dari bayi sampai remaja.

Seperti pada awal pembahasan tentang sturuktur kepribadian, disini juga penulis mau menegaskan kembali bahwa psikoanalisis dipilih karena merupakan teori yang paling komprehensif dan sanggup menyerang teori-teori lain. Hal ini tidak mengurangi jasa ahli-ahli lain yang perhatian utamanya bukan pada alam tak sadar seperti aliran-aliran psikoanalisis, melainkan pada peranan ego. Psikologi ego menyoroti proses-proses yang terletak dalam alam sadar. Berturut-turut akan dibahas masa bayi dan kanak-kanak, kemudian masa remaja, lalu masa dewasa, dan masa tua atau usia lanjut. Setiap tahap perkembangan membawa problematika sendiri, dan pemahamannya diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan di bidang kesehatan mental.

1) *Masa bayi dan kanak-kanak*

Pada perkembangan manusia, kondisi ketergantungan total bayi beralih secara berangsur menjadi keadaan independensi, yakni kesanggupan mandiri secara relatif. Hal ini merupakan suatu keadaan yang kita dapati pada orang dewasa. Kalau kita

perhatikan keadaan dan perkembangan bayi, kita akan melihat bahwa dalam tempo enam bulan pertama kehidupannya, bayi menjalin hubungan semakin erat dengan lingkungannya. Bersamaan dengan itu, berkembang juga motoriknya (otot-ototnya). Dari enam sampai dua belas bulan, hubungan yang dijalin dengan lingkungannya menjadi lebih kompleks. Dengan perkembangan motoriknya, bayi mulai memegang-megang berbagai benda yang ada di sekitarnya. Reaksi afektif (reaksi perasaan) terutama terhadap orang lain menjadi semakin kompleks juga, bayi juga semakin lama semakin memerhatikan tubuhnya sendiri, dengan bahasa “menampilkan diri” sebagai prabahasa awal.

Dalam masa berikutnya, kira-kira antara satu sampai tiga tahun, perkembangan anak ditandai oleh adanya suatu kemajuan pesat. Saat anak mulai dapat berjalan, kemampuan motoriknya tumbuh kembang cepat, prabahasa menjadi bahasa, kegiatan intelektual mulai menampilkan diri. Hal ini bertalian dengan mulai keluarnya naluri ingin menyatakan diri, dan mulai merasakan berbagai frustrasi yang disebabkan lingkungan.

Masa berikutnya lagi ialah kira-kira antara tiga sampai lima tahun, anak mengkonsolidasikan kemajuan-kemajuan yang sudah dicapainya. Ia berusaha mengenali objek-objek yang ada disekitarnya, dan menghayati kepribadiannya sendiri. Lambat laun anak menjalani proses sosialisasi. Mula-mula ia belajar bagaimana menjalin hubungan dengan orang lain di lingkungan keluarganya sendiri. Proses ini khususnya menonjol saat anak masuk sekolah dan terjun ke dalam masyarakat kecil (teman-teman sekolah). Perkembangan ini berlangsung terus sampai usia akil balig atau pubertas. Pada saat itu, terjadilah berbagai perubahan yang sangat besar, yang berkaitan dengan munculnya dorongan seksual seperti yang kita jumpai pada orang dewasa.

Psikoanalisis mengembangkan teori Libido atau teori Energi Seksual yang diaktikannya dengan perkembangan kepribadian. Teori ini mengemukakan bahwa seksualitas, yakni segala sesuatu yang menyangkut kehidupan seksual, sudah ada benihnya pada anak. Tentu coraknya tidak sama dengan yang kita jumpai pada orang dewasa. Psikoanalisis mengemukakan bahwa seksualitas anak berkembang melalui pentahapan yang garis besarnya sama dengan tahap-tahap yang sudah dibahas lebih dahulu. Perkembangan ini disebut dalam

psikoanalisis sebagai perkembangan psikoseksual, penahapannya diberi nama-nama fase oral (tahap mulut), fase anal (tahap dubur) dan fase falik (fase alat kelamin laki-laki), disebut juga fase pregenital. Pembagian ini sesuai dengan pusat perhatian anak (bayi) yang mula-mula ditujukan pada fungsi mulut saat menyusui, kemudian fungsi dubur yang mengatur buang air besar, lalu alat kelamin yang sekaligus juga berfungsi untuk buang air kecil.

Sehabis fase falik, kemudian dilanjutkan dengan fase laten. Dalam fase ini seakan-akan tidak terjadi suatu apapun pada diri si anak, tetapi justru semasa fase laten yang berlangsung sampai usia akil balig ini, muncullah apa yang disebut dalam psikoanalisis sebagai *kompleks oedipus*. Ini merupakan situasi tertentu yang muncul dalam hubungan antara anak dan orang tuanya. Nama Oedipus diambil dari cerita rakyat Yunani. Berdasarkan cerita yang berkembang, Ia merupakan seorang raja yang membunuh ayahnya, kemudian menikah dengan ibunya. Di pulau Jawa, analogi cerita mitologi seperti ini ialah cerita Sangkuriang. Freud menggunakan cerita tersebut untuk menggambarkan bahwa dalam proses tumbuh kembang seorang laki-laki, suatu saat akan timbul semacam konflik mental. Dalam hati si anak timbul semacam rasa cemburu, karena perhatian ibu kepada dirinya harus ia bagi dengan ayahnya. Muncul dalam dirinya suatu *hostilitas* (rasa bermusuhan), yang tentunya menimbulkan semacam konflik mental, karena ia juga masih mencintai dan mengagumi ayahnya. Konflik *oedipus* ini tidak berlangsung seterusnya, tetapi biasanya ada penyelesaian melalui suatu proses yang dikenal dengan istilah identifikasi. Maknanya ialah menjadikan dirinya “sama” seperti ayahnya. Dengan cara seperti itu, maka segala perhatian, cinta kasih dan kekaguman ibu terhadap ayah, otomatis juga jatuh padanya, karena ia sudah “sama seperti ayahnya”.

Perkembangan psikoseksual pada laki-laki dan anak gadis secara garis besar adalah sama. Hanya penyelesaian konflik terjadi dengan orang tua yang jenis kelaminnya sama. *Kompleks oedipus* ini memerlukan penyelesaian yang memuaskan, supaya kepribadian dan seksualitas seseorang dapat tumbuh kembang dengan wajar dan harmonis.

Teori psikoanalisis mengaitkan perkembangan kepribadian dengan adanya berbagai tahap tadi. Kalau seseorang mengalami

kesulitan menjalani berbagai fase psikoseksual, ada kemungkinan kepribadian tidak berkembang sebagaimana mestinya, hingga dapat terjadi gangguan kesehatan mental pada usia yang lebih lanjut. Selain itu, dikemukakan bahwa semakin dini terjadi gangguan, semakin berakar akibatnya. Gangguan semasa fase oral dan anal umumnya berakibat lebih serius daripada gangguan yang terjadi semasa berikutnya.

Hubungan antara perkembangan kepribadian dan seksualitas menurut teori psikoanalisis kurang lebih sebagai berikut: "Kalau anak menyusui, buang air besar atau kecil, maka rangsangan yang terjadi pada selaput lendir dan kulit sekitar mulut, dubur dan alat kelamin akan dihayati oleh anak sebagai sesuatu yang menyenangkan atau enak. Perangsangan itu sendiri merupakan suatu kebutuhan bagi anak yang perlu dipenuhi. Berbagai daerah tubuh (mulut, dubur, alat kelamin) yang penting bagi perkembangan psikososial disebut juga zona atau daerah *erogen*. Pada saat seseorang memasuki akil balig, perangsangan berbagai zona tadi tidak hanya penting untuk menunjang fungsi vital saja (seperti makan, minum dan buang air), tetapi juga menunjang fungsi seksual. Misalnya mencium yang dapat menimbulkan nafsu berahi seperti yang dijumpai pada orang dewasa, apalagi perangsangan pada daerah kelamin yang dapat menyebabkan terjadinya puncak penghayatan rangsangan seksual, yakni ejakulasi air mani pada pria dan orgasmus pada wanita. Psikoanalisis mengutarakan bahwa antara perkembangan kepribadian dan perkembangan seksualitas terdapat hubungan yang erat. Psikoanalisis menyatukannya dalam satu istilah ialah psikoseksual.

Banyak kritik yang dilontarkan terhadap teori psikoanalisis, khususnya teori yang terlalu menyoroti segi seksual, sehingga terkadang disebut panseksualistis. Memang benar bahwa perkembangan kepribadian ada kaitannya dengan perkembangan seksual, tetapi masih banyak faktor lain yang tidak kurang pentingnya dan yang turut mempengaruhi perkembangan kepribadian. Sebenarnya Freud bukan tidak menyadari hal tersebut, karena perkembangan kepribadian memiliki banyak segi, namun ia hanya sanggup menggarap segi seksualitasnya, karena hal itulah yang menurut pengamatannya menonjol pada para pasien yang diperiksanya. Lingkungan pasiennya ialah masyarakat *german*, sehingga hal ini membatasi ruang lingkup pengamatannya.

Salah satu kritik dilontarkan oleh Karen Horney (1939) seorang penganut aliran psikoanalisis juga, tetapi ia menyoroti peranan lingkungan kebudayaan. Ia keberatan memberi peranan yang begitu besar dan dianggapnya berat sebelah pada seksualitas. *Kompleks oedipus* misalnya, bukan suatu fenomena atau peristiwa yang sifatnya universal, yang berlaku umum bagi semua masyarakat di seluruh dunia. Keadaan oedipal hanya didapati pada situasi yang analog, yakni yang serupa dengan corak kehidupan kekeluargaan yang dijumpai di negara Barat, tempat Freud mengembangkan teorinya. Pada masyarakat yang corak kebudayaan lain, seperti yang masih mengenal keluarga besar atau keluarga poligam, dinamika dalam perkembangan kepribadian belum tentu sama. Keadaan yang berlainan ini banyak dijumpai di negara kita, kecuali di kota-kota besar, yakni semakin banyak mengenal corak keluarga seperti yang dijumpai di negara-negara Barat.

2) Masa remaja

Masa kanak-kanak berakhir dengan tibanya masa pubertas, yakni masa akil balig. Masa ini merupakan masa peralihan yang ditandai dengan mulainya perubahan cepat pada diri anak, baik badaniah maupun mental dan emosional. Pubertas menyangkut proses maturasi fisik, yakni pendewasaan badaniah. Anak gadis mulai menstruasi (keluar haid), anak laki-laki mulai memproduksi air mani. Anak yang mencapai usia akil balig sebenarnya secara badaniah sudah mampu memperoleh turunan.

Di daerah pedesaan tidak jarang kita lihat bahwa begitu seseorang menjadi puber, mulailah ia diterima sebagai orang dewasa dengan segala hak dan kewajibannya. Tidak sedikit anak gadis pada usia 13 atau 14 tahun menikah, dan masuk golongan orang dewasa. Pendewasaan sosial di sini boleh dikatakan terjadi bersamaan dengan pendewasaan biologis.

Di kota besar keadaannya lain. Anak yang menjadi puber umumnya masih duduk di bangku sekolah, dan masih harus menjalani masa pendidikan yang panjang. Masyarakat modern hanya dapat menggunakan orang terdidik. Karena itu anak-anak harus menuntut pendidikan sekolah. Kalau tidak, ia akan tersisihkan dan terkucilkan. Di kota besar, masalah pendidikan memang sangat diperhatikan, sehingga tak jarang pendidikan sekolah itu memakan

waktu sampai bertahun-tahun, sebelum seseorang siap terjun ke masyarakat dan diterima sebagai orang dewasa.

Proses pubertas ini berjalan relatif singkat, kira-kira dua sampai tiga tahun. Tetapi proses pendewasaan sosial di kota berjalan jauh lebih lama. Seorang puber yang secara badaniahnya sudah dewasa, masih tetap dianggap dan diperlakukan sebagai anak. Di sinilah pokok pangkal banyak masalah-masalah yang mewarnai kehidupan remaja. Ia merasa dirinya bukan anak lagi, bukan hanya karena sudah mulai muncul dorongan seks seperti pada orang dewasa, tetapi juga karena sesuai kodratnya ia sudah mulai merasa munculnya kebutuhan-kebutuhan lain. Masa peralihan yang dimulai dengan masa pubertas dan baru berakhir saat seseorang siap terjun ke masyarakat disebut masa *adolensi*, yakni masa remaja. *Adolensi* sebagai peristiwa sosial dan psikologis sampai suatu taraf tertentu merupakan hasil peradaban manusia modern. Masa itu penuh masalah-masalah perkembangan yang pelik, pelik bagi orang tua juga bagi remaja yang bersangkutan.

Perubahan yang terjadi atas diri remaja menyebabkan ia merasa bahwa pola kelakuannya sebagai anak harus ditanggalkan. Ia buang pola lama, tetapi pola baru belum terwujud. Akhirnya ia benar-benar mengalami suatu krisis. Dalam pergaulan ia masih canggung dan belum tahu sikap apa yang paling cocok baginya. Remaja sebagai masa peralihan, dalam garis besarnya dihadapkan pada dua tugas pokok. *Pertama*, ia harus mampu melepaskan diri dari kebiasaan akan ketergantungan mental dan emosional pada orang tuanya dan membuang kelakuan lama. *Kedua*, ia harus menemukan identitas dan sikap hidup yang baru.

a) Remaja harus melepaskan ketergantungan emosional pada orangtua

Sebagai manusia yang merasa dirinya bukan anak kecil lagi, remaja merasakan dan menghayati otonominya terlepas dari kemauan dan pimpinan orangtuanya. Ia tidak mau lagi dianggap anak kecil. Setiap kali orang tuanya memperlakukan demikian - karena kebiasaan sejak ia masih kecil - langsung timbul reaksi protes yang hebat. Reaksi protes ini dapat dinyatakan secara terbuka, sehingga menyebabkan konflik yang nyata atau reaksi tampil secara terselubung dengan akibat perang dingin. Remaja bersifat sangat sensitif dalam hal ini, sehingga orang

tua sering bingung menghadapi remaja. Mereka umumnya tidak memahami bahwa remaja perlu menjalani “pelepasan” ketergantungan mental-emosional pada orang tua. Pakaian lecek, rambut gondrong, bahasa percakapan “semau gue”, sikap sering menantang dan nada bicara yang tak jarang menyentak. Berat sekali bagi orang tua melihat anak mereka yang terkadang kelihatannya seperti sedang mengalami *mental breakdown*, atau sedikitnya seperti menjurus pada kenakalan remaja. Mereka bingung melihat sikap anak mereka yang “kurang ajar”. Mereka tidak memahami bahwa hal ini merupakan gejala keinginannya akan otonomi. Banyak orang tua merasa tersinggung dan kehilangan kesabaran. Apabila bujukan tidak berhasil, mereka berubah sikap menjadi keras, menyalahkan dan menghukum. Padahal sikap tersebut malahan menimbulkan pemberontakan yang meledak pada pihak remaja, sehingga tidak sedikit orang tua yang putus asa. Ibu menangis, ayah kehabisan akal. Mereka sering mengubah sikapnya jadi menolak si remaja atau acuh tak acuh terhadapnya. Demikian pula remaja menangis, dan sering terlontar kata-kata “*habis Papa dan Mama enggak mau ngerti sih!*”

b) Remaja mencari identitas baru

Menurut Schultz (2005), remaja yang baru menghancurkan identitasnya yang lama, kemudian mencoba untuk menemukan suatu identitas baru. Di atas puing-puing sisa pola lama, ia bergulat menegakkan pedoman baru sebagai orang yang mulai menginjak usia dewasa. Tuntutan agar diperlakukan sebagai orang yang bukan anak kecil lagi sangat kuat. Remaja haus akan penghargaan dan pengakuan. Ia minta kebebasan yang lebih banyak, sebab dengan menghirup kebebasan yang lebih banyak, ia dapat menghayati identitasnya yang baru. Hal ini merupakan suatu kebutuhan batin yang mutlak harus dipenuhi di lingkungan keluarganya.

Apabila kebutuhan tersebut tidak ditemukan, biasanya ia mencari orang-orang di luar lingkungan keluarganya yang bersedia mengisi kebutuhan itu. Kemudian ia ditampung oleh kawan-kawannya yang sebaya (*peers*) yang umumnya sama-sama haus penghargaan dan pengakuan, terbentuklah kelompok-kelompok remaja (*peer groups*) yang bersifat sangat kompak. Karena

kebutuhan terhadap kelompok sebaya itu, yang secara umum memiliki kekuatan kohesif (kekompakan) yang cukup besar, biasanya setiap anggota *peergroups* tersebut takut ditinggalkan. Itulah sebabnya kelompok sebaya sebagai pengatur tingkah laku remaja tidak boleh kita remehkan. Norma yang berlaku dalam kelompok, umumnya berlaku bagi setiap anggota yang berusaha sekuat tenaga jangan sampai kehilangan keanggotaannya dalam kelompok tersebut. Sebagai contoh: kelompok yang rambutnya panjang, celana cutbrai, ikat pinggang lebar, sepatu hak tinggi, semua menjadi ciri dalam kelompok yang dipatuhi semua anggotanya. “Keanahan” itu merupakan simbol kekompakan mereka, dan sekaligus sebagai pernyataan otonomi. Mereka ingin berbeda dari orang tuanya. Hubungan darah akan tetap ada seumur hidup, tetapi lain halnya dengan teman sekelompok. Kalau kehilangan keanggotaan kelompok, hilang juga sumber penghargaan dan pengakuan yang begitu didambakan, disisihkan atau dikucilkan kawan merupakan bencana besar bagi remaja ini.

Dalam masyarakat teman sebayanya, remaja berusaha menyelesaikan tugas-tugas perkembangan yang menyangkut usaha mencari identitas barunya. Di antaranya ia harus:

- a) Menemukan “aku”-nya, suatu identitas tentang dirinya
- b) Menemukan atau membina suatu falsafah atau sikap hidup yang dirasakan serasi baginya
- c) Menentukan profesi dan lapangan kerja yang sesuai
- d) Menentukan dan memantapkan identifikasi seksualnya, khususnya dalam hubungan dengan seks lain
- e) Menemukan suatu cara dan gaya bergaul dengan orang lain, serta suatu cara menghadapi kebutuhan-kebutuhannya sendiri yang dihayati dengan harmonis dan serasi
- f) Menemukan tempat yang cocok bagi diri sendiri dalam keseluruhan hubungan sosialnya, dan memilih sejumlah peranan sosial serasi.

Berbagai tugas perkembangan yang digambarkan di atas berhubungan erat antara satu dengan yang lainnya.

Dapat kita simpulkan bahwa masa remaja merupakan suatu masa penuh gejolak dan problema, baik bagi remajanya sendiri

maupun bagi orang tuanya. Gejala itu terkadang sangat hebat sehingga dirasakan sebagai abnormal dan perlu dibawa kepada seorang ahli untuk dibahasnya. Banyak “kelainan” yang sebenarnya hanya penyimpangan yang masih dalam batas normal, tidak perlu dikhawatirkan dan akan mereda dengan sendirinya dengan meningkatnya usia. Kemudian, biasanya para orang tua itu sendiri akan mengubah sikap dan bersedia menerima kenyataan bahwa banyak gangguan mental lebih serius yang mulai menampilkan diri pada awal adolensi. Karena itu sudah selayaknya bahwa pada masalah remaja diberi perhatian yang relatif besar.

3) Masa dewasa

Perkembangan kepribadian tidak berhenti saat seorang remaja memasuki usia dewasa. Kepribadian terus berkembang dan berubah selama hidup. Hanya perlu diketahui bahwa corak dasar kepribadian dibentuk antara lahir dan usia dewasa, khususnya pada usia prasekolah, sekalipun kepribadian tersebut masih terus berkembang, terutama karena pengaruh dari luar, namun corak dasar itu sendiri tidak banyak berubah lagi.

Kalau seorang berhasil menyelesaikan tugas perkembangannya sebagai remaja, dan ia masuk kategori orang dewasa, maka ia mulai menjalani suatu masa dalam kehidupannya yang ditandai oleh kesibukan dalam tugas dan pekerjaannya, baik dalam pekerjaan maupun dalam pembinaan dan pengembangan kehidupan keluarga. Kepuasan hidup dirasakan justru dalam menjalankan bermacam fungsi yang bertalian dengan berbagai kegiatan tadi. Masa dewasa muda ini terbentang antara umur kira-kira 25 sampai 40 tahun. Selama masa ini, pandangan diarahkan pada cita-cita hidup dan hari depan yang dirasakan mengandung penuh harapan.

Pada masa dewasa penuh (*virilitas*, bahasa Latin) yang terbentang antara kira-kira umur 40 sampai 55 tahun, manusia mulai menghayati penurunan kondisi badaniah dan psikis. Rambut putih bermunculan; penyakit seperti kencing manis, tekanan darah tinggi, dan encok mulai menampakkan diri; gigi mulai rontok; teman-teman sebaya sudah mulai ada yang meninggal. Semuanya menandakan bahwa masa muda telah lewat, hari depan yang tadinya ibarat kaki langit yang tak ada ujungnya ternyata ada batasnya, dan liang kubur terkadang terkilas di depan mata.

Dalam masa virilitas ini manusia mulai bersibuk diri dengan mencari tujuan hidup dan mempertanyakan kaitannya dengan cita-cita pribadinya. Mereka yang berada dalam fase kehidupan ini merasa belum berhasil merealisasikan cita-cita atau sebagian cita-cita mereka, tidak jarang dihadapkan pada suatu krisis hidup yang sukar diatasi. Tidak jarang juga mereka tergelincir ke dalam suatu gangguan kesehatan mental. Sering kita lihat ada wanita yang sudah bersuami tetapi gagal memperoleh turunan mengalami depresi yang mendalam. Keadaan depresi ini sering juga kita jumpai pada pria yang merasa gagal dalam mengejar cita-cita hidupnya. Biasanya depresi itu disertai macam-macam gangguan psikosomatis yang lebih memperberat bagi depresinya.

4) *Usia lanjut*

Pada masa usia lanjut, tugas formil sudah selesai. Meletakkan pekerjaan dan mengundurkan diri dari masyarakat ramai merupakan salah satu ciri fase ini. Banyak teman dan kenalan sudah “berangkat”, tidak jarang rasa kesepian merupakan salah satu keluhan utama orang-orang yang sudah lanjut usia. Tetapi tidak selalu lanjut usia ini bersifat negatif. Dalam fase inilah manusia merenungkan masalah hakikat hidup dengan lebih intensif, dan mencoba mendekatkan diri pada yang Mahakuasa. Dalam hal inilah manusia belajar menerima, bahwa kehidupan di dunia ini tidak abadi, dan ia mempersiapkan diri dengan tenang untuk meninggalkan dunia yang fana ini.

Sebagai ringkasan, dapat dikatakan bahwa manusia dalam perkembangannya melampaui berbagai fase. Untuk pembinaan dan pemeliharaan kesehatan mental, setiap tahap tadi (usia bayi sampai usia lanjut) perlu dijalani dengan memuaskan. Kalau terjadi hambatan atau kegagalan dalam menyelesaikan tugas perkembangan dalam salah satu fase, maka dapat terjadi gangguan kesehatan mental dalam fase berikutnya.

d. *Pengertian deprivasi dan frustrasi*

Kalau keutuhan seseorang tidak dipenuhi dalam waktu yang relatif lama, kita katakan bahwa ia mengalami deprivasi. Kalau seorang anak tidak mendapatkan cinta kasih orang tuanya dalam waktu yang relatif lama, maka ia mengalami deprivasi kasih sayang. Seseorang yang mengalami hal tersebut biasanya berusaha untuk mengatasinya. Dalam usaha tersebut ia memanfaatkan pengalaman

yang lalu. Namun terkadang usaha itu terbentur pada kesulitan dan terhalang, sehingga terjadilah frustrasi. Frustrasi berpangkal pada kelemahan kepribadian dan masalah yang bersumber pada keadaan lingkungan. Suatu sumber khusus yang banyak berkaitan dengan kesehatan mental ialah konflik mental.

Frustrasi dapat berkesudahan secara positif atau negatif. Manusia biasanya belajar dari pengalaman. Diharapkan ia belajar bagaimana menanggulangi berbagai macam kesulitan dan hambatan yang menyebabkan frustrasi. Orang yang berhasil mengembangkan cara-cara penanggulangan yang memadai akan menjadi lebih yakin pada dirinya sendiri. Kalau kemudian ia dihadapkan pada kesulitan yang serupa, ia sudah menjadi ulet, karena ia sudah memiliki seperangkat cara penanggulangan yang cukup memadai. Sebaliknya kalau seseorang mengalami frustrasi berat yang sulit sekali ditanggulangi, seperti pada konflik mental yang tidak teratasi, maka ia cenderung menjadi kaku dalam cara menanggulangi kesulitan tersebut. Hal ini disebabkan ia kurang atau tidak dapat mengambil manfaat dari pengalamannya. Karena ia gagal, ia tidak dapat belajar dari pengalamannya, dan bukannya menjadi tambah ulet, tetapi menjadi kaku. Kekakuan yang terjadi dalam dirinya merupakan penghalang baginya untuk mengembangkan cara-cara penanggulangan yang lebih memadai. Kita katakan bahwa orang yang seperti itu adalah mengalami fiksasi dalam perkembangannya. Ia menjadi kurang ulet dan tidak fleksibel dalam menghadapi kesulitan dan halangan. Ia lebih mudah dihindari frustrasi daripada menjadi orang yang ulet.

e. Pengertian *anxietas*, agresi, dan depresi

Frustrasi menyebabkan munculnya *anxietas* (rasa cemas). Kecemasan merupakan tanda bahaya yang menyatakan diri dengan suatu penghayatan yang khas dan sulit digambarkan. Gejala *anxietas* ini ada yang bersifat psikis seperti rasa takut, khawatir dan gelisah, ada juga yang bersifat jasmaniah seperti jantung yang berdebar, keluar keringat dingin, mulut kering, tekanan darah meninggi dan susah tidur. *Anxietas* adalah gejala yang paling sering kita jumpai pada gangguan kesehatan mental.

Sebenarnya frustrasi tidak langsung menyebabkan munculnya *anxietas*, melainkan didahului dengan agresi dan amarah. Kalau agresi dan tindakan agresif tidak berhasil menyingkirkan hambatan

dan kesulitan, maka muncullah *anxietas*, terutama kalau seseorang sudah belajar dari pengalaman, bahwa agresi itu merugikan dirinya (misalnya dimarahi atau dihukum). Akhirnya ia takut gagal dan takut akan akibat kegagalan. Kalau keadaan sudah berkembang seperti itu, maka *anxietas* dapat muncul tanpa didahului agresi.

Agresi yang tidak berhasil mengalami kesulitan, berbalik menjadi depresi. Depresi adalah keadaan yang ditandai hilangnya gairah dan semangat, terkadang disertai rasa sedih (tetapi tidak selalu). Kita lihat bahwa bila depresi terangkat dengan obat misalnya, agresi semula akan muncul kembali. Perlu juga diperhatikan bahwa *anxietas*, agresi, dan depresi seringkali berjalan bersama. Hal ini disebabkan karena antara beraneka fenomena tersebut memiliki hubungan yang sangat erat.

Depresi yang disebabkan oleh agresi yang berbalik, harus dibedakan dari kesedihan yang disebabkan kehilangan sesuatu, atau seseorang yang sangat dicintai atau disukai. Hal ini jelas kita lihat, misalnya pada peristiwa duka cita (*grief*) yang disebabkan karena kematian seseorang yang dekat di hati, seperti kekasih, atau orang tua. Perbedaan kedua peristiwa tadi penting sekali, karena penampilannya sering mirip, tetapi dinamikanya berlainan. Duka cita termasuk peristiwa yang kita kenal dengan istilah krisis, dan biasanya berkesudahan dengan sendirinya dalam waktu 4 sampai 6 minggu. Karena itu duka cita sebaiknya jangan dicoba dihilangkan dengan obat, karena kalau ekspresi atau pernyataan duka cita ditekan-tekan, ada kemungkinan proses duka cita tidak selesai sebagaimana mestinya dan menjadi berkepanjangan, bahkan dapat menjurus pada munculnya gangguan kesehatan mental kemudiannya (Lin Deman, 1944).

C. Kesimpulan

Kesehatan mental secara definitif harus diikatkan dalam makna kesehatan secara umum, karena akan berkaitan dengan kondisi jasmani dan sosial. Keadaan sehat mental dapat dimaknai secara utuh berupa kondisi yang prima dan berfungsi secara optimal. Dengan demikian, dapat dipastikan bahwa orang yang sehat secara mental memiliki kondisi yang baik, tidak mengalami berbagai

bentuk gangguan atau masalah, baik dari aspek kejiwaan maupun aspek sosial. Aspek sosial sangat penting dan menentukan, karena orang yang sehat mental dapat terlihat dalam relasinya dengan lingkungan sosial, dan kemampuannya untuk menyesuaikan diri dengan masyarakat dan lingkungan sekitar.

Komponen penting dalam kesehatan mental adalah kepribadian. Kepribadian ini menentukan bagaimana seseorang berpikir, bersikap dan bertingkah laku. Kepribadian berkembang melalui proses perkembangan, sehingga kepribadian merupakan hasil interaksi dengan lingkungan. Dalam ilmu kesehatan jiwa, penjelasan mengenai kepribadian merujuk kepada teori kepribadian yang dikembangkan oleh Sigmund Freud. Teorinya yang terkenal mengenai kepribadian disebut dengan psikoanalisa. Teori ini dikembangkan berdasarkan pengalamannya sebagai ahli psikoterapi dalam menghadapi pasien-pasiennya.


Dalam kaitannya dengan lingkungan sosial, orang yang memiliki mental sehat adalah orang yang mencapai tingkat kesejahteraan sosial yang baik. Mereka adalah orang yang *adjustif* (dapat menyesuaikan diri) dengan lingkungannya. Dengan demikian, sehat tidaknya seseorang dapat dilihat dalam kehidupan sosialnya.

D. Pertanyaan untuk Latihan dan Refleksi

1. Jelaskan beberapa definisi dari kesehatan mental!
2. Jelaskan keterkaitan antara kesehatan mental dengan kehidupan sosial!
3. Apa peranan kepribadian dalam kesehatan mental?
4. Jelaskan bagaimana lingkungan memberikan pengaruh terhadap perkembangan kepribadian!
5. Jelaskan prinsip utama dari mental yang sehat!

BAB 3

KARAKTERISTIK MENTAL YANG SEHAT



Pembahasan mengenai kesehatan mental dalam buku ini akan lebih terfokus kepada kesehatan mental, bukan kesakitan mental, sehingga penjelasan mengenai bagaimana ciri atau karakteristik orang yang sehat mental akan mendapatkan porsi yang luas. Dalam bab ini akan dibahas mengenai karakteristik manusia yang memiliki kesehatan mental yang didasarkan kepada rumusan para ahli kepribadian, yaitu dari Gordon Allport, Abraham Maslow, Erich Fromm, Carl Rogers, dan Viktor Frankle.

A. Manusia dengan Kesehatan Mental yang Baik

Berikut ini adalah beberapa model dari ahli teori kepribadian mengenai karakteristik mental yang sehat.

1. Model Allport (Orang yang Matang)

Gordon W. Allport tidak menggambarkan perkembangan kepribadian menurut tingkatan-tingkatan yang jelas, seperti halnya

dengan perkembangan diri. Kekurangan perhatian terhadap perkembangan kepribadian ini adalah sesuai dengan kepercayaannya bahwa kepribadian dewasa lebih merupakan fungsi dari masa sekarang dan masa yang akan datang seseorang daripada masa lampau (Schultz & Schultz, 2005). Hanya pada orang *neurotis* terdapat suatu hubungan fungsional yang berkesinambungan antara anak dan orang dewasa. Meskipun demikian, Allport menerangkan pengalaman-pengalaman masa kanak-kanak tertentu yang berbeda antara orang-orang *neurotis* dan orang-orang sehat, dan ada gunanya kalau menyelidiki pengalaman-pengalaman itu secara singkat.

Allport memperhatikan hubungan antara bayi dan ibunya, khususnya dengan banyaknya keamanan dan kasih sayang yang diberikan ibu terhadap anak. Apabila bayi menerima keamanan dan kasih sayang yang cukup, pertumbuhan psikologis yang positif akan terjadi sepanjang tingkat munculnya diri. Anak akan membentuk suatu identitas dan gambaran diri, diri akan mulai meluas melampaui orang itu. Selama masa *adolensi*, perjuangan-perjuangan *proprium* akan terbentuk menjadi *frame of reference* dan dorongan bagi pertumbuhan yang akan datang. Dengan semua segi diri pada tempatnya, maka hampir pasti akan muncul seorang dewasa yang sehat dan matang.

Pandangan Allport tentang sifat-sifat khusus dari kepribadian sehat, terdapat tujuh kriteria kematangan (Schultz & Schultz, 2005).

a. Perluasan perasaan diri

Ketika diri berkembang, diri itu meluas menjangkau banyak orang dan benda. Mula-mula diri berpusat hanya pada individu. Kemudian ketika lingkaran pengalaman bertumbuh, maka diri bertambah luas meliputi nilai-nilai dan cita-cita yang abstrak. Dengan kata lain, ketika orang menjadi matang, dia mengembangkan perhatian-perhatian di luar diri. Akan tetapi, tidak cukup hanya berinteraksi dengan sesuatu atau seseorang di luar diri, seperti pekerjaan. Orang harus menjadi partisipan yang langsung dan penuh. Allport menamakan hal ini “partisipan otentik yang dilakukan oleh orang dalam beberapa suasana yang penting dari usaha manusia”. Orang harus meluaskan diri ke dalam aktivitas.

Kita mengetahui bahwa ada kemungkinan mengerjakan sesuatu secara aktif (seperti suatu kursus perguruan tinggi atau suatu

pekerjaan) tanpa merasakan suatu keterlibatan pribadi yang otentik atau perasaan partisipasi. Dalam pandangan Allport, suatu aktivitas harus relevan dan penting bagi diri, serta harus berarti bagi orang tersebut. Apabila anda mengerjakan suatu pekerjaan karena anda percaya bahwa pekerjaan itu penting, karena pekerjaan itu menantang kemampuan-kemampuan anda, atau karena mengerjakan pekerjaan itu dengan sebaik-baiknya membuat anda merasa enak, maka anda merupakan seorang partisipan yang otentik dalam pekerjaan itu. Aktivitas itu lebih berarti bagi anda daripada pendapatan yang diperoleh, aktivitas itu memuaskan kebutuhan-kebutuhan lain juga.

Semakin seorang terlibat sepenuhnya dengan berbagai aktivitas atau orang atau ide, maka dia juga akan semakin sehat secara psikologis. Perasaan partisipasi otentik ini berlaku bagi pekerjaan kita, hubungan dengan keluarga dan teman-teman, kegemaran, serta keanggotaan kita dalam politik dan agama. Diri menjadi tertanam dalam aktivitas-aktivitas yang penuh arti ini dan aktivitas-aktivitas ini menjadi perluasan perasaan diri.

b. Hubungan diri yang hangat dengan orang-orang lain

Allport membedakan dua macam kehangatan dalam hubungan dengan orang-orang lain, yakni kapasitas untuk keintiman dan kapasitas untuk perasaan terharu.

Orang yang sehat secara psikologis mampu memperlihatkan keintiman (cinta) terhadap orang tua, anak, partner, dan teman akrab. Sesuatu yang dihasilkan oleh kapasitas untuk keintiman ini adalah suatu perasaan perluasan diri yang berkembang baik. Orang yang mengungkapkan partisipasi otentik dengan orang yang dicintai dan memperhatikan kesejahteraan; hal ini sama pentingnya dengan kesejahteraan individu itu sendiri. Syarat lain bagi kapasitas untuk keintiman ialah suatu perasaan identitas diri yang berkembang dengan baik.

Ada perbedaan antara hubungan cinta dari orang-orang yang *neurotis* dengan hubungan cinta dari kepribadian-kepribadian yang sehat. Orang-orang yang *neurotis* harus menerima cinta jauh lebih banyak daripada kemampuan mereka untuk memberinya. Apabila mereka memberi cinta, maka cinta itu diberikan dengan syarat-syarat dan kewajiban-kewajiban yang tidak bersifat timbal balik.

Cinta dari orang-orang yang sehat adalah tanpa syarat, tidak melumpuhkan atau mengikat.

Tipe kehangatan yang kedua (perasaan terharu) adalah suatu pemahaman tentang kondisi dasar manusia dan perasaan kekeluargaan dengan semua bangsa. Orang yang sehat memiliki kapasitas untuk memahami kesakitan-kesakitan, penderitaan-penderitaan, ketakutan-ketakutan, dan kegagalan-kegagalan yang merupakan ciri kehidupan manusia. Empati ini timbul melalui “perluasan imajinatif” dari perasaan seseorang terhadap kemanusiaan pada umumnya.

Sebagai hasil dari kapasitas untuk perasaan terharu, kepribadian yang matang senantiasa sabar terhadap tingkah laku orang lain dan tidak mengadili atau menghukumnya. Orang yang sehat menerima kelemahan-kelemahan manusia, dan mengetahui bahwa dia memiliki kelemahan-kelemahan yang sama. Akan tetapi, orang yang *neurotis* bersifat tidak sabar dan tidak mampu memahami sifat universal dari pengalaman-pengalaman dasar manusia.

c. Keamanan emosional

Sifat dari kepribadian yang sehat ini meliputi beberapa kualitas, kualitas utama adalah penerimaan diri. Kepribadian yang sehat mampu menerima semua segi dari keberadaan mereka, termasuk kelemahan-kelemahan dan kekurangan-kekurangan yang ada tanpa menyerah secara pasif. Misalnya, orang yang matang dapat menerima dorongan seks mereka tanpa menjadi terlalu sopan atau tertekan seperti yang dapat terjadi dengan orang-orang yang *neurotis*. Orang-orang yang sehat mampu hidup dengan hal tersebut dan segi-segi lain dalam kodrat manusia, dengan sedikit konflik dalam diri mereka atau dengan masyarakat. Mereka berusaha bekerja sebaik mungkin dalam proses memperbaiki diri.

Kepribadian-kepribadian yang sehat juga mampu menerima emosi-emosi manusia; mereka bukan tawanan dari emosi-emosi mereka, dan mereka juga tidak berusaha bersembunyi dari emosi-emosi itu. Kepribadian-kepribadian yang sehat mengontrol emosi-emosi mereka, sehingga emosi-emosi ini tidak mengganggu aktivitas-aktivitas antarpribadi. Kontrol ini bukan merupakan represi, tetapi emosi-emosi diarahkan kembali ke dalam saluran-saluran yang lebih konstruktif. Akan tetapi orang-orang yang *neurotis* menyerah

pada emosi apa saja yang dominan pada saat itu. Berkali-kali memperlihatkan kemarahan atau kebencian, betapapun perasaan-perasaan ini mungkin tidak tepat.

Kualitas lain dari keamanan emosional ialah apa yang disebut Allport “sabar menghadapi kekecewaan”. Hal ini menunjukkan bagaimana seseorang bereaksi terhadap tekanan dan terhadap hambatan dari kemauan-kemauan dan keinginan-keinginan. Orang yang sehat senantiasa bersabar menghadapi kemunduran-kemunduran, mereka tidak menyerahkan diri kepada kekecewaan, tetapi mampu memikirkan cara-cara yang berbeda yang kurang menimbulkan kekecewaan untuk mencapai tujuan-tujuan yang sama atau tujuan-tujuan substitusi. Kekecewaan-kekecewaan tidak melumpuhkan kepribadian-kepribadian yang sehat seperti kerap kali terjadi dengan orang-orang yang *neurotis* yang tidak dapat begitu sabar terhadap kekecewaan, tidak dapat begitu menerima diri, atau tidak dapat begitu banyak mengontrol emosi mereka, jika mereka tidak dapat merasakan suatu perasaan dasar akan keamanan.

Orang-orang yang sehat telah belajar menghadapi ketakutan-ketakutan hidup dan ancaman-ancaman terhadap ego dengan perasaan seimbang dan mereka telah mengetahui bahwa tekanan-tekanan itu tidak selalu menimbulkan malapetaka. Memang mereka tidak bebas dari perasaan-perasaan tidak aman dan ketakutan-ketakutan, tetapi mereka merasa kurang terancam dan dapat menanggulangi perasaan-perasaan tersebut dengan lebih baik daripada orang-orang yang *neurotis*.

d. Persepsi realistis

Orang-orang yang sehat memandang dunia mereka secara objektif. Sebaliknya orang-orang yang *neurotis* kerap kali harus merubah realitas supaya membuatnya sesuai dengan keinginan-keinginan, kebutuhan-kebutuhan, dan ketakutan-ketakutan mereka sendiri. Orang-orang yang sehat tidak perlu percaya bahwa orang-orang lain atau semua situasi-situasi adalah jahat atau semacamnya baik menurut suatu prasangka pribadi terhadap realitas. Mereka menerima realitas sebagaimana adanya.

e. Keterampilan-keterampilan dan tugas-tugas

Allport menekankan pentingnya pekerjaan dan perlunya menenggelamkan diri sendiri di dalamnya. Keberhasilan dalam pekerjaan menunjukkan perkembangan keterampilan-keterampilan dan bakat-bakat tertentu suatu tingkat kemampuan. Tetapi tidaklah cukup hanya memiliki keterampilan-keterampilan yang relevan, kita juga harus menggunakan keterampilan-keterampilan itu secara ikhlas, antusias, melibatkan dan menempatkan diri sepenuhnya dalam pekerjaan kita.

Allport mengemukakan bahwa ada kemungkinan orang-orang yang memiliki keterampilan-keterampilan menjadi *neurotis*. Akan tetapi tidak mungkin menemukan orang-orang yang sehat dan matang yang tidak mengarahkan keterampilan mereka pada pekerjaan mereka. Komitmen dalam orang-orang yang sehat ini begitu kuat, sehingga mereka sanggup menenggelamkan semua pertahanan yang berhubungan dengan ego dan dorongan (seperti kebanggaan) ketika mereka terbenam dalam pekerjaan mereka. Dedikasi terhadap pekerjaan ini ada hubungannya dengan gagasan tentang tanggung jawab dan dengan kelangsungan hidup yang positif. Allport mengutip apa yang dikatakan oleh Harvey Cushing, ahli bedah otak yang terkenal: "Satu-satunya cara untuk melangsungkan kehidupan adalah menyelesaikan suatu tugas".

Pekerjaan dan tanggung jawab memberikan arti dan perasaan kontinuitas untuk hidup. Tidak mungkin mencapai kematangan dan kesehatan psikologis yang positif tanpa melakukan pekerjaan yang penting dan melakukannya dengan dedikasi, komitmen, dan keterampilan-keterampilan.

f. Pemahaman diri

Kriteria ini terkandung dalam petunjuk lama "kenallah dirimu!", tentu merupakan suatu tugas yang sulit. Usaha untuk mengetahui diri secara objektif mulai pada awal kehidupan dan tidak akan pernah berhenti, tetapi ada kemungkinan mencapai suatu tingkat pemahaman diri (*self-objectification*) tertentu yang berguna dalam setiap usia. Kepribadian yang sehat mencapai suatu tingkat pemahaman diri yang lebih tinggi daripada orang-orang yang *neurotis*.

Pengenalan diri yang memadai menuntut pemahaman tentang hubungan atau perbedaan antara gambaran tentang diri yang dimiliki

seseorang dengan dirinya menurut keadaan yang sesungguhnya. Semakin dekat hubungan antara kedua gagasan ini, maka individu juga semakin matang. Hubungan lain yang penting adalah hubungan antara apa yang dipikirkan seseorang tentang dirinya dan apa yang dipikirkan orang-orang lain tentang dirinya itu. Orang yang sehat terbuka pada pendapat orang-orang lain dalam merumuskan sesuatu gambaran diri yang objektif.

Orang yang memiliki suatu tingkat pemahaman diri (*self-objectification*) yang tinggi atau wawasan diri, tidak mungkin memproyeksikan kualitas-kualitas pribadinya yang negatif kepada orang-orang lain. Orang itu akan menjadi hakim yang saksama/cermat terhadap orang-orang lain, dan biasanya dia diterima dengan lebih baik oleh orang-orang lain. Allport juga mengemukakan bahwa orang yang memiliki wawasan diri yang lebih baik adalah lebih cerdas daripada orang yang memiliki wawasan diri yang kurang.

Tambahan pula, meskipun anda dapat mentertawakan gagasan itu, namun terdapat suatu korelasi yang tinggi antara tingkat wawasan diri dan perasaan humor, yakni tipe humor yang menyangkut persepsi tentang hal-hal yang aneh dari hal-hal yang mustahil, serta kemampuan untuk menertawakan diri sendiri. (Allport membedakan humor ini dari humor komik kasar yang menyangkut seks dan agresi).

g. Filsafat hidup yang mempersatukan

Orang-orang yang sehat senantiasa melihat “ke depan”, di dorong oleh tujuan-tujuan dan rencana-rencana jangka panjang. Orang-orang ini mempunyai suatu perasaan akan tujuan, suatu tugas untuk bekerja sampai selesai, sebagai batu sendi kehidupan mereka, dan ini memberi kontinuitas bagi kepribadian mereka.

Allport menyebutkan dorongan yang mempersatukan ini sebagai “arah” (*directness*), dan lebih kelihatan pada kepribadian-kepribadian yang sehat daripada orang-orang yang *neurotic*. Arah itu membimbing semua segi kehidupan seseorang menuju suatu tujuan (atau rangkaian tujuan), serta memberikan orang itu suatu alasan untuk hidup. Kita membutuhkan tarikan yang tepat dari tujuan-tujuan yang berarti, tanpa tujuan-tujuan itu kita mungkin akan mengalami masalah-masalah kepribadian. Jadi, bagi Allport

rupanya mustahil memiliki suatu kepribadian yang sehat tanpa aspirasi-aspirasi dan arah ke masa depan.

Mungkin kerangka untuk tujuan-tujuan khusus itu adalah ide tentang nilai-nilai. Allport menekankan bahwa nilai-nilai (bersama dengan tujuan-tujuan) adalah sangat penting bagi perkembangan suatu filsafat hidup yang mempersatukan. Seorang individu dapat memilih diantara berbagai nilai-nilai, dan nilai-nilai itu berhubungan dengan diri sendiri (seperti kebanggaan atas hasil dari pekerjaan yang dilakukan individu), atau mungkin juga nilai-nilai itu luas dan dimiliki oleh orang lain (seperti patriotisme).

Memiliki nilai-nilai yang kuat, jelas memisahkan orang-orang yang sehat dari orang-orang yang *neurotis*. Orang yang *neurotis* tidak memiliki nilai-nilai, atau hanya memiliki nilai-nilai yang terpecah-pecah dan bersifat sementara. Nilai-nilai dari orang-orang yang *neurotis* tidak tetap atau tidak cukup kuat untuk memikat atau mempersatukan semua segi kehidupan.

Suara hati juga ikut berperan dalam suatu filsafat hidup yang mempersatukan. Allport mengemukakan perbedaan antara suara hati yang matang dan suara hati yang tidak matang atau *neurotis*. Suara hati yang tidak matang sama seperti suara hati kanak-kanak yang patuh dan membudak, penuh dengan pembatasan-pembatasan dan larangan-larangan yang dibawa dari masa kanak-kanak ke dalam masa dewasa. Suara hati yang tidak matang bercirikan perasaan "harus", bukan "sebaliknya". Dengan kata lain, orang yang tidak matang berkata: "Saya harus bertingkah laku begini", orang yang sehat berkata: "Saya sebaiknya bertingkah laku". Suara hati yang matang adalah suatu perasaan kewajiban dan tanggung jawab kepada diri sendiri dan kepada orang lain, dan mungkin berakar dalam nilai-nilai agama atau nilai-nilai etis.

2. Model Rogers (Orang yang Berfungsi Sepenuhnya)

Tidak seperti Allport, yang datanya semata-mata diperoleh dari studi tentang orang-orang dewasa yang matang dan sehat, Carl R. Rogers bekerja dengan individu-individu yang terganggu yang mencari bantuan untuk mengubah kepribadian mereka. Untuk merawat pasien-pasien ini (dia lebih suka menyebut mereka "klien-klien"),

Rogers mengembangkan suatu metode terapi yang menempatkan tanggung jawab utama terhadap perubahan kepribadian kepada klien, bukan pada ahli terapi (seperti dalam pendekatan Freud). Karena itu disebut “terapi yang berpusat pada klien” (*client-centered therapy*). Jelas, metode ini menganggap bahwa individu yang terganggu memiliki suatu tingkat kemampuan dan kesadaran tertentu, dan banyak mengatakan kepada kita tentang pandangan Rogers mengenai kodrat manusia.

Apabila orang-orang bertanggung jawab terhadap kepribadian mereka sendiri dan mampu memperbaikinya, maka mereka harus menjadi makhluk yang sadar dan rasional. Rogers percaya bahwa orang-orang dibimbing oleh persepsi sadar mereka sendiri tentang diri mereka dan dunia sekitar mereka, bukan oleh kekuatan-kekuatan tidak sadar yang tidak dapat mereka kontrol. Kriteria terakhir seseorang adalah pada pengalaman sadarnya sendiri, dan pengalaman itu memberikan kerangka intelektual dan emosional dimana kepribadian terus menerus tumbuh (Schultz & Schultz, 2005).

Menurut Rogers, manusia yang rasional dan sadar, tidak dikontrol oleh peristiwa-peristiwa masa kanak-kanak, seperti pembiasaan akan kebersihan (*toilet training*), penyapihan yang lebih cepat atau pengalaman-pengalaman seks sebelum waktunya. Hal-hal ini tidak menghukum atau mengutuk kita untuk hidup dalam konflik dan kecemasan yang tidak dapat kita kontrol. Masa sekarang dan bagaimana kita memandangnya bagi kepribadian yang sehat adalah jauh lebih penting daripada masa lampau. Akan tetapi, Rogers mengemukakan bahwa pengalaman-pengalaman masa lampau dapat mempengaruhi cara bagaimana kita memandang masa sekarang, yang pada gilirannya mempengaruhi tingkat kesehatan psikologis kita. Jadi pengalaman-pengalaman masa kanak-kanak adalah penting, tetapi fokus Rogers tetap pada apa yang terjadi dengan kita sekarang, bukan pada apa yang terjadi waktu itu.

Dalam karyanya dengan klien-klien, Rogers mempertahankan bahwa kepribadian harus diperiksa dan dipahami melalui segi pandangan pribadi klien dan pengalaman-pengalaman subjektifnya. Sama seperti dalam kehidupan pribadinya, Rogers percaya akan pengalaman-pengalamannya sendiri, maka demikian juga dalam kehidupan profesionalnya, dia percaya akan pengalaman klien-

klien. Apa yang nyata bagi setiap klien adalah persepsinya yang unik akan realitas.

Rogers percaya bahwa karena realitas ini tergantung pada pengalaman-pengalaman perseptual setiap orang, maka realitas itu akan berbeda untuk setiap orang. Meskipun demikian, dia mengemukakan suatu tenaga pendorong yang umum dan utama, yakni kecenderungan atau usaha untuk aktualisasi.

a. Motivasi orang yang sehat (aktualisasi)

Rogers menempatkan suatu dorongan – suatu kebutuhan fundamental – dalam sistemnya tentang kepribadian, yakni memelihara, mengaktualisasikan, dan meningkatkan semua segi individu. Kecenderungan ini dibawa sejak lahir dan meliputi komponen-komponen pertumbuhan fisiologis dan psikologis, meskipun selama tahun-tahun awal kehidupan, kecenderungan tersebut lebih terarah kepada segi-segi fisiologis.

Tidak ada segi pertumbuhan dan perkembangan manusia yang beroperasi terlepas dari kecenderungan aktualisasi ini. Pada tingkat yang lebih rendah, kecenderungan aktualisasi berkenaan dengan kebutuhan-kebutuhan fisiologis dasar akan makanan, air, dan udara. Oleh karena itu, kecenderungan aktualisasi memungkinkan organisme hidup terus dengan membantu dan mempertahankan kebutuhan-kebutuhan jasmaniah dasar. Namun demikian, aktualisasi berbuat jauh lebih banyak daripada mempertahankan organisme, aktualisasi juga memudahkan dan meningkatkan pematangan dan pertumbuhan. Jika bayi bertambah besar, organ-organ tumbuh dan proses-proses fisiologis menjadi semakin kompleks dan berdiferensiasi, karena mereka mulai berfungsi dalam arah-arrah yang dituju. Proses pematangan ini mulai dengan perubahan-perubahan dalam ukuran dan bentuk bayi yang baru lahir sampai pada perkembangan sifat-sifat jenis kelamin sekunder pada masa remaja.

Pematangan yang penuh itu tidak dicapai secara otomatis, meskipun faktanya bahwa “*blue-print*” bagi proses pematangan terkandung dalam struktur genetik individu. Proses itu memerlukan banyak usaha, Rogers membandingkannya dengan perjuangan dan rasa sakit yang terjadi ketika seseorang anak belajar berjalan. Anak itu tersandung dan jatuh serta merasa sakit. Akan lebih mudah dan

kurang merasa sakit kalau tidak berusaha untuk berdiri dan belajar berjalan. Walaupun demikian, anak itu masih terus berusaha dan akhirnya berhasil. Apa sebabnya seorang anak pantang mundur? Rogers berpendapat bahwa kecenderungan untuk aktualisasi sebagai suatu tenaga pendorong adalah jauh lebih kuat daripada rasa sakit.

Segi fisiologis dari kecenderungan aktualisasi ini tidak diarahkan kepada reduksi tegangan. Perjuangan serta keuletan yang terlibat dalam aktualisasi membuat kita bertambah, bukan menjadi kurang tegang. Dengan demikian, tujuan hidup tidak hanya mempertahankan suatu keseimbangan *homeostatis* atau suatu tingkat ketenteraman dan kesenangan yang tinggi, tetapi juga pertumbuhan dan peningkatan. Arah kita ialah ke depan, ke arah tujuan yang berfungsi semakin kompleks, sehingga kita dapat menjadi semuanya, menurut kemampuan kita.

Pada tingkat biologis ini, Rogers tidak membedakan antara manusia yang sehat dan manusia yang tidak sehat. Dia tidak menemukan perbedaan antara orang yang sehat dan orang yang sakit secara emosional, menurut jumlah atau perhitungan dari apa yang mungkin disebut aktualisasi biologis. Tetapi apabila kita memikirkan segi-segi psikologis dari aktualisasi, maka jelas ada perbedaan.

Ketika seseorang bertambah besar, maka “diri” mulai berkembang. Pada saat itu juga tekanan dalam aktualisasi beralih dari yang fisiologis kepada yang psikologis. Tumbuh, dan bentuk-bentuk serta fungsi-fungsinya yang khusus setelah mencapai tingkat perkembangan yang dewasa dan pertumbuhan, kemudian berpusat pada kepribadian. Rogers tidak menjelaskan kapan perubahan ini terjadi, tetapi seseorang dapat menarik kesimpulan dari tulisannya bahwa perubahan ini mulai pada masa kanak-kanak dan setelah akhir masa adolesensi.

b. Orang-orang yang berfungsi sepenuhnya

Hal yang pertama dikemukakan tentang versi Rogers mengenai kehidupan yang sehat (kepribadian yang sehat), bukan merupakan suatu keadaan dari ada, melainkan suatu proses, “suatu arah bukan suatu tujuan”. Aktualisasi diri berlangsung terus; tidak pernah merupakan suatu kondisi yang selesai atau statis. Tujuan ini (orientasi ke masa depan) ini, menarik individu ke depan, yang

selanjutnya mendiferensiasikan dan mengembangkan segala segi dari diri. Dalam salah satu bukunya, *On Becoming a Person*; buku ini merangkum dengan tepat sifat dari proses yang berlangsung terus itu. Hal yang kedua tentang aktualisasi diri yang merupakan suatu proses yang sukar dan kadang-kadang menyakitkan. Aktualisasi diri merupakan suatu ujian, rentangan, dan pecutan terus menerus terhadap semua kemampuan seseorang. Rogers menyebutkan bahwa “aktualisasi diri merupakan keberanian untuk ada”. “Hal ini berarti meluncurkan diri sendiri sepenuhnya ke dalam arus kehidupan”. Orang itu terbenam dalam dan terbuka kepada seluruh ruang lingkup emosi dan pengalaman manusia, dan merasakan hal-hal ini jauh lebih dalam daripada seorang yang kurang sehat.

Rogers tidak menggambarkan bahwa orang-orang yang mengaktualisasikan diri itu terus menerus atau juga hampir setiap saat bahagia atau puas, meskipun mereka benar-benar mengalami perasaan ini. Seperti Allport, Rogers juga melihat kebahagiaan sebagai hasil sampingan dari perjuangan aktualisasi diri, kebahagiaan bukan suatu tujuan dalam dirinya sendiri. Orang-orang yang mengaktualisasikan diri menjalani kehidupan yang kaya, menantang, dan berarti, tetapi mereka tidak perlu tertawa terus menerus. Hal yang ketiga tentang orang-orang yang mengaktualisasi diri, yakni mereka adalah “benar-benar diri mereka sendiri”. Mereka tidak bersembunyi di belakang topeng atau kedok yang berpura-pura menjadi suatu yang bukan mereka, atau menyembunyikan sebagian diri mereka. Mereka tidak mengikuti petunjuk-petunjuk tingkah laku atau memperlihatkan kepribadian-kepribadian yang berbeda-beda untuk situasi-situasi yang berbeda. Mereka bebas dari harapan-harapan dan rintangan-rintangan yang diletakkan oleh masyarakat atau orang tua mereka, mereka yang telah mengatasi aturan-aturan ini. Rogers tidak percaya orang-orang yang mengaktualisasikan diri hidup di bawah hukum yang diletakkan orang-orang lain. Arah yang dipilih, tingkah laku yang diperlihatkan semata-mata ditentukan oleh individu-individu mereka sendiri. Diri adalah tuan dari kepribadian dan beroperasi terlepas dari norma-norma yang ditentukan orang lain. Akan tetapi orang-orang yang mengaktualisasikan diri tidak agresif, memberontak secara terus terang atau dengan sengaja, tidak konvensional dalam mencemoohkan aturan dari orang tua atau masyarakat. Mereka mengetahui bahwa mereka dapat berfungsi

sebagai individu-individu dalam sanksi-sanksi dan garis-garis pedoman yang jelas dari masyarakat.

Di samping ulasan-ulasan yang bersifat umum ini, Rogers juga memberikan lima sifat orang yang berfungsi sepenuhnya (Schultz & Schultz, 2005).

1) *Keterbukaan pada pengalaman*

Seseorang yang tidak terhambat oleh syarat-syarat penghargaan, bebas untuk mengalami semua perasaan dan sikap. Tak satupun yang harus dilawan, karena tak satupun yang mengancam. Jadi, keterbukaan pada pengalaman adalah lawan dari sikap defensif. Setiap pendirian dan perasaan yang berasal dari dalam dan dari luar disampingkan ke sistem saraf organisme tanpa distorsi atau rintangan. Orang yang demikian mengetahui segala sesuatu tentang kodratnya; tidak ada segi kepribadian tertutup. Itu berarti bahwa kepribadian adalah fleksibel, tidak hanya mau menerima pengalaman-pengalaman yang diberikan, tetapi juga dapat menggunakannya dalam membuka kesempatan-kesempatan persepsi dan ungkapan baru. Sebaliknya, kepribadian orang yang defensif, yang beroperasi menuntut syarat-syarat penghargaan adalah statis, bersembunyi dibelakang peranan-peranan, dan tidak dapat mengetahui pengalaman-pengalaman tertentu.

Orang yang berfungsi sepenuhnya dapat dikatakan lebih “emosional”, dalam pengertian bahwa dia mengalami banyak emosi yang bersifat positif dan negatif (misalnya kegembiraan atau kesusahan), dan mengalami emosi-emosi itu lebih kuat daripada orang yang defensif.

2) *Kehidupan eksistensial*

Orang yang berfungsi sepenuhnya, hidup sepenuhnya dalam setiap momen kehidupan. Setiap pengalaman dirasa segar atau baru, seperti sebelumnya belum pernah ada dalam cara yang persis sama. Sehingga ada kegembiraan karena setiap pengalaman tersingkap. Karena orang yang sehat terbuka kepada semua pengalaman, maka diri atau kepribadian terus-menerus dipengaruhi atau disegarkan oleh setiap pengalaman. Akan tetapi, orang yang defensif harus mengubah suatu pengalaman baru untuk membuatnya harmonis dengan diri, dia memiliki suatu struktur diri yang berprasangka, dimana semua pengalaman harus cocok dengannya. Orang yang

berfungsi sepenuhnya, yang tidak memiliki diri berprasangka atau tegar tidak harus mengontrol atau memanipulasi pengalaman-pengalaman, sehingga dengan bebas dapat berpartisipasi di dalamnya.

Dengan demikian, jelaslah bahwa orang yang sepenuhnya dapat menyesuaikan diri karena struktur-diri terus menerus terbuka kepada pengalaman-pengalaman baru. Kepribadian yang demikian itu tidak kaku atau tidak dapat diramalkan. Orang demikian akan berkata: "Saya akan menjadi apa dalam momen yang berikutnya dan apa yang saya kerjakan, timbul dari momen itu. Baik saya maupun orang lain tidak dapat meramalkan sebelumnya".

Rogers percaya bahwa kualitas dari kehidupan eksistensial ini merupakan segi yang sangat esensial dari kepribadian yang sehat, kepribadian yang terbuka kepada segala sesuatu yang terjadi pada momen itu, dan dalam setiap pengalamannya dia menemukan suatu struktur yang dapat berubah dengan mudah sebagai respons atas pengalaman momen yang berikutnya.

3) Kepercayaan terhadap organisme sendiri

Prinsip ini mungkin paling baik dipahami dengan menunjuk kepada pengalaman Rogers sendiri. Dia menulis "apabila suatu aktivitas terasa seakan-akan berharga atau perlu dilakukan, maka aktivitas itu perlu dilakukan. Saya telah belajar bahwa seluruh perasaan *organismik* saya terhadap suatu situasi lebih dapat dipercaya daripada pikiran saya".

Dengan kata lain, bertingkah laku menuntut apa yang dirasa benar merupakan pedoman yang sangat dapat diandalkan dalam memutuskan suatu tindakan, lebih dapat diandalkan daripada faktor-faktor rasional atau intelektual. Orang yang berfungsi sepenuhnya dapat bertindak menurut impuls-impuls yang timbul seketika dan intuitif. Dalam tingkah laku yang demikian itu terdapat banyak spontanitas dan kebebasan, tetapi tidak sama dengan bertindak terburu-buru atau sama sekali tidak memperhatikan konsekuensi-konsekuensinya.

Karena orang yang sehat terbuka sepenuhnya pada pengalaman, maka dia memiliki jalan masuk untuk seluruh informasi yang ada untuk membuat keputusan dalam suatu situasi. Informasi ini berisi kebutuhan-kebutuhan orang itu, tuntutan-tuntutan sosial yang relevan, ingatan-ingatan terhadap situasi-situasi yang serupa

pada masa lampau, dan persepsi terhadap situasi sekarang. Karena terbuka kepada semua pengalaman serta menghidupkan pengalaman-pengalaman itu sepenuhnya, maka individu-individu yang sehat dapat membiarkan seluruh organisme mempertimbangkan setiap segi dari suatu situasi. Semua faktor yang relevan senantiasa diperhitungkan dan dipertimbangkan, serta keputusan yang dicapai akan memuaskan semua segi situasi dengan sangat baik.

Rogers membandingkan kepribadian yang sehat dengan sebuah komputer elektronik, dimana semua data yang relevan telah diprogramkan ke dalamnya. Komputer itu mempertimbangkan semua segi masalah, semua pilihan dan pengaruh-pengaruhnya, dan dengan cepat menentukan tindakan.

Seseorang yang beroperasi semata-mata atas dasar rasional atau intelektual, sedikit banyak adalah cacat, karena mengabaikan faktor-faktor emosional dalam proses mencapai suatu keputusan. Semua segi organisme – sadar, tak sadar, emosional, dan juga intelektual – harus dianalisis dalam kaitannya dengan masalah yang ada. Karena data yang digunakan untuk mencapai suatu keputusan adalah tepat (tidak berubah), dan karena seluruh kepribadian mengambil bagian dalam proses membuat keputusan, maka orang-orang yang sehat percaya akan keputusan mereka, seperti mereka percaya akan diri mereka sendiri.

Sebaliknya orang yang defensif membuat keputusan-keputusan menurut larangan-larangan yang membimbing tingkah lakunya. Misalnya, dia mungkin dibimbing oleh ketakutan terhadap apa yang akan dipikirkan orang-orang lain, terhadap pelanggaran suatu adat sopan santun atau karena kelihatan bodoh. Karena orang yang defensif tidak mengalami sepenuhnya, maka ia tidak memiliki data yang lengkap dan tepat tentang semua segi dari suatu situasi. Rogers menyamakan orang ini dengan suatu komputer yang diprogramkan untuk menggunakan hanya suatu sebagian dari data yang relevan.

4) *Perasaan bebas*

Rogers percaya bahwa semakin seseorang sehat secara psikologis, ia juga semakin mengalami kebebasan untuk memilih dan bertindak. Orang yang sehat dapat memilih dengan bebas tanpa adanya paksaan-paksaan atau rintangan-rintangan antara alternatif pikiran dan tindakan. Orang yang berfungsi sepenuhnya juga memiliki

suatu perasaan berkuasa secara pribadi mengenai kehidupan, dan percaya bahwa masa depan tergantung pada dirinya, tidak diatur oleh tingkah laku, keadaan, atau peristiwa-peristiwa masa lampau. Karena merasa bebas dan berkuasa ini, maka orang yang sehat melihat sangat banyak pilihan dalam kehidupan, dan merasa mampu melakukan apa saja yang mungkin ingin dilakukannya.

Orang yang defensif tidak memiliki perasaan-perasaan bebas serupa itu. Orang ini dapat memutuskan untuk bertindak laku dengan cara tertentu, namun tidak dapat mewujudkan pilihan bebas itu ke dalam tingkah laku yang aktual. Tingkah laku ditentukan oleh faktor-faktor yang berada di luar kontrol orang itu, termasuk sikap defensifnya sendiri dan ketidakmampuannya untuk mengalami semua data yang diperlukan untuk membuat keputusan. Orang serupa itu tidak akan memiliki perasaan berkuasa atas kehidupan dan tidak memiliki perasaan akan kemungkinan-kemungkinan yang tidak terbatas. Pilihan-pilihannya terbatas dan pandangan-pandangan terhadap masa depannya sempit.

5) *Kreativitas*

Semua orang yang berfungsi sepenuhnya sangat kreatif. Mengingat sifat-sifat lain yang mereka miliki, sukar untuk melihat bagaimana seandainya kalau mereka tidak demikian. Orang-orang yang terbuka sepenuhnya kepada semua pengalaman, yang percaya akan organisme mereka sendiri, yang fleksibel dalam keputusan serta tindakan mereka ialah orang-orang – sebagaimana dikemukakan Rogers – yang akan mengungkapkan diri mereka dalam produk-produk yang kreatif dan kehidupan yang kreatif dalam semua bidang kehidupan mereka. Tambahan lagi, mereka bertindak laku spontan, berubah, bertumbuh, dan berkembang sebagai respons atas stimulus-stimulus kehidupan yang beranekaragam sekitar mereka.

Orang-orang yang kreatif dan spontan, tidak terkenal karena konformitas atau penyesuaian diri yang pasif terhadap tekanan-tekanan sosial dan kultural. Karena mereka kurang bersifat defensif, maka mereka tidak menghiraukan kemungkinan tingkah laku mereka diterima dengan baik oleh orang-orang lain. Akan tetapi, mereka dapat dan kerap kali benar-benar menyesuaikan diri dengan tuntutan-tuntutan dari situasi khusus apabila konformitas yang demikian itu akan membantu memuaskan kebutuhan mereka dan memungkinkan mereka mengembangkan diri sampai ke tingkat yang paling penuh.

Orang yang defensif, yang kurang merasa bebas, yang tertutup terhadap banyak pengalaman, dan yang hidup dalam garis-garis pedoman yang telah dikodratkan adalah tidak kreatif dan tidak spontan. Orang ini lebih cenderung membuat kehidupan menjadi aman dan dapat diramalkan, serta menjaga semua tegangan-tegangan agar berada pada suatu taraf yang minimal daripada mencari tantangan-tantangan, dorongan, dan rangsangan baru. Gaya hidup yang kaku ini tidak memberikan tanah yang subur untuk memelihara kreativitas.

Rogers percaya bahwa orang-orang yang berfungsi sepenuhnya lebih mampu menyesuaikan diri dan bertahan terhadap perubahan-perubahan yang drastis dalam kondisi-kondisi lingkungan. Mereka memiliki kreativitas dan spontanitas untuk menanggulangi perubahan-perubahan traumatis, sekalipun seperti dalam pertempuran atau bencana-bencana alamiah. Jadi, Rogers melihat orang-orang yang berfungsi sepenuhnya merupakan “barisan depan yang layak” dalam proses evolusi manusia.

3. Model Fromm (Orang yang Produktif)

Erich Fromm mengembangkan model pribadi yang sehat dengan menyebutnya sebagai orang yang produktif. Salah satu hal yang tampak adalah dorongan yang dimiliki oleh orang yang memiliki kepribadian yang sehat.

Sebagai organisme yang hidup, kita di dorong untuk memuaskan kebutuhan-kebutuhan fisiologis dasar akan kelaparan, kehausan, dan seks yang mendorong semua binatang. Selain kita lebih fleksibel dalam memuaskan cara bagaimana kebutuhan-kebutuhan ini dipenuhi, kebutuhan-kebutuhan tersebut juga tidak berbeda antara diri kita dan binatang-binatang yang lebih rendah yang tidak begitu penting dalam mempengaruhi kepribadian manusia.

Apa yang penting dalam mempengaruhi kepribadian ialah kebutuhan-kebutuhan psikologis yang tidak dimiliki oleh binatang-binatang lebih rendah. Semua manusia sehat dan tidak sehat di dorong oleh kebutuhan-kebutuhan tersebut, perbedaan antara mereka terletak dalam cara bagaimana kebutuhan-kebutuhan ini dipenuhi. Orang-orang yang sehat memuaskan kebutuhan-kebutuhan psikologis

secara kreatif dan produktif, sedangkan orang-orang yang sakit memuaskan kebutuhan-kebutuhan tersebut dengan cara-cara irasional.

Fromm mengemukakan lima kebutuhan yang berasal dari dikotomi kebebasan dan keamanan (Schultz & Schultz, 2005).

a. Hubungan

Manusia menyadari hilangnya ikatan utama dengan alam dan dengan satu sama lain. Kita juga mengetahui bahwa masing-masing dari kita adalah terpisah, sendirian, dan tak berdaya. Sebagai akibatnya, kita harus mencari ikatan-ikatan baru dengan orang lain, kita harus menemukan suatu perasaan hubungan dengan mereka untuk menggantikan ikatan-ikatan kita yang hilang dengan alam. Fromm percaya bahwa pemuasan kebutuhan untuk berhubungan atau bersatu dengan orang lain ini sangat penting untuk kesehatan psikologis. Tingkah laku yang irasional, bahkan penyakit jiwa, merupakan akibat yang tidak dapat dielakan karena kegagalan dalam memuaskan kebutuhan ini.

Ada beberapa cara untuk menemukan hubungan ini, baik cara-cara yang destruktif (tidak sehat), maupun cara-cara yang konstruktif (sehat). Seseorang dapat berusaha untuk bersatu dengan dunia dengan “bersikap tunduk” kepada orang lain, kepada suatu kelompok, atau kepada sesuatu yang ideal, seperti Allah. Dengan “menundukkan diri”, maka orang tidak lagi sendirian, tetapi menjadi milik dari seseorang atau sesuatu yang lebih besar daripada dirinya sendiri. Kemungkinan lain seseorang dapat berusaha untuk berhubungan dengan dunia dengan “menguasainya”, dan memaksa orang lain tunduk kepadanya.

Kedua pendekatan tersebut merupakan suatu ketergantungan pada orang-orang lain demi keamanan. Sebagai akibatnya, orang tidak memiliki kebebasan dan integritas diri, tetapi hidup dalam dan dari orang-orang lain. Karena itu, pendekatan-pendekatan ini merupakan malapetaka, karena orang yang bersikap tunduk atau mendominasi, akan merasakan ketidakbebasan mengembangkan hakikat dirinya secara penuh, karena keamanannya tergantung pada orang-orang yang dipatuhi atau dikuasai.

Cara yang sehat untuk berhubungan dengan dunia ialah melalui “cinta”. Cinta dapat memuaskan kebutuhan akan keamanan, juga

menimbulkan suatu perasaan integritas dan individualitas. Fromm tidak mendefinisikan cinta semata-mata dalam pengertian erotis, tetapi definisinya meliputi cinta orang tua terhadap anak, cinta kepada diri sendiri, dan dalam pengertian yang lebih luas, seperti solidaritas dengan semua orang dan mencintai mereka.

Kegagalan untuk memuaskan kebutuhan akan hubungan tidak bisa tidak akan mengakibatkan *narcisisme*, yakni hakikat dari tingkah laku irasional. Orang-orang yang *narcisistis* memiliki – sebagai satu-satunya kenyataan – pikiran, perasaan dan kebutuhan mereka sendiri. Karena seluruh fokus mereka ialah pada diri mereka sendiri, maka mereka tidak mampu berhubungan dengan dunia luar atau dengan orang-orang lain. Mereka tidak mampu mengalami segala sesuatu di luar diri mereka secara objektif. Mereka mengamati segala sesuatu dari segi pandangan subjektif mereka sendiri.

Dalam sistem Fromm, orang-orang yang tidak dapat mengamati dunia secara objektif, yang dapat mengamatinya hanya menurut proses-proses batin, telah mengundurkan diri ke dalam diri mereka dan kehilangan seluruh kontak dengan kenyataan. Inilah definisi tradisonal tentang penyakit jiwa.

b. Transedensi

Permasalahan yang berhubungan erat dengan kebutuhan akan hubungan ialah kebutuhan manusia untuk mengatasi atau melebihi peranan-peranan pasif sebagai ciptaan. Karena menyadari kodrat kelahiran dan kematian aksidental dan watak eksistensi yang serampangan, manusia didorong untuk melebihi keadaan tercipta menjadi “pencipta”, sebagai pembentuk yang aktif dari kehidupannya sendiri. Fromm percaya bahwa dalam perbuatan menciptakan (anak-anak, ide-ide, kesenian, atau barang-barang material) manusia mengatasi kodrat eksistensi yang pasif dan aksidental, dengan demikian mencapai suatu perasaan akan maksud atau kebebasan.

Menciptakan ialah cara ideal atau sehat untuk melebihi keadaan binatang yang pasif yang tidak dapat diterima oleh manusia karena kemampuan pikiran dan daya khayalnya. Tetapi apa yang terjadi apabila seseorang tidak mampu menjadi kreatif? Kebutuhan akan *transedensi* harus dipuaskan, apabila tidak dengan suatu cara yang sehat maka dengan suatu cara yang tidak sehat.

Fromm percaya bahwa jalan lain untuk kreativitas ialah destruktifitas. Dia menulis, “apabila saya tidak menciptakan kehidupan, saya bisa membinasakannya. Membinasakan kehidupan menyebabkan saya juga melebihinya”. Dalam perbuatan-perbuatan merusak, orang mampu mengatasi keadaan pasif. Destruktifitas, misalnya kreativitas, merupakan suatu keterlibatan aktif dengan dunia. Inilah satu-satunya pilihan yang dimiliki seseorang, yakni menciptakan atau membinasakan, mencintai atau membenci, tidak ada cara-cara lain untuk mencapai *transedensi*.

Destruktifitas dan kreativitas keduanya berakar secara mendalam pada kodrat manusia. Akan tetapi, kreativitas merupakan potensi utama dan menyebabkan kesehatan psikologis. Destruktifitas hanya menyebabkan penderitaan objek perusakan dan juga si perusak.

c. Berakar

Hakikat dari kondisi manusia – kesepian dan tidak berarti – timbul dari pemutusan ikatan-ikatan utama dengan alam. Tanpa akar-akar ini orang tak berdaya, jelas merupakan kondisi yang amat berat. Akar-akar baru harus dibangun untuk mengganti ikatan-ikatan sebelumnya dengan alam. Seperti kebutuhan-kebutuhan lainnya, akar dapat dicapai secara positif atau negatif.

Cara yang ideal ialah membangun suatu perasaan persaudaraan dengan sesama umat manusia. Suatu perasaan keterlibatan, cinta, perhatian, dan partisipasi dalam masyarakat. Perasaan solidaritas dengan orang-orang lain memuaskan kebutuhan untuk berakar, untuk berkoneksi dan berhubungan dengan dunia.

Cara yang tidak sehat untuk berakar ialah dengan memelihara “ikatan-ikatan sumbang” masa kanak-kanak dengan ibu. Sedikit banyak, orang yang demikian tidak pernah sanggup meninggalkan rumah, dan terus berpegang teguh pada keamanan ikatan-ikatan keibuan awal. Ikatan-ikatan sumbang dapat meluas melampaui hubungan anak-ibu dan memasukan seluruh kelompok keluarga dalam pengertian yang lebih luas, masyarakat.

Masih dalam pengertian yang lebih luas, orang dapat mempertahankan ikatan-ikatan sumbang itu dengan negara. “Nasionalisme adalah bentuk *incest* kita, *idolatri* kita, penyakit jiwa kita”. Patriotisme ialah kultusnya. Sikap ini menempatkan negara di atas kepentingan

kemanusiaan pada umumnya. Fromm mengemukakan bahwa suatu cinta yang berfokus pada negara sendiri mengeluarkan cinta terhadap orang-orang dari negara lain, dan ini merupakan suatu bentuk pujaan berhalo, bukan cinta.

Dengan mempertahankan ikatan-ikatan sumbang dalam setiap tingkat, seseorang menutup pengalaman-pengalaman tertentu dan membatasi cinta dan solidaritas hanya untuk beberapa manusia. Situasi ini tidak membiarkan perhatian, pembagian, dan partisipasi penuh dengan dunia pada umumnya yang merupakan suatu syarat untuk kesehatan psikologis. Seseorang yang hanya mencintai beberapa orang, yang merasakan suatu perasaan persaudaraan dengan suatu bagian kemanusiaan yang terbatas, tidak sanggup mengembangkan seluruh potensi manusianya.

d. Perasaan identitas

Manusia juga membutuhkan perasaan identitas sebagai individu yang unik, suatu identitas yang menempatkannya terpisah dari orang-orang lain dalam hal perasaannya tentang dia, siapa dan apa.

Cara yang sehat untuk memuaskan kebutuhan ini ialah individualitas, proses dimana seseorang mencapai suatu perasaan tertentu tentang identitas diri. Sejauh mana kita masing-masing mengalami suatu perasaan yang unik tentang diri (*selfhood*) tergantung pada bagaimana kita berhasil memutuskan ikatan-ikatan sumbang dengan keluarga, suku, atau bangsa kita. Orang-orang dengan perasaan individualitas yang berkembang baik mengalami diri mereka seperti lebih mengontrol kehidupan mereka sendiri, dan kehidupan mereka tidak dibentuk oleh orang-orang lain.

Cara yang tidak sehat dalam membentuk suatu perasaan identitas adalah “menyesuaikan diri” dengan sifat-sifat suatu bangsa, ras, agama, atau pekerjaan. Dengan cara ini, identitas ditentukan berdasarkan kualitas-kualitas suatu kelompok, bukan berdasarkan kualitas-kualitas diri. Dengan melekat pada norma-norma, nilai-nilai, dan tingkah laku kelompok-kelompok itu, seseorang benar-benar menentukan semacam identitas, akan tetapi diri dikorbankan. Dalam hal ini, diri dipinjam dari kelompok dan tidak memberikan suatu perasaan individualitas yang unik. Diri yang menyesuaikan diri itu tidak asli, diri tidak secara eksklusif dimiliki individu, dan orang tidak akan mampu mencapai kemanusiaan penuh.

e. Kerangka orientasi

Bertalian dengan pencarian suatu perasaan diri yang unik ialah suatu pencarian *frame of preference* atau konteks dimana seseorang menginterpretasikan semua gejala dunia. Setiap individu harus merumuskan suatu gambaran konsisten tentang dunia yang memberikan kesempatan untuk memahami semua peristiwa dan pengalaman.

Dasar yang ideal untuk kerangka orientasi adalah “pikiran”, yakni sarana yang digunakan seseorang untuk mengembangkan suatu gambaran realistis dan objektif tentang dunia. Terkandung dalam hal ini ialah kapasitas untuk melihat dunia (termasuk diri) secara objektif, untuk menggambarkan dunia dengan tepat dan tidak mengubahnya dengan lensa-lensa subjektif dari kebutuhan-kebutuhan orang dan ketakutan-ketakutannya sendiri.

Fromm sangat mementingkan persepsi objektif tentang pernyataan. Semakin objektif persepsi kita, maka kita semakin berhubungan dengan kenyataan, jadi semakin matang dan tangkas pula kita dalam menanggulangi dunia luar. Pikiran harus dikembangkan dan diterapkan dalam semua segi kehidupan. Jika, misalnya, seseorang dikuasai oleh mitos atau takhayul dalam suatu segi kehidupan, maka penerapan pikiran pada segi-segi kehidupan lainnya akan terhambat. Fromm menyamakan pikiran dengan cinta; kedua-duanya tidak dapat berfungsi sepenuhnya apabila terbatas pada salah satu objek.

Suatu cara yang kurang ideal dalam membangun suatu kerangka orientasi adalah lewat *irasionalitas*. Hal ini menyangkut suatu pandangan subjektif tentang dunia; peristiwa-peristiwa dan pengalaman-pengalaman dilihat tidak menurut apa adanya, tetapi menurut apa yang diinginkan orang terhadapnya. Tentu saja suatu kerangka subjektif juga memeberikan suatu gambaran dunia. Meskipun kerangka subjektif merupakan suatu khayalan tetapi tetap riil bagi individu yang mempertahankannya. Sayangnya orientasi semacam ini melepaskan orang dari kontak dengan kenyataan.

Salvatore Maddi, seorang ahli psikologi, mengemukakan kesamaan antara kebutuhan-kebutuhan yang diutarakan Fromm dan fungsi-fungsi *proprium* yang diutarakan Allport. Kesejajaran-kesejajaran ditarik antara kebutuhan antara *transedensi* dan perjuangan *proprium*, kebutuhan akan berakar dan perluasan diri, kebutuhan akan

identitas dan identitas diri serta harga diri, dan kebutuhan akan suatu kerangka orientasi serta penanggulangan rasional.

Kita telah membicarakan cara-cara yang sehat dan tidak sehat dari pemuasan lima kebutuhan dalam teori Fromm. Teori ini telah memberikan kita suatu ide tentang kodrat kepribadian yang sehat.

4. Model Frankl (Orang yang Mengatasi Diri)

Viktor Frankl percaya bahwa hakikat dari eksistensi manusia terdiri dari tiga faktor, yaitu spiritualitas, kebebasan, dan tanggung jawab (Schultz, 1994).

Spiritualitas adalah suatu konsep yang sulit dirumuskan, tidak dapat direduksikan, dan tidak dapat diterangkan dengan istilah-istilah material. Meskipun spiritualitas dapat dipengaruhi oleh dunia material, namun ia tidak disebabkan atau dihasilkan oleh dunia material itu. Mungkin paling baik kita dapat memikirkannya sebagai roh atau jiwa.

Kita telah mengemukakan pentingnya kebebasan dalam sistem Frankl. Kita tidak didikte oleh faktor-faktor non-spiritual, oleh intrinsik, warisan kita yang khusus, atau kondisi-kondisi dari lingkungan kita. Kita memiliki dan harus menggunakan kebebasan kita untuk memilih bagaimana kita akan bertingkah laku jika kita menjadi sehat secara psikologis. Orang-orang yang tidak mengalami kebebasan ini adalah mereka yang entah berprasangka karena kepercayaan akan determinisme atau mereka yang sangat *neurotis* (dalam pengertian tradisonal, bukan *noogenic*). Orang-orang *neurotis* menghambat pemenuhan potensi-potensi mereka sendiri, sehingga mengganggu perkembangan mereka yang penuh.

Akhirnya tidak cukup merasa bebas untuk memilih, tetapi kita juga harus menerima tanggung jawab terhadap pilihan. *Logotherapy* memperingatkan kita akan tanggung jawab kita dengan cara ini, "Hiduplah seolah-olah anda hidup untuk kedua kalinya, dan bertindak salah untuk pertama kalinya, kira-kira demikian anda bertindak sekarang". Frankl percaya bahwa jika kita berhadapan dengan situasi ini, kita akan tetap menyadari tanggung jawab berat yang kita miliki untuk setiap jam dan setiap hari.

Orang-orang yang sehat akan memikul tanggung jawab ini, menggunakan waktu mereka dengan bijaksana agar karya mereka

(kehidupan mereka) tetap berkembang, meskipun kodrat kehidupan singkat dan fana. Apabila kita mati sebelum kita selesai memahat bentuk kehidupan kita, apa yang telah kita kerjakan tidak ditiadakan. Suatu kehidupan yang penuh arti ditentukan oleh kualitasnya, bukan oleh usia yang panjang. Karya kehidupan yang diselesaikan, dibandingkan dengan karya kehidupan yang dimulai dan diteruskan pada suatu tingkat yang lebih tinggi adalah kurang penting. Kadang-kadang “karya-karya yang tidak selesai” berada diantara simfoni-simfoni yang sangat indah.

Untuk mencapai dan menggunakan spiritualitas, kebebasan, dan tanggung jawab tergantung pada kita (Schultz, 1992). Tanpa ketiganya, tidak mungkin menemukan arti dan maksud dalam kehidupan. Pilihan-pilihan yang ada benar-benar tergantung pada kita saja.

a. Dorongan kepribadian yang sehat

Dalam sistem Frankl, ada satu dorongan yang fundamental, yakni “kemauan akan arti” yang begitu kuat, sampai-sampai mampu mengalahkan semua dorongan lain pada manusia. Kemauan akan arti sangat penting untuk kesehatan psikologis, dan dalam situasi-situasi yang gawat (seperti yang dihadapi Frankl di Auschwitz), kemauan akan arti diperlukan sebagai upaya tetap hidup. Tanpa arti untuk kehidupan, tidak ada alasan untuk meneruskan kehidupan.

Arti kehidupan tentu saja (sungguh-sungguh) khas (istimewa) dan unik bagi setiap individu. Arti kehidupan ini berbeda dari orang yang satu dengan orang yang lain, bahkan dari momen yang satu dengan momen yang berikutnya. Tidak ada hal yang sedemikian rupa bahwa kemauan universal akan arti berlaku secara merata bagi semua manusia.

Sama seperti tugas-tugas dari kehidupan seorang individu adalah riil (nyata), demikian juga arti kehidupan. Tugas-tugas yang kita kerjakan untuk diri kita membentuk nasib kita dan tidak dapat dibandingkan dengan tugas-tugas dari siapa saja yang lain. Demikian juga dengan situasi-situasi dimana kita menyadari kesanggupan kita – situasi-situasi dimana kita berusaha memenuhi tugas-tugas kita – tidak pernah terulang. Kita tidak dapat bertemu dua kali dengan situasi yang sama dalam cara yang sama, karena pengaruh dan pengalaman-pengalaman baru yang terjadi dalam periode diantara dua situasi.

Karena tugas dan nasib merupakan suatu hal yang unik bagi setiap individu dan periode waktu, maka setiap orang harus menemukan caranya sendiri untuk memberikan respons. Sama halnya dengan situasi dimana kita harus menemukan arti kehidupan yang cocok untuk kita masing-masing. Apabila kita berhadapan dengan suatu situasi yang berbeda, kita mungkin harus menemukan suatu arti yang berbeda untuk diberikan bagi kehidupan, seperti yang dilakukan Frankl ketika situasinya berubah dari situasi seorang dokter yang aman dan terhormat menjadi orang yang bernomor 119 dan 104 di Auschwitz. Beberapa situasi menghendaki supaya kita secara aktif membentuk nasib kita, situasi-situasi lain menghendaki kita supaya menerimanya. Setiap situasi adalah baru dan membutuhkan suatu respons tersendiri.

Meskipun adanya variasi dalam sesuatu yang memberi arti bagi kehidupan, namun Frankl tetap memepertahankan bahwa hanya ada satu jawaban terhadap setiap situasi. Masalah bagi kita ialah bukan pada beberapa situasi tidak mempunyai arti – semua situasi mempunyai arti – tetapi bagaimana menemukan arti tersebut.

Mencari arti dapat merupakan tugas yang membingungkan dan menantang, yang menambah dan bukan mereduksikan tegangan batin. Sesungguhnya Frankl melihat peningkatan tegangan ini sebagai prasyarat untuk kesehatan psikologis. Suatu kehidupan tanpa tegangan, suatu kehidupan yang diarahkan pada stabilitas dan keseimbangan tegangan batin, tersiksa dalam *noogenic neurosis* merupakan kehidupan yang kekurangan arti. Suatu kepribadian yang sehat mengandung tingkat tegangan tertentu antara apa yang telah dicapai atau diselesaikan, dan apa yang harus dicapai atau diselesaikan, suatu jurang pemisah antara siapa kita dan bagaimana seharusnya kita.

Jurang pemisah ini berarti bahwa orang-orang sehat selalu memperjuangkan tujuan yang memberikan arti bagi kehidupan. Orang-orang ini terus menerus berhadapan dengan tantangan untuk memperoleh maksud baru yang harus dipenuhi, dan perjuangan yang terus menerus ini menghasilkan kehidupan yang penuh semangat dan gembira. Kemungkinan lain – tidak berusaha mencari – menyebabkan suatu kekosongan eksistensial dan menyebabkan kita merasa bosan, masa bodoh, dan tanpa tujuan. Kehidupan yang

tidak mempunyai arti menunjukkan bahwa kita tidak mempunyai alasan untuk meneruskan kehidupan.

Kita telah mengemukakan tiga cara bagaimana kita dapat memberi arti bagi kehidupan; apa yang kita berikan bagi dunia berkenaan dengan suatu ciptaan, apa yang kita ambil dari dunia dalam pengalaman, dan sikap yang kita ambil terhadap penderitaan.

Frankl membicarakan hal-hal ini dalam topik yang umum, yaitu “nilai-nilai”. Seperti arti kehidupan yang dituju oleh nilai-nilai itu adalah unik bagi setiap orang dan situasi. Nilai-nilai itu berubah-ubah dan fleksibel supaya menyesuaikan diri dengan bermacam-macam situasi dimana kita menyadari kemampuan kita sendiri. Kita harus terus menerus mengarahkan diri kita kepada masalah nilai-nilai, terus menerus memilih salah satu nilai yang memberi arti bagi kehidupan dalam setiap situasi.

Ada tiga sistem nilai fundamental yang berhubungan dengan tiga cara memberi arti kepada kehidupan, yakni nilai-nilai daya cipta (kreatif), nilai-nilai pengalaman, dan nilai-nilai sikap.

Nilai-nilai daya cipta diwujudkan dalam aktivitas yang kreatif dan produktif. Biasanya hal ini berkenaan dengan suatu macam pekerjaan, meskipun nilai-nilai daya cipta dapat diungkapkan dalam semua bidang kehidupan. Arti diberikan kepada kehidupan melalui tindakan yang menciptakan suatu hasil yang kelihatan, atau suatu ide yang tidak kelihatan, atau dengan melayani orang lain yang merupakan suatu ungkapan individu.

Karena nilai-nilai daya cipta menyangkut pemberian kepada dunia, maka nilai-nilai pengalaman menyangkut penerimaan dari dunia. Penerimaan ini dapat memberikan arti yang banyak seperti kreativitas. Nilai-nilai pengalaman diungkapkan dengan menyerahkan diri sendiri pada keindahan alam atau seni. Frankl mengemukakan bahwa ada kemungkinan memenuhi arti kehidupan dengan mengalami beberapa segi kehidupan secara intensif, walaupun individu tidak melakukan suatu tindakan yang positif.

Frankl memberikan contoh seorang pencinta musik yang memeperhatikan pertunjukkan suatu simfoni yang disukainya. Pada saat itu, orang tersebut sungguh-sungguh hanyut dalam suatu bentuk keindahan yang murni. Frankl percaya bahwa apabila kita bertanya kepada orang itu: “Apakah kehidupan mempunyai arti?”

Orang itu akan menjawab: “Hidup itu bermanfaat jika hanya mengalami momen estetis ini. Karena meskipun hanya satu momen yang dibicarakan, namun kebesaran kehidupan itu diukur oleh kebesaran momen itu”.

Dengan contoh tersebut, Frankl mengemukakan segi lain untuk arti kehidupan, yakni bahwa arti dapat ditemukan pada saat-saat tertentu saja. Dengan kata lain, kita tidak dapat menemukan arti dalam semua momen kehidupan. Akan tetapi, fakta bahwa arti hanya dapat terjadi secara sporadis, tidak mengurangi deretan pegunungan dan tidak dilukiskan dengan permukaan lembah-lembah, melainkan oleh puncak yang tertinggi. Demikian juga jika melukiskan kepenuhan arti dari suatu kehidupan oleh puncaknya, bukan oleh lembah-lembahnya. Dia mengemukakan bahwa satu momen puncak dari nilai pengalaman dapat mengisi seluruh kehidupan seseorang dengan arti. Faktor yang menentukan rupanya bukan berapa banyak puncak yang kita capai, atau berapa lama kita tinggal di tingkat tersebut, melainkan intensitas yang kita alami terhadap hal-hal yang kita miliki.

Nilai-nilai daya cipta dan nilai-nilai pengalaman berbicara tentang pengalaman-pengalaman manusia yang kaya, penuh, positif, suatu kepenuhan hidup dengan menciptakan atau mengalami. Tetapi kehidupan tidak hanya mempertinggi derajat dan memperkaya pengalaman-pengalaman. Kekuatan-kekuatan dan peristiwa-peristiwa lain memaksa kehidupan kita, seperti sakit, kematian, atau semacam situasi yang dihadapi Frankl di Auschwitz. Bagaimana mungkin kita dapat menemukan arti dalam kondisi-kondisi negatif yang semacam itu, apabila tidak ada keindahan yang dialami atau tidak ada kesempatan untuk mengungkapkan daya cipta.

Disinilah kelompok nilai yang ketiga – nilai-nilai sikap – mulai berperan. Frankl percaya bahwa nasib kita yang objektif tidak sama sekali mengecewakan dan destruktif seperti sikap yang kita anut terhadap nasib kita. Situasi-situasi yang sangat buruk, yang menimbulkan keputusasaan dan tampaknya tidak ada harapan, dilihat Frankl sebagai situasi-situasi yang memberikan kita kesempatan yang sangat besar untuk menemukan arti. Situasi-situasi itu juga sangat menuntut supaya arti ditemukan.

Situasi yang menimbulkan nilai-nilai sikap ialah situasi-situasi dimana kita tidak mampu untuk mengubahnya atau menghindarinya

– kondisi-kondisi nasib yang tidak dapat diubah. Apabila kita berhadapan dengan situasi tersebut, satu-satunya cara yang rasional untuk memberikan respons adalah menerimanya. Cara bagaimana kita menerima nasib kita, keberanian kita dalam menahan penderitaan kita, keagungan yang kita perlihatkan ketika berhadapan dengan bencana merupakan ujian dan ukuran yang terakhir dari pemenuhan kita sebagai manusia.

Dengan memasukan nilai-nilai sikap sebagai cara memberi arti bagi kehidupan, Frankl memberi kita harapan bahwa kehidupan manusia, meskipun dalam keadaan-keadaan gawat dapat bercirikan arti dan maksud. Kehidupan kita dapat mengandung arti sampai momen kehidupan yang terakhir. Sejauh kita sadar, kita diwajibkan untuk menyadari nilai-nilai. Itulah tanggung jawab manusia yang tidak dapat dielakan jika kita memelihara kesehatan psikologis.

Orang-orang yang menemukan arti dalam kehidupan mencapai keadaan *transedensi diri*, keadaan ada yang terakhir untuk kepribadian yang sehat.

B. Kesimpulan

Kesehatan mental seseorang banyak ditentukan oleh kondisi kepribadian. Kepribadian yang sehat akan memastikan bahwa yang bersangkutan dalam kondisi mental yang baik.

Beberapa ahli teori kepribadian memberikan penjelasan mengenai ciri-ciri atau karakteristik kepribadian yang sehat. Dalam hal ini, para ahli teori kepribadian mengembangkan setiap model kepribadian yang sehat versi mereka masing-masing.

Allport menyebutkan bahwa orang yang sehat dengan orang yang matang adalah orang yang memiliki ciri-ciri kepribadian sebagai berikut; memiliki perluasan perasaan diri, memiliki hubungan yang hangat dengan orang lain, memiliki keamanan emosional, memiliki persepsi yang realistis, memiliki beberapa keterampilan dan tugas-tugas, memiliki pemahaman diri, serta memiliki filsafat hidup yang mempersatukan.

Lain halnya dengan Carl Rogers yang menjelaskan bahwa orang yang sehat adalah orang yang memiliki motivasi untuk aktualisasi,

mereka disebut sebagai orang yang berfungsi sepenuhnya. Ciri-ciri orang yang memiliki kepribadian yang sehat adalah memiliki keterbukaan pada pengalaman, kehidupan eksistensial, kepercayaan terhadap organisme sendiri, serta memiliki perasaan bebas.

Erich Fromm menjelaskan mengenai orang yang memiliki kepribadian yang sehat adalah orang yang memiliki 5 kebutuhan, yaitu: hubungan, *transedensi* berakar, perasaan identitas, serta kerangka orientasi.

Frankl menyebutkan bahwa orang yang sehat mental merupakan orang yang mengatasi diri. Hal ini berdasarkan pada pengalamannya selama perang dunia ke-dua, sebagai orang yang selamat dari kematian penjara Nazi. Menurutnya ada tiga sistem nilai yang fundamental yang berhubungan dengan tiga cara memberi arti kepada kehidupan, yakni nilai-nilai daya cipta (kreatif), nilai-nilai pengalaman, dan nilai-nilai sikap.


C. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Jelaskan ciri-ciri mendasar dari kepribadian yang sehat menurut berbagai ahli kepribadian!
2. Apa ciri utama sehat mental menurut Rogers?
3. Apa dorongan utama pada orang yang sehat menurut Frankl?
4. Apa kebutuhan utama orang sehat mental menurut Erich Fromm?
5. Apa makna orang yang matang versi Allport?

READING COPY

BAB 4

WELLNESS DAN WELL-BEING SEBAGAI KONSEP KESEHATAN MENTAL PERSPEKTIF MULTIDIMENSIONAL



Dalam perkembangan mutakhir ini, para pakar dalam bidang kesehatan mental telah menggunakan istilah *wellness* dan *well-being* untuk menggambarkan suatu keadaan “sehat” secara lebih komprehensif dari perspektif multidimensional. Istilah *wellness* dan *well-being* mempunyai makna yang lebih luas yang mencakup *mental health* sekaligus *mental hygiene*, dan dikembangkan secara holistik untuk mendeskripsikan konsep keutuhan internal dan eksternal dari kepribadian yang sehat.

Dalam kecenderungan perkembangan profesi konseling, model kesehatan mental (*wellness* dan *well-being*) telah dijadikan sebagai landasan dalam kegiatan konseling, baik secara konseptual maupun operasional. Konseling lebih banyak menggunakan pendekatan perkembangan yang komprehensif dalam prosesnya. Para ahli dalam bidang konseling nampaknya telah sepakat bahwa *wellness* dan *well-being* merupakan tujuan umum konseling.

Masih agak sulit untuk menemukan padanan istilah dalam bahasa Indonesia sebagai terjemahan *wellness* dan *well-being*. Secara bebas, *wellness* dapat diterjemahkan dalam bahasa Indonesia

menjadi “kesehatan”, “keunggulan”, “kesempurnaan”, “paripurna” atau “kebaikan”, akan tetapi dilihat dari makna konseptualnya terjemahan tersebut dirasakan kurang tepat. *Wellness* merupakan suatu kondisi yang lebih luas dan menyeluruh dibandingkan dengan konsep “sehat” atau “baik”. Dalam pengertian *wellness*, kondisinya tidak hanya sehat jasmani atau mental, tetapi mencakup kepribadian secara keseluruhan sebagai suatu refleksi dari kesatuan unsur jasmani dan rohani, serta interaksinya dengan dunia luar.

Keadaan yang sama juga terjadi pada *well-being* atau *psychological well-being*. Kata *well-being* adalah kondisi yang baik dari kebahagiaan (*happines*), karena lebih bersifat jangka panjang, terdiri atas banyak kebahagiaan, dan menunjukkan adanya penyesuaian yang baik dengan lingkungannya (sumber). Kebahagiaan menunjukkan kondisi mental yang positif. Dengan demikian, *wellness* dan *well-being* merupakan konsep “sehat” yang bersifat multidimensional.

A. Definisi dan Karakteristik *Wellness*

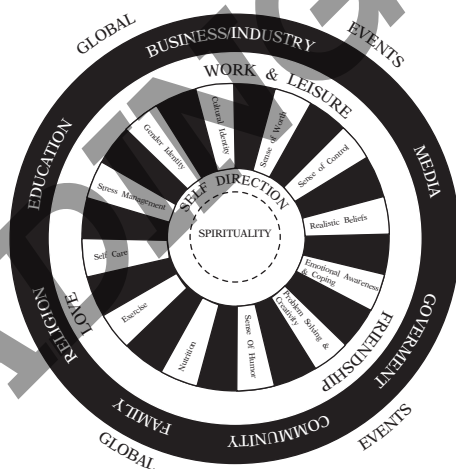
Model holistik tentang *wellness* telah dijadikan sebagai landasan dalam kegiatan konseling komprehensif-*developmental*, baik secara konseptual maupun operasional. Myers, Witmer dan Sweeney (2000:252) mengemukakan pemikirannya tentang salah satu tujuan umum konseling yaitu *wellness*. Menurutnya, “*wellness as a way of life oriented toward optimal health and well-being in which body, mind, and spirit are integrated by the individual to live more fully within the human and natural community*”. Sedangkan Archer, Probert, and Gage (Surya, 2003:183) mendefinisikan *wellness* sebagai proses dan keadaan pencapaian fungsi-fungsi manusiawi secara maksimal yang mencakup aspek badan, jiwa, dan kesadaran.

Wellness merupakan konsep “sehat” yang bersifat multidimensional. Konsep ini diambil dari perspektif kepribadian, sosial, klinis, kesehatan, psikologi perkembangan, antropologi, agama, dan pendidikan. Menurut Nicholas and Goble (Surya, 2003: 183; 2007: 224) sistem model *wellness* yang multidimensional menekankan empat prinsip berikut.

1. Sehat itu multidimensional. Artinya kondisi sehat itu terjadi dalam berbagai dimensi kehidupan yang mencakup dimensi fisik, emosional, sosial, spiritual, vokasional, dan intelektual.

2. Sehat itu variabel dinamis. Artinya kondisi sehat itu bukan sesuatu yang statis dan diam, tetapi merupakan suatu keadaan yang dinamis dan bervariasi dalam dimensi waktu dan tempat. Ada satu saat sehat dan di saat lain kurang sehat, serta di tempat tertentu dapat sehat tetapi di tempat lain kurang sehat.
3. Sehat itu mengatur sendiri dalam setiap dimensi kehidupan. Artinya dalam masing-masing dimensi kehidupan akan terjadi suatu proses pengaturan sedemikian rupa sehingga dapat dicapai keseimbangan. Keadaan kurang sehat dalam suatu dimensi (misalnya dalam aspek fisik) akan terjadi upaya untuk mendorong kondisi ke arah lebih baik.
4. Sehat itu mengatur sendiri antar dimensi kehidupan. Artinya kondisi sehat dalam setiap dimensi akan saling berkaitan dan saling melengkapi untuk mencapai keseimbangan keseluruhan kepribadian.

Karakteristik orang yang sehat menurut konsep *wellness* dengan model holistik multidimensional digambarkan dalam gambar 5.1.



Gambar 5.1
The Wheel of Wellness

Sumber: Myers *et al.* (2000). *The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning*. *Journal of Counseling & Development* Vol. 78, No. 1. Summer 2000. p. 251-262.

Dalam gambar 5.1 digambarkan bahwa karakteristik sehat mencakup lima tugas hidup yang saling berkaitan dalam bentuk

roda keseluruhan kehidupan. Konsep *wellness* dinyatakan dalam lima tugas hidup, yaitu: (1) spiritualitas (*spirituality*); (2) pengarahan diri (*self direction*); (3) pekerjaan dan penggunaan waktu luang (*work and leisure*); (4) persahabatan (*friendship*); dan (5) cinta (*love*) (Myers, Witmer and Sweeney, 2000: 252-257). Tugas-tugas hidup itu secara dinamis saling berinteraksi dengan tantangan-tantangan hidup yang timbul dalam keluarga, masyarakat, agama, pendidikan, pemerintahan, media, dan dunia usaha/industri. Peristiwa-peristiwa global alam maupun manusia mempunyai pengaruh timbal balik dengan tantangan-tantangan hidup dan tugas-tugas hidup.

Tugas hidup yang pertama adalah spiritualitas (*spirituality*). Spiritualitas didefinisikan sebagai “*an awareness of being or force that transcends the material aspects of life and gives a deep sense of wholeness or connectedness to the universe*” (Myers et al., 2000). Spiritualitas merupakan tugas hidup pertama, paling utama, dan menjadi titik sentral dari kesempurnaan *wellness*. Tugas ini mempunyai dimensi *religiusitas*, kedamaian hidup, makna dan tujuan hidup, optimisme, antisipasi masa depan, dan nilai-nilai untuk membimbing hidup dan pembuatan keputusan.

Tugas hidup yang kedua adalah pengarahan diri (*self-direction*) yang didefinisikan sebagai “*the manner which an individual regulates, disciplines, and directs the self in daily activities and in pursuit of long-range goals*” (Myers et al., 2000). Pengarahan diri adalah tugas-tugas untuk mengatur diri sendiri agar mampu hidup secara baik dan sehat. Tugas kehidupan ini mencakup tujuh komponen, yaitu: (1) mewujudkan dan mempertahankan harga diri (*sense of worth*); (2) pengendalian diri (*sense of control*); (3) keyakinan yang realistik (*realistic beliefs*); (4) kesadaran emosional dan *coping* (*emotional awareness and coping*); (5) pemecahan masalah dan kreativitas (*problem solving and creativity*); (6) mempunyai rasa humor (*sense of humor*); (7) nutrisi (*nutritions*); (8) olahraga (*exercise*); (9) pemeliharaan diri (*self-care*); (10) manajemen stres (*stress management*); (11) identitas gender (*gender identity*); dan (11) identitas budaya (*cultural identity*).

Tugas hidup yang ketiga adalah pekerjaan dan waktu luang (*work and leisure*). Pekerjaan sebagai tugas hidup diharapkan dapat dimiliki oleh setiap orang dalam menunjang kelangsungan hidupnya secara sehat. Untuk mewujudkan kondisi hidup yang sehat,

pekerjaan tidak hanya bermakna ekonomis, tetapi juga bermakna sosial, psikologis, dan spiritual dengan memanfaatkan waktu luang yang tersedia.

Tugas hidup yang keempat adalah persahabatan (*friendship*), yaitu hubungan sosial antar individu dalam masyarakat yang berdasarkan komitmen yang satu dengan yang lain atas dasar keakraban dan saling pengertian. Hasil dari persahabatan adalah didapatkannya dukungan sosial (*social support*), baik berupa material maupun non-material.

Tugas hidup yang kelima adalah cinta (*love*). Cinta diwujudkan melalui lembaga keluarga. Dalam cinta, hubungan antar individu memiliki derajat keintiman yang lebih mendalam dan bersifat emosional serta seksual. Karakteristik dari hubungan percintaan yang sehat adalah: (1) kemampuan untuk menjadi lebih intim, percaya, dan pembukaan diri terhadap individu lain; (2) kemampuan untuk saling menerima ekspresi afeksi dengan yang lain; (3) kapasitas untuk respek terhadap keunikan yang lain; (4) kehadiran dan stabilitas keintiman hubungan dalam kehidupan orang lain; (5) perhatian terhadap pertumbuhan alamiah seseorang; dan (6) kebahagiaan dalam kehidupan seksual.

Konseli yang mencapai tugas spiritualitas pada kategori tinggi memiliki dimensi *religiusitas*, kedamaian hidup, makna dan tujuan hidup, optimisme, antisipasi masa depan, dan nilai-nilai untuk membimbing hidup dan pembuatan keputusan. Konseli yang mencapai tugas pengarahan diri pada kategori tinggi ditandai oleh komponen-komponen berikut: (1) mewujudkan dan mempertahankan harga diri; (2) mampu mengendalikan diri; (3) memiliki keyakinan yang realistis; (4) memiliki kesadaran emosional dan *coping*; (5) memiliki kemampuan mengatasi masalah; (6) kreatif; (7) mempunyai rasa humor; (8) dapat memenuhi kebutuhan nutrisi dengan baik; (9) rajin berolahraga; (10) mampu menjaga diri; (11) memiliki kemampuan manajemen stres; (12) memiliki identitas gender yang mantap dan sesuai; dan (13) memiliki identitas budaya.

Dalam rangka mewujudkan harapan hidup *wellness* dalam diri konseli yang mencapai tugas hidup berupa memiliki pekerjaan dan dapat menggunakan waktu luang dengan baik, pekerjaan dan waktu luang tidak hanya dimaknai secara ekonomis tetapi juga bermakna sosial, psikologis dan spiritual. Secara ekonomis,

pekerjaan sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan ekonomis melalui penghasilan yang diperolehnya. Secara sosial, pekerjaan yang dimiliki dapat menunjang berkembangnya interaksi dan kehidupan sosial. Secara psikologis, pekerjaan merupakan jalan dalam proses perkembangan dan dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan psikologis. Secara spiritual, pekerjaan pada hakikatnya merupakan salah satu perwujudan kewajiban agama.

Konseli yang mencapai tugas hidup menjalin persahabatan (*friendship*), yaitu hubungan sosial antar individu dalam masyarakat yang berdasarkan komitmen yang satu dengan yang lain atas dasar keakraban dan saling pengertian akan mendapatkan dukungan sosial (*social support*), baik berupa material maupun non-material.

Konseli yang mencapai tugas hidup cinta (*love*) yang diwujudkan melalui lembaga keluarga, maka dalam cinta hubungan antar individu memiliki derajat keintiman yang lebih mendalam dan bersifat emosional serta seksual. Karakteristik dari hubungan percintaan yang sehat adalah: (1) kemampuan untuk menjadi lebih intim, percaya, dan pembukaan diri terhadap individu lain; (2) kemampuan untuk saling menerima ekspresi afeksi dengan yang lain; (3) kapasitas untuk respek terhadap keunikan yang lain; (4) kehadiran dan stabilitas keintiman hubungan dalam kehidupan orang lain; (5) perhatian terhadap pertumbuhan alamiah pasangan atau orang lain; dan (6) kebahagiaan dalam kehidupan seksual dengan pasangan bagi yang sudah menikah.

Konseli membutuhkan harapan hidup *wellness* yang ingin dicapai di masa depan setelah sembuh dari adiksi obat dalam berbagai aspek kehidupannya, baik pribadi, sosial, pendidikan, karir, pernikahan, persahabatan, dan keluarga di masyarakat. Jika konseli memiliki harapan dalam tugas-tugas hidupnya, ia akan termotivasi untuk melanjutkan upayanya dalam mendapatkan sesuatu yang lebih baik. Sebaliknya, konseli yang tidak memiliki atau kehilangan harapan hidup *wellness* ia cenderung tidak memiliki daya dalam berbagai aktivitas dan menyerah begitu saja terhadap segala tantangan dan permasalahan hidup yang dihadapinya. Kondisi seperti ini akan menimbulkan hambatan dan gangguan psikologis dalam keseluruhan perjalanan hidupnya. Mereka terpenjara dengan keadaan tidak berdaya tanpa harapan masa depan yang lebih baik.

Konselor dapat membantu konseli dengan meyakinkan konseli bahwa sekecil apa pun orang harus memiliki harapan hidup *wellness* yang dapat dicapai di masa depan. Konseli dibantu untuk mengenal dirinya dan situasi lingkungannya secara sehat, sehingga konseli memperoleh pemahaman yang lebih sehat terhadap dirinya serta lingkungannya. Selanjutnya, konseli dibantu dalam memperoleh kompetensi secara bertahap untuk mampu mengenal harapannya dan cara mencapainya. Konseli dimotivasi untuk meyakini bahwa masa depannya mempunyai makna dalam keseluruhan hidupnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Myers *et al.* (2000: 2007) dan Myers & Sweeney (2005) menunjukkan bahwa; *The Wheel of Wellness Model and the Indivisible self Model* dapat digunakan untuk intervensi konseling konseli (termasuk konseli adiksi obat), baik individual maupun kelompok. Proses konseling dimulai dengan asesmen menggunakan instrumen *the WEL dan 5 F-Wel* yang digunakan untuk memahami/menetapkan kondisi awal (*baseline*) *wellness* konseli. Selanjutnya dikemukakan bahwa terdapat empat fase model untuk meng-ases dan mengintegrasikan kondisi awal *wellness* konseli ke dalam setiap sesi konseling, yaitu: (1) memperkenalkan model *wellness*, dengan menekankan/memfokuskan pada pentingnya memilih dan menciptakan gaya hidup sehat “paripurna dan multidimensional” sepanjang rentang kehidupan; (2) melakukan asesmen, baik secara formal maupun informal yang didasarkan pada model *wellness*; (3) melakukan konseling secara intensif untuk meningkatkan *wellness* dalam area model *wellness* yang telah diseleksi; (4) mengevaluasi, menindaklanjuti dan secara berkelanjutan melakukan konseling.

B. Definisi dan Karakteristik Well-Being

Kesejahteraan psikologis merupakan terjemahan dari *psychological well-being*. Kata *well-being* adalah kondisi yang baik dari kebahagiaan (*happines*), karena lebih bersifat jangka panjang, terdiri atas banyak kebahagiaan dan menunjukkan adanya penyesuaian yang baik dengan lingkungannya (sumber). Kebahagiaan ini menunjukkan kondisi mental yang positif.

Merujuk kepada pendekatan Freudian, ketidakbahagian menunjukkan adanya banyak distorsi terhadap kondisi subjektif dan dipengaruhi mekanisme pertahanan diri. Anak yang memiliki kesejahteraan psikologis akan merasa lebih bahagia dan dapat menikmati kegiatan belajar dengan menyenangkan.

Menurut Bradburn & Caplovitz (Moore, 1992) terdapat dua dimensi dari kesejahteraan psikologis, yaitu dimensi positif dan dimensi negatif. Dimensi positif dari kesejahteraan psikologis adalah (1) merasakan kesenangan karena dapat menyelesaikan suatu tugas tertentu; (2) memiliki penghargaan diri; (3) memiliki gairah hidup; (4) dalam kondisi puncak; dan (5) mengetahui apa yang akan dilakukan. Sementara dimensi negatif ditandai oleh: (1) jenuh; (2) marah karena dikritik; (3) tidak dapat istirahat; (4) kesepian; (5) merasa di bawah kontrol orang lain; dan (6) merasa depresi dan tidak bahagia.

Konsekuensi dari kesejahteraan psikologis memiliki dua dimensi juga, yaitu positif dan negatif (Moore, 1992). Konsekuensi positif yang muncul berupa perasaan bahagia, yang kemudian akan berimplikasi kepada motivasi dan berbagai hal positif. Sedangkan konsekuensi negatif yang akan muncul adalah berupa: (1) suasana hati yang berubah-ubah; (2) perasaan tidak puas dengan kehidupannya; (3) kekhawatiran yang berlebihan; (4) berbagai bentuk gangguan fisik, seperti sakit kepala, berdebar-debar, rasa linu dan nyeri di sekujur tubuh; dan (5) kecemasan yang terefleksi dalam bentuk perasaan tertekan, gemetar, susah tidur, lesu dan tidak bergairah.

C. Kesimpulan

Konsep *wellness* dan *well-being* menggambarkan suatu keadaan "sehat" secara lebih komprehensif dari perspektif multidimensional. Istilah *wellness* dan *well-being* mempunyai makna yang lebih luas yang mencakup *mental health* sekaligus *mental hygiene*, dan dikembangkan secara holistik untuk mendepkripsikan konsep keutuhan internal dan eksternal dari kepribadian yang sehat.

Orang yang mencapai *wellness* ditandai oleh adanya kekuatan spiritualitas, regulasi diri yang tinggi, memiliki pekerjaan yang bermakna bagi dirinya sendiri dan orang lain serta menghasilkan

prestasi, memiliki jalinan persahabatan yang kuat, dan memiliki kekuatan cinta kasih yang diwujudkan dalam ikatan pernikahan. Cinta kasih diasuh dalam hubungan pernikahan atau hubungan emosional yang intim melalui kepercayaan, pemeliharaan, dan kerja sama. Karakteristik yang senada ditunjukkan oleh orang yang mencapai *well-being*, yaitu merasakan kesenangan karena dapat menyelesaikan suatu tugas tertentu, memiliki penghargaan diri, memiliki gairah hidup, mencapai pengalaman puncak, dan mengetahui serta menyadari tujuan dari sesuatu yang dilakukannya.

Dalam kecenderungan perkembangan profesi konseling, model kesehatan mental (*wellness* dan *well-being*) telah dijadikan sebagai landasan dalam kegiatan konseling, baik secara konseptual maupun operasional. Dalam perkembangan dewasa ini, konseling lebih banyak menggunakan pendekatan perkembangan yang komprehensif dalam prosesnya, dan para ahli dalam bidang konseling nampaknya telah sepakat bahwa *wellness* dan *well-being* merupakan tujuan umum konseling.


D. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Konsep *wellness* dan *well-being* dikatakan sebagai konsep kesehatan mental yang lebih komprehensif dibandingkan dengan *mental health* dan *mental hygiene*. Mengapa demikian?
2. Pelajari dengan seksama tentang *wellness* dan *well-being* sebagai konsep kesehatan mental dari perspektif multidimensional. Kemudian, analisislah kesamaan dan perbedaan di antara kedua konsep tersebut!
3. Isilah kuesioner tentang *wellness* dan *well-being*. Kemudian, bandingkan hasil penilaian diri Anda sendiri dengan karakteristik teoritik yang telah dibahas. Bagaimana kesimpulan Anda?

READING COPY

BAB 5

GANGGUAN KESEHATAN MENTAL DI SEKOLAH



Dewasa ini sering muncul perilaku yang aneh atau tidak sesuai dengan norma yang ditampilkan oleh para siswa, diantaranya seperti cara berpakaian yang tidak sesuai dengan peraturan, gaya bicara yang aneh-aneh, gaya rambut yang acak-acakan, serta berbagai bentuk kenakalan yang cenderung kepada bentuk pelanggaran kriminal. Semua perilaku tersebut memiliki kecenderungan kepada penyakit mental.

Berkaitan dengan hal ini, Surya (1982:95-97) menjelaskan beberapa bentuk gejala gangguan mental di sekolah, yaitu sebagai berikut:

1. Masalah kesulitan belajar

Salah satu segi dari kesulitan belajar merupakan gejala gangguan kesehatan mental, baik sebagai sebab maupun akibat. Dikatakan sebagai salah satu segi karena kesulitan belajar dapat pula dilihat dari segi lain. Sebagai masalah kesehatan mental, kesulitan belajar merupakan salah satu gejalanya. Artinya, anak yang mengalami gangguan mental seperti adanya pertentangan batin, konflik dengan orang tua, dan merasa rendah diri akan menimbulkan gangguan kesehatan pada mentalnya.

2. Masalah kenakalan remaja

Masalah kenakalan anak-anak, khususnya kenakalan remaja sudah merupakan masalah yang besar dalam dunia pendidikan, khususnya di kota-kota besar. Timbulnya masalah kenakalan anak sekolah ini tidak dapat terlepas, artinya sekolah mempunyai tanggungjawab yang cukup besar. Gejala kenakalan tampak dalam berbagai bentuk tingkah laku seperti sikap agresif, mengganggu, pergaulan bebas, perkelahian, pembentukan gank, membuat coretan-coretan yang tidak senonoh, merusak sekolah, dan sebagainya. Anak yang melakukan gejala kenakalan dapat diperkirakan mengalami gangguan kesehatan mental.

Beberapa kasus menunjukkan bahwa pada umumnya anak yang melakukan tindakan kenakalan, baik di sekolah maupun diluar sekolah erat sekali hubungannya dengan kondisi gangguan mental.

3. Masalah disiplin

Anak yang bermental sehat akan menunjukkan adanya disiplin secara sadar terhadap aturan yang diberikan sekolah. Sebaliknya pelanggaran disiplin yang dilakukan anak, bisa merupakan adanya gejala gangguan kesehatan mental. Gejala pelanggaran disiplin seperti datang terlambat, berbuat seenaknya, mencuri, mencontek, dan sebagainya dapat terjadi bukan karena anak tidak tahu aturan disiplin, tetapi gejala itu dilakukan sebagai protes terhadap ketidakseimbangan mentalnya.

Dari beberapa studi kasus menunjukkan bahwa pada umumnya mereka yang melanggar disiplin sekolah, disebabkan karena adanya gangguan mental dalam dirinya, seperti rasa tertekan, rasa takut, dan rasa cemas.

4. Masalah gangguan mental

Adanya gejala gangguan mental pada anak didik di sekolah juga merupakan masalah kesehatan mental. Di sekolah sering nampak adanya gejala gangguan mental yang cukup kuat seperti dalam bentuk bersikap dingin, murung, selalu cemas, pesimis yang berlebihan, bertingkah laku histeris, gejala pemakaian narkotik, sering pingsan, acuh, mudah tersinggung, dan sebagainya.

Surya (1982:3) mengemukakan bahwa ciri-ciri kesehatan mental pada anak adalah merasa bahwa anak-anak lain menyukainya, merasa aman, merasa tenang, tidak takut sendirian, dapat tertawa pada

situasi yang lucu, berbuat sesuai dengan umurnya, menunjukkan sikap tenang, tidak takut oleh suatu objek tertentu, senang bersekolah, senang bermain, mempunyai perasaan berkelompok, merasa bagian dari kelompok, periang dan optimis, dapat tidur dengan baik, dapat melupakan hal-hal yang salah terhadap dirinya dengan mudah, bersahabat dengan baik, menyenangkan orang tua dan kehidupannya, memiliki beberapa hobi, menyenangkan rekreasi, mencerminkan kemerdekaan, dapat berbuat untuk dirinya sendiri, merasa bahwa ia dipercaya oleh anak-anak lain, menyatakan dirinya secara terbuka dan penuh, serta mempunyai selera makan yang baik.

Havighurts (Syaodih, 2003:120) berpendapat bahwa sekolah mempunyai peranan atau tanggungjawab penting dalam membantu para siswa mencapai tugas perkembangannya. Sehubungan dengan hal ini, sekolah seyogianya berupaya untuk menciptakan iklim yang kondusif, atau kondisi yang dapat memfasilitasi siswa untuk mencapai tugas perkembangannya.

Sedangkan Yusuf (2004:9) mengatakan bahwa perkembangan kesehatan mental individu dipengaruhi oleh kualitas iklim sosio-emosional di sekolah. Apabila iklim tersebut kurang kondusif, maka perkembangan kesehatan mental individu akan mengalami kegagalan atau hambatan.

Pendapat Havighurts dan Yusuf di atas sejalan dengan pendapat Natawidjaya (1984:108) yang mengatakan bahwa pengaruh sekolah terhadap perkembangan kepribadian anak sangat besar, karena sekolah merupakan pengganti dari lingkungan rumah, sedangkan guru merupakan pengganti dari ibu. Hampir setengah dari waktu jaganya dipergunakan di sekolah. Semasa di kelas-kelas permulaan, pengaruh guru merupakan faktor yang terpenting dari keseluruhan pengaruh sekolah terhadap kepribadian anak. Guru secara langsung mempengaruhi cara anak menanggapi dirinya sendiri dengan jalan memperbaiki tingkah lakunya. Secara tidak langsung, guru mempengaruhi kepribadian anak dengan jalan membantunya dalam penyesuaian kepada kelompok, dan membantu kelompok melakukan penyesuaian terhadapnya.

Mengenai peran sekolah dalam mengembangkan kepribadian anak, Hurlock (1980:322) mengemukakan bahwa sekolah merupakan faktor penentu bagi perkembangan kepribadian anak, baik dalam berpikir, bersikap, maupun cara berperilaku. Sekolah berperan

sebagai substitusi keluarga, dan guru berperan sebagai substitusi orang tua. Dari sudut pandang psikologis, guru dapat berperan sebagai: (1) pakar psikologis pendidikan, artinya seseorang yang memahami psikologis pendidikan dan mampu mengamalkannya dalam melaksanakan tugasnya sebagai pendidik; (2) seniman dalam hubungan antar manusia (*artis in human relations*), artinya guru adalah orang yang memiliki kemampuan menciptakan suasana hubungan antar manusia, khususnya dengan siswa-siswa sehingga dapat mencapai tujuan pendidikan; (3) pembentuk kelompok, yaitu mampu membentuk, menciptakan kelompok dan aktivitas, aktivitas sebagai cara untuk mencapai tujuan pendidikan; (4) *catalytic agent* atau *inovator*, yaitu orang yang mampu menciptakan suatu pembaharuan bagi pembuat suatu hal yang lebih baik; (5) petugas kesehatan mental (*mental hygiene worker*) artinya, guru bertanggungjawab bagi terciptanya kesehatan mental para siswa.

Menurut Djuwita (Saripah, 2007:4), merebaknya fenomena kekerasan yang dilakukan oleh petugas pendidikan tentu menjadi kontraproduktif dan bersinggungan dengan isu kualitas pendidikan. Penelitian-penelitian menunjukkan bahwa siswa yang menjadi korban *bullying* akan mengalami kesulitan dalam bergaul, merasa takut datang ke sekolah sehingga absensi mereka tinggi, dan ketinggalan pelajaran, mengalami kesulitan berkonsentrasi dalam mengikuti pelajaran, serta kesehatan mental dan fisik mereka akan berpengaruh. Dalam jangka panjang, kondisi siswa yang demikian dikhawatirkan akan berdampak terhadap pencapaian mutu hasil pendidikan yang berkualitas.

A. Mental Hygiene di Sekolah

Gagasan ini didasarkan pada asumsi bahwa “perkembangan kesehatan mental peserta didik dipengaruhi oleh iklim sosio-emosional di sekolah.” Pemahaman pimpinan sekolah dan guru-guru (terutama guru BK atau konselor) tentang mental *hygiene* sangatlah penting. Pimpinan dan para guru secara sinergi dapat menciptakan iklim kehidupan sekolah (fisik, emosional, sosial, maupun moral spiritual) untuk perkembangan kesehatan mental para siswa. Di samping itu, mereka dapat memantau gejala gangguan mental para siswa

sedini mungkin. Mereka dapat memahami masalah mental yang dapat diatasi sendiri, dan dapat menentukan mana yang seyogyanya dirujuk kepada para ahli yang lebih profesional.

Para guru di SLTP dan SLTA perlu memahami kesehatan mental siswanya yang berada pada masa transisi, karena tidak sedikit siswa yang mengalami kesulitan mengembangkan mentalnya karena terhambat oleh masalah-masalahnya, seperti penyesuaian diri, konflik dengan orang tua atau teman, masalah pribadi, atau masalah akademis yang semuanya dapat menjadi sumber stres.

Ketidaksiapan dalam menghadapi ujian, *bullying*, ketidakpercayaan diri, kehamilan di luar nikah, bahkan perilaku bunuh diri karena tidak lulus UN merupakan beberapa indikasi adanya ketidakmampuan pada pribadi siswa dalam menangani masalah pada dirinya, juga merupakan tanda adanya gangguan kesehatan mental, mengingat remaja merupakan fase yang rawan, labil, dan dinamis.

Sebelum melangkah lebih jauh, kesehatan mental pada umumnya tak kalah penting dengan masalah kesehatan jasmani. Apabila pada hal ini mengalami gangguan, maka dapat menimbulkan hal-hal negatif yang tidak diinginkan, layaknya gangguan pada kesehatan jasmani. Adapun yang membedakan dari keduanya adalah bahwa gangguan pada kesehatan mental berakibat pada timbulnya perilaku menyimpang (*maladjustment*) yang tidak diinginkan, baik oleh diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Penyimpangan perilaku ini tidak sepenuhnya disadari sebagai bentuk gangguan pada individu, bahkan tak jarang saat seseorang merasa baik-baik saja dengan dirinya secara tak sadar sedang dalam masalah mental yang mungkin dinilai kritis. Penyimpangan diwujudkan dalam berbagai perilaku yang secara umum dapat diterima di masyarakat maupun yang dipandang sebagai bentuk kelainan. Dengan demikian, maka dibutuhkan adanya pemahaman kesehatan mental dan tidak mengesampingkannya begitu saja, hal ini agar dapat membangun kesadaran untuk hidup secara sehat, baik jasmani maupun mental.

Kesehatan mental dapat dipahami sebagai terwujudnya keharmonisan antara fungsi-fungsi, serta mempunyai kesanggupan untuk menghadapi problem-problem yang terjadi, dan merasakan secara positif kebahagiaan dan kemampuan dirinya (Zakiah Darajat, 1975). Sedangkan cakupan kesehatan mental itu berupa (1) bagaimana

kita memikirkan, merasakan, menjalani, kehidupan sehari-hari; (2) bagaimana memandang diri sendiri dan orang lain; (3) bagaimana kita mengevaluasi berbagai alternatif dan mengambil keputusan (Samsu Yusuf, 2009).

Anak dalam masa perkembangannya akan dihadapkan dalam berbagai lingkungan. Lingkungan yang paling awal dikenal dan terdekat oleh anak adalah lingkungan primer. Lingkungan primer merupakan lingkungan keluarga yang di dalamnya terjadi interaksi yang intens dengan orang tua. Orang tua secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi terbentuknya setiap perilaku dasar pada anak. Anak cenderung melakukan *copying* terhadap hal-hal yang terjadi disekitarnya, maka orang tua merupakan pihak yang sangat bertanggung jawab terhadap arah perkembangan anak.

Disamping lingkungan primer, anak juga akan dihadapkan pada lingkungan sekunder. Lingkungan kedua ini merupakan lingkungan sekolah. Di lingkungan ini anak tidak hanya belajar pada tataran akademik, tapi anak juga akan turut belajar bagaimana melakukan sosialisasi terhadap orang-orang sekitarnya, terlebih dengan sebayanya. Pada lingkungan ini anak juga akan terpengaruh pada dinamisasi di dalamnya. Seperti pada lingkungan primer, lingkungan sekunder mempunyai peranan penting dalam mengawal masa transisi anak. Di dalamnya juga tidak lepas dari adanya gangguan-gangguan yang muncul terkait kesehatan mental pada anak dalam masa pembelajarannya di sekolah, atau pada wilayah sekolah yang disebut peserta didik. Lebih jauh mengenai masalah kesehatan mental di sekolah, Moh. Surya (1985) mengungkapkan bahwa gangguan tersebut meliputi: (1) masalah kesulitan belajar; (2) masalah kenakalan remaja; (3) masalah disiplin; dan (4) masalah gangguan mental.

Beberapa masalah seperti disebutkan di atas, cepat atau lambat akan ditemui dalam berbagai tingkat kerumitan masalah, tergantung seberapa kompleks masalah yang ditimbulkan serta lingkungan yang ada. Dalam masa perkembangan peserta didik pada jenjang sekolah menengah (SLTP & SLTA), merupakan masa yang labil dan membutuhkan pendampingan guna mengarahkan pada hal-hal yang bersifat positif, tanpa mengabaikan sisi aktualisasi peserta didik dan sekolah sebagai pihak yang mendapatkan amanah dari orang tua. Pada masa ini peserta didik yang umumnya remaja

sedang mengalami fase transisi (peralihan) antara sikap bergantung (*dependent*) menuju sikap bebas (*independent*) pada usia dewasa.

Pada umumnya perhatian akan pentingnya kesadaran dan pemahaman terhadap kesehatan mental di lingkungan sekolah seringkali luput dari perhatian. Padahal kondisi ini perlu perhatian serius dari segenap pihak, khususnya guru pembimbing atau konselor, tak lepas juga dari peranan kepala sekolah, guru mata pelajaran, maupun staf kantor. Kurangnya perhatian terhadap masalah kesehatan mental peserta didik tak jarang berakibat pada timbulnya *maladjustment* atau tindakan penyimpangan dalam berbagai bentuk yang tentunya bisa sangat merugikan.

Manifestasi dari berbagai gejala gangguan kesehatan mental yang dialami siswa ini, pada akhirnya akan mempengaruhi pencapaian kognitif akademik siswa berupa prestasi belajar, dan berpengaruh terhadap perkembangan psikis yang tidak optimal pada siswa. Pengaruh pada prestasi belajar, umumnya ditandai dengan menurunnya daya tangkap materi yang diajarkan, ketidakmampuan dalam menyelesaikan tugas maupun ujian yang berakibat pada jatuhnya hasil belajar, yang ditandai dengan nilai-nilai yang tidak memenuhi standar. Sedangkan pada perkembangan psikis, hal ini terkait pada masalah kenakalan remaja berupa tingkah laku agresif, pergaulan bebas, tindak asusila dan sebagainya; kedisiplinan berupa menyontek, acuh terhadap tata tertib, ketidakrapian dalam berpakaian dan sebagainya; pada gangguan mental nampak pada sikap yang dingin pada lingkungan, selalu murung, nampak cemas yang berlebihan, gejala narkotika, dan sebagainya.

Dari uraian singkat diatas secara umum kita mampu memahami kesehatan mental di lingkungan sekolah. Maka hal yang dapat diupayakan untuk menerapkan prinsip kesehatan mental di lingkungan sekolah, Dr. Muh Surya (1985) mengungkapkan beberapa saran sebagai berikut:

1. Menciptakan situasi sekolah yang dapat menimbulkan rasa betah bagi anak didik, baik secara sosial, fisik, maupun akademis.
2. Menciptakan suasana belajar yang menyenangkan bagi anak didik.
3. Usaha pemahaman anak didik secara menyeluruh baik prestasi belajar, sosial, maupun seluruh aspek pribadinya.

4. Menggunakan metode dan alat belajar yang dapat memotivasi belajar.
5. Ruangan kelas yang memenuhi syarat-syarat kesehatan.
6. Menggunakan prosedur evaluasi yang dapat membesarkan motivasi belajar.
7. Menciptakan situasi sosial yang baik dan membantu perkembangan pribadi anak.
8. Peraturan/tata tertib yang jelas dan dipahami oleh siswa.
9. Penyesuaian program pendidikan dengan kebutuhan dan pribadi anak.
10. Teladan dari para guru dalam segala segi pendidikan.
11. Kerjasama dan saling pengertian dari para guru dalam melaksanakan kegiatan pendidikan di sekolah.
12. Pelaksanaan program bimbingan dan penyuluhan (konseling) yang sebaik-baiknya.
13. Situasi kepemimpinan yang penuh dengan saling pengertian dan tanggung jawab, baik pada murid maupun pada guru.
14. Hubungan yang erat dan penuh pengertian antara sekolah dengan orang tua murid dan masyarakat.
15. Kerjasama yang baik dengan berbagai instansi yang berhubungan dengan masalah kesehatan.
16. Pelaksanaan UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) termasuk usaha kesehatan mental.
17. Penyediaan fasilitas belajar yang memadai.

Masih terkait dengan paparan diatas, bahwa pendekatan yang digunakan pada siswa bukan lagi bersifat kuratif penyembuhan, dimana tindakan muncul ketika siswa baru mengalami masalah, tetapi lebih diarahkan pada perkembangan (*developmental approach*). Hal ini bersifat edukatif pengembangan dan *outreach* (Nurihsan, 2009)

Dengan demikian, maka dibutuhkan layanan yang bersifat komprehensif dari tiap-tiap komponen sekolah. Konselor dituntut mampu memberikan layanan konseling serta mampu menyampaikan bimbingan dengan baik. Selain itu, dituntut juga untuk dapat bersinergi dengan guru mata pelajaran, kepala sekolah, dan warga sekolah yang lain, juga ketersediaan fasilitas yang mendukung guna terciptanya kesehatan mental di lingkungan sekolah.

B. Bentuk-Bentuk Gangguan Kesehatan Mental di Sekolah

Para siswa di sekolah tidak semuanya terbebas dari berbagai bentuk gangguan kesehatan mental. Berikut ini merupakan berbagai bentuk kesehatan mental yang dimaksud.

1. Gangguan Depresi

Seorang anak yang mengalami gangguan depresi akan menunjukkan gejala-gejala seperti perasaan sedih yang berkepanjangan, suka menyendiri, sering melamun di dalam kelas atau di rumah, kurang nafsu makan atau makan berlebihan, sulit tidur atau tidur berlebihan, merasa lelah, lesu atau kurang bertenaga, merasa rendah diri, sulit konsentrasi dan sulit mengambil keputusan, merasa putus asa, gairah belajar berkurang, tidak ada inisiatif, hipo/hiperaktivitas. Seorang anak yang mengalami gejala-gejala depresi akan memperlihatkan kreativitas, inisiatif dan motivasi belajar yang menurun, sehingga akan menimbulkan kesulitan belajar yang membuat prestasi belajarnya terus menurun.

2. Sindroma Ujian Nasional (UN)

Stres, tegang, gelisah, panik, khawatir dan takut menghadapi ujian merupakan gejala psikologis yang kerap mendominasi hati dan pikiran siswa. Tidak sedikit pula yang bersikap sebaliknya, terlihat acuh tak acuh dan santai. Sindroma menjelang ujian, tentu perlu dicermati dan diatasi secara tepat, baik oleh diri siswa sendiri, orang tua, maupun guru. Dalam kondisi tertentu, sindrom UN tersebut kerap mengganggu kesehatan. Ada yang jadi gampang sakit, terlihat lesu dan sulit berkonsentrasi ketika belajar. "Takut tidak lulus" merupakan hal yang normal bagi setiap siswa, dan merupakan hal yang paling membebani mental para siswa. Upaya mengatasi dan meminimalisasi sindroma UN memerlukan upaya persiapan dan dukungan integral dari aspek material, moral, mental, psikologis, spiritual, intelektual dan emosional yang dilakukan semua pihak terkait, terutama pemerintah sebagai penyelenggara pendidikan. Munculnya sindroma yang berulang dari tahun ke tahun adalah

sebuah realita bahwa UN membebani banyak siswa, bahkan para guru dan orang tua siswa. Memang sebagai bagian dari sebuah sistem, UN memiliki tujuan yang ideal bagi proses pendidikan, terutama sebagai salah satu alat ukur keberhasilan pembelajaran formal. Namun dalam praktiknya, tingkat kesiapan dan kematangan tiap sekolah, guru dan siswanya berbeda-beda, bergantung kepada besar kecilnya kendala yang dihadapi masing-masing.

Istilah UN seolah-olah menjadi nama yang menyeramkan, gejala mental para siswa menjadi begitu mencekam, terjadi perubahan perilaku berupa gangguan kesehatan mental bagi yang tidak lulus, mulai dari yang ringan, menangis, histeris, yang berat berupa pingsan, bunuh diri, sampai tindakan anarkis dalam bentuk perusakan fasilitas sekolah yang sebenarnya sangat mereka cintai dan seharusnya menjadi kenangan indah mereka. Bahkan Kementerian Pendidikan Nasional RI (Kemendiknas) segera membuka Posko Penanggulangan Trauma Stres yang dibangun di setiap Perguruan Tinggi Negeri (PTN) bagi siswa peserta UN yang mengalami ketegangan hebat dan tekanan berat akibat UN. Posko itu terutama didirikan di PTN yang berada di luar Pulau Jawa, yaitu di Pulau Kalimantan, Sulawesi, Sumatera dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Di setiap posko disiapkan psikolog yang siaga dan akan membantu siswa peserta UN yang mengalami stres, sehingga bisa kembali tenang.

Kesulitan belajar siswa dapat ditunjukkan oleh adanya hambatan-hambatan tertentu untuk mencapai hasil belajar, dapat bersifat psikologis, sosiologis, maupun fisiologis. Semua hambatan tersebut dapat menyebabkan prestasi belajar yang dicapai siswa berada di bawah standar yang semestinya. Kesulitan belajar siswa mencakup pengertian yang luas, diantaranya:

- a. *Learning disorder* atau kekacauan belajar adalah keadaan dimana proses belajar seseorang terganggu karena timbulnya respons yang bertentangan. Pada dasarnya, potensi dasar siswa yang mengalami kekacauan belajar tidak dirugikan, tetapi belajarnya menjadi terganggu atau terhambat oleh adanya respons-respons yang bertentangan, sehingga hasil belajar yang dicapainya lebih rendah dari potensi yang dimilikinya.
- b. *Learning disfunction* adalah gejala dimana proses belajar yang dilakukan siswa tidak berfungsi dengan baik, meskipun sebenarnya

- siswa tersebut tidak menunjukkan adanya subnormalitas mental, gangguan alat indra, atau gangguan psikologis lainnya.
- c. *Underachiever* merupakan kondisi dimana siswa yang sesungguhnya memiliki tingkat potensi intelektual yang tergolong di atas normal, tetapi prestasi belajarnya tergolong rendah.
 - d. *Slow learner* atau lambat belajar adalah siswa yang lambat dalam proses belajar, sehingga ia membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan kelompok siswa lain yang memiliki taraf potensi intelektual yang sama.
 - e. *Learning disabilities* atau ketidakmampuan belajar mengacu pada gejala dimana siswa tidak mampu belajar atau menghindari belajar, sehingga hasil belajarnya di bawah potensi intelektualnya. Siswa yang mengalami kesulitan belajar seperti tergolong dalam pengertian di atas akan tampak dari berbagai gejala.

3. Gangguan Kecemasan

Anak-anak dengan gangguan kecemasan biasanya menanggapi hal-hal tertentu atau situasi dengan rasa takut dan ketakutan, serta dengan tanda-tanda fisik dari kecemasan (kegugupan), seperti denyut jantung yang cepat dan berkeringat.

4. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Anak-anak dengan ADHD umumnya memiliki masalah dalam hal berkonsentrasi, tidak bisa mengikuti petunjuk, mudah bosan dan frustrasi dengan tugas-tugas. Mereka juga cenderung bergerak secara terus-menerus dan impulsif (tidak berpikir sebelum bertindak).

Sejak dua puluh tahun terakhir, gangguan pemusatan perhatian ini sering disebut sebagai ADHD (*Attention Deficit Hyperactive Disorders*). ADHD ini harus memiliki tiga gejala utama yang nampak dalam perilaku seorang anak, yaitu inatensi, hiperaktif, dan impulsif. Gangguan ini ditandai dengan adanya ketidakmampuan anak untuk memusatkan perhatian pada sesuatu yang dihadapi, sehingga rentang waktu perhatiannya sangat singkat apabila dibandingkan dengan anak lain yang seusianya. ADHD ini biasanya disertai dengan gejala hiperaktif dan tingkah laku yang impulsif. Kelainan ini dapat mengganggu perkembangan anak dalam hal kognitif, perilaku, sosialisasi maupun komunikasi.

Angka kejadian kelainan ini adalah sekitar 3-7%, dan tampaknya semakin meningkat. Kecenderungan ADHD lebih sering pada anak laki-laki dibandingkan anak perempuan, dengan perbandingan 3:1. ADHD Sering dijumpai pada anak usia pra-sekolah dan usia sekolah, tapi biasanya keluhan ini akan berkurang setelah usia Sekolah Dasar.

5. Gangguan Perilaku yang Mengganggu

Anak-anak dengan gangguan ini cenderung menentang aturan dan sering mengganggu dalam lingkungan terstruktur seperti sekolah.

6. Gangguan Perkembangan Pervasif

Anak-anak dengan gangguan ini bingung dalam pemikiran mereka dan umumnya memiliki masalah dalam memahami dunia di sekitar mereka.

7. Gangguan Makan

Gangguan makan yang intens melibatkan emosi dan sikap, serta perilaku yang tidak biasa yang berhubungan dengan berat badan atau makanan.

8. Gangguan Eliminasi

Gangguan eliminasi merupakan gangguan yang mempengaruhi perilaku yang berhubungan dengan penggunaan kamar mandi.

9. Gangguan Belajar dan Komunikasi

Anak-anak dengan gangguan ini memiliki masalah penyimpanan dan pengolahan informasi, serta yang berkaitan dengan pikiran dan ide mereka.

10. Gangguan Afektif (suasana hati)

Gangguan ini melibatkan perasaan kesedihan persisten atau suasana hati yang cepat berubah, serta termasuk depresi dan gangguan bipolar.

11. Skizofrenia

Gangguan ini melibatkan persepsi dan pikiran yang terdistorsi.

12. Gangguan Tic

Gangguan ini menyebabkan seseorang untuk melakukan perbuatan yang berulang-ulang, tiba-tiba, spontan (tidak dilakukan pada tujuan), dan sering berarti gerakan dan suara yang disebut *tics*.

Lembar fakta ini memberi alamat terhadap pertanyaan umum tentang pilihan diagnosis dan pengobatan untuk anak-anak dengan penyakit mental. Gangguan lain yang mempengaruhi anak-anak mungkin juga termasuk gangguan spektrum autisme dan gangguan bipolar. Beberapa gangguan, seperti gangguan kecemasan, makan, mood, dan skizofrenia, dapat terjadi pada orang dewasa maupun anak-anak.

Stres merupakan suatu kondisi yang dinamis saat seorang individu dihadapkan pada peluang, tuntutan, atau sumber daya yang terkait dengan apa yang dihasratkan oleh individu itu, dan hasilnya dipandang tidak pasti dan penting. Stres adalah beban rohani yang melebihi kemampuan maksimum rohani itu sendiri, sehingga perbuatan kurang terkontrol secara sehat. Walaupun biasanya dibahas dalam konteks negatif, stres ini memiliki nilai positif ketika menjadi peluang saat menawarkan potensi hasil. Sebagai contoh, banyak profesional memandang tekanan berupa beban kerja yang berat dan tenggat waktu yang mepet sebagai tantangan positif yang menaikkan mutu pekerjaan dan kepuasan yang mereka dapatkan dari pekerjaannya. Jadi stres ini bisa positif dan bisa negatif.

Para peneliti berpendapat bahwa stres tantangan, atau stres yang menyertai tantangan di lingkungan kerja sangat berbeda operasinya dengan stres hambatan atau stres yang menghalangi dalam mencapai tujuan. Meskipun riset mengenai stres tantangan dan stres hambatan baru tahap permulaan, bukti awal menunjukkan bahwa stres tantangan memiliki banyak implikasi yang lebih sedikit negatifnya dibanding stres hambatan.

C. Penyebab Gangguan Kesehatan Mental pada Anak

Penyebab gangguan mental secara pasti memang belum diketahui, tetapi penelitian menunjukkan bahwa kombinasi faktor, termasuk keturunan, biologi, trauma psikologis, dan stres lingkungan mungkin terlibat.

1. Keturunan (genetik)

Banyak gangguan mental yang berada dalam sebuah keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa gangguan, atau lebih tepatnya kerentanan terhadap gangguan, mungkin diturunkan dari orang tua kepada anak-anak melalui gen (gen adalah unit biologis dasar hereditas yang berisi instruksi untuk fungsi dari setiap sel dalam tubuh).

2. Biologi

Beberapa gangguan mental telah dikaitkan dengan bahan kimia, khusus di otak yang disebut *neurotransmitter*. *Neurotransmitter* membantu sel-sel saraf di otak untuk berkomunikasi satu sama lain. Jika bahan kimia tidak seimbang atau tidak bekerja dengan baik, maka pesan tidak mungkin melalui otak dengan benar, sehingga menyebabkan gejala. Selain itu, cacat atau cedera pada daerah-daerah otak tertentu juga telah dikaitkan dengan beberapa gangguan mental.

3. Trauma Psikologis

Beberapa gangguan mental mungkin dipicu oleh trauma psikologis, seperti penyalahgunaan emosional, fisik, atau seksual, kerugian awal yang penting (seperti kehilangan orang tua), dan penelantaran.

4. Stres Lingkungan

Peristiwa stres atau traumatik dapat memicu gangguan pada seseorang dengan kerentanan terhadap gangguan mental.

D. Cara Mendiagnosis Gangguan Kesehatan Mental pada Anak

Gangguan mental pada anak-anak dapat didiagnosis berdasarkan tanda-tanda dan gejala, namun mendiagnosis penyakit mental pada anak-anak bisa sangat sulit. Banyak perilaku yang dipandang sebagai gejala gangguan mental, seperti rasa malu, kecemasan (kegugupan), kebiasaan makan yang aneh, dan ledakan marah, dapat terjadi sebagai bagian normal dari perkembangan anak. Perilaku anak menjadi sebuah gejala ketika terjadi sangat sering, bertahan lama, terjadi pada usia yang tidak biasa, atau menyebabkan gangguan yang signifikan terhadap anak dan kehidupan keluarga.

Apabila gejala tersebut ditemukan, dokter akan mulai melakukan evaluasi riwayat medis yang lengkap dan pemeriksaan fisik. Dokter mungkin menggunakan berbagai tes diagnostik, seperti sinar-X dan tes darah untuk menyingkirkan penyakit fisik atau efek samping pengobatan sebagai penyebab gejala-gejala. Jika tidak ditemukan penyakit fisik, anak dapat dibawa ke psikiater atau psikolog remaja, atau ke profesional perawatan kesehatan yang secara khusus dilatih untuk mendiagnosa dan mengobati penyakit mental pada anak dan remaja. Psikiater dan psikolog menggunakan wawancara yang dirancang khusus, dan alat penilaian untuk mengevaluasi gangguan mental anak. Dokter mendasarkan diagnosanya pada laporan gejala anak dan pengamatannya terhadap sikap dan perilaku anak. Dokter sering harus bergantung pada laporan orang tua anak, guru, dan orang dewasa lain, karena anak-anak seringkali mengalami kesulitan menjelaskan masalah mereka atau pemahaman gejala mereka. Kemudian dokter akan menentukan apakah gejala anak menunjukkan gangguan mental yang spesifik atau tidak.

E. Penanganan Gangguan Kesehatan Mental pada Anak

Penyakit mental sama halnya dengan gangguan medis seperti diabetes atau penyakit jantung yang memerlukan perawatan terus menerus. Meskipun banyak kemajuan telah dibuat dalam pengobatan

orang dewasa yang mengalami gangguan mental, namun pengobatan anak-anak ini tidak dapat dipahami dengan baik. Para ahli masih menjajaki perawatan yang paling cocok untuk anak-anak. Saat ini banyak pilihan pengobatan yang digunakan untuk anak-anak, termasuk penggunaan obat-obatan yang biasa digunakan pada orang dewasa, namun dengan dosis yang berbeda. Pilihan pengobatan yang paling umum digunakan adalah:

1. Obat

Obat yang sering digunakan untuk mengobati gangguan mental pada anak meliputi anti-psikotik (*neuroleptik*), antidepresan, obat anti-kecemasan, stimulan, dan obat-obatan untuk menstabilkan suasana hati.

2. Psikoterapi

Psikoterapi (sejenis konseling yang sering disebut terapi) adalah respons emosional terhadap penyakit mental. Hal ini adalah proses dimana profesional kesehatan mental yang terlatih berupaya membantu menangani penyakit seseorang. Kegiatan yang dilakukan biasanya berupa wawancara melalui strategi khusus untuk memahami dan menangani gejala pasien, melalui pikiran dan perilaku. Jenis psikoterapi sering digunakan untuk anak-anak yang mendukung, kognitif-perilaku, interpersonal, kelompok, dan terapi keluarga.

3. Terapi kreatif

Terapi tertentu seperti terapi seni atau terapi bermain, mungkin bisa membantu, terutama dengan anak-anak muda yang mengalami kesulitan mengomunikasikan pikiran dan perasaan mereka.

F. Kesimpulan

Masyarakat sekolah, terutama para siswa adalah salah satu kelompok masyarakat yang tidak lepas dari gangguan mental. Secara umum, gangguan yang dialami berkaitan dengan belajar dan relasi antara siswa dengan siswa. Bentuk-bentuk gangguan mental yang sering dialami oleh siswa meliputi: (1) masalah kesulitan belajar; (2) masalah kenakalan remaja; (3) masalah disiplin; dan (4) masalah gangguan mental.

Mengenai peran sekolah dalam mengembangkan kepribadian anak, Hurlock (1980:322) mengemukakan bahwa sekolah merupakan faktor penentu bagi perkembangan kepribadian anak, baik dalam berpikir, bersikap, maupun cara berperilaku. Sekolah berperan sebagai substitusi keluarga, dan guru berperan sebagai substitusi orang tua. Dari sudut pandang psikologis, guru dapat berperan sebagai: (1) pakar psikologis pendidikan, artinya seseorang yang memahami psikologis pendidikan dan mampu mengamalkannya dalam melaksanakan tugas sebagai pendidik; (2) seniman dalam hubungan antar manusia (*artis in human relations*), artinya guru adalah orang yang memiliki kemampuan menciptakan suasana hubungan antar manusia, khususnya dengan siswa-siswa sehingga dapat mencapai tujuan pendidikan; (3) pembentuk kelompok, yaitu mampu membentuk, menciptakan kelompok dan aktivitas sebagai cara untuk mencapai tujuan pendidikan; (4) *catalytic agent* atau *inovator*, yaitu orang yang mampu menciptakan suatu pembaharuan bagi pembuat suatu hal yang lebih baik; (5) petugas kesehatan mental (*mental hygiene worker*) artinya, guru bertanggungjawab bagi terciptanya kesehatan mental para siswa.


G. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Dari berbagai bentuk gangguan kesehatan metnal yang sering terjadi pada siswa, manakah bentuk gangguan yang paling sering muncul? Jelaskan penyebabnya!
2. Guru BK memiliki peran dalam penanganan masalah gangguan kesehatan mental. Apa bentuk peran yang dapat dilakukan oleh guru BK?
3. Sekolah pada hakikatnya merupakan tempat yang baik yang menjadi tempat tumbuh kembang setiap anak. Tetapi dalam kenyataannya seringkali menjadi tempat yang menakutkan. Jelaskan maksud pernyataan ini dan berikan contohnya!

READING COPY

BAB 6

PROFESI KONSELOR SEKOLAH



Pemahaman tentang pengembangan profesionalitas guru bimbingan dan konseling atau konselor sangatlah diperlukan, mengingat kedudukan guru bimbingan dan konseling atau konselor merupakan pendidik profesional yang bertugas memberikan layanan ahli bimbingan dan konseling. Bentuk layanan ahli ini meliputi pemberian layanan pendukung peserta didik (*student support services*), yaitu men-suport perkembangan aspek-aspek pribadi, sosial, karier, dan akademik peserta didik. Selain itu, melalui pengembangan menu program bimbingan dan konseling, guru bimbingan dan konseling atau konselor memberikan layanan kepada peserta didik dalam perencanaan individual (*individual student planning*), pemberian pelayanan *responsive*, dan pengembangan dukungan sistem (*system support*). Semua pelaksanaan fungsi tersebut harus dilandasi oleh penguasaan pada kompetensi akademik maupun kompetensi profesional guru bimbingan dan konseling atau konselor.

A. Konselor sebagai Profesi

Profesi konselor terutama di sekolah memiliki peranan untuk mendorong perkembangan individu, membantu memecahkan masalah, dan mendorong tercapainya kesejahteraan (*well being*) individu secara fisik, psikologis, intelektual, emosional ataupun spiritual. Untuk bekerja efektif sebagai konselor, diperlukan pendidikan khusus dalam bidang pengembangan manusia dan konseling. Menurut Gladding (1992), ada 3 (tiga) tingkat pemberi bantuan, yaitu pemberi bantuan non-profesional, pemberi bantuan paraprofesional, dan pemberi bantuan profesional.

Pemberi bantuan non-profesional adalah orang-orang yang tidak mendapatkan pelatihan/pendidikan dalam membantu orang yang membutuhkan, mereka itu seperti teman, kolega, rekan yang tidak dilatih, dan penyelia dalam sebuah perusahaan. Mereka ini umumnya orang-orang yang memiliki kebijaksanaan dan keterampilan pada tingkat yang berbeda-beda. Pemberi bantuan paraprofesional adalah pekerja layanan kemanusiaan yang mendapatkan beberapa pelatihan formal dalam keterampilan hubungan manusia. Mereka biasanya bekerja sebagai bagian dari tim tertentu dan tidak bekerja secara individu. Misalnya teknisi kesehatan mental, kepolisian (bagi narapidana dalam masa percobaan), pekerja penitipan anak, dan guru bimbingan dan konseling atau konselor remaja. Apabila dilatih dan diawasi dengan baik, paraprofesional ini akan memberikan dampak positif dalam memfasilitasi hubungan yang baik, dan akan mendorong terciptanya kesehatan mental individu dalam lingkungan sosial. Pemberi bantuan profesional adalah mereka yang secara khusus dididik untuk memberikan bantuan, baik pada tingkat preventif maupun kuratif (penyembuhan). Mereka adalah pekerja sosial, psikiater, psikolog, guru bimbingan dan konseling atau konselor. Guru bimbingan dan konseling atau konselor membantu konseli membuat keputusan dan pemecahan masalah seputar kehidupan pribadi, keluarga, pendidikan, kesehatan mental, dan karir.

Isitilah profesi dijelaskan oleh Baker dengan "*a vocation requiring special knowledge or education in some departement of learning or science*". Jadi profesi merupakan pekerjaan yang membutuhkan pengetahuan atau pendidikan khusus dalam satu ranah tertentu. Sedangkan menjadi profesional berarti memiliki pengetahuan dan

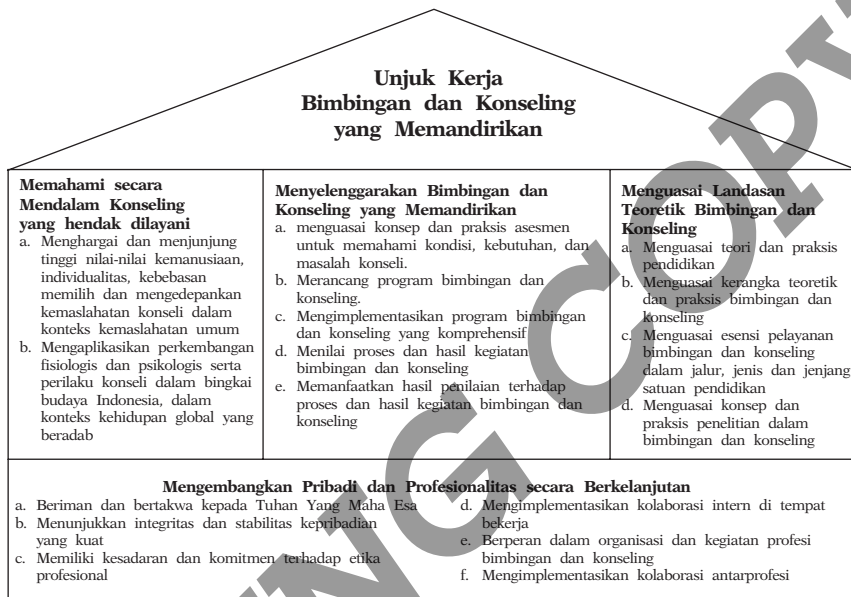
keterampilan yang diperlukan untuk pekerjaan tersebut. Berkaitan dengan profesi konselor di sekolah, menurut UU RI nomor 14 bab 1, pasal 1 no 4 tentang Guru dan Dosen: “Profesional adalah pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang dan menjadi sumber penghasilan kehidupan yang memerlukan keahlian, kemahiran atau kecakapan yang memenuhi standar mutu atau norma tertentu serta memerlukan pendidikan profesi”.

Sedangkan Baker (1992) mendefinisikan profesi sebagai sebuah pekerjaan yang merupakan profesi dan bersifat professional. Maka guru bimbingan dan konseling atau konselor menuntut keahlian dengan tingkat ketepatan yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan pengguna berdasarkan norma-norma yang berlaku. Kekuatan dan keberadaan profesi muncul sebagai akibat interaksi timbal balik antara kinerja tenaga profesional dengan kepercayaan masyarakat (*public trust*). Masyarakat akan percaya bila pelayanan yang diperlukannya itu diperoleh dari orang yang dianggap sebagai berkompeten untuk memberikan pelayanan yang dimaksudkan. Kompetensi dalam sebuah profesi disiapkan melalui pendidikan dan latihan khusus dalam standard kecakapan yang tinggi. Kompetensi ini dikembangkan melalui pendidikan formal dan/atau khusus sebelum memasuki dunia praktik profesional. Tenaga profesional dipersyaratkan untuk menunjukkan kemampuan yang dibuktikan melalui uji kompetensi dalam bentuk sertifikasi.

Pada PP nomor 74 tahun 2008 tentang Guru, disebutkan bahwa guru wajib memiliki kualifikasi akademik, kompetensi, sertifikat pendidik, sehat jasmani dan rohani, serta memiliki kemampuan untuk mewujudkan tujuan pendidikan nasional. Kompetensi yang dimaksud merupakan seperangkat pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang harus dimiliki, dihayati, dikuasai, dan diaktualisasikan oleh guru dalam melaksanakan tugas keprofesionalan. Kompetensi guru sebagaimana dimaksud meliputi kompetensi pedagogik, kompetensi kepribadian, kompetensi sosial, dan kompetensi profesional yang diperoleh melalui pendidikan profesi.

Sesuai dengan Permendiknas nomor 27 tahun 2008 tentang Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor, rumusan standar kompetensi guru bimbingan dan konseling atau konselor telah dikembangkan dan dirumuskan atas dasar kerangka pikir yang menegaskan konteks tugas dan ekspektasi kinerja guru bimbingan

dan konseling. Abila ditata ke dalam empat kompetensi pendidik sebagaimana tertuang dalam PP 19/2005, maka rumusan kompetensi akademik dan profesional guru bimbingan dan konseling atau konselor dapat dipetakan dan dirumuskan ke dalam kompetensi pedagogik, kepribadian, sosial, dan profesional, mencakup kompetensi-kompetensi yang terdapat dalam gambar berikut ini:



Secara lebih detail, Permendiknas nomor 27 tahun 2008 tentang Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor mengidentifikasi kompetensi pedagogik, kepribadian, kompetensi sosial, dan kompetensi profesional konselor seperti pada tabel berikut:

Kompetensi Inti	Kompetensi
Kompetensi Pedagogik	
1. Menguasai teori dan praksis pendidikan	1.1 Menguasai ilmu pendidikan dan landasan keilmuannya 1.2 Mengimplementasikan prinsip-prinsip pendidikan dan proses pembelajaran 1.3 Menguasai landasan budaya dalam praksis pendidikan

<p>2. Mengaplikasikan perkembangan fisiologis dan psikologis serta perilaku konseli</p>	<p>2.1 Mengaplikasikan kaidah-kaidah perilaku manusia, perkembangan fisik dan psikologis individu terhadap sasaran pelayanan bimbingan dan konseling dalam upaya pendidikan</p> <p>2.2 Mengaplikasikan kaidah-kaidah kepribadian, individualitas dan perbedaan konseli terhadap sasaran pelayanan bimbingan dan konseling dalam upaya pendidikan</p> <p>2.3 Mengaplikasikan kaidah-kaidah belajar terhadap sasaran pelayanan bimbingan dan konseling dalam upaya pendidikan</p> <p>2.4 Mengaplikasikan kaidah-kaidah keberbakatan terhadap sasaran pelayanan bimbingan dan konseling dalam upaya pendidikan</p> <p>2.5. Mengaplikasikan kaidah-kaidah kesehatan mental terhadap sasaran pelayanan bimbingan dan konseling dalam upaya pendidikan</p>
<p>3. Menguasai esensi pelayanan bimbingan dan konseling dalam jalur, jenis, dan jenjang satuan pendidikan</p>	<p>3.1 Menguasai esensi bimbingan dan konseling pada satuan jalur pendidikan formal, nonformal dan informal</p> <p>3.2 Menguasai esensi bimbingan dan konseling pada satuan jenis pendidikan umum, kejuruan, keagamaan, dan khusus</p> <p>3.3 Menguasai esensi bimbingan dan konseling pada satuan jenjang pendidikan usia dini, dasar dan menengah, serta tinggi.</p>
<p>Kompetensi Kepribadian</p>	
<p>4. Beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa</p>	<p>4.1 Menampilkan kepribadian yang beriman dan bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa</p> <p>4.2 Konsisten dalam menjalankan kehidupan beragama dan toleran terhadap pemeluk agama lain</p> <p>4.3 Berakhlak mulia dan berbudi pekerti luhur</p>
<p>5. Menghargai dan menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan, individualitas dan kebebasan memilih</p>	<p>5.1 Mengaplikasikan pandangan positif dan dinamis tentang manusia sebagai makhluk spiritual, bermoral, sosial, individual, dan berpotensi</p> <p>5.2 Menghargai dan mengembangkan potensi positif individu pada umumnya dan konseli pada khususnya</p> <p>5.3 Peduli terhadap kemaslahatan manusia pada umumnya dan konseli pada khususnya</p> <p>5.4 Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia sesuai dengan hak asasinya</p> <p>5.5 Toleran terhadap permasalahan konseli</p> <p>5.6 Bersikap demokratis</p>

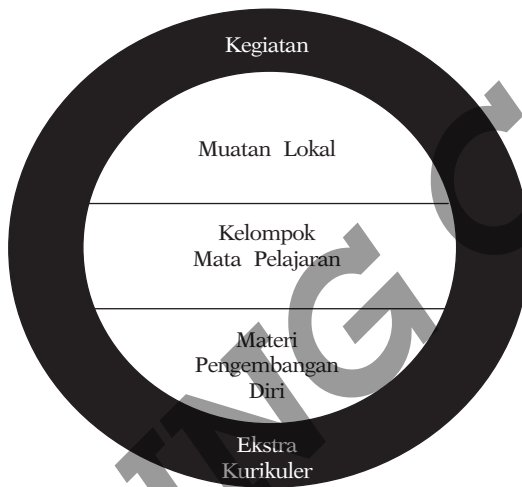
<p>6. Menunjukkan integritas dan stabilitas kepribadian yang kuat</p>	<p>6.1 Menampilkan kepribadian dan perilaku yang terpuji (seperti berwibawa, jujur, sabar, ramah, dan konsisten)</p> <p>6.2 Menampilkan emosi yang stabil</p> <p>6.3 Peka, bersikap empati, serta menghormati keragaman dan perubahan</p> <p>6.4 Menampilkan toleransi tinggi terhadap konseli yang menghadapi stres dan frustrasi</p>
<p>7. Menampilkan kinerja ber kualitas tinggi</p>	<p>7.1 Menampilkan tindakan yang cerdas, kreatif, inovatif, dan produktif</p> <p>7.2 Bersemangat, berdisiplin, dan mandiri</p> <p>7.3 Berpenampilan menarik dan menyenangkan</p> <p>7.4 Berkomunikasi secara efektif</p>
<p>Kompetensi Sosial</p>	
<p>8. Mengimplemen- tasikan kolaborasi intern di tempat bekerja</p>	<p>8.1 Memahami dasar, tujuan, organisasi, dan peran pihak-pihak lain (guru, wali kelas, pimpinan sekolah/madrasah, komite sekolah/madrasah) di tempat bekerja</p> <p>8.2 Mengomunikasikan dasar, tujuan, dan kegiatan pelayanan bimbingan dan konseling kepada pihak-pihak lain di tempat bekerja</p> <p>8.3 Bekerja sama dengan pihak-pihak terkait di dalam tempat bekerja (seperti guru, orang tua, tenaga administrasi)</p>
<p>9. Berperan dalam organisasi dan kegiatan profesi bimbingan dan konseling</p>	<p>9.1 Memahami dasar, tujuan, dan AD/ART organisasi profesi bimbingan dan konseling untuk pengembangan diri dan profesi</p> <p>9.2 Menaati kode etik profesi bimbingan dan konseling</p> <p>9.3 Aktif dalam organisasi profesi bimbingan dan konseling untuk pengembangan diri dan profesi</p>
<p>10. Mengimplemen- tasikan kolaborasi antarprofesi</p>	<p>10.1 Mengomunikasikan aspek-aspek profesional bimbingan dan konseling kepada organisasi profesi lain</p> <p>10.2 Memahami peran organisasi profesi lain dan memanfaatkannya untuk kesuksesan pelayanan bimbingan dan konseling</p> <p>10.3 Bekerja dalam tim bersama tenaga paraprofesional dan profesional profesi lain.</p> <p>10.4 Melaksanakan referal kepada ahli profesi lain sesuai dengan keperluan</p>

Kompetensi Profesional	
11. Menguasai konsep dan praksis asesmen untuk memahami kondisi, kebutuhan, dan masalah konseli	11.1 Menguasai hakikat asesmen 11.2 Memilih teknik asesmen, sesuai dengan kebutuhan pelayanan bimbingan dan konseling 11.3 Menyusun dan mengembangkan instrumen asesmen untuk keperluan bimbingan dan konseling 11.4 Mengadministrasikan asesmen untuk mengungkapkan masalah-masalah konseli 11.5 Memilih dan mengadministrasikan teknik asesmen pengungkapan kemampuan dasar dan kecenderungan pribadi konseli 11.6 Memilih dan mengadministrasikan instrumen untuk mengungkapkan kondisi aktual konseli berkaitan dengan lingkungan 11.7 Mengakses data dokumentasi tentang konseli dalam pelayanan bimbingan dan konseling 11.8 Menggunakan hasil asesmen dalam pelayanan bimbingan dan konseling dengan tepat 11.9 Menampilkan tanggung jawab profesional dalam praktik asesmen
12. Menguasai kerangka teoritis dan praksis bimbingan dan konseling	12.1 Mengaplikasikan hakikat pelayanan bimbingan dan konseling 12.2 Mengaplikasikan arah profesi bimbingan dan konseling 12.3 Mengaplikasikan dasar-dasar pelayanan bimbingan dan konseling 12.4 Mengaplikasikan pelayanan bimbingan dan konseling sesuai kondisi dan tuntutan wilayah kerja 12.5 Mengaplikasikan pendekatan /model/jenis pelayanan dan kegiatan pendukung bimbingan dan konseling 12.6 Mengaplikasikan dalam praktik format pelayanan bimbingan dan konseling
13. Merancang program bimbingan dan konseling	13.1 Menganalisis kebutuhan konseli 13.2 Menyusun program bimbingan dan konseling yang berkelanjutan berdasarkan kebutuhan peserta didik secara komprehensif dengan pendekatan perkembangan 13.3 Menyusun rencana pelaksanaan program bimbingan dan konseling 13.4 Merencanakan sarana dan biaya penyelenggaraan program bimbingan dan konseling

<p>14. Mengimplemen- tasikan program bimbingan dan konseling yang komprehensif</p>	<p>14.1 Melaksanakan program bimbingan dan konseling</p> <p>14.2 Melaksanakan pendekatan kolaboratif dalam pelayanan bimbingan dan konseling</p> <p>14.3 Memfasilitasi perkembangan akademik, karier, personal, dan sosial konseli</p> <p>14.4 Mengelola sarana dan biaya program bimbingan dan konseling</p>
<p>15. Menilai proses dan hasil kegiatan bimbingan dan konseling</p>	<p>15.1 Melakukan evaluasi hasil, proses, dan program bimbingan dan konseling</p> <p>15.2 Melakukan penyesuaian proses pelayanan bimbingan dan konseling</p> <p>15.3 Menginformasikan hasil pelaksanaan evaluasi pelayanan bimbingan dan konseling kepada pihak terkait</p> <p>15.4 Menggunakan hasil pelaksanaan evaluasi untuk merevisi dan mengembangkan program bimbingan dan konseling</p>
<p>16. Memiliki kesadaran dan komitmen terhadap etika profesional</p>	<p>16.1 Memahami dan mengelola kekuatan dan keterbatasan pribadi dan profesional</p> <p>16.2 Menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kewenangan dan kode etik profesional guru bimbingan dan konseling atau konselor</p> <p>16.3 Mempertahankan objektivitas dan menjaga agar tidak larut dengan masalah konseli</p> <p>16.4 Melaksanakan referral sesuai dengan keperluan</p> <p>16.5 Peduli terhadap identitas profesional dan pengembangan profesi</p> <p>16.6 Mendahulukan kepentingan konseli daripada kepentingan pribadi</p> <p>16.7 Menjaga kerahasiaan konseli</p>
<p>17. Menguasai konsep dan praksis penelitian dalam bimbingan dan konseling</p>	<p>17.1 Memahami berbagai jenis dan metode penelitian</p> <p>17.2 Mampu merancang penelitian bimbingan dan konseling</p> <p>17.3 Melaksanakan penelitian bimbingan dan konseling</p> <p>17.4 Memanfaatkan hasil penelitian dalam bimbingan dan konseling dengan mengakses jurnal pendidikan dan bimbingan konseling</p>

B. Wilayah Kerja Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor

Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) yang merupakan kurikulum berbasis kompetensi, bentuk pelaksanaannya turut mempengaruhi kegiatan bimbingan dan konseling. Dalam Permen Diknas nomor 22/2006 tentang Standar Isi, pelayanan bimbingan dan konseling diletakkan sebagai bagian dari kurikulum di dalam pengembangan diri, sebagaimana dilukiskan dalam gambar berikut:



Kemudian ABKIN (Asosiasi Bimbingan dan Konseling Indonesia) membuat interpretasi terhadap kebijakan tersebut, dengan menyatakan bahwa pengembangan diri merupakan wilayah komplementer yang dilakukan baik oleh guru mata pelajaran maupun guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah. Pengembangan diri bertujuan memberikan kesempatan kepada konseli untuk mengembangkan dan mengekspresikan diri sesuai dengan kebutuhan, bakat, dan minat setiap konseli, serta kesesuaian dengan kondisi sekolah/madrasah. Kegiatan pengembangan diri difasilitasi dan/atau dibimbing oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor, guru mata pelajaran, atau tenaga kependidikan yang dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan ekstrakurikuler. Kegiatan pengembangan diri juga dapat dilakukan melalui kegiatan pelayanan konseling yang berkenaan dengan masalah diri pribadi dan kehidupan sosial, belajar, dan pengembangan karir konseli.

Dari penjelasan yang disebutkan itu, ada beberapa hal yang perlu memperoleh penegasan dan reposisi terkait dengan pelayanan bimbingan dan konseling dalam jalur pendidikan formal, sehingga dapat menghindari kerancuan konteks tugas dan ekspektasi kinerja guru bimbingan dan konseling atau konselor. Penegasan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan diri bukan sebagai mata pelajaran. Hal ini mengandung arti bahwa bentuk, rancangan, dan metode pengembangan diri tidak dilaksanakan sebagai sebuah adegan mengajar seperti layaknya pembelajaran bidang studi. Namun manakala masuk ke dalam pelayanan pengembangan minat dan bakat, akan senantiasa terkait dengan substansi bidang studi dan/atau bahan ajar yang relevan dengan bakat dan minat konseli, di situlah adegan pembelajaran akan terjadi. Ini berarti bahwa pelayanan pengembangan diri tidak semata-mata tugas guru bimbingan dan konseling atau konselor, dan tidak semata-mata sebagai wilayah bimbingan dan konseling.
2. Pelayanan pengembangan diri dalam bentuk ekstrakurikuler mengandung arti bahwa di dalamnya akan terjadi diversifikasi program berbasis minat dan bakat, yang memerlukan pelayanan pembina khusus sesuai dengan keahliannya. Inipun berarti bahwa pelayanan pengembangan diri tidak semata-mata tugas guru bimbingan dan konseling atau konselor, dan tidak semata-mata sebagai wilayah bimbingan dan konseling.
3. Kedua hal di atas menunjukkan bahwa pengembangan diri bukan substitusi atau pengganti pelayanan bimbingan dan konseling, melainkan di dalamnya mengandung sebagian dari pelayanan (dasar, responsif, perencanaan individual) bimbingan dan konseling yang harus diperankan oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor. Penelaahan di atas menegaskan bahwa bimbingan dan konseling tetap merupakan bagian yang terintegrasi dari sistem pendidikan (khususnya jalur pendidikan formal). Dengan demikian, maka pengembangan diri hanya merupakan sebagian dari aktivitas pelayanan bimbingan dan konseling secara keseluruhan. Jadi pengembangan diri merupakan irisan tugas yang dilakukan oleh guru mata pelajaran, yang berkaitan dengan pengembangan minat dan bakat yang sesuai dengan mata pelajaran yang diampu, dan tugas yang dilakukan

oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah dalam rangka membantu konseli mengembangkan diri. Wilayah komplementer dan pembagian tugas antara guru dan konselor sekolah dapat ditampilkan sebagai berikut:

Perkembangan Optimum Peserta Didik

Pemenuhan Standar Kemandirian Peserta Didik Perwujudan Diri secara Akadeik, Vokasional, Sosial dan personal, melalui Bimbingan dan Konseling yang Mamandirikan	Pemenuhan Standar Kompetensi Lulusan; Penumbuhan Karakter yang Kuat serta Penguasaan <i>hard skills</i> dan <i>soft skills</i> , melalui Pembelajaran yang Mendidik	
Wilayah Layanan Bimbingan dan Konseling yang Mamandirikan	Penghormatan Kepada Keunikan dan Komplementasi layanan	Wilayah Layanan Pembelajaran yang Mendidik

C. Tugas-Tugas Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor

Salah satu model program yang berkembang di Indonesia adalah bimbingan dan konseling komprehensif. Model ini merupakan adaptasi dari ASCA (*American School Counselor Association*). Model bimbingan dan konseling komprehensif memberikan kesempatan bagi bimbingan dan konseling di Indonesia untuk melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Masalah-masalah yang dialami dalam bimbingan dan konseling di Amerika, juga dialami oleh bimbingan konseling di Indonesia. Seperti kurangnya dukungan administrasi bimbingan dan konseling, tidak memiliki arah yang jelas pada ekspektasi dan tujuan program, tidak mendapatkan pengakuan dan penghargaan, kurang kontrol dalam pelaksanaan program harian, serta banyak mengerjakan tugas-tugas non-profesional (DeVoss, 2004:25-26).

Hart dan Jacobi (1992) mengidentifikasi enam masalah yang dihadapi bimbingan konseling di sekolah, yaitu kurangnya filosofi

berpikir dari program bimbingan dan konseling, program bimbingan dan konseling tidak terintegrasi dengan program sekolah yang lain, tidak cukup akses untuk siswa, pelayanan yang tidak memadai, kurangnya akuntabilitas guru bimbingan dan konseling atau konselor, dan gagal untuk menggunakan berbagai sumber yang ada. Dengan demikian, adaptasi model bimbingan komprehensif memberi peluang kepada guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah di Indonesia untuk menunjukkan kinerjanya, sehingga profesi bimbingan dan konseling mendapatkan pengakuan di masyarakat. Selain itu, model ini juga mendukung reformasi pendidikan yang menekankan pada pentingnya standarisasi dan akuntabilitas layanan pendidikan.

Berdasarkan rambu-rambu penyelenggaraan layanan bimbingan konseling di sekolah yang dikeluarkan oleh Asosiasi Bimbingan dan Konseling Indonesia (ABKIN) pada tahun 2008, layanan bimbingan dan konseling sudah mengadopsi model bimbingan konseling komprehensif yang dikembangkan ASCA. Namun pengadopsian model tersebut hanya pada satu komponen dari empat komponen model yang ditawarkan ASCA (ABKIN, 2008:91-92). Dalam model bimbingan konseling komprehensif, terdapat empat komponen yang saling berkaitan, yaitu landasan berpikir (*foundation*), sistem pelayanan (*delivery system*), sistem manajemen (*management system*), dan akuntabilitas (*accountability*). Sedangkan pada bimbingan komprehensif yang dikeluarkan ABKIN hanya mengemukakan sistem pelayanan (*delivery system*) saja (ABKIN, 2008:91-92).

D. Etika Profesi Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor

Salah satu isu yang dihadapi oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor saat ini adalah dalam menentukan cara yang paling baik dan tepat untuk memberikan layanan kepada konseli dalam situasi yang semakin kompleks. Pergeseran nilai dan munculnya pandangan-pandangan baru dalam masyarakat, terutama setelah reformasi membutuhkan cara pandang baru dalam menangani persoalan. Isu HAM (Hak Asasi Manusia), demokrasi dan multikultur yang kritis, globalisasi ekonomi dan budaya, instrumentalisme dan privatisasi

pendidikan telah mempengaruhi sekolah, yang pada gilirannya akan mempengaruhi kerja guru bimbingan dan konseling atau konselor. Untuk itu guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah membutuhkan kode etik dalam menjalankan tugasnya, agar selalu dapat melindungi konseli bahkan dari penyalahgunaan wewenang yang mungkin saja terjadi dalam kegiatan bimbingan dan konseling.

Kode etik profesional biasanya dibuat oleh organisasi profesi (Erfort, 2004). ABKIN sebagai organisasi profesi yang menaungi berbagai orang yang bergerak dalam bidang bimbingan dan konseling (dosen dan guru bimbingan dan konseling atau konselor) telah mengembangkan kode etik profesi (terlampir). ABKIN membagi kode etik ke dalam 5 area besar sebagai berikut:

- Bab 1 Pendahuluan (dasar)
- Bab 2 Kualifikasi dan kegiatan profesional guru bimbingan dan konseling atau konselor
- Bab 3 Hubungan kelembagaan
- Bab 4 Praktik mandiri dan laporan kepada pihak lain
- Bab 5 Ketaatan kepada profesi

E. Isu-Isu Etika Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor

Isu penting dalam dalam profesi guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah adalah sebagai berikut:

1. Dependensi Konseli

Pada dasarnya konseling bertujuan untuk memandirikan konseli. Oleh karena itu, maka praktek konseling hendaknya menghindari berbagai strategi yang mendorong ketergantungan konseli, misalnya pemberian saran atau nasihat yang akan mendorong ketergantungan konseli kepada guru bimbingan dan konseling atau konselor.

2. Manipulasi

Guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah yang memandang dirinya sebagai agen pengontrol murid, akan rentan

untuk melakukan manipulasi terhadap konseli. Manipulasi dapat dilakukan misalnya dengan membocorkan hasil pembicaraan konseli dengan guru bimbingan dan konseling atau konselor, sehingga konseli merasa tak berdaya untuk mengikuti apa yang diinginkan oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor. Dalam kode etik diatur pula bahwa guru bimbingan dan konseling atau konselor “tidak akan memaksa untuk memberikan bantuan kepada seseorang tanpa izin dari orang yang bersangkutan”.

3. Kerahasiaan

Kerahasiaan menjadi isu penting dalam pekerjaan guru bimbingan dan konseling atau konselor sekolah. Kode etik yang dikeluarkan oleh ABKIN mengatur kerahasiaan sejak dari penyimpanan data. Berbagai data konseli bersifat rahasia dan harus disimpan di tempat yang aman (terkunci), dan hanya dibuka oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor yang bersangkutan. Data tidak hanya bersifat hasil wawancara konseling, namun juga berbagai bentuk hasil test, surat menyurat, perekaman dan lain sebagainya. Berbagai informasi tentang diri konseli hanya boleh diceritakan kepada pihak yang berkepentingan dengan konseli dan seijin konseli.

4. Kompetensi dan Integritas Moral

Kompetensi merupakan isu besar dalam profesi bimbingan dan konseling. Sebagai profesi yang membutuhkan pendidikan khusus dan tingkat pendidikan tinggi, maka orang yang bergerak dalam profesi ini berarti mampu meredesain diri dan terbuka terhadap berbagai perubahan yang ada, kurangnya kompetensi akan merugikan konseli. Egan (1990) mengatakan bahwa tidak ada yang netral dalam layanan konseling, konseling itu menguntungkan atau merugikan. Oleh karena itu, baik kompetensi personal, sosial maupun profesional sangat menentukan apakah konseling yang dilakukan merugikan dan dilakukan dengan cara yang etis atau tidak. Guru bimbingan dan konseling atau konselor juga harus mengenali kelemahan mereka dan melakukan referal terhadap kasus yang tidak dapat mereka tangani. Guru bimbingan dan konseling atau konselor seharusnya tidak menangani kasus-kasus dimana dia tidak dididik untuk melakukan hal tersebut. Kompetensi ini juga berkaitan dengan

integritas moral. Guru bimbingan dan konseling atau konselor juga hendaknya tidak bersikap “sok tahu” atau meremehkan masalah konseli, karena hal tersebut akan merugikan konseli.

F. Kesimpulan


1. Guru bimbingan dan konseling atau konselor merupakan sebuah profesi yang menuntut kualifikasi pendidikan tertentu. Sebagai bagian dari pendidik, guru bimbingan dan konseling atau konselor memiliki hak dan kewajiban serta perlindungan yang harus diperhatikan agar dapat menjalankan tugas-tugasnya secara bermartabat.
2. Beberapa peraturan yang berkaitan dengan profesi guru bimbingan dan konseling atau konselor adalah surat Keputusan Bersama Menteri Pendidikan dan Kebudayaan dan Kepala Administrasi Kepegawaian Negara nomor 0433/p/1993 dan nomor 25 tahun 1993 tentang Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Guru dan Angka Kreditnya, Permen Diknas nomor 22/2006 tentang Standar Isi, Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional nomor 20 tahun 2003, Undang-undang Guru dan Dosen nomor 14 tahun 2005, Permendiknas nomor 27 tahun 2008 tentang Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor, dan Peraturan Pemerintah RI nomor 74 tahun 2008 tentang Guru.
3. Profesi guru bimbingan dan konseling atau konselor mensyaratkan adanya pendidikan khusus, peraturan, dan kode etik yang menaungi profesinya. Kompetensi tersebut mencakup kompetensi pedagogik, kompetensi profesional, kompetensi kepribadian, kompetensi sosial, dan yang mencakup kompetensi multikultur. Kompetensi tersebut selain diperoleh melalui pendidikan akademik S1 dan pendidikan profesi guru bimbingan dan konseling atau konselor, juga harus terus ditingkatkan melalui berbagai kegiatan ilmiah atau kegiatan akademik, misalnya menempuh pendidikan formal di bidang bimbingan dan konseling, pelatihan, seminar ilmiah, penelitian, kerjasama dengan kolega, lokakarya, perluasan sumber bacaan, dan penggunaan IT.

G. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Bagaimana pelayanan pengembangan diri sebagai wilayah tugas komplementer antara guru bimbingan dan konseling atau konselor dengan guru mata pelajaran? Jelaskan!
2. Jelaskan upaya-upaya yang harus dilakukan guru bimbingan dan konseling atau konselor dalam meningkatkan profesionalitasnya!
3. Sebagai tenaga profesional yang memberi layanan bantuan kepada konseli, guru bimbingan dan konseling atau konselor harus memiliki syarat pendidikan khusus, memiliki organisasi profesi dan memiliki kode etik. Jelaskan mengapa demikian?

BAB 7

PROGRAM BIMBINGAN KONSELING KOMPREHENSIF UNTUK MENINGKATKAN KESEHATAN MENTAL DI SEKOLAH



Bimbingan dan konseling merupakan ilmu terapan yang selalu berkembang mengikuti perubahan kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan politik. Pada saat ini bimbingan dan konseling di Indonesia secara dinamis mengikuti berbagai perubahan kondisi di atas. Salah satu dinamika perkembangannya adalah dengan mengadaptasi model bimbingan dan konseling komprehensif sebagai respons terhadap tuntutan perubahan kondisi masyarakat.

Model bimbingan dan konseling komprehensif merupakan model mutakhir yang dikembangkan oleh ASCA (*American School Counselor Association*). Model ini mulai dikembangkan pada tahun 1997 (Tyson, 2004:221). Model ini merupakan gerakan reformasi pendidikan yang mencakup undang-undang tentang pendidikan dasar dan menengah di Amerika Serikat, serta undang-undang "*no children left behind*" (Bower & Hatch, 2002:8).

A. Model Bimbingan dan Konseling Komprehensif

Bimbingan dan konseling komprehensif dirancang untuk merespons berbagai persoalan yang dihadapi oleh konselor di sekolah. Berdasarkan laporan ASCA dan beberapa penelitian, DeVoss mengatakan bahwa konselor di sekolah mengalami berbagai masalah antara lain seperti kurangnya dukungan administrasi BK, tidak memiliki arah yang jelas pada ekspektasi dan tujuan program, tidak mendapatkan pengakuan dan penghargaan, kurang ada kontrol dalam pelaksanaan program harian, serta banyak mengerjakan tugas-tugas non-profesional (DeVoss, 2004:25-26). Selanjutnya Hart dan Jacobi (1992) mengidentifikasi enam masalah yang dihadapi bimbingan dan konseling di sekolah, yaitu: (1) kurangnya filosofi berpikir dari program BK; (2) program BK tidak terintegrasi dengan program sekolah yang lain; (3) tidak cukup akses untuk siswa; (4) layanan yang tidak memadai; (5) kurangnya akuntabilitas konselor; dan (6) gagal untuk menggunakan berbagai sumber yang ada (DeVoss, 2004:27). Untuk itulah model bimbingan komprehensif dikembangkan sebagai strategi untuk mengatasi berbagai permasalahan di atas.

Selain itu, model bimbingan komprehensif ini dikembangkan berdasarkan berbagai hasil kajian teori, dan hasil penelitian yang telah dilaksanakan oleh ASCA tentang program bimbingan dan konseling dan profesi konselor sekolah. Penelitian tersebut menjangkau data mulai dari konselor di tingkat Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, Sekolah Menengah Atas, dan Perguruan Tinggi, serta supervisor dan pendidik konselor. Penelitian-penelitian tersebut dilakukan di lebih dari 35 negara bagian di Amerika (Tyson, 2004:221). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa model bimbingan dan konseling komprehensif yang ditawarkan oleh ASCA merupakan model yang memiliki landasan teoritik dan praktik yang dapat diandalkan.

Model bimbingan dan konseling komprehensif merupakan respons terhadap berbagai penelitian yang telah dilakukan oleh *American School Counseling Association* (ASCA). Model ini merupakan upaya perbaikan dan pengembangan dari model bimbingan dan konseling yang telah dikembangkan sebelumnya. Model bimbingan dan konseling komprehensif menuntut perubahan paradigma berpikir konselor, baik posisi maupun kinerja kerja konselor. Hal ini

disebabkan karena model ini merupakan gebrakan baru bagi layanan bimbingan dan konseling, sehingga perubahan pertama untuk dapat mengimplementasikan model ini adalah konselor, yang merupakan kunci pelaksanaan bimbingan dan konseling di sekolah. Tuntutan bagi konselor adalah mengubah paradigma berpikir lama menuju paradigma yang komprehensif. Paradigma lama antara lain: kegiatan bimbingan dan konseling memfokuskan pada jumlah aktivitas, evaluasi program berdasarkan banyaknya kegiatan yang dilakukan, dan bekerja untuk mempertahankan sistem yang ada ke arah visi yang baru. Adapun visi baru model ini adalah: kegiatan layanan bimbingan dan konseling berfokus pada keluaran dan meningkatkan hasil, mengukur hasil keberhasilan layanan berdasarkan tujuan yang telah dirancang, mengubah dan mengadaptasi sistem menjadi lebih responsif terhadap perubahan sistem (Brown & Manley: 2006).

Selain itu, model ini menuntut perubahan pola pikir konselor dari paradigma bahwa konselor memiliki hak ke arah unjuk kerja (*from entitlement to performance*). Pada poin ini konselor diharapkan dapat melakukan perubahan dari konselor yang fokus pada niat baik, berbicara tentang bagaimana konselor telah bekerja keras, merasa bahwa tidak membutuhkan perubahan dalam tingkah laku, dan pendekatan yang digunakan, ke arah konselor yang lebih komprehensif. Konselor yang komprehensif yaitu konselor yang berfokus pada pencapaian, berorientasi pada efektifitas kerja, dan mengomunikasikan tujuan-tujuan program. Tuntutan untuk berubah ini merupakan kesempatan yang baik bagi konselor untuk memperlihatkan unjuk kerja yang baik dalam rangka meningkatkan penghargaan masyarakat sekolah dan masyarakat luas terhadap profesi konselor (Brown & Manley: 2006).

Selanjutnya, model ini dikembangkan untuk memperlihatkan pendekatan yang komprehensif pada latar belakang berpikir, sistem layanan, manajemen dan akuntabilitas. Model ini memberikan mekanisme bagi konselor sekolah untuk mendesain, mengkoordinasi, mengimplementasi, mengelola dan mengevaluasi program BK yang didasari oleh keberhasilan siswa.

Program BK komprehensif adalah usaha kolaboratif yang bermanfaat bagi siswa, orang tua, guru, staf administrasi, dan seluruh anggota masyarakat (ASCA). Model BK komprehensif memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Memiliki cakupan layanan yang komprehensif
2. Memiliki desain yang berlandaskan pada nilai-nilai preventif
3. Memiliki bentuk yang bersifat perkembangan
4. Berpusat pada siswa
5. Dilaksanakan secara kolaboratif
6. Didukung oleh data
7. Terintegrasi pada keseluruhan program sekolah (Bower & Hatch, 2002:11-13).

Di samping itu, model ini memberikan kerangka kerja bagi komponen-komponen program, peran konselor sekolah dalam implementasi dan filosofi yang melandasi kepemimpinan, advokasi, dan perubahan yang sistemik. Konselor sekolah berubah dari *service-centered* bagi sebagian siswa, menjadi *program-centered* bagi seluruh siswa. Dengan demikian, konselor dituntut untuk dapat merancang program yang dapat mengakomodasi seluruh kepentingan siswa. Tuntutan tersebut terefleksi dari perubahan pertanyaan kepada konselor sekolah. Pada model konseling yang lama, konselor dituntut untuk mengerjakan pekerjaan dalam merespons pertanyaan: *Apa yang dilakukan oleh konselor sekolah?* Pada model BK komprehensif, konselor dituntut untuk merespons pertanyaan: *Bagaimana siswa berubah sebagai hasil dari apa yang dilakukan oleh konselor?* (Bower & Hatch, 2002:8).

Walaupun model ini diadopsi dari model ASCA yang dikembangkan untuk mengatasi masalah yang dialami oleh bimbingan dan konseling di Amerika Serikat, namun model ini dapat diadaptasi di Indonesia. Kemungkinan adaptasi model ASCA di Indonesia sangat terbuka, karena model ini memberikan kerangka berpikir dan kerangka kerja yang fleksibel, seperti yang dikemukakan oleh Bower dan Hatch. Mereka mengatakan bahwa model ASCA yang memberi peluang kepada masing-masing negara bagian untuk menetapkan standar masing-masing dan mempertimbangkan dengan kebutuhan dan kondisi politik lokal (Bower & Hatch, 2002:9). Dengan fleksibilitas tersebut, model ini dapat diadaptasi untuk pengembangan bimbingan dan konseling di Indonesia.

Model bimbingan dan konseling komprehensif memberikan kesempatan bagi ilmu Bimbingan dan Konseling di Indonesia untuk melakukan perubahan ke arah yang lebih baik. Masalah-

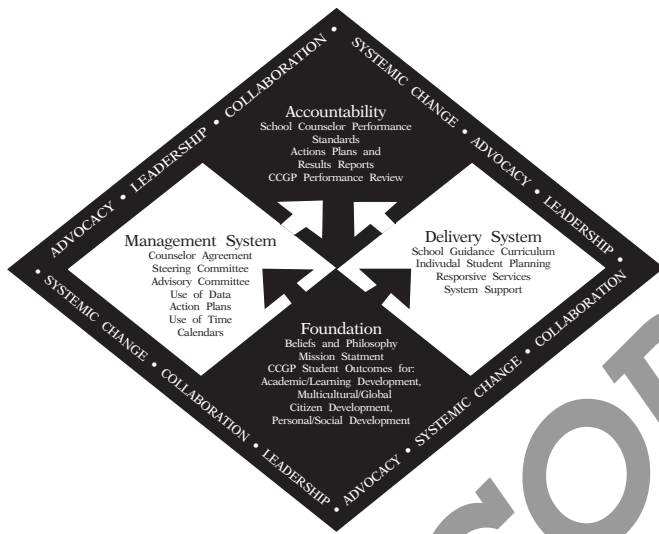
masalah yang dialami oleh bimbingan dan konseling di Amerika juga dialami oleh bimbingan dan konseling di Indonesia. Dengan demikian, adaptasi model bimbingan komprehensif memberi peluang kepada konselor untuk menunjukkan kinerjanya, sehingga profesi bimbingan dan konseling mendapatkan pengakuan di masyarakat. Selain itu, model ini juga mendukung reformasi pendidikan yang menekankan pada pentingnya standarisasi dan akuntabilitas layanan pendidikan.

Berdasarkan rambu-rambu penyelenggaraan layanan bimbingan dan konseling di sekolah yang dikeluarkan oleh Asosiasi Bimbingan dan Konseling Indonesia (ABKIN) yang diterbitkan tahun 2008, layanan bimbingan dan konseling sudah mengadopsi model bimbingan dan konseling komprehensif yang dikembangkan ASCA, namun pengadopsian model tersebut hanya pada satu komponen dari empat komponen model yang ditawarkan ASCA (ABKIN, 2008:91-92). Dalam model bimbingan dan konseling komprehensif terdapat empat komponen yang saling berkaitan, yaitu landasan berpikir (*foundation*), sistem layanan (*delivery system*), sistem manajemen (*management system*), dan akuntabilitas (*accountability*). Sedangkan pada bimbingan komprehensif yang dikeluarkan ABKIN hanya mengemukakan sistem pelayanan (*delivery system*) saja (ABKIN, 2008: 91-92).

Apabila kita melihat model bimbingan dan konseling komprehensif yang dikembangkan oleh ASCA secara utuh, terdapat 4 komponen utama yang saling berhubungan, yaitu:

1. Landasan berpikir (*foundation*)
2. Sistem layanan (*delivery system*)
3. Sistem manajemen (*management system*)
4. Akuntabilitas (*accountability*)

Masing-masing komponen di atas memiliki penjabaran yang detil, yang memberikan arahan bagi konselor untuk mengembangkan program bimbingan dan konseling komprehensif yang sesuai dengan kondisi sekolah. Keempat komponen dan penjabarannya dapat dilihat secara utuh pada gambar di bawah ini:



Komponen model bimbingan dan konseling komprehensif di atas dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Landasan berfikir (*foundation*)

Landasan berpikir adalah kumpulan dari prinsip-prinsip yang mengarahkan pengembangan, pelaksanaan, dan evaluasi program. Informasi yang dikumpulkan dan dievaluasi dalam komponen akuntabilitas harus sejalan dengan *foundation* yang terdiri dari:

- a. Keyakinan-keyakinan dan filosofis sekolah, program BK komprehensif dan konselor yang menjadi landasan dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi keseluruhan program BK komprehensif.

Keyakinan ini terlihat dari konsensus seluruh personel yang terlibat dalam program BK komprehensif. Hal ini dapat direfleksikan dengan melontarkan pertanyaan-pertanyaan seperti:

- Apa yang kita yakini tentang siswa-siswa kita?
- Apa yang harus diketahui dan dimiliki oleh siswa?
- Bagaimana guru memandang siswa?

Dalam program BK komprehensif, pernyataan tentang keyakinan-keyakinan dan filosofi sekolah dituliskan pada bagian pertama program. Biasanya statemen ini tercakup dalam visi dan misi sekolah (Gysbers, N.C. & Henderson, 2006).

- b. Visi dan misi program
Terdiri dari deskripsi tentang tujuan program yang sejalan dengan visi misi sekolah.
 - c. Tuntutan standar bagi siswa secara akademik, karir, pribadi dan sosial.
Standar ini terdiri dari pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang harus dicapai siswa pada jenjang akademik tertentu. Tuntutan standar bagi siswa dapat dilihat pada standar nasional siswa pada setiap jenjang pendidikan (Gysbers, N.C. & Henderson, 2006).
2. Sistem layanan (*delivery systems*)
- Sistem layanan inilah yang diadaptasi oleh ABKIN. Sistem ini terdiri dari empat komponen, yaitu: layanan dasar (*guidance curriculum*), perencanaan individual (*individual planning*), layanan responsif (*layanan responsif*), dan layanan pendukung (*system support*). Keempat komponen program sistem layanan tersebut dirancang sejalan dengan landasan berpikir yang telah dibahas sebelumnya. Selain itu, program tersebut dilandasi oleh hasil asesmen lingkungan dan asesmen siswa.
- a. Layanan dasar (*guidance curriculum*)
Guidance curriculum diterjemahkan oleh ABKIN menjadi layanan dasar. Tujuan penerjemahan ini adalah menghindari penggunaan istilah kurikulum untuk mencegah distorsi pemahaman materi pengembangan diri yang terdapat dalam Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) (ABKIN, 2008:88). Layanan dasar adalah layanan yang diberikan secara terstruktur dan terprogram serta terintegrasi dengan program sekolah. Layanan dasar ini ditujukan bagi seluruh siswa dan terkait dengan pencapaian standar dan kompetensi pribadi, sosial, belajar dan karir (Bowers & Hatch, 2002). Layanan dasar bertujuan mengembangkan perilaku jangka panjang sesuai dengan tahap dan tugas-tugas perkembangan siswa yang diperlukan dalam pengembangan kemampuan memilih dan mengambil keputusan dalam menjalani kehidupannya. Untuk layanan bimbingan dan konseling di sekolah, standar ini mengacu pada Standar Kompetensi Kemandirian yang dikembangkan oleh ABKIN (ABKIN, 2008: 253-258). Layanan dasar dapat dilaksanakan melalui

berbagai kegiatan seperti bimbingan kelompok, bimbingan klasikal, layanan orientasi, layanan informasi, dan aplikasi instrumentasi.

- b. Layanan perencanaan individual (*individual student planning*)
Layanan perencanaan individual adalah kegiatan sistemik yang berlangsung secara terus menerus. Layanan ini didesain untuk membantu siswa dalam menetapkan tujuan-tujuan dan mengembangkan perencanaan masa depan (Bowers & Hatch, 2002). Layanan ini mencakup penetapan tujuan, perencanaan karir, dan memahami, menginterpretasi serta mengaplikasikan hasil asesmen untuk perencanaan akademik (Dahir, 2004:230).
- c. Layanan responsif (*responsive services*)
Layanan responsif adalah kegiatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan siswa yang mendesak. Kegiatan layanan responsif terdiri dari konseling individual, konseling kelompok, dan konseling krisis, serta ditunjang oleh kegiatan konsultasi, *referral*, mediasi, dan informasi.
- d. Dukungan sistem (*system support*)
Dukungan sistem dimaksudkan untuk mempersiapkan dukungan terhadap lingkungan sekolah dan proses organisasi, layanan, manajemen dan evaluasi program BK di sekolah. Sebagian besar layanannya bersifat tidak langsung, artinya siswa bukan merupakan sasaran dalam layanan ini. Kegiatan pada layanan ini meliputi koordinasi layanan, yaitu perencanaan layanan yang sesuai dengan standar nasional, dan melakukan konsultasi dengan dewan penasihat (*advisory committee*) untuk menginformasikan dan mendiskusikan tentang program BK. Dukungan sistem memberikan berbagai kesempatan bagi konselor sebagai pemimpin dan melakukan advokasi untuk memfasilitasi diskusi dalam rangka meningkatkan kualitas sekolah, serta membantu pengembangan profesional dan kegiatan-kegiatan *in-service training* (Dahir, 2002:321).

1. Sistem Manajemen (*Management System*)

Sistem manajemen adalah sistem yang mendukung perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program BK komprehensif. Sistem manajemen terdiri dari kesepakatan manajemen, dewan penasihat

(*advisory council*), penggunaan data, pembuatan *action plans*, dan kalender kegiatan. Kesepakatan manajemen adalah pernyataan tentang tugas dan tanggung jawab personel BK, pihak yang berhak meminta akuntabilitas program, pembagian tanggung jawab kerja, dan negosiasi tersebut disetujui oleh manajemen sekolah. Dewan penasihat (*advisory council*) adalah pihak-pihak yang ditunjuk untuk *mereview* hasil program dan membuat rekomendasi. Dewan ini terdiri dari representasi seluruh kelompok *stakeholder* pendidikan, yaitu siswa, orang tua, staf sekolah, dan anggota masyarakat (Bowers & Hatch, 2002; Hatch, 2004:243).

Penggunaan data maksudnya adalah bahwa program BK dilandasi oleh data. Data tersebut digunakan untuk melihat dan membuat perubahan, memastikan bahwa seluruh siswa mendapat manfaat dari program, dan monitoring siswa. *Action plans* terdiri dari domain, standar dan kompetensi, deskripsi kegiatan, kurikulum dan bahan-bahan yang akan digunakan, alokasi waktu, penanggung jawab kegiatan, evaluasi, dan perkiraan hasil. Kalender terdiri dari kalender akademik, kalender program tahunan dan mingguan (Bowers & Hatch, 2002; Hatch, 2004:243).

2. Akuntabilitas (*Accountability*)

Akuntabilitas merupakan harapan yang dituntut dari konselor sekolah, yaitu “bagaimana siswa berubah sebagai hasil dari program”. Akuntabilitas terdiri dari laporan hasil seluruh kegiatan, evaluasi *performance* konselor, dan audit program. Laporan hasil kegiatan bertujuan memastikan bahwa program telah diimplementasikan, dianalisa efektivitasnya, dan ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi *performance* konselor dapat dilakukan dengan standar praktek dasar (*basic standards of practice*), evaluasi administrator, dan evaluasi diri (Hatch, 2004:244).

B. Kesimpulan

Bimbingan dan konseling komprehensif merupakan alternatif model bimbingan dan konseling yang memberikan kesempatan bagi akademisi dan praktisi konseling untuk meningkatkan layanan

bimbingan dan konseling di sekolah. Model ini memberikan model yang komprehensif dalam layanan bimbingan dan konseling yang mengakomodir seluruh *stakeholder* bimbingan dan konseling di sekolah, mulai dari siswa, guru pembimbing, kepala sekolah, staf sekolah, guru mata pelajaran, orang tua dan masyarakat.


Adaptasi model bimbingan dan konseling komprehensif di Indonesia sangat memungkinkan untuk dilakukan, karena model ini sangat fleksibel dan adaptabel. Model ini dikembangkan untuk mengakomodir perbedaan-perbedaan dan keunikan negara bagian, daerah, dan sekolah. Dengan demikian, model ini juga dapat diadaptasi di Indonesia yang memiliki perbedaan dan keunikan yang bervariasi.

C. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Pendekatan bimbingan dan konseling komprehensif memiliki langkah dan sistematika dibandingkan dengan pendekatan lain dalam layanan BK. Sebutkan sistematika yang dimaksud!
2. Sebutkan dan jelaskan empat komponen dasar yang terdapat dalam pendekatan BK komprehensif!
3. Komponen penting apa yang dapat dilakukan dalam kerangka berpikir BK komprehensif dalam peningkatan kesehatan mental di sekolah?
4. Sistem layanan apa yang akan diberikan apabila ditemukan adanya gangguan kesehatan mental pada siswa di sekolah? Berikan alasannya!

BAB 8

KOLABORASI, KONSULTASI, DAN REFERRAL



Pada bab ini ditampilkan tinjauan mengenai keterampilan konsultasi dan proses yang membuat konselor mampu mengembangkan dan memfasilitasi hubungan kolaboratif dengan beragam partisipan. Para konselor yang mengembangkan keterampilan konsultasi efektif berada pada posisi terbaik untuk menciptakan program-program superior dalam perluasan layanan di sekolah. Konselor perlu mempelajari beragam agen dan layanan yang ditawarkan oleh masyarakat, mengembangkan jaringan kerja komunikasi yang efektif, kemudian menggunakan pengetahuan dan keterampilan tersebut untuk mengembangkan persekutuan yang kuat yang menguntungkan siswa dan keluarganya.

A. Definisi Kolaborasi, Konsultasi dan Referral

Meskipun konselor sekolah memiliki tanggung jawab utama dalam mengembangkan program-program komprehensif, namun mereka tidak dapat memenuhi tantangan ini tanpa bantuan dan dukungan dari para profesional lain, sistem sekolah, dan masyarakat.

Dengan demikian, maka secara sistematis para konselor sekolah harus memulai hubungan kolega dengan beragam ahli pendidikan dan medis yang menyediakan layanan tambahan bagi populasi sekolah. Persekutuan antara konselor dan profesional ini merupakan hal yang esensial dalam menyampaikan spektrum layanan secara luas yang diharapkan dalam program konseling sekolah. Mereka memastikan ketersediaan layanan yang sesuai bagi siswa, orang tua, dan guru yang mencari bantuan konselor sekolah.

Dalam membentuk persekutuan yang baik, memerlukan pemahaman yang jelas mengenai layanan yang diperlukan, serta pengetahuan mengenai tipe-tipe layanan yang ditawarkan di masyarakat. Pada waktu yang bersamaan, profesional yang bekerja dalam agen masyarakat, departemen kesehatan, pusat-pusat keluarga, dan organisasi lain perlu mengetahui peran dan pelatihan konselor sekolah. Dengan memperoleh pemahaman timbal balik mengenai peran dan fungsi profesi masing-masing, konselor sekolah dan para praktisi masyarakat dapat mengembangkan hubungan yang menguntungkan dengan para siswa, guru, dan keluarga seperti halnya hubungan kolaboratif tersebut.

Hubungan kolaboratif ini tidak terbatas hanya pada profesional di sekolah dan masyarakat, tetapi juga termasuk dan mungkin dimulai dengan asosiasi kooperatif yang diciptakan oleh konselor sekolah dari keberhasilan program konseling sekolah pada setiap tingkat. Dengan demikian, konselor sekolah harus berupaya untuk mengembangkan garis komunikasi dengan rumah, mengundang orang tua untuk merencanakan tujuan pendidikan bagi anak mereka, menawarkan layanan program konseling sekolah, dan bila memungkinkan, melibatkan orang tua dalam mempelajari masalah-masalah kritis anak dan remaja mereka. Kolaborasi merupakan aspek penting dari semua hubungan konsultasi yang dibentuk oleh konselor sekolah.

Pada bab ini, anda akan mempelajari individu, para ahli, dan agen yang bekerjasama dengan konselor sekolah atas nama siswa, orang tua, dan guru. Beberapa pihak membedakan istilah konsultasi dan kolaborasi, sementara ada pihak yang membuat keragaman konsultasi kolaboratif (Brown *et al.*, 2001). Misalnya, Fishbaugh (1997) menyarankan tiga model kolaborasi, termasuk model berkonsultasi (*consulting model*), model melatih (*coaching model*), dan model mengelompokkan (*teaming model*). Model

berkonsultasi (*consulting model*) cenderung mengambil pendekatan tradisional dalam menawarkan nasihat seorang ahli. Sebagai kebalikannya, Fishbaugh mendefinisikan melatih (*coaching*) sebagai upaya menciptakan keseimbangan yang mengikuti siklus supervisi (*Brown et al., 2001*). Pendekatan pengelompokan (*teaming approach*) mewakili proses interaktif, dimana para partisipan mengidentifikasi masalah dan menciptakan solusi yang memungkinkan. Dettmer, Dyck, & Thurston (1999) menawarkan sudut pandang lain dengan mengajukan pendekatan konsultan sekolah kolaboratif (*collaborative school consultant*) yang memerlukan keterampilan komunikasi fasilitatif konselor, hubungan kooperatif dengan personel sekolah, dan koordinasi layanan yang diperlukan.

Sejumlah pandangan mengenai kolaborasi dan konsultasi ini telah dihadirkan (misalnya Caplan & Caplan, 1993; Mostert, 1998; Pryzwansky, 1997). Para konselor sekolah perlu memahami literatur profesional mengenai kolaborasi dan konsultasi, sehingga mereka dapat menyampaikan pengertian istilah tersebut kepada siswa anggota kelompok layanan lain, para guru, dan orang tua. Pada bahasan ini, kita akan menggunakan pandangan bahwa kolaborasi adalah suatu bentuk konsultasi, khususnya yang banyak digunakan di sekolah-sekolah, karena penekanannya untuk membangun hubungan kemitraan dengan orang tua, guru profesional layanan siswa, dan personel lain dalam sistem sekolah dan masyarakat. Karena pihak yang berwenang telah membedakan penggunaan istilah-istilah ini, maka penting bagi para konselor sekolah untuk memperoleh pemahaman mereka sendiri dan menggunakan istilah tersebut secara konsisten untuk mendefinisikan dan mendeskripsikan program layanan mereka. Untuk memperluas pengetahuan mengenai kolaborasi dan konsultasi serta memahami makna istilah tersebut bagi diri sendiri, para pembaca didorong untuk membaca sumber yang tercantum pada bab ini.

B. Pihak-Pihak dalam Kolaborasi, Konsultasi, dan Referral

Banyak kelompok dan profesional yang berkonsultasi dan berkolaborasi bersama sekolah untuk mengembangkan layanan yang

efektif bagi para siswa. Kelompok-kelompok ini diklasifikasikan ke dalam dua kategori, yakni layanan sekolah dan agen masyarakat.

1. Layanan Sekolah

Sekolah dan sistem sekolah terdiri dari sejumlah besar profesional dan sukarelawan yang menyediakan layanan tak terbatas bagi para siswa, orang tua, dan guru. Dalam program-program komprehensif, konselor sekolah berinteraksi secara langsung maupun tidak langsung dengan semua kelompok ini. Memang hal ini bukan merupakan pencapaian yang mudah. Tuntutan waktu seringkali menghambat para konselor dalam mencari layanan suportif di balik program konseling mereka sendiri.

Karena peran utama konselor adalah untuk menyediakan layanan langsung bagi siswa di sekolah, konselor jarang sekali menciptakan fokus yang dangkal bagi program mereka, namun sangat menekankan layanan konseling dan konsultasi sendiri dengan siswa. Sebagai hasilnya, konselor tidak melakukan kolaborasi dan konsultasi dengan agen dan individu yang dapat mendukung layanan-layanan tersebut. Pada beberapa kasus, kecenderungan untuk mengawasi program sekolah atau masyarakat, sering melewati layanan penting yang dapat digunakan konselor untuk membantu siswa secara langsung dan efektif apabila dibandingkan dengan melakukannya sendiri. Langkah pertama dalam memastikan bahwa hal ini tidak terjadi adalah untuk mempelajari semua hal mengenai layanan berdasarkan sekolah dan para profesional yang menampilkan fungsi-fungsi tersebut. Pada waktu yang bersamaan, konselor mempelajari orang tua dan wali siswa di sekolah. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, kolaborasi dengan orang tua dan wali memiliki dampak signifikan terhadap layanan konseling langsung dengan siswa.

a. Orang tua dan wali

Meskipun keluarga memiliki beragam konfigurasi, kebanyakan satu atau dua orang dewasa dalam keluarga tertentu memainkan peran kepemimpinan dan wali yang signifikan. Dalam keluarga tradisional dengan dua orang tua, orang dewasa ini akan menjadi ayah dan ibu. Dalam keluarga lain, orang tua tunggal, orang tua tiri, kakek-nenek, paman atau bibi, orang tua angkat, atau teman

orang tua membuat asumsi peran kepemimpinan. Pada semua kasus ini, baik anak berhubungan dengan orang tua atau wali, konselor sekolah memiliki tanggung jawab untuk mengembangkan hubungan kerja kolaboratif.

Keterlibatan orang tua sangat kuat pada tahun-tahun sekolah dasar, lalu berkurang ketika siswa memasuki tingkat lanjutan. Kita mengharapkan hubungan kolaboratif lebih terlihat di tingkat-tingkat awal dan pertengahan daripada di tingkat lanjutan. Meskipun hal ini benar, keterlibatan orang tua terus menjadi faktor penting selama masa-masa remaja, dan dalam masyarakat kontemporer Amerika tampaknya bertahan hingga awal masa dewasa. Meluasnya peran orang tua ini, sebagian dikarenakan tingginya jumlah orang yang melanjutkan kuliah, mengejar gelar profesional dan lulus sekolah. Secara ekonomis, keterlibatan orang tua tampaknya merupakan bumbu yang penting yang membuat pemuda mampu melanjutkan pendidikan formal pada usia 20-an. Pada waktu yang bersamaan, perubahan pekerjaan dan biaya kehidupan memerlukan lanjutan dukungan orang tua dalam menyediakan rumah bagi anak mereka yang baru memulai karir, dan dalam menawarkan bantuan keuangan bagi pasangan muda yang baru memulai kehidupan.

Perubahan terhadap keterlibatan orang tua dalam perkembangan dan proses pembuatan keputusan anak yang lebih lama ini, memiliki efek terhadap seluruh keterlibatan yang diinginkan orang tua dalam pendidikan anak mereka. Hasilnya adalah bahwa sekolah, guru, dan konselor harus membentuk hubungan kerjasama dengan orang tua dan wali dalam merancang program-program pendidikan bagi siswa, memilih strategi dan proses pemberian bantuan, dan membuat rencana untuk pendidikan masa depan dan arah karir. Langkah pertama bagi konselor dalam proses ini adalah mempelajari keluarga yang dilayani oleh sekolah, dan menentukan kebutuhan orang tua dengan menilai peran yang ingin mereka mainkan dalam persekolahan anak mereka.

Melalui prosedur perkiraan kebutuhan, konselor menentukan layanan yang akan ditawarkan pada orang tua, tipe program yang akan direspons orang tua, dan layanan yang akan melibatkan orang tua di sekolah. Sebuah program konseling sekolah yang komprehensif menyentuh semua wilayah ini, karena konselor (a) melakukan konseling dan konsultasi dengan orang tua dan wali, (b)

merancang program-program informasional dan pembelajaran nonal untuk orang tua, dan (c) mengundang orang tua untuk membantu seperti halnya *tutoring*, uji *monitoring*, bimbingan karir, dan informasi pendidikan (Perry, 2000).

Hubungan yang dikembangkan konselor dengan orang tua dan wali seringkali merupakan fungsi dukungan bagi individu dan konseling kelompok kecil dengan siswa. Hal ini benar bagi konselor sekolah dasar, karena mereka melayani siswa yang memiliki sedikit kontrol terhadap lingkungan dan situasi yang mempengaruhi hidup mereka. Orang tua dari siswa yang lebih muda dan tingkat menengah memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap pilihan yang dibuat anak mereka mengenai prestasi sekolah, arah karir, pertemanan, dan elemen-elemen perkembangan lain. Melalui konsultasi dengan orang tua, para konselor sekolah merancang jaringan kerja dukungan dan saluran komunikasi untuk mengiringi tujuan dan objektif konseling dengan siswa. Orang tua dan wali yang ingin anaknya mengambil keuntungan dari hubungan membantu ini menyambut kesempatan untuk bertemu dengan konselor sekolah, memperoleh pemahaman mengenai kebutuhan anak, dan mengembangkan strategi untuk memelihara hubungan orang tua-anak yang positif di rumah. Saat berkolaborasi dengan orang tua dan wali, konselor sekolah menciptakan berbagai cara dimana mereka menyediakan layanan langsung atau menawarkan bantuan tidak langsung. Sebagai contoh, konselor secara rutin menghubungi orang tua mengenai kemajuan siswa di sekolah, dan berkonsultasi mengenai cara-cara untuk mendukung perkembangan pendidikan di rumah. Hubungan seperti ini menggambarkan upaya kooperatif yang mengatakan: “Kita bersama dalam upaya ini untuk membantu anak mempelajari dan mengembangkan potensi mereka secara penuh”. Pernyataan tersebut lebih *fasilitatif* daripada pernyataan yang memandang orang tua sebagai oposisi, dan mentalitas “mereka melawan kita”. Konselor yang memercayai hubungan *fasilitatif* adalah hal yang inti dalam meningkatkan komunikasi sekolah-rumah untuk mengembangkan penghargaan timbal balik antara orang tua dan guru.

Layanan langsung lain yang disediakan konselor untuk orang tua adalah program-program pendidikan. Menjadi orang tua adalah peran menantang yang jarang sekali dipersiapkan di dunia formal. Keterampilan menjadi orang tua merupakan hal yang telah kita

pelajari, kita adopsi dari apa yang kita lihat, apa yang dilakukan oleh orang tua dan wali ketika kita masih anak-anak. Sayangnya perilaku ini tidak selalu mendukung hubungan yang sehat. Untuk membantu proses menjadi orang tua, para konselor sekolah memfasilitasi pertemuan orang tua, mengembangkan kelompok dukungan, dan memimpin program pendidikan orang tua. Terkadang kegiatan ini secara informal mengumpulkan orang tua yang saling bertukar gagasan mengenai apa yang berhasil dilakukan oleh anak dalam keluarga mereka. Misalnya, seorang konselor sekolah dasar secara rutin mengadakan perkumpulan “kopi dan donat” bagi orang tua dalam perjalanan bekerja pagi. Pertukaran tersebut seolah menunjukkan cara mengumpulkan strategi tak terbatas untuk membantu orang tua dalam berkomunikasi secara efektif dengan anak dan remaja mereka. Dengan memfasilitasi pertukaran dan merancang aktivitas pendidikan untuk orang tua, konselor menunjukkan keinginan sekolah untuk bekerjasama dengan orang tua dalam menciptakan kesempatan belajar yang optimal bagi semua siswa.

Konselor sekolah merancang jadwal kerja mereka untuk mengakomodasi program pendidikan orang tua. Seringkali kelompok orang tua bertemu pada malam hari agar sesuai dengan jadwal, tetapi sewaktu-waktu konselor memimpin kelompok orang tua pada siang hari. Mereka mencari saran dari kepala sekolah dan komite konselor untuk memeriksa hasil atau pengaruh penggunaan waktu sekolah untuk membantu orang tua. Bila keterampilan untuk menjadi orang tua seimbang dengan meningkatnya partisipasi dan pembelajaran siswa, maka konselor dapat meyakinkan kepala sekolah dan guru mengenai pentingnya aktivitas pada siang hari.

Kelompok dukungan bagi orang tua biasanya terpusat pada masalah-masalah seperti menjadi orang tua tunggal, dan konselor memimpin kelompok ini dalam diskusi masalah umum dan eksplorasi tindakan untuk menangani masalah sehari-hari. Kelompok dukungan orang tua menyetujui setiap anggotanya sebagai “ahli” anak masing-masing. Asumsinya adalah bahwa tidak ada orang yang mengetahui anak lebih baik daripada orang tuanya sendiri. Keahlian ini “dikumpulkan” dalam diskusi kelompok, dan konselor menggunakan pengetahuan kolektif ini untuk membantu orang tua secara individu yang memerlukan bantuan atau gagasan alternatif untuk menangani masalah atau situasi terbaru. Kelompok-kelompok

seperti ini membuat orang tua melihat bahwa mereka tidak sendiri dalam perjuangan mereka, dan pada waktu yang bersamaan membuat mereka mampu meraih dukungan dari kebijaksanaan kolektif kelompok. Selama proses ini, konselor berperan sebagai fasilitator, penjaga waktu, dan sebagai koordinator aktivitas.

Beberapa siswa berkembang pada tingkat optimal tanpa dukungan dan dorongan dari orang tua dan wali. Melalui layanan seperti ini, konselor sekolah memberitahu orang tua mengenai sumber yang tersedia untuk membantu siswa. Salah satu cara untuk menginformasikan hal ini kepada orang tua adalah melalui kontak langsung. Dengan cara berkonsultasi secara langsung dengan orang tua, konselor menyediakan informasi terbaru, pembelajaran, dan layanan pemecahan masalah inti.

Konselor yang terfokus pada kebutuhan informasional dan pendidikan orang tua, memastikan bahwa sekolah dan orang tua bergerak dalam arah yang sama dan memiliki tujuan serupa untuk siswa. Untuk memastikan pergerakan paralel ini, konselor juga melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan guru di sekolah.

b. Guru

Tidak ada program konseling sekolah yang sukses tanpa dukungan para guru. Guru merupakan jalur penting dalam integrasi pendidikan afektif dalam kurikulum. Mereka adalah para pembantu garis depan dalam program konseling sekolah, dan mereka merupakan sumber *referral* bagi siswa dalam kebutuhan bantuan tambahan. Untuk alasan ini, konselor pada semua tingkat praktek pendidikan menyediakan waktu untuk mempersiapkan hubungan kolaboratif dengan semua guru di sekolah.

Salah satu tanda awal kolaborasi antara konselor dan guru adalah masukan yang diminta oleh konselor mengenai kealaman, ruang lingkup, dan fokus program konseling sekolah. Konselor yang meminta hal ini diterima dan dihargai dengan baik, karena mereka menunjukkan penghargaan timbal balik keadaan guru dan profesi mengajar. Hubungan kemitraan ini tidak hanya merupakan kekaguman timbal balik dalam masyarakat, tetapi menunjukkan penghargaan alamiah mengenai apa yang harus dilakukan untuk menjadi guru yang baik, dan diseimbangkan oleh penerimaan peran unik yang dimainkan oleh konselor dalam program sekolah.

Konselor melakukan kolaborasi dengan guru melalui banyak cara, beberapa di antaranya serupa dengan proses individu dan orang tua yang telah dijelaskan sebelumnya. Misalnya, guru dan konselor saling melakukan konsultasi untuk mengidentifikasi kebutuhan siswa secara individu, mengumpulkan data untuk menilai kebutuhan inti, membuat keputusan mengenai strategi praktis untuk membantu siswa, dan menilai hasil strategi tersebut. Konselor juga melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan guru melalui sesi kelompok, seperti pertemuan kelompok di SMA dan pertemuan departemen di SMA. Konselor yang dipanggil oleh guru secara individu dan diundang untuk menghadiri pertemuan tim, dihargai atas keterampilan kolaboratif dan pemahaman empati mengenai peran guru mereka. Melalui hal yang sama, konselor ini mencari guru untuk bimbingan dan saran mereka. Hal tersebut menunjukkan penghargaan terhadap pengetahuan guru mengenai kurikulum dan perintah metode intruksional.

Dukungan guru adalah media lain yang berkolaborasi dengan konselor sekolah dan rekan mereka. Seperti halnya dengan kelompok dukungan orang tua, kelompok guru juga berdasarkan keahlian anggota kelompok untuk mengeksplorasi masalah, mengidentifikasi masalah-masalah yang relevan, menyarankan alternatif, dan merencanakan tindakan yang memungkinkan. Munculnya aplikasi jenis “guru ahli” ini memungkinkan dibuat melalui keterampilan fasilitatif konselor sebagai pemimpin kelompok. Dengan berdasarkan observasi dan saran guru lain di dalam kelompok dukungan, konselor memimpin kelompok ini ke dalam diskusi, dan menghindari peran “penasihat utama”. Hal ini merupakan cara lain yang dipelajari konselor untuk menghargai peran sulit guru di SD, SMP, dan SMA. Pada waktu yang bersamaan, para guru dalam kelompok dukungan memiliki kesempatan untuk melihat keterampilan komunikasi dan fasilitatif rekan konselingnya.

Kolaborasi antara konselor dan guru juga terjadi ketika mereka bekerjasama untuk merencanakan dan menampilkan aktivitas dalam layanan untuk perkembangan staf. Terkadang konselor memberikan hal ini sebagai hasil saran guru lain. Pada waktu lain, konselor mempekerjakan guru yang memiliki keterampilan dalam wilayah tertentu mengenai perkembangan atau pembelajaran anak. Guru berpengalaman yang memiliki keterampilan sebagai fasilitator

seringkali menjadi orang terbaik untuk menyampaikan layanan warga di sekolah. Program pembelajaran nonal dan informasional bagi warga sekolah meraih keberhasilan ketika guru dan konselor bekerjasama menentukan tujuan perkembangan staf, merencanakan aktivitas yang sesuai, dan melanjutkan rencana tindakan ini.

c. Guru Anak Berkebutuhan Khusus (ABK)

Guru lain yang penting berkolaborasi dengan konselor adalah guru yang mengajarkan anak istimewa (ABK). Profesional ini dilatih dengan sangat baik untuk mengidentifikasi dan menyediakan pembelajaran bagi anak dan remaja yang memerlukan layanan pendidikan khusus.

Bersamaan dengan perkembangan program pendidikan khusus adalah munculnya profesi spesialis bagi guru dengan siswa istimewa (terkadang disebut guru pendidikan istimewa). Para guru ini dilatih metode dan teori pedagogis dalam kurikulum dan pembelajaran, mereka juga memiliki keterampilan dan pengetahuan untuk memenuhi kebutuhan siswa yang teridentifikasi memiliki tantangan tertentu. Cacat pendidikan, kesulitan belajar, kesulitan emosional, berbakat akademis, cacat secara fisik, anak dan remaja dengan cacat ganda merupakan beberapa siswa yang dilayani oleh guru pendidikan khusus.

Karena konselor sekolah menyediakan layanan bagi semua siswa di sekolah, mereka juga ingin melakukan kolaborasi dengan guru pendidikan khusus dalam menilai kebutuhan siswa, menempatkan sekolah dan sumber masyarakat, merencanakan layanan konseling, dan memeriksa kebijakan sekolah yang memiliki pengaruh positif dan negatif terhadap kemajuan pendidikan anak dan remaja yang memiliki tantangan khusus. Guru pendidikan khusus membantu konselor dalam semua fungsi ini, dan melakukan kolaborasi agar konselor terus memperbaharui peraturan-peraturan baru dan penemuan penelitian berdasarkan beragam wilayah keistimewaan. Pada waktu yang bersamaan, konselor menawarkan dan memahami dukungan para guru ini ketika mereka menyampaikan pembelajaran bagi siswa yang paling menantang dan tertantang di sekolah.

Konselor sekolah dan guru dengan siswa istimewa juga bekerjasama dengan membantu orang tua, dan wali anak-anak ini menyesuaikan diri dengan tantangan merawat, membimbing,

dan memperhatikan mereka. Orang tua dengan anak istimewa menghadapi hambatan yang tidak dikenal bagi sebagian besar orang tua. Hal ini benar adanya karena ada beberapa siswa yang mengalami kelemahan mental, emosional, atau cacat fisik, terkadang rasa bersalah ini berhubungan dengan melahirkan anak dengan beragam tipe kesulitan, berkombinasi dengan perawatan sehari-hari, pengawasan, dan menjadi orang tua seringkali tampak tidak ada habisnya. Konselor dan guru yang menawarkan dukungan dan bimbingan orang tua dapat memberikan bantuan yang tidak terukur.

Konselor sekolah yang membentuk persekutuan dengan guru yang menangani siswa istimewa, lebih mampu menciptakan hubungan membantu yang efektif dengan siswa-siswa tersebut dan orang tuanya. Mereka diberi informasi mengenai keistimewaan, kesulitan, dan kecacatan yang dihadapi oleh keluarga dan anak. Dengan demikian, konselor berada di posisi yang lebih baik untuk merancang dan mengimplementasikan intervensi dan layanan yang berhasil.

Konselor sekolah memiliki tanggung jawab untuk memasukkan siswa pendidikan khusus dalam program layanan komprehensif mereka. Namun sering kali konselor mengacuhkan populasi ini, karena rasio konselor-siswa yang tidak masuk akal, kewajiban administrasi yang tidak penting, dan persepsi yang keliru bahwa guru pendidikan khusus menyediakan perhatian individu yang cukup bagi siswa-siswa ini. Dengan cara melakukan kolaborasi dengan para guru, konselor sekolah dapat menyediakan bimbingan dalam kelas pendidikan khusus, menempatkan siswa dalam aktivitas bimbingan dan konseling kelompok kecil yang sesuai, serta melihat siswa tertentu untuk konseling individual. Untuk merencanakan layanan bimbingan dan konseling yang sesuai dengan siswa-siswa ini, penting bagi konselor sekolah untuk terlibat secara aktif dalam mengembangkan *Individual Education Plan (IEP)* setiap siswa. Keterlibatan konselor dalam perkembangan perencanaan ini akan lebih ditekankan pada bab selanjutnya.

d. Kepala sekolah

Sekolah dikelola oleh kepala sekolah yang terlatih dalam bidang administrasi pendidikan, kurikulum, hukum, dan aspek pengelolaan sekolah lain. Administrator ini pada akhirnya bertanggung jawab

untuk semua hal yang terjadi di dalam bangunan sekolah dan dalam program pendidikan. Dengan demikian, setiap layanan dan aktivitas yang dijadwalkan dan disediakan oleh konselor sekolah secara langsung atau tidak langsung diawasi oleh kepala sekolah. Tanggung jawab luar biasa ini membuat penting bagi kepala sekolah dan konselor untuk berkolaborasi mengenai rancangan program konseling, pemilihan tujuan utama, identifikasi beberapa fungsi, evaluasi layanan, dan sejumlah hal kecil lain yang berhubungan dengan program konseling sekolah yang komprehensif. Kolaborasi antara kepala sekolah dan konselor ini merupakan proses berkelanjutan yang membuat konselor mampu memasukkan kepala sekolah dalam proses perencanaan program, dan pada waktu yang bersamaan, untuk memberikan informasi kepada administrator sekolah mengenai masalah yang mempengaruhi perkembangan pendidikan siswa.

Banyak kegiatan yang direncanakan oleh konselor memiliki fokus sekolah yang luas untuk memenuhi kebutuhan siswa, orang tua, dan guru. Dalam menentukan tujuan dan strategi untuk aktivitas sekolah ini, konselor melakukan kolaborasi dengan kepala sekolah untuk memeriksa kesesuaian dan keterjangkauan aktivitas tertentu. Kepala sekolah memiliki pengetahuan kebijakan lokal, batasan finansial, dan batasan lain yang membimbing pemilihan dan implementasi aktivitas yang direncanakan untuk sekolah. Dengan cara mengembangkan hubungan kerjasama dengan kepala sekolah, konselor sekolah lebih baik memiliki informasi mengenai parameter fungsi program layanan mereka. Disamping itu, komunikasi yang efektif dengan administrator membuka kesempatan bagi konselor untuk melaksanakan penilaian kebutuhan siswa dan seluruh iklim sekolah, serta bagaimana kedua elemen ini saling berinteraksi di sekolah.

Ketika berbagi informasi dengan kepala sekolah, konselor harus mengikuti standar etis dan garis besar legal yang berkaitan dengan masalah kerahasiaan dan komunikasi istimewa. Konselor secara rutin menerima informasi rahasia dalam hubungannya dengan siswa, dan informasi ini harus tetap rahasia kecuali ada bahaya yang mengancam siswa itu sendiri atau orang lain. Secara etis, konselor tidak dapat membuka informasi rahasia pada kepala sekolah atau orang lain tanpa persetujuan klien. Tetapi, karena konselor memiliki hak istimewa terhadap informasi yang tercermin

dari seluruh kondisi dan iklim sekolah, mereka memiliki kewajiban untuk memberitahu kepala sekolah mengenai kondisi tersebut. Misalnya, jika konselor SMA mengetahui dari beberapa siswa, bahwa ada siswa perempuan yang hamil, konselor perlu memberitahu administrator sekolah mengenai situasi ini. Namun konselor tidak dapat membuka identitas siswa yang bersangkutan, ia hanya dapat memberitahu kepala sekolah mengenai kondisi yang terjadi. Dengan memiliki informasi ini, administrator sekolah berada dalam posisi untuk merencanakan layanan pendidikan yang akan diperlukan oleh siswa tersebut, dan untuk berkonsultasi dengan perawat sekolah mengenai layanan kesehatan yang sesuai. Sebagai tambahan, kepala sekolah mungkin berdiskusi dengan konselor dan guru mengenai layanan pencegahan yang harus dikembangkan oleh sekolah.

Dengan melakukan kolaborasi dengan kepala sekolah, konselor sekolah mengambil alih program konseling mereka. Mereka memberitahu administrasi mengenai aktivitas tahunan; berfokus pada layanan inti bagi siswa, orang tua dan guru; dan mereka tetap menjaga komunikasi terbuka untuk menerima saran dari administrator sekolah. Sebagai tambahan, konselor dapat menjadi koordinator bagi semua layanan siswa, termasuk yang disediakan oleh perawat sekolah, psikolog, dan pekerja sosial.

e. Psikolog, pekerja sosial, dan konselor sekolah

Beberapa sekolah dan sistem sekolah memiliki layanan siswa di balik elemen utama dalam program konseling. Komponen utama dari program yang komprehensif ini termasuk perawatan dan kesehatan, psikologis, dan layanan sosial. Komponen utama ini disediakan oleh ahli yang sangat profesional dalam bidangnya masing-masing.

Layanan siswa ini saling bersinggungan pada saat fokusnya kesehatan fisik, emosi, sosial, serta kesejahteraan siswa dan keluarga. Karena fungsi ini saling bersinggungan, profesional layanan siswa menyadari pentingnya untuk saling berkolaborasi dan melakukan koordinasi dalam melakukan aktivitas mereka. Di sekolah tempat para konselor bekerja penuh waktu, logis bagi mereka untuk melakukan koordinasi layanan siswa. Hal ini adalah benar, terutama bila perawat, psikolog, dan pekerja sosial hanya bekerja paruh waktu di sekolah. Sebagai pegawai penuh waktu, konselor sekolah

melakukan koordinasi dalam bidang *referral*, mengikuti kasus, menjadwalkan pertemuan kelompok, dan menampilkan fungsi lain untuk memastikan siswa menerima layanan yang sesuai.

Salah satu bentuk kolaborasi adalah pendekatan tim, dimana anggota staf layanan siswa melakukan pertemuan rutin. Melalui pertemuan rutin ini, konselor, perawat, psikolog dan pekerja sosial berbagi informasi, memperbaharui informasi mengenai kasus, menugaskan tanggung jawab, dan menghindari layanan ganda. Mereka juga fokus kepada kasus tertentu untuk memastikan bahwa siswa telah menerima bentuk layanan yang sesuai dari sekolah, dan *referral* pada sumber masyarakat yang diawasi.

Kolaborasi yang efektif diantara profesional layanan siswa ini dimulai dengan pemahaman bermutu serta penghargaan terhadap peran unik mereka di sekolah, dan menghargai wilayah keahlian individu masing-masing. Dalam situasi dimana penghargaan ini tidak tercapai, layanan siswa tidak terkoordinasi dengan baik, dan sebagai hasilnya, kebutuhan siswa tidak terpenuhi dengan baik. Di sekolah masa kini, siswa, orang tua, dan guru sama-sama menghadapi tantangan yang memerlukan bantuan dari ahli, koordinasi yang cukup, dan kolaborasi waktu penyediaan layanan yang efektif dan sesuai untuk semua masalah.

Kolaborasi di dalam sekolah dan sistem sekolah dapat membantu konselor secara berdampingan untuk memenuhi kebutuhan siswa, dan memilih layanan yang sesuai untuk memenuhi tuntutan ini. Terkadang sekolah mencari bantuan dan sumber di dalam masyarakat lokal dan organisasi negara. Dengan melakukan kolaborasi dengan agen yang tersedia, konselor memberi sekolah sebuah awal inisiatif dalam prosedur *referral*, serta menerima layanan bagi siswa dan keluarga. Hal ini paling penting dalam wilayah rural, sekitar 60 % dari sekolah Rusia (Worzbyl & Zook, 1992). Sekolah dan masyarakat ini tidak selalu memiliki sumber dan biaya untuk memenuhi tuntutan siswa dan keluarga. Hasilnya, konselor di sekolah-sekolah ini menggunakan kemampuan kepemimpinan dan kreatif mereka untuk membantu orang dalam menggabungkan kekuatan untuk mencapai tujuan program. Bagian berikutnya adalah menampilkan beberapa agen yang biasanya digunakan oleh sekolah untuk menempatkan layanan sosial, kesehatan, dan keluarga bagi siswa.

2. Agen Masyarakat

Sekolah memiliki agen utama di masyarakat, tetapi sekolah tidak dapat menawarkan semua layanan manusia yang diperlukan untuk membantu kota, desa, atau lembaga untuk mendidik warganya; menyediakan perawatan kesehatan, dan menawarkan layanan dasar untuk meningkatkan kondisi manusia. Misi utama sekolah, khususnya misi utama program konseling sekolah adalah untuk memastikan perkembangan pendidikan semua siswa. Dalam upaya mereka mencapai tujuan ini, personel sekolah menawarkan sejumlah layanan yang berhubungan seperti konseling, evaluasi psikologis, dan layanan sosial. Mereka menawarkan layanan ini untuk membantu sekolah dalam misi pendidikan utamanya. Asumsinya adalah bahwa ketika kebutuhan pribadi, masalah kesehatan, dan kesulitan belajar siswa teridentifikasi, maka kemajuan pendidikan siswa dipastikan akan berkembang, dan kesempatan keberhasilan siswa dalam hidup dapat tercapai.

Bila layanan yang ditawarkan oleh sekolah tidak cukup untuk memperbaiki masalah siswa dan keluarga, para konselor dan guru beralih kepada sumber-sumber masyarakat. Karena tidak semua masyarakat memiliki layanan yang mencukupi, maka konselor sekolah menempatkan layanan yang tersedia dan mengembangkan hubungan profesional kolaboratif untuk menguntungkan siswa, orang tua, dan guru. Hubungan kolaborasi yang berhasil, sebagian terletak pada kemampuan sekolah untuk memenuhi peran dan misinya pada sumber masyarakat ini, sambil mempelajari peran agen. Misi utama dari agen masyarakat dan para praktisi pribadi di masyarakat adalah untuk membantu satu atau lebih wilayah layanan manusia. Misalnya, kebanyakan masyarakat memiliki akses kepada departemen kesehatan yang menawarkan sejumlah layanan medis dan program pendidikan kesehatan.

a. Kementerian kesehatan

Konselor sekolah dan ahli layanan siswa lain melakukan kolaborasi dengan departemen kesehatan melalui beragam cara. Konselor sekolah dasar dan sekolah lanjutan bergantung kepada layanan kesehatan masyarakat untuk membantu keluarga melakukan pemeriksaan medis dan menawarkan rekomendasi pada sekolah

mengenai masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan dan medis yang mempengaruhi perkembangan pendidikan siswa. Dalam beberapa kelompok masyarakat, konsultan kesehatan bekerjasama dengan sekolah untuk mengembangkan aktivitas bimbingan yang sesuai dengan pertumbuhan fisik, seksualitas, dan kebutuhan pemeliharaan kesehatan siswa. Layanan serupa tersedia juga bagi siswa SMA, dan sebagai tambahan, layanan kesehatan tersedia untuk kehamilan, penyakit yang menular melalui hubungan seks, kekerasan, dan masalah-masalah kritis lainnya.

Hubungan kerjasama yang kuat antara sekolah dengan profesional kesehatan merupakan hal yang penting bagi siswa, yakni ketika sekolah dan profesional kesehatan membentuk hubungan rekan yang aktif, layanan yang cukup mudah diakses, dan informasi yang akurat tersedia bagi siswa dan keluarganya, pada saat masalah kesehatan tidak hanya sekedar masalah fisik, dan sekolah beralih kepada layanan kesehatan mental.

b. Pusat kesehatan mental

Masalah emosional dan pribadi yang disebutkan oleh siswa kepada konselor, perawat, psikolog, dan pekerja sosial, biasanya sewaktu-waktu memerlukan intervensi yang intensif dan mendalam. Meskipun profesional yang bergerak di bidang layanan siswa memiliki kompetensi untuk menawarkan intervensi tersebut, waktu, jadwal, dan faktor lain yang berhubungan dengan program komprehensif berdasarkan sekolah mengharuskan mereka melakukan *referral* kepada pusat-pusat kesehatan mental.

Konselor kesehatan mental, pekerja sosial, dan psikolog menghabiskan waktu mereka dalam terapi kelompok kecil dan terapi “satu-lawan-satu”, membantu klien membetulkan masalah-masalah sosial, emosional, dan perilaku yang mempengaruhi perkembangan dan pembelajaran manusia. Kolaborasi antara konselor sekolah dan para praktisi kesehatan mental sangat penting, karena ketika siswa menerima perawatan pada pusat kesehatan mental tersebut, biasanya mereka tetap bersekolah dan melanjutkan kontak dengan konselor sekolah mengenai tugas kelas, kemajuan akademik, dan perilaku di sekolah. Dengan melakukan kolaborasi layanan bagi siswa ini, konselor kesehatan mental dan konselor sekolah tidak boleh membingungkan siswa dalam hubungan membantu mereka.

Dalam kebanyakan kasus, konselor agen memiliki tanggung jawab utama untuk berfokus pada masalah-masalah sosial, emosional, atau perilaku. Konselor sekolah mendukung intervensi ini dengan mendorong siswa di sekolah, menempatkan sistem pendukung seperti *tutoring*, serta melakukan implementasi strategi yang disarankan oleh ahli kesehatan mental yang disetujui oleh sekolah, guru kelas, dan orang tua.

c. Layanan sosial

Di antara tantangan yang dihadapi oleh keluarga dalam masyarakat adalah prospek kerugian ekonomi, pengangguran, dan kehancuran finansial. Jarak antara kelas atas dan kelas bawah dalam masyarakat kita terus meluas. Seringkali siswa dan keluarganya dihadapkan pada kehilangan pekerjaan, kurang bahan bakar, kebutuhan makanan, atau masalah kritis lainnya. Pertama-tama, konselor sekolah dan para guru biasanya mempelajari kehilangan dan batasan ekonomi yang parah serta batasan keluarga. Dengan demikian, mereka seringkali berhubungan dengan departemen layanan sosial di masyarakat.

Sebagai tambahan dari kebutuhan ekonomi yang parah ini, anak dan keluarga dari beragam keluarga berada dalam risiko fisik dan emosional yang meningkat dikarenakan mengalami kekerasan dan tidak dipedulikan. Pada bagian lain, tekanan ekonomi ini memiliki kontribusi terhadap penyakit sosial, tetapi alkohol dan kekerasan seringkali menjadi faktor yang signifikan. Hukum menuntut personel sekolah untuk melaporkan kejadian dari anak yang dicurigai mengalami kekerasan kepada pihak yang berwenang (Baker, 2000), dan dalam kebanyakan masyarakat, hal ini merupakan layanan perlindungan dari kementerian sosial atau agen serupa.

Karena masalah kekerasan terhadap anak dan pengacuan sangat sensitif serta memiliki potensi untuk meledak, konselor hendaknya melakukan kolaborasi dengan kementerian sosial untuk memastikan prosedur pelaporan yang layak, pertanggungjawaban setiap agen, serta peran sekolah dalam menangani kasus ini. Tanpa tipe komunikasi dan kerjasama ini, prosedur pelaporan dapat disalahartikan, tanggung jawab tidak jelas, dan keamanan anak tidak terjamin. Penting bagi konselor sekolah untuk menyadari hukum pelaporan kekerasan yang terjadi terhadap anak, mengetahui prosedur dan kebijakan sekolah, serta mengikuti garis besar pelaporan layanan perlindungan anak lokal.

d. Layanan keluarga

Ketika anak dan remaja bergelut dengan perkembangan pendidikan mereka, faktor yang berkontribusi seringkali datang dan pergi dari disfungsi dan gangguan keluarga. Sebaliknya, masalah pendidikan siswa terkadang berkontribusi terhadap tekanan dan hubungan jelek dalam keluarga. Seringkali tidak memungkinkan untuk memisahkan masalah siswa dari interaksi mereka dengan anggota keluarga. Untuk alasan ini, konselor sekolah mengembangkan hubungan kolaboratif dengan profesional yang bergerak di bidang layanan konseling keluarga.

Secara rutin, pusat dan departemen kesehatan mental dari layanan sosial mempekerjakan konselor, psikolog, dan pekerja sosial yang ahli dalam bidang intervensi keluarga, dan sumber masyarakat lain termasuk layanan konseling keluarga yang disponsori oleh LSM atau organisasi non-profit lainnya. Dengan mengetahui agen dan institusi yang memiliki jenis layanan ini, konselor sekolah mampu menjejar jalan yang sesuai untuk melakukan *referral*.

Dengan melakukan kolaborasi dengan layanan keluarga di dalam masyarakat, konselor sekolah menyadari pengaruh dinamika keluarga terhadap perkembangan anak dan remaja. Mempertahankan pengaruh ini serta menggunakannya untuk mengembangkan tujuan dan strategi positif merupakan hal yang penting, dan hubungan kerjasama antara sekolah dan para praktisi keluarga merupakan jalan untuk mencapai tujuan-tujuan ini.

Konselor dapat menggunakan kesempatan untuk membentuk hubungan kolaboratif antara sekolah dan para praktisi keluarga. Misalnya, konselor keluarga dapat mendidik personel sekolah mengenai kebutuhan dan tekanan dalam keluarga, serta untuk mendukung keterlibatan orang tua dan siswa di sekolah dengan tanpa ancaman. Profesional di masyarakat ini dapat membuat sekolah menjadi sensitif terhadap kehancuran keluarga yang mungkin merusak hubungan kasih sayang sebelumnya, berganti menjadi hubungan yang penuh kebencian dan kepahitan. Konsultasi antara konselor sekolah dan konselor keluarga membuat sekolah, khususnya para guru memiliki informasi mengenai tekanan dan kesulitan yang mempengaruhi kehidupan siswa sehari-hari.

Pada beberapa kasus, konselor sekolah bekerjasama dengan seluruh keluarga (Hinkle,1993; Nicoll,1984). Model konseling keluarga

yang dapat diimplementasikan dalam program konseling sekolah telah didukung oleh literatur konseling. Misalnya Williams, Robinson, dan Smaby (1988) yang mengajukan “model keterampilan kelompok yang menggabungkan teknik yang berhubungan dengan pemecahan masalah dan komunikasi interpersonal”. Mereka merancang model untuk melakukan intervensi terhadap masalah anak dan remaja yang merupakan cabang dari disfungsi hubungan keluarga. Amatea & Fabrick (1981) merekomendasikan pendekatan sistem keluarga sebagai alternatif dari konseling tradisional dengan siswa. Konseling Alderian melalui konsep pendekatan lain terhadap layanan keluarga, juga mendukung praktek konseling sekolah dan pelatihan konselor (Nicoll, 1984). Meski beragam, pihak-pihak yang melakukan konseling keluarga dan layanan keluarga lainnya menyarankan integrasi pendekatan ini perlu penyesuaian jadwal konselor sekolah untuk waktu-waktu lembur bila diperlukan (Palmo *et al.*, 1984). Sebagai tambahan, intervensi keluarga harus melingkupi bermacam layanan, termasuk konseling keluarga, aktivitas pendidikan orang tua, dan kelompok dukungan orang tua dalam program layanan yang komprehensif.

Colbert (1996) meyarankan model upaya kolaborasi dan koordinasi yang mendukung konselor untuk mengembangkan hubungan rekanan dengan keluarga. Ia mempertahankan bahwa usaha tersebut seiring dengan pembentukan kembali inisiatif sekolah, dan pendefinisian kembali peran konselor sekolah dalam program yang komprehensif. Serupa dengan pendapat Keys dan Bemak (1997) yang menyarankan fokus konselor sekolah adalah “hanya” untuk memperkecil ketersediaan layanan multidimensi yang diperlukan untuk mempengaruhi perubahan jangka panjang, dalam membantu individu yang harus terjadi di dalam jaringan kerja komunitas sekolah yang lebih luas, yang ditujukan kepada keluarga dan siswa.

Program konseling yang komprehensif merencanakan aktivitas untuk orang tua, dan mencoba membuat seluruh anggota keluarga terfokus pada situasi ketika terjadi hubungan antara perkembangan siswa dengan fungsi keluarga. Pada program konseling sekolah yang paling komprehensif, konseling keluarga dan layanan pendidikan orang tua masih terbatas. Untuk alasan ini, konselor sekolah yang menyediakan layanan keluarga terus menggantungkan diri pada

agen masyarakat dan para praktisi pribadi sebagai sumber *referral* utama. Dalam beberapa kelompok masyarakat, dimana layanan masyarakat tidak memenuhi kebutuhan populasi siswa, konselor sekolah bergantung pada psikolog, psikiatris, konselor, dan terapis lain untuk memantu siswa dan keluarganya.

e. Para praktisi pribadi

Psikiater, konselor, pekerja sosial klinis yang membuka praktek pribadi menawarkan beragam layanan bagi anak, remaja, dan keluarga untuk membantu perkembangan pendidikan, psikologis, dan sosial. Dengan mengidentifikasi para praktisi pribadi dalam masyarakat, konselor sekolah memperluas daftar sumber yang tersedia bagi siswa, orang tua, dan guru. Lebih panjang daftar tersebut, lebih banyak pilihan dan alternatif yang tersedia.

Ketika konselor sekolah menyarankan sumber masyarakat untuk membantu siswa dan orang tua dengan masalah tertentu, lebih baik memiliki daftar yang dimana orang tua dan siswa dapat memilih. Dengan cara ini, maka konselor menyerahkan pemilihan akhir kepada klien mereka, sehingga kesannya menunjukkan penghargaan kepada kemampuan mereka untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab. Biasanya orang tua dan siswa mempertimbangkan biaya, kecenderungan pribadi, dan faktor lain ketika memilih agen dan ahli sebagai layanan tambahan. Konselor lebih baik menyediakan informasi sebanyak mungkin, menawarkan daftar dengan dua pilihan atau lebih, dan membiarkan individu membuat keputusan mengenai bantuan lebih lanjut.

Dalam semua hubungan kolaboratif dengan orang tua, guru, pihak administrasi, para ahli, agen masyarakat, dan praktisi pribadi, konselor sekolah melatih komunikasi dan keterampilan konsultasi mereka untuk mengembangkan hubungan yang berhasil. Dalam banyak aspek, keterampilan konsultasi ini serupa dengan kompetensi yang digunakan konselor dalam hubungan-hubungan konseling kelompok dan individu (Schmidt & Osborne, 1981). Sementara ini, peran konsultatif yang dimainkan oleh konselor sekolah ketika bekerja dengan orang tua dan para profesional lain, memiliki perbedaan tujuan dan membuat kontribusi yang unik kepada perkembangan dan implementasi program konseling sekolah yang komprehensif.

C. Konselor sebagai Konsultan

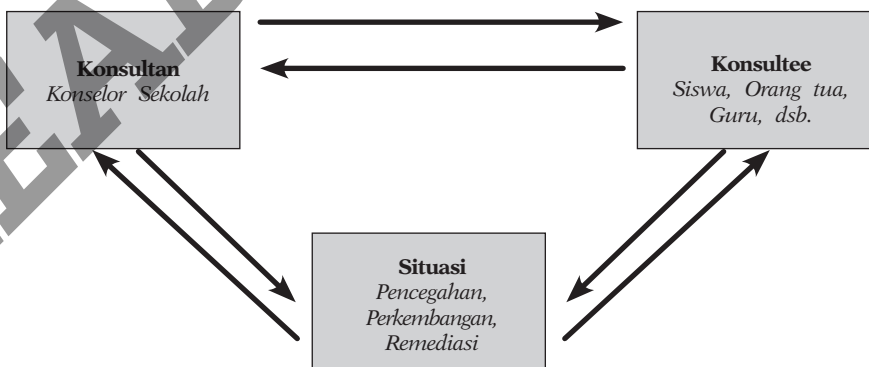
Konsultasi bukan merupakan hal yang baru dalam profesi konseling sekolah. Menurut Aubrey (1978), konseling sekolah dikembangkan pertama kali pada tahun 1966 pada laporan gabungan dari *American School Counselor Association (ASCA)* dan *Association for Counselor Education and Supervision (ACES)*. Pada akhir 1960, Faust memberikan penekanan khusus pada peran konsultasi konselor sekolah dalam bukunya *The Counselor/Consultant in The Elementary School* (1968b). Serupa dengan Fullmer dan Bernard (1972) yang menyebutkan konsultan-konselor sekolah sebagai “peran yang muncul” dalam dunia profesi. Sejak saat itu, banyak artikel dan buku yang memeriksa beragam cara yang digunakan oleh konselor sekolah, keterampilan dan proses konsultasi dengan siswa, orang tua, guru dan para profesional lain. Ketika konselor sekolah membantu siswa, orang tua, dan guru biasanya menghadapi masalah yang kompleks, dan harapannya adalah konsultasi berlanjut menjadi fungsi utama (Dustin & Ehly, 1992).

Penelitian telah menunjukkan bahwa konselor sekolah menghabiskan waktu dalam hubungan konsultasi (Hett & Davies, 1985; Ibrahim *et al.*, 1983). Khususnya konselor melakukan konsultasi dengan guru mengenai kemajuan, motivasi, dan perilaku kelas siswa. Konselor juga berperan sebagai agen *referral* bagi orang tua dan guru dalam menempatkan informasi dan sumber yang dapat membantu siswa, guru, dan orang tua melalui keterampilan untuk membimbing semua kelompok dalam menyadari tujuan karir dan pendidikan mereka. Banyak sudut pandang dan pendekatan bagi konselor untuk dipertimbangkan, tergantung kepada tujuan hubungan membantu mereka.

Pada bab 4, kami memperkenalkan beragam cara yang digunakan konselor sekolah untuk berkonsultasi dengan siswa, orang tua, dan guru untuk menyebarkan informasi, memberikan pembelajaran, menyediakan layanan pemecahan masalah, mendukung perubahan kurikulum, dan merencanakan kegiatan sekolah. Keterampilan dan proses yang berhubungan dengan beragam peran konsultasi ini serupa dengan hubungan bantuan lain yang dikembangkan oleh konselor sekolah, tetapi ada perbedaan secara struktural. Pada bagian ini, kami memeriksa beberapa aspek yang membedakan hubungan konsultasi dengan layanan konseling langsung.

Para konselor sekolah menggunakan konsultasi dalam konteks yang lebih luas yang memasukkan hubungan-hubungan pendidikan, informasional, dan pemecahan masalah. Misalnya, dalam beberapa aktivitas, konselor memainkan peran konsultasi untuk membantu sekolah mencegah masalah. Dalam aktivitas lain, konselor melakukan konsultasi dengan guru, orang tua, dan pihak lain untuk merencanakan aktivitas yang berfokus pada kebutuhan perkembangan siswa. Konsultasi ini membentuk hubungan *triadic* yang terdiri dari konselor-konsultan, seorang konsultee, dan situasi dengan orang lain (konseli) atau masalah eksternal tipe lain.

Salah satu cara untuk memvisualisasikan hubungan konsultasi adalah asosiasi *triangular* yang terdiri dari konsultan, konsultee, dan sebuah situasi. Terkadang dalam pertemuan kelompok ada lebih dari satu konsultee, tetapi struktur *triangular* tetap dapat diaplikasikan. Dalam konsultasi yang memfokuskan pada proses pencegahan, situasi biasanya ditujukan melalui pembelajaran atau berbagi informasi. Misalnya, jika seorang guru sekolah lanjutan ingin memperbaiki keterampilan komunikasi untuk meningkatkan hubungan penasihat-ternasihat (*advisor-advisee*), konselor dapat bertindak sebagai konsultan pembelajaran. Dalam skenario ini, guru berperan sebagai konsultee, dan situasinya adalah komunikasi guru-siswa. Gambar 9.1 menggambarkan *triangular* yang banyak digunakan dalam konsultasi oleh konselor sekolah. Panah dalam diagram mengindikasikan komunikasi, proses penemuan fakta, dan respons diantara ketiga elemen dalam hubungan konsultasi.



Gambar 9.1
Struktur *Triangular* untuk Konsultasi dalam Program Konseling Sekolah

Sudut pandang *triangular* dalam konsultasi berbeda dengan konseling langsung, karena tujuan utamanya adalah untuk menciptakan atau membetulkan situasi atau aspek eksternal lain ke dalam hubungan konsultan dan konsultee. Maka, konsultan bekerja dengan konsultee yang membuat penyesuaian atau intervensi dengan situasi tersebut. Singkatnya, hubungan konsultasi membantu individu lain dalam membuat perubahan langsung dalam hidupnya. Hansen dan rekan (1990) mengemukakan bahwa tidak seperti hubungan konseling, “konsultasi tidak utama digunakan untuk motivasi pribadi dari individu konsultee”.

Pada artikel awal, Kurpius & Robinson (1978) membuat garis besar beragam mode konsultasi yang memasukkan beragam tujuan. Lebih baru lagi, Kurpius & Fuqua (1993a) menggambarkan kembali empat mode konsultasi generik. Mode ini menawarkan berbagai peran yang dapat diadopsi oleh konselor saat melaksanakan fungsi konsultasi. Peran pertama adalah seorang ahli (*expert*). Pada mode ini, konselor menyediakan jawaban dari masalah apapun dengan menawarkan informasi profesional kepada siswa, orang tua, dan guru. Pada aktivitas tertentu, konsultan “ahli” menggunakan keterampilan langsung dalam “membetulkan” situasi yang rusak. Serupa dengan mode “ahli” yaitu “peran perspektif” yang diasumsikan oleh konselor ketika mereka mengumpulkan informasi, mendiagnosis situasi, dan merekomendasi solusi. Peran konsultasi ketiga adalah *kolaborator*. Peran ini digunakan konselor ketika konselor bekerja dalam posisi kemitraan dengan konsultee untuk menentukan wilayah permasalahan dan merancang strategi untuk mempengaruhi perubahan. Mediasi adalah mode konsultasi keempat yang dideskripsikan oleh Kurpius dan Fuqua (1993a). Terkadang ketika konselor membantu konsultee yang tidak saling mengenal atau tidak mengenal situasi eksternal, konsultasi mengambil bentuk negosiasi atau mediasi. Pada aktivitas ini, konselor-konsultan adalah yang menjadi *mediator* dan *negosiator*. Konselor berusaha untuk menemukan landasan yang sama di antara sudut pandang yang bertolak belakang, dan melakukan kompromi untuk mencapai negosiasi. Kepada keempat mode ini, saya menambahkan *instruktur* sebagai peran konsultasi kelima bagi konselor sekolah. Ini biasanya dilakukan konselor dalam aktivitas program pendidikan orang tua, layanan guru, dan bimbingan ruang kelas dengan siswa.

Peran konsultasi yang digunakan konselor sebagai *kolaborator* mengembangkan hubungan yang seimbang diantara partisipan untuk memfasilitasi perubahan (Kurpius & Robinson, 1978; Kurpius & Fuqua, 1993a). Mode kolaboratif pada umumnya diterima sebagai peran yang memungkinkan bagi konselor sekolah ketika berkonsultasi dengan siswa, orang tua, dan guru (Brown *et al.*, 2001). Mode kolaboratif juga efektif dalam melakukan konsultasi dengan pihak administrasi sekolah, pekerja sosial, dan para profesional lain yang mencari cara untuk meningkatkan kesempatan pendidikan dan kemajuan perkembangan siswa.

Di sekolah, konsultasi instruksional dan informasional sangat berbeda dengan hubungan konseling, tetapi konsultasi pemecahan masalah serupa dengan proses konseling, karena perasaan konsultee turut dipertimbangkan dalam eksplorasi dan pemilihan strategi dan alternatif yang memungkinkan. Penggunaan proses konsultasi dalam program konseling sekolah memerlukan aplikasi berbagai proses untuk memperbaiki informasi, menawarkan pembelajaran atau memecahkan kembali situasi yang sulit. Hasilnya, peran dan proses yang dipilih oleh konselor sekolah ditentukan sebagian besar oleh tujuan konsultasi itu sendiri.

Konsultasi informasional dan instruksional memerlukan proses seperti persiapan, presentasi, balikan, dan evaluasi. Sedangkan konsultasi pemecahan masalah hanya memiliki sedikit perbedaan fokus. Dengan demikian hal ini memerlukan keterampilan dan proses yang berbeda pula. Dalam konsultasi pemecahan masalah, konselor mengumpulkan informasi, memfasilitasi pembuatan keputusan, memperoleh kesepakatan, melakukan tindak lanjut terhadap kesepakatan, dan mengevaluasi hasil. Sekarang kita pertimbangkan perbedaan peran dan proses konsultasi bila saling dihubungkan.

Proses dan keterampilan yang digunakan untuk membawakan informasi dan menampilkan pembelajaran adalah serupa. Para konselor di sekolah merencanakan program dengan para guru, memimpin kelompok pendidikan orang tua, dan memfasilitasi bimbingan di ruang kelas, serta aktivitas instruksional lain yang menggunakan perilaku yang serupa. Keterampilan dan proses yang digunakan oleh konselor sekolah dalam tipe aktivitas ini serupa dengan pendekatan instruksional yang digunakan oleh guru kelas. Pendekatan instruksional dapat diklasifikasikan ke dalam empat

kategori, termasuk memproses informasi, interaksi sosial, pendidikan individual, serta modifikasi perilaku (Good & Brophy, 1994).

Para konselor sekolah menggunakan keempat pendekatan ini dalam beragam aktivitas instruksional dan informasional dengan siswa, orang tua, dan guru.

1. *Memproses informasi* adalah salah satu tipe pembelajaran yang digunakan oleh konselor sekolah untuk menyebarkan materi karir dan pendidikan kepada siswa dan orang tua. Menampilkan informasi kursus, mendiskusikan kesempatan bantuan finansial, dan meninjau sumber-sumber yang tersedia di masyarakat merupakan beberapa contoh menampilkan informasional yang terencana dan terlaksana oleh konselor sekolah.
2. *Pendekatan interaksi sosial* digunakan dalam layanan guru, pendidikan orang tua, dan kelompok kerja dengan siswa. Dalam hubungan-hubungan ini, partisipan didukung untuk saling berinteraksi dan belajar mengenai topik yang ditentukan dalam program. Dengan menggunakan prosedur interaksi sosial, konselor sekolah menggabungkan diri pada kombinasi anggota kelompok profesional untuk menemukan solusi, menawarkan gagasan, dan mengeksplorasi alternatif. Dengan cara demikian, konselor terhindar dari “menjadi ahli tunggal” dan menjadi fasilitator proses pembelajaran.
3. *Konsultasi individual* menyediakan informasi dan pembelajaran melalui kontak singkat dengan siswa, guru dan orang tua. Konselor-konsultan dalam aktivitas ini bertindak sebagai papan pendengar dan membuat individu mampu memilih sebuah arah, menemukan materi yang sesuai, mempelajari keterampilan yang diperlukan, dan mencapai tujuan yang telah diidentifikasi. Contoh konsultasi tipe ini adalah ketika siswa sekolah lanjutan mencari bantuan konselor dalam memilih tempat kuliah. Konselor menunjukkan kepada siswa yang bersangkutan bagaimana untuk meninjau sumber, mengelola inventori minat mengenai pilihan kuliah, dan memberi bantuan lain untuk membuat siswa mampu memperkecil pilihan.
4. *Strategi modifikasi perilaku* sangat membantu dalam konsultasi individual ataupun dalam konsultasi kelompok. Pendekatan *behavioral* secara individual dengan siswa, dapat membantu mengajarkan keterampilan tertentu atau dalam menghadapi

suatu situasi, dapat pula digunakan untuk membelajarkan para orang tua dalam mengelola keterampilan di sekolah dan di rumah. Terkadang pembelajaran perilaku merupakan strategi yang digunakan juga dalam konsultasi pemecahan masalah.

Masing-masing pendekatan ini berdasarkan pada proses dan keterampilan tertentu dari konselor-konsultan. Pada umumnya, proses dan keterampilan ini termasuk perilaku yang berhubungan dengan persiapan, presentasi, balikan, dan evaluasi.

1. Persiapan

Pembelajaran dan informasi yang sukses memerlukan persiapan materi dan waktu yang cukup. Konselor yang mengadakan aktivitas bimbingan di ruang kelas, layanan guru, dan program pendidikan orang tua akan berhasil jika mereka memilih tujuan pembelajaran secara teliti, merencanakan aktivitas belajar yang sesuai, dan menjadwalkan waktu pelaksanaan dengan waktu yang masuk akal. Misalnya, ketika konselor akan melaksanakan bimbingan di ruang kelas, mereka merencanakan aktivitas yang sesuai dengan perkembangan semua siswa di kelompok tersebut. Isi pelajaran dan aktivitas yang mereka pilih untuk pembelajaran, termasuk pemilihan kosakata dan konsep yang dipahami oleh siswa SD, SMP, atau SMA. Pada waktu yang bersamaan, konselor menyiapkan waktu yang cukup dengan pertimbangan usia dan perkembangan siswa. Siswa SD, SMP, dan SMA memiliki toleransi terhadap beragam tipe presentasi untuk beragam jangka waktu. Dengan mengetahui perbedaan dan penyesuaian perencanaan program ini, kecenderungan siswa akan menghadiri presentasi dan meraih tujuan pelajaran yang dimaksudkan.

Ketika konselor mampu memilih tujuan yang sesuai dengan perkembangan, penggunaan materi dan media yang akan membuat partisipan responsif, jadwal waktu yang memfasilitasi pembelajaran optimal, presentasi konselor pada siswa, orang tua dan guru biasanya akan berhasil. Persiapan yang cukup untuk mengawali proses ini, lalu diikuti dengan keterampilan presentasi yang efektif juga merupakan hal yang sangat penting untuk mencapai tujuan yang ditentukan.

2. Presentasi

Bimbingan yang berhasil, layanan, dan presentasi lain yang dilakukan oleh konselor sekolah tergantung pada keterampilan yang serupa dengan keterampilan yang digunakan oleh guru yang efektif. Penelitian mengenai karakteristik guru yang efektif belum menemukan penemuan yang berarti, tetapi konsensus di antara para pendidikan menitikberatkan pada keterampilan dan perilaku yang membedakan pembelajaran yang efektif (Ryan & Cooper, 1988), termasuk diantaranya:

- a. Merancang pembelajaran dan menyatakan tujuan untuk membuat siswa mengetahui apa yang diharapkan dan apa yang akan mereka pelajari.
- b. Memonitor kemajuan siswa dengan umpan balik yang biasa dan penugasan berorientasi tugas.
- c. Menggunakan pembelajaran yang tepat-tempat yang menuntut siswa untuk melakukan analisis, sintesis, atau mengevaluasi informasi.
- d. Menggunakan bahasa yang mencantumkan harapan tinggi bagi semua siswa.
- e. Mengelola ruang kelas dengan keterampilan yang sesuai, penguatan yang positif, dan perhatian kepada prestasi siswa.

Daftar ini bukan merupakan kesimpulan akhir. Masih ada perilaku lain dari guru yang berhubungan dengan efektivitas pembelajaran dan pembelajaran nonal. Daftar ini terfokus pada perilaku yang biasanya bermanfaat dalam menampilkan pembelajaran afektif, seperti bimbingan di ruang kelas. Beberapa perilaku tertentu yang seharusnya ditampilkan oleh guru dan konselor dalam melaksanakan bimbingan di ruang kelas di antaranya adalah:

- a. Memulai pelajaran dengan segera dan menggunakan waktu secara efektif.
- b. Menata tujuan presentasi dengan jelas.
- c. Memberikan pembelajaran dan pengarahan yang jelas.
- d. Mendukung partisipasi semua siswa.
- e. Menunjukkan keterampilan mengelola kelompok dengan tepat.
- f. Memfasilitasi sesi dengan keterampilan mendengarkan, bertanya, melakukan refleksi, klarifikasi, dan menyimpulkan.
- g. Menghargai individualitas setiap siswa.

- h. Mengakui dan melakukan penguatan terhadap kemauan siswa untuk berkontribusi.
- i. Menyediakan umpan balik yang efektif bagi siswa.
- j. Menggunakan pengukuran yang dapat dievaluasi untuk menilai hasil pelajaran.

Perilaku ini juga dapat dihubungkan dengan presentasi kepada orang tua dan guru untuk tujuan-tujuan pembelajaran nonal dan informasional. Dengan mempertimbangkan tipe presentasi, maka konselor dapat menggunakan perilaku efektif dan mengevaluasi hasil layanan mereka. Singkatnya, presenter yang sukses sangat terkait dengan aktivitas yang dibawakan, mendukung pertukaran antara dirinya dan partisipan, memfasilitasi interaksi yang sesuai diantara anggota kelompok, menggunakan teknik-teknik manajemen yang mempertahankan perintah tanpa mencegah partisipasi, dan tetap menjaga presentasi agar tetap diminati, tanpa bergerak terlalu cepat hingga meninggalkan beberapa partisipan.

3. Balikan

Untuk konsultasi pembelajaran nonal dan informasional, konselor menentukan tujuan untuk mendistribusikan informasi atau mengajarkan pengetahuan dan keterampilan kepada partisipan tertentu. Untuk menciptakan lingkungan belajar tempat orang menerima informasi dan memperoleh keterampilan, konselor-konsultan mencari umpan balik yang berkelanjutan dari para partisipan. Dengan cara ini, presentasi menjadi lebih dari sekedar diskusi didaktik. Tetapi konselor-konsultan mendukung pertukaran gagasan dan pendapat mengenai masalah yang menjadi topik presentasi. Bimbingan di ruang kelas seringkali mengajarkan pendidikan karakter, kualitas warga negara, dan ciri lain yang dihargai oleh masyarakat. Meskipun sesuai untuk memasukkan tujuan tersebut dalam kurikulum bimbingan, para guru dan konselor tetap terbuka terhadap pandangan yang mengekspresikan perbedaan, dan terkadang bertolak belakang mengenai masalah-masalah penting. Sebuah pertukaran yang sehat di antara siswa, orang tua, dan partisipan lain dalam tipe presentasi ini mendukung penerimaan dan prinsip-prinsip demokratis yang tidak tetap yang dirangkul oleh masyarakat dan sekolah.

4. Evaluasi

Konselor mengukur efektivitas presentasi mereka dengan menanyakan dua pertanyaan: 1) Apakah informasi atau isi aktivitas telah diperoleh para partisipan? 2) Apakah partisipan telah mengindikasikan kepuasan terhadap presentasi?

Mereka menjawab pertanyaan pertama dengan melakukan observasi terhadap keterampilan yang diperoleh partisipan, atau dengan menilai apakah partisipan telah memperoleh informasi dan pengetahuan yang diinginkan. Misalnya, seorang konselor yang mempresentasikan strategi resolusi konflik kepada siswa tengah tahun, mungkin akan mengevaluasi dampak aktivitas ini dengan meminta guru kelas untuk memonitor perilaku siswa dan mengukur perolehan keterampilan negosiasi dan mediasi. Proses evaluatif lain yang dapat digunakan oleh konselor adalah meminta siswa melengkapi kuesioner untuk mengukur pemahaman mereka mengenai informasi yang telah dipresentasikan, juga untuk mengukur kepuasan siswa terhadap program kelompok. Format 9.1 menggambarkan contoh kuesioner yang dapat digunakan oleh konselor dengan siswa tengah tahun dengan materi resolusi konflik.

Dengan mengevaluasi presentasi, para konselor sekolah mampu membuat penyesuaian dalam program mereka, dan secara akurat memenuhi kebutuhan siswa, orang tua, dan guru. Hanya ada sedikit alasan bagi konselor untuk melanjutkan aktivitas yang tidak mencapai hasil yang memuaskan. Karena waktu terbatas, konselor harus mengevaluasi aktivitas dan layanan berdasarkan sebaik apa mereka memenuhi kebutuhan populasi tersebut, serta membuang hal yang memiliki efek paling sedikit terhadap tujuan program.

Sebagai tambahan presentasi kelompok yang berfokus pada pembelajaran perkembangan dan memfasilitasi penyebaran informasi, para konselor sekolah membantu konseli dalam meneliti masalah, mengeksplorasi solusi, memilih strategi, dan menilai hasil. Banyak model pemecahan masalah telah dikembangkan dan dipresentasikan dalam literatur konsultasi bagi para konselor sekolah (Brown *et al.*, 2001). Pada umumnya, model-model ini terdiri dari fase atau tahapan yang serupa. Variasi ditemukan dalam tahapan yang diajukan ini, atau dalam bahasa yang digunakan untuk mendeskripsikan proses di dalam tahapan, yang biasanya dihubungkan dengan perbedaan

dalam fondasi teoritis model tersebut. Misalnya, konsultasi yang berorientasi *behavioral* berbeda dengan pendekatan Adlerian, tidak karena perbedaan fundamental dalam struktur konsultasi, tetapi karena bagaimana setiap teori memandang perkembangan dan perilaku manusia. Pandangan *behavioral* berfokus pada dorongan-dorongan eksternal yang mempengaruhi perilaku dan perkembangan, sedangkan teori Adlerian menekankan pada persepsi orang serta kekuatan interpretatif dalam menciptakan sudut pandang yang unik mengenai dunia dan peran mereka di dalamnya.

Format 9.1

Contoh Format Evaluasi Kelompok

Partisipasi anda dalam Kelompok Resolusi Konflik telah dihargai. Tolong evaluasi kelompok kami dengan menjawab pertanyaan berikut. Indikasikan jawaban Anda dengan melingkari YA, TIDAK, atau TIDAK YAKIN. Terima kasih.

1. Apakah Anda belajar mengenai diri anda sendiri dalam kelompok ini?
2. Apakah Anda belajar mengenai orang lain dalam kelompok ini?
3. Apakah kelompok membantu Anda mengenai konflik?
4. Apakah Anda mempelajari cara untuk menangani konflik?
5. Apakah konselor mendengarkan orang dalam kelompok?
6. Apakah Anda diizinkan untuk mengeluarkan pendapat?
7. Apakah anggota kelompok lain membantu Anda?
8. Apakah bergabung dengan kelompok ini membantu Anda?
9. Apakah kepemimpinan konselor membantu Anda?
10. Apakah Anda akan merekomendasikan kelompok ini pada siswa lain?

Pemecahan masalah dan konsultasi situasional yang dilakukan oleh para konselor sekolah dapat digambarkan oleh model empat tahap generik yang dapat diadaptasi pada beragam perspektif teoretikal. Model ini terdiri dari fase-fase pengenalan, eksplorasi, implementasi, dan evaluasi.

a. Perkenalan

Pada fase ini, konselor-konsultan menemui konsultee, membuat perkenalan, menyatakan tujuan pertemuan, dan mendengarkan masalah utama. Tujuan inti bagi konselor dari fase ini adalah untuk membantu konsultee mengembangkan hubungan baik dan mulai mengumpulkan informasi yang akan membantu mereka menyetujui apa yang menjadi permasalahan utama dan masalah nyata yang memerlukan perhatian segera.

Alasan tambahan untuk mengumpulkan informasi dalam fase perkenalan adalah untuk membuat konsultan dan konsultee mampu memiliki data dan materi lain dalam eksplorasi solusi alternatif yang memungkinkan. Konselor-konsultan menggunakan observasi, tes, inventori, rekaman, wawancara, dan proses lain untuk mengumpulkan informasi yang relevan. Pengumpulan ini merupakan proses tanpa menghakimi, dimana konsultan menerima masukan dari konsultee. Kemudian, melalui evaluasi dan menyaring beragam informasi, konsultan membuat pendapat mengenai beragam data untuk melakukan pengarahannya yang akurat, tetapi pada awal tahapan ini informasi dikumpulkan secara sederhana.

b. Eksplorasi

Setelah hubungan dikembangkan dan pemahaman yang jelas mengenai masalah tercapai, peran partisipan harus dieksplorasi dan diklarifikasi. Proses ini penting supaya semua orang dalam hubungan mengetahui tanggung jawab mereka seperti halnya kewajiban lain yang dinilai oleh setiap orang yang terkait. Misalnya, ketika orang tua melakukan konsultasi dengan konselor sekolah mengenai perilaku anak di rumah, baik konselor dan orang tua setuju bahwa peran konselor tidak untuk pergi ke rumah dan mengatasi situasi, tetapi menawarkan sumber, informasi, dan kesempatan pembelajaran yang dapat dipilih oleh orang tua sebagai strategi untuk menangani masalah.

Bila peran sudah jelas, partisipan dalam konsultasi siap melakukan eksplorasi situasi dan mempertimbangkan strategi untuk menanganinya. Pada fase ini, informasi yang telah dikumpulkan sebelumnya diteliti, strategi dan pendekatan yang diusahakan sebelumnya didiskusikan, dan kemungkinan tambahan diperdebatkan. Terkadang konsultan mengajukan teknik *brainstorming* untuk memperluas alternatif. *Brainstorming* adalah proses membuat daftar semua gagasan yang

tersedia, tanpa mempertimbangkan ketidaktepatan, tidak praktis, atau tidak sesuai. Saat daftar sudah terkumpul, konsultan dan konsultee mulai menyempitkan alternatif tersebut. Proses apapun yang dipilih konsultan untuk mengeksplorasi kemungkinan, hasil fase hubungan ini adalah untuk mengidentifikasi dan menyetujui salah satu atau banyak alternatif untuk diimplementasikan.

c. Implementasi

Eksplorasi tanpa tindakan tidak akan mengarah pada tujuan yang tidak jelas. Hubungan konsultasi yang berhasil menggunakan persetujuan yang telah dicapai pada fase eksplorasi untuk merancang perencanaan tindakan, menugaskan tanggung jawab dan membuat komitmen berdasarkan penugasan-penugasan tersebut. Sebuah rencana tindakan membiarkan partisipan mengetahui apa yang akan dilaksanakan, oleh siapa, dan kapan akan dicapai.

d. Evaluasi

Hanya melalui rancangan dan melakukan implementasi rencana tindakan dengan penugasan dan batas waktu yang jelas, konsultan-konselor mampu melakukan *follow up* yang sesuai, dan evaluasi hubungan konsultasi mereka.

Model empat fase untuk konsultasi pemecahan masalah ini menyediakan struktur yang dapat digunakan oleh konselor sekolah untuk melakukan proses informasi dengan siswa, orang tua, guru dan para profesional lain, serta membentuk persetujuan untuk melaksanakan rencana tindakan tertentu. Pada semua fase ini, ada keterampilan tertentu yang digabungkan oleh konsultan untuk menggerakkan proses konsultasi kepada kesimpulan yang berhasil.

Tabel 9.2 menggambarkan model pemecahan masalah dengan menggunakan empat fase konsultasi yang dijelaskan di atas. Keterampilan konsultasi dan tujuan dibuat dalam setiap fase. Tentunya setiap keterampilan akan berguna selama hubungan konsultasi, dan dapat ditemukan pada lebih dari satu fase. Pada Tabel 9.2, keterampilan yang tercantum sangat penting bagi fase yang diindikasikan, tetapi juga bermanfaat selama tahapan konsultasi lain.

Tabel 9.2 Fase, Keterampilan dan Tujuan Konsultasi

Fase	Keterampilan	Tujuan
Perkenalan	Mendengarkan dan <i>attending</i> Merespons isi dan perasaan Klarifikasi Menyimpulkan untuk memahami	Mengembangkan hubungan baik Mengidentifikasi masalah dan prioritas Mengumpulkan informasi
Eksplorasi	Bertanya <i>Structuring</i> <i>Focusing</i> Klarifikasi peran Interpretasi data <i>Instruktif/informing</i> <i>Brainstorming</i>	Memperkecil masalah Membuat daftar pilihan Mencari persetujuan kemungkinan Bergerak menuju tindakan
Implementasi	Mediasi/negosiasi <i>Konfronting</i> Membuat prioritas Perencanaan	Memilih strategi Menunjuk tanggung jawab Menentukan tujuan dan garis waktu
Evaluasi	Observasi Membuat dokumentasi Menilai Menyimpulkan	Menilai hasil Melakukan <i>follow up</i> terhadap persetujuan Mencapai penutupan

Karena begitu banyak keterampilan yang direkomendasikan untuk beragam hubungan konsultasi, maka dalam hal ini sangat diperlukan ketelitian: *Pertama*, konselor-konsultan harus mengetahui dan memiliki keterampilan dalam menggunakan perilaku fasilitatif. Keterampilan yang digunakan tanpa pengetahuan berpotensi merusak hubungan. *Kedua*, frekuensi penggunaan keterampilan tertentu dapat mempengaruhi keberhasilan sesi atau interaksi tertentu. Misalnya, seorang konsultan yang berpengetahuan dan keterampilan dalam menggunakan *paraphrasing*, tapi bila ia menggunakan keterampilan ini berulang-ulang, konsultee akan mulai bosan. Pada akhirnya, hubungan akan menjadi ragu-ragu dan bantuan konsultan akan ditolak. *Ketiga*, dalam menggunakan keterampilan berhubungan dengan waktu. Bahkan intervensi terbaik kehilangan tanda mereka saat mereka menggunakan waktu secara salah. Konsultan yang sukses mengetahui “apa” yang harus dilakukan, dan tahu “kapan” harus

melakukannya. Pertanyaan dengan niat baik yang ditanyakan pada waktu yang tidak tepat tidak akan mencapai tujuannya. Konsultasi yang berhasil adalah seperti pertunjukkan sulap, yang memerlukan penggunaan waktu tepat dari keterampilan yang berpengetahuan.

D. Penelitian dalam Bidang Kolaborasi, Konsultasi dan Referral

Penelitian dalam bidang konsultasi memang banyak tersedia, tetapi seperti yang disebutkan oleh banyak penulis, permasalahan metodologis adalah hal yang umum. Hal ini menimbulkan kesulitan dalam menggambarkan kesimpulan yang tepat dan akurat (Brown, *et al.*, 2001; Froehle & Rominger, 1993). Salah satu hal yang sering terjadi adalah bahwa konsultasi kekurangan definisi dan deskripsi yang jelas, dikarenakan beragamnya struktur dan kodel yang diajukan oleh literatur dan yang digunakan oleh para konselor di sekolah. Selain itu, penelitian belum membandingkan efektivitas proses yang digunakan oleh para pendamping dalam beragam program layanan. Banyak literatur dan penelitian dalam bidang konsultasi sekolah yang terlihat di konseling sekolah dan psikologi sekolah. Tetapi kedua bidang profesional ini belum dibandingkan untuk menentukan apakah terlihat perbedaan dalam efektivitas praktek konsultasi dengan orang tua, guru, dan para profesional lain. Penelitian selanjutnya seharusnya memeriksa bagaimana konselor dan psikolog menggunakan pendekatan ini untuk menentukan apakah fokus dan pelatihan profesional membuat perbedaan dalam hubungan konsultasi.

Dalam bidang konseling sekolah, penelitian telah terfokus pada beberapa pendekatan teoretis, yaitu Alderian (Frazier & Matthes, 1975; Jackson & Brown, 1986; Williams, Omizo, & Abrams, 1984) serta program-program *behavioral* (Giannotti & Doyle, 1982; Henderson, 1978b; Weathers & Liberman, 1975), dalam meneliti efektivitas penggunaan konsultasi. Beberapa penelitian melaporkan adanya pengaruh program konsultasi dan pelatihan tertentu, seperti kelompok dukungan untuk orang tua yang melakukan tindakan kekerasan (Post-Kramer, 1988).

Meskipun sejumlah penelitian yang meneliti *efficacy* dan efektivitas program konsultasi orang tua telah diterbitkan, penelitian terhadap konsultasi guru-orang tua sangat terbatas. Pada satu penelitian, Cunningham dan Hare (1989) melaporkan keberhasilan dalam melakukan pembelajaran terhadap guru pada proses perawatan anak. Dengan melatih guru dalam bidang pendidikan kematian dan perawatan anak, konselor mampu meningkatkan efektivitas guru dalam membantu anak melalui proses berduka (Hare & Cunningham, 1988; Molnar-Stickels, 1985).

Pada umumnya, penelitian yang terbatas tersebut mengindikasikan hasil yang positif dengan beragam tipe layanan konsultasi dan program yang digunakan oleh para konselor sekolah. Tetapi masih diperlukan banyak penelitian yang dirancang dengan baik. Sebagai contoh, beberapa penelitian akan disimpulkan di bawah ini.

Henderson (1987b) melaporkan hasil yang positif dalam meningkatkan keterampilan berpikir alternatif pada anak dengan mengkombinasikan program-program pendidikan afektif dengan keterlibatan orang tua. Siswa menerima pembelajaran bimbingan di kelas dan orang tua berpartisipasi dalam seminar bertema *Helping Our Children with Reading*. Meskipun penelitian tersebut gagal menunjukkan hasil yang signifikan pada semua variabel, siswa yang orang tuanya mengikuti seminar, menunjukkan hasil yang lebih signifikan dalam pengukuran pemikiran alternatif daripada siswa yang orang tuanya tidak mengikuti seminar. Pemikiran alternatif didefinisikan sebagai kemampuan anak untuk mengumpulkan solusi dalam beragam tipe masalah interpersonal.

Giannotti & Doyle (1982) menggunakan *Parent Effectiveness Training* (PET) dengan orang tua yang anaknya memiliki ketidakmampuan belajar untuk meneliti perilaku orang tua, persepsi anak terhadap perilaku orang tua, konsep diri anak, dan perilaku anak di sekolah. Dengan menggunakan rancangan kelompok kontrol *pretest-posttest*, penelitian tersebut menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam semua keempat variabel. Orang tua yang berpartisipasi dalam PET melaporkan bahwa mereka lebih percaya diri dalam keterampilan orang tua mereka, kesadaran yang lebih besar mengenai pengaruh perilaku mereka terhadap anak, pemahaman yang lebih baik mengenai kebutuhan mereka sendiri, dan kemauan yang lebih

besar untuk mempercayai anak mereka daripada orang tua yang tidak mengikuti PET. Sebagai tambahan, anak yang orang tuanya mengikuti PET memperoleh nilai yang lebih tinggi dalam pengukuran konsep diri. Peringkat guru mengenai perilaku siswa juga mengindikasikan perbedaan yang signifikan dalam beberapa wilayah. Siswa yang orang tuanya mengikuti PET terlihat tidak terlalu mencemaskan prestasi sekolah, lebih banyak ketergantungan terhadap diri sendiri, dan lebih sering mencari hubungan yang positif dengan guru.

Dua penelitian mengenai *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP), yaitu sebuah program yang berdasarkan prinsip-prinsip Adlerian, menunjukkan beberapa dukungan bagi tipe konsultasi ini. Sebuah penelitian pada tahun 1984 mengukur perubahan dalam perilaku orang tua setelah berpartisipasi dalam program STEP (Williams *et al.*, 1984). Penelitian ini juga meneliti perubahan *locus of control* anak yang orang tuanya turut berpartisipasi. Semua anak dalam penelitian ini diidentifikasi memiliki ketidakmampuan belajar. Orang tua ditunjuk untuk mengikuti kelompok eksperimen (STEP) atau kelompok kontrol. Program STEP dipresentasikan kepada kelompok eksperimen selama sembilan minggu berturut-turut dalam sesi dua jam. Hasilnya mengindikasikan bahwa kelompok eksperimen menunjukkan perbedaan yang signifikan dari kelompok kontrol orang tua. Seperti yang telah diukur oleh *Parent Attitude Survey* (PAS) dalam rancangan *pretest* dan *posttest*, orang tua STEP dapat lebih menerima dan memercayai setelah berpartisipasi dalam program, serta mereka memandang perilaku mereka sebagai faktor yang berkontribusi dalam perilaku anak mereka.

Penelitian STEP lain melibatkan 25 orang tua dalam kelompok eksperimen, dan 20 orang tua dalam kelompok kontrol “daftar tunggu”, serta menggunakan format 8-sesi, dengan satu setengah jam dalam setiap sesi (Jackson & Brown, 1986). Penelitian tersebut meneliti perubahan konsep diri anak, persepsi perilaku dan sikap orang tua. Tidak seperti penelitian di atas, penelitian ini hanya menemukan satu perbedaan yang signifikan dalam sikap orang tua. Orang tua dalam program STEP memiliki skor yang lebih tinggi dalam skala kepercayaan daripada orang tua dalam kelompok kontrol. Sementara dalam penelitian ini tidak ada hasil lain yang signifikan, baik pada orang tua maupun pada anak. Penulis menyimpulkan

bahwa penemuan ini gagal mendukung penelitian sebelumnya, tapi mereka mencatat bahwa dukungan paling sederhana yang ditemukan bagi program STEP “harus mendukung para konselor yang berharap mempengaruhi perilaku orang tua secara positif terhadap anak mereka” (Jackson & Brown, 1986:103).

Bimbingan di ruang kelas merupakan tipe konsultasi lain yang digunakan oleh para konselor untuk menyediakan informasi atau pembelajaran, serta penelitian mengenai layanan ini telah dibahas pada tinjauan bab 6. Dalam tinjauannya, Borders & Drury (1992) menjelaskan bahwa pergerakan menuju program yang lebih komprehensif dalam konseling sekolah telah menyarankan kurikulum untuk berintegrasi dengan bimbingan. “Infusi” bimbingan ke dalam pembelajaran harian ini dapat dicapai hanya jika para konselor sekolah memimpin dan mendukung guru untuk mengadopsi filosofi ini, membantu guru merencanakan integrasi, dan menyediakan sumber bagi guru yang ingin memasukkan tujuan bimbingan dalam pembelajaran harian mereka. Untuk memainkan peran kepemimpinan tersebut, para konselor harus memiliki pengetahuan atau pengalaman mengenai efektivitas aktivitas bimbingan di ruang kelas.

Meskipun masih banyak penelitian yang harus diselesaikan dalam meneliti efektivitas pendekatan konsultasi, konsultasi tetap menjadi praktek yang muncul dan penting dalam konseling sekolah. Melalui konsultasi kelompok dan individual, para konselor memperluas layanan mereka kepada para pengguna yang lebih luas, serta berkolaborasi dengan para profesional lain untuk merancang dan mengimplementasikan layanan yang efektif dan sesuai bagi para siswa, orang tua, dan guru. Aspek yang penting dari hubungan kolaboratif ini adalah mengumpulkan informasi yang akurat dan terpercaya untuk membuat keputusan yang sesuai mengenai program layanan BK komprehensif untuk mengembangkan kesehatan mental siswa di sekolah.

E. Kesimpulan

Kolaborasi, konsultasi dan *referral* merupakan salah satu bentuk upaya sekaligus kompetensi konselor sekolah dalam membantu peserta didik (konseli) melalui proses kerjasama dengan konseli dan pihak

lain (guru, kepala sekolah, administrator sekolah, dokter, psikolog, psikiater, ulama, agen kesehatan masyarakat, serta para ahli lainnya) agar konseli dapat memanfaatkan kompetensi atau kemampuannya, kekuatannya, dan sumber-sumber lain dalam mengembangkan dirinya secara optimal, mengatasi masalah gangguan kesehatan mental, dan konflik yang dihadapinya. Kolaborasi, konsultasi dan *referral* mengisyaratkan pentingnya pengembangan kompetensi konselor sekolah yang profesional, penerapan kode etik, dan pemahaman batas-batas profesional.

F. Pertanyaan untuk Diskusi dan Refleksi

1. Pelajari dengan seksama struktur kompetensi konselor Indonesia sesuai Permendiknas Nomor 27 Tahun 2008 tentang Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor Indonesia. Apakah struktur kompetensi tersebut telah mengakomodasi kompetensi kolaborasi, konsultasi dan *referral* konselor sekolah? Kemukakan argumentasi Anda!
2. Pelajari dengan seksama struktur kode etik konselor Indonesia yang dikeluarkan oleh organisasi profesi (ABKIN). Apakah struktur kompetensi tersebut telah mengakomodasi prosedur kolaborasi, konsultasi dan *referral* dalam menangani kasus (konseli)? Bagaimana komentar Anda?
3. Anda telah mempelajari bab 9 tentang kolaborasi, konsultasi, dan *referral* kasus. Analisislah keuntungan dan kerugian melakukan kolaborasi, konsultasi dan *referral* kasus (konseli)!
4. Pada suatu ketika konselor X melakukan kolaborasi, konsultasi dan *referral* kasus (konseli) kepada pakar lain yang lebih kompeten dan berwenang di bidangnya “tanpa sepengetahuan dan persetujuan konseli”. Apakah tindakan konselor tersebut dapat dibenarkan? Bagaimana pendapat Anda?

DAFTAR PUSTAKA

- Asosiasi Bimbingan dan Konseling. 2008. *Penataan Pendidikan Profesional Konselor dan Layanan Bimbingan dan Konseling dalam Jalur Pendidikan Formal*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia
- Baker, Stanley B. 1992. *School Counseling for Twenty First Century*. New York: Macmillan Publishing Company
- Baron, R.A., Donn Byane. 2003. *Social Psychology* (9th Edition). USA: Allyn & Bacon
- Bowers, J.L. & Hatch, P.A. 2002. *The National Model for School Counseling Program*. US: American School Counseling Association
- Bowman, N.A. 2010. The Development of Psychological Well-Being Among First-Year College Students. *Journal of College Student Development*. Vol. 51, No. 2. p.180
- Brown, J. V. & Manley, R. 2006. *The ASCA National Counseling Model*. Disampaikan pada *Interdisciplinary Conference April 7, 2006*. didownload tanggal 23 Oktober 2008. dari http://www.postsecondary.cps.k12.il.us/files/counseling/ASCA_National_Model.ppt

- Corey, Gerald, Corey, Marianne Schneider, Callanan, Patrick. 2007. *Instructor's Resource Manual for Issues and Ethics in the Helping Profession*. 7th edition. Thomson Brooks/Cole
- DeVoss, J.A. 2004. Current and future perspectives on school counseling. Dalam Erford (ed.) *Professional School Counseling, A Handbook of Theories, Programs, and Practices*. Texas: Caps Press
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. 2007. *Rambu-rambu Penyelenggaraan Bimbingan dan Konseling di Jalur Pendidikan Formal*. Jakarta: Dirjen DIKTI
- Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. 2010. *Panduan Pendidikan Profesi Guru*. Jakarta: Kementerian Pendidikan Nasional
- Egan, Gerard. 1990. *The Skilled Helper; A Systematic Approach to Effective Helping*. Brooks/Cole Publishing Company
- Erford, Bradley T (ed.). 2004. *Professional School Counseling, A Handbook of Theories, Programs, and Practices*. Texas: Caps Press
- Greenfield, E.A., Vaillant, G.E., Marks, N.F. 2009. Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 50 (June). p.196–212
- Gysbers, N.C. & Henderson, P. 2006. *Developing and Managing Your School Guidance and Counseling Program, 4th Edition*. Alexandria: American Counseling Association
- Hatch, P.A. 2004. The ASCA National Model: a framework for school counseling program, one vision, one voice for the profession. Dalam Erford (ed.) *Professional School Counseling, A Handbook of Theories, Programs, and Practices*. Texas: Caps Press
- Hackney, H.L., Cormier, S. 2009. *The Professional Counselor : A Process Guide to Helping*. New Jersey: Pearson
- <http://edukasi.kompasiana.com/2010/05/25/kesehatan-mental-di-lingkungan-sekolah>, diunduh pada tanggal 5 November 2011
- <http://www.bu.edu/cpr/jobschool/funcned.htm>, diunduh pada tanggal 5 November 2011
- <http://www.psychologymania.com/2011/03/ruang-lingkup-kesehatan-mental-mental.html>, diunduh pada tanggal 16 Oktober 2011
- <http://www.waspada.co.id/index.php/images/index.php?>, diunduh pada tanggal 29 Oktober 2011
- <http://www.webmd.com/mental-health/mental-illness-children>, diunduh pada tanggal 15 Oktober 2011

http://www.yayasan-amalia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=5, diunduh pada tanggal 16 Oktober 2011

<http://www.psikologizone.com/definisi-kecemasan-apa-itu-kecemasan/065111040>

<http://www.psikologizone.com/macam-kesulitan-belajar-siswa/065111779>

<http://id.wikipedia.org/wiki/Stress>

Johnson, C.D., Johnson, S.K. (Eds). 2002. *Building Stronger School Counseling Programs: Bringing Futuristic Approaches into the Present*. Alexandria: ERIC & ASCA

Keputusan Bersama Menteri Pendidikan dan Kebudayaan dan Kepala Administrasi Kepegawaian Negara no 0433/p/1993 dan nomor 25 tahun 1993 tentang Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Guru dan Angka Kreditnya

Kurniadarmi, E. 2005. *Perilaku Agresif pada Anak Usia Sekolah dan Remaja Awal*. Tesis pada Fakultas Psikologi Universitas Indonesia: tidak diterbitkan

Lavric, M., Flere, S. 2008. The Role of Culture in the Relationship Between Religiosity and Psychological Well-being. *Journal of Religious and Health*. Vol. 47. p.164–175

Lianawati, E., Merdekawati, P. 2009. *Konsep Kesejahteraan Psikologis pada Perempuan Asmat* (Studi pada Perempuan Asmat di Timika). *Proceeding PESAT (Psikologi, Ekonomi, Sastra, Arsitektur & Sipil)*. Vol. 3 Oktober 2009 Universitas Gunadarma - Depok, 20-21 Oktober 2009 ISSN: 1858-2559

Moore, S.M. 1992. *The Structure of Psychological Well-being*. New York: Van Nostrand

Myers, J. E., et al. 2000. The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning. *Journal of Counseling and Development*. Vol. 78, No. 1, Summer 2000, p.251–266

Myers, J. E., Weeney, T. J. 2005. *Counseling for Wellness: Theory, Research, and Practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association

Myers, J.E., et al. 2007. *Wellness in Counseling: An Overview*. Alexandria, VA: American Counseling Association

Neju, A.M., Neju, C.M., Geller, A. 2003. *Handbook of Psychology: Volume 9 Health Psychology*. New Jersey: John Willey & Sons, Inc

- Nelson-Jones, R. 1995. *Counseling and Personality: Theory and Practice*. Australia: Allen & Unwin
- Peraturan Pemerintah RI No 74 tahun 2008 Tentang Guru
Permendiknas No 27 tahun 2008 tentang Standar Kualifikasi Akademik dan Kompetensi Konselor
- Santrock, J. W. 2003. *Life-Span Development* (Terjemahan). Jakarta: Erlangga
- Schultz, Duane. 1994. *Psikologi Pertumbuhan: Model-model Kepribadian Sehat*. Yogyakarta: Kanisius
- Semiun, Yustinus. 2006. *Kesehatan Mental 1*. Yogyakarta: Kanisius
- _____. 2006. *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius
- Siswanto. 2006. *Kesehatan Mental Konsep, Cakupan dan Perkembangannya*. Yogyakarta: Andi
- Spielberger. 1966. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press
- _____. 1972. *Curent Trends in Theory and Reasearch on Anxiety*. Vol I. New York: Academic Press
- _____. 1979. *Understanding Stress and Anxiety*. London: Harper & Row Publisher
- Stricker, G., Widiger, T.A., Weiner, I.B. 2003. *Handbook of Psychology: Volume 8 Clinical Psychology*. New Jersey: John Willey & Sons, Inc
- Synder, C.R., Lopez, S.J. (Eds.). 2005. *Handbook of Positive Psychology*. USA: Oxford University Press, Inc
- Tyson, L. E. 2004. Introduction to the National Standards for School Counseling Programs. Dalam Erford (ed.) *Professional School Counseling, A Handbook of Theories, Programs, and Practices*. Texas: Caps press
- Undang-undang Sistem pendidikan Nasional No 20 tahun 2003
- Undang-undang Guru dan Dosen No 14 tahun 2005
- Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.
- Whiston, S.C. 2000. *Principles and Applications of Assessment in Counseling*. USA: Brooks/Cole
- Wood, Derek., dkk. 2005. *Kiat mengatasi gangguan belajar*. Yogyakarta: Kata Hati
- Yusuf L.N., S. 2003. *Mental Hygiene: Pengembangan Kesehatan Mental dalam Kajian Psikologi dan Agama*. Bandung: Pustaka Banyu
- Quraisy repository.upi.edu/operator/upload/s_ppb_030014_chapter1.pdf, diunduh pada tanggal 16 Oktober 2011

LAMPIRAN

KODE ETIK PROFESI KONSELING

BAB I PENDAHULUAN

Dasar

Dasar Kode Etik Profesi Konseling di Indonesia adalah (a) Pancasila, mengingat bahwa profesi konseling merupakan usaha pelayanan terhadap sesama manusia dalam rangka ikut membina warga negara yang bertanggung jawab, dan (b) tuntutan profesi, mengacu kepada kebutuhan dan kebahagiaan klien sesuai dengan norma-norma yang berlaku.

BAB II

KUALIFIKASI DAN KEGIATAN PROFESIONAL GURU BIMBINGAN DAN KONSELING ATAU KONSELOR ATAU

A. Kualifikasi

Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus memiliki (1) nilai, sikap, keterampilan, pengetahuan, dan wawasan dalam bidang profesi konseling, dan (2) pengakuan atas kemampuan dan kewenangan sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau.

1. Nilai, sikap, keterampilan, pengetahuan, dan wawasan
 - a. guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus terus-menerus berusaha mengembangkan dan menguasai dirinya. Ia harus mengerti kekurangan-kekurangan dan prasangka-prasangka pada dirinya sendiri, yang dapat mempengaruhi hubungannya dengan orang lain dan mengakibatkan rendahnya mutu layanan profesional serta merugikan klien.
 - b. guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus memperlihatkan sifat-sifat sederhana, rendah hati, sabar, menepati janji, dapat dipercaya, jujur, tertib, dan hormat.
 - c. guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus memiliki rasa tanggungjawab terhadap saran ataupun peringatan yang diberikan kepadanya, khususnya dari rekan-rekan seprofesi dalam hubungannya dengan pelaksanaan ketentuan-ketentuan tingkah laku profesional sebagaimana diatur dalam Kode Etik ini.
 - d. guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus mengusahakan mutu kerja yang setinggi mungkin tetapi tidak mengutamakan kepentingan pribadi, termasuk keuntungan material dan finansial tidak diutamakan.
 - e. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus terampil menggunakan teknik-teknik dan prosedur-prosedur khusus yang dikembangkan atas dasar wawasan yang luas dan kaidah-kaidah ilmiah.

2. Pengakuan kewenangan

Untuk dapat bekerja sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau, diperlukan pengakuan keahlian dan kewenangan oleh organisasi profesi atas dasar wewenang yang diberikan kepadanya oleh pemerintah.

B. Informasi, Testing, dan Riset

1. Penyimpanan dan penggunaan informasi

- a. Catatan tentang diri klien yang meliputi data hasil wawancara, testing, surat-menyurat, perekaman, dan data lain, semuanya merupakan informasi yang bersifat rahasia dan hanya boleh digunakan untuk kepentingan klien. Penggunaan data/informasi untuk keperluan riset atau pendidikan calon guru bimbingan dan konseling atau konselor atau dimungkinkan, sepanjang identitas klien dirahasiakan.
- b. Penyampaian informasi mengenai klien kepada keluarga atau kepada anggota profesi lain, membutuhkan persetujuan klien.
- c. Penggunaan informasi tentang klien dalam rangka konsultasi dengan anggota profesi yang sama atau yang lain dapat dibenarkan, asalkan untuk kepentingan klien dan tidak merugikan klien.
- d. Keterangan mengenai informasi profesional hanya boleh diberikan kepada orang yang berwenang menafsirkan dan menggunakannya.

2. Testing

Suatu jenis tes hanya diberikan oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor atau yang berwenang menggunakan dan menafsirkan hasilnya. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus selalu memeriksa dirinya apakah pelaku mempunyai wewenang yang dimaksud.

- a. Testing dilakukan bila diperlukan data tentang sifat atau ciri kepribadian sampel yang lebih luas untuk kepentingan layanan.
- b. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus memberikan orientasi yang tepat kepada klien dan orang tua mengenai alasan digunakannya tes disamping arti dan kegunaanya
- c. Penggunaan suatu jenis tes harus mengikuti pedoman atau petunjuk yang berlaku bagi tes tersebut.
- d. Data hasil testing harus diintegrasikan dengan informasi lain yang telah diperoleh dari klien sendiri atau dari sumber lain. Dalam hal ini data hasil testing harus diperlakukan setaraf dengan data dan informasi lain tentang klien.
- e. Hasil testing hanya dapat diberitahukan kepada pihak lain sejauh ada hubungannya dengan usaha bantuan kepada klien.

3. Riset

- a. Dalam melakukan riset, manusia sebagai subjek harus dihindarkan dari hal-hal yang dapat merugikan subyek
- b. Dalam melaporkan hasil riset klien sebagai subyek, harus dijaga agar identitasnya dirahasiakan.

C. Proses Layanan

1. Hubungan dalam pemberian layanan

- a. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau wajib menangani klien selama ada kesempatan dalam hubungan antara klien dengan guru bimbingan dan konseling atau konselor atau.
- b. Klien sepenuhnya berhak untuk mengakhiri hubungan dengan guru bimbingan dan konseling atau konselor atau, meskipun proses konseling belum mencapai suatu hasil yang kongkret. Sebaliknya guru bimbingan dan konseling atau konselor atau tidak akan melanjutkan hubungan apabila klien ternyata tidak memperoleh manfaat dari hubungan itu.

2. Hubungan dengan klien

- a. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus menghormati harkat martabat, integritas dan keyakinan klien.
- b. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus menempatkan kepentingan kliennya di atas kepentingan pribadinya.
- c. Dalam menjalankan tugasnya, guru bimbingan dan konseling atau konselor atau tidak mengadakan pembedaan klien atas dasar suku, bangsa, warna kulit, agama atau status sosial ekonomi.
- d. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau tidak akan memaksa untuk memberikan bantuan kepada seseorang tanpa izin dari orang yang bersangkutan.
- e. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau wajib memberikan pelayanan kepada siapapun lebih-lebih dalam keadaan darurat atau apabila banyak orang yang menghendaki.
- f. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus memberikan pelayanan hingga tuntas
- g. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus menjelaskan kepada klien sifat hubungan yang sedang dibina

dan batas-batas tanggungjawab masing-masing dalam hubungan profesional

- h. guru bimbingan dan konseling atau konselor atau wajib mengutamakan perhatian terhadap klien, apabila timbul masalah dalam soal kesetiaan ini, maka harus diperhatikan kepentingan pihak-pihak yang terlibat dan juga tuntutan profesinya sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau. Dalam hal ini terutama sekali harus diperhatikan ialah kepentingan klien.
- i. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau dapat memberikan bantuan profesional kepada sanak keluarga, teman-teman karibnya, sepanjang hubungannya profesional

D. Konsultasi dan Hubungan dengan Rekan Sejawat atau Ahli Lain

1. Konsultasi dengan rekan sejawat

Dalam rangka pemberian layanan kepada seorang klien, kalau guru bimbingan dan konseling atau konselor atau merasa ragu-ragu tentang suatu hal, maka ia harus berkonsultasi dengan rekan-rekan sejawat se lingkungan profesi. Untuk itu ia harus mendapat izin terlebih dahulu dari kliennya.

2. Alih tangan kasus

- a. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus mengakhiri hubungan konseling dengan seorang klien bila pada akhirnya dia menyadari tidak dapat memberikan pertolongan kepada klien tersebut.
- b. Bila pengiriman ke ahli lain disetujui klien, maka menjadi tanggungjawab guru bimbingan dan konseling atau konselor atau untuk menyarankan kepada klien berkonsultasi kepada orang atau badan yang mempunyai keahlian yang relevan
- c. Bila guru bimbingan dan konseling atau konselor atau berpendapat bahwa klien perlu dikirim ke ahli lain, akan tetapi klien menolak pergi kepada ahli yang disarankan oleh guru bimbingan dan konseling atau konselor atau, maka guru bimbingan dan konseling atau konselor atau mempertimbangkan apa baik-buruknya.

BAB III HUBUNGAN KELEMBAGAAN

A. Prinsip Umum

1. Prinsip-prinsip yang berlaku dalam layanan individual, khususnya tentang penyimpanan serta penyebaran informasi tentang klien dan hubungan konfidensial antara guru bimbingan dan konseling atau konselor atau dengan klien, berlaku juga bila guru bimbingan dan konseling atau konselor atau bekerja dalam hubungan kelembagaan.
2. Jikalau guru bimbingan dan konseling atau konselor atau bertindak sebagai konsultan pada suatu lembaga, maka harus ada pengertian dan kesepakatan yang jelas antara dia dengan pihak lembaga dan dengan klien yang menghubungi guru bimbingan dan konseling atau konselor atau di tempat lembaga itu. Sebagai seorang konsultan, guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus tetap mengikuti dasar-dasar pokok profesi dan tidak bekerja atas dasar komersial.

B. Keterkaitan Kelembagaan

1. Setiap guru bimbingan dan konseling atau konselor atau yang bekerja dalam hubungan kelembagaan turut bertanggungjawab terhadap pelaksanaan peraturan kerjasama dengan pihak atasan atau bawahannya, terutama dalam rangka layanan konseling dengan menjaga rahasia pribadi yang dipercayakan kepadanya.
2. Peraturan-peraturan kelembagaan yang diikuti oleh semua petugas dalam lembaga harus dianggap mencerminkan kebijaksanaan lembaga itu dan bukan pertimbangan pribadi. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus mempertanggungjawabkan pekerjaannya kepada atasannya. Sebaliknya dia berhak pula mendapat perlindungan dari lembaga itu dalam menjalankan profesinya.
3. Setiap guru bimbingan dan konseling atau konselor atau yang menjadi anggota staf suatu lembaga harus mengetahui tentang program-program yang berorientasi kepada kegiatan-kegiatan dari lembaga itu dari pihak lain; pekerjaan guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus dianggap sebagai sumbangan khas dalam mencapai tujuan lembaga itu.

4. Jika dalam rangka pekerjaan dalam suatu lembaga, guru bimbingan dan konseling atau konselor atau tidak cocok dengan ketentuan-ketentuan atau kebijaksanaan-kebijaksanaan yang berlaku di lembaga itu, maka ia harus mengundurkan diri dari lembaga tersebut.

BAB IV PRAKTIK MANDIRI DAN LAPORAN KEPADA PIHAK LAIN

- A. Guru Bimbingan dan Konseling atau Konselor atau Praktik Mandiri (Privat)
 1. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau yang berpraktik mandiri (privat) dan tidak bekerja dalam hubungan kelembagaan tertentu, tetap mentaati kode etik jabatannya sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau , dan berhak untuk mendapat dukungan serta perlindungan dari rekan-rekan seprofesi.
 2. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau yang berpraktik mandiri wajib memperoleh izin terlebih dahulu dari organisasi profesi (ABKIN).

B. Laporan kepada Pihak Lain

Kalau guru bimbingan dan konseling atau konselor atau perlu melaporkan sesuatu hal tentang klien kepada pihak lain (misalnya: pimpinan badan tempat ia bekerja), atau kalau ia diminta keterangan tentang klien oleh petugas suatu badan di luar profesinya, dan ia harus juga memberikan informasi itu, maka dalam memberikan informasi itu ia harus sebijaksana mungkin dengan berpedoman pada pegangan bahwa dengan berbuat begitu klien tetap dilindungi dan tidak dirugikan.

BAB V KETAATAN KEPADA PROFESI

- A. Pelaksanaan Hak dan Kewajiban
 1. Dalam melaksanakan hak dan kewajibannya sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau, guru bimbingan

dan konseling atau konselor atau harus selalu mengaitkannya dengan tugas dan kewajibannya terhadap klien dan profesi sebagaimana dicantumkan dalam kode etik ini, dan semuanya itu sebesar-besarnya untuk kepentingan dan kebahagiaan klien.

2. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau tidak dibenarkan menyalahgunakan jabatannya sebagai guru bimbingan dan konseling atau konselor atau untuk maksud mencari keuntungan pribadi atau maksud-maksud lain yang dapat merugikan klien, ataupun menerima komisi atau balas jasa dalam bentuk yang tidak wajar.

B. Pelanggaran terhadap Kode Etik

1. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus selalu mengkaji secara sadar tingkah laku dan perbuatannya bahwa ia tidak melanggar kode etik .
2. Guru bimbingan dan konseling atau konselor atau harus senantiasa mengingat bahwa pelanggaran terhadap kode etik akan merugikan diri sendiri, klien, lembaga dan pihak lain yang terkait.
3. Pelanggaran terhadap kode etik akan mendapatkan sanksi berdasarkan ketentuan yang ditetapkan oleh ABKIN.

Bandung, 20 Agustus 2005
Pengurus Besar ABKIN

Ketua Umum

Sekretaris Jenderal

Prof. Dr. Sunaryo Kartadinata, M.Pd.

Drs. Farozin. M.Pd

TENTANG PENULIS



Dede Rahmat Hidayat, Dr., M.Psi. merupakan Dosen pada Jurusan Bimbingan dan Konseling yang sekaligus sebagai Dosen Pascasarjana di Universitas Negeri Jakarta. Mata kuliah yang diajarkannya terdiri dari Psikologi Kepribadian, Psikologi Pendidikan, Kesehatan Mental, Filsafat Ilmu dan Metodologi Penelitian. Selain itu, beliau juga menduduki jabatan Kepala Sekolah di SMP Khalifah Boarding School – Sukabumi, yang merupakan salah satu sekolah di Jawa Barat yang menerapkan berbagai sumber belajar dengan pemanfaatan IT secara optimal.

Beliau memperoleh gelar sarjana dalam bidang psikologi di Universitas Persada Indonesia. Kemudian melanjutkan studi Magister (S2) di Fakultas Psikologi UI. Setelah menyelesaikan program Magister, beliau melanjutkan studinya dan memperoleh gelar Doktor (S3) dalam bidang psikologi dari Universitas Kebangsaan Malaysia.

Selain menjadi dosen, beliau juga aktif melakukan penelitian dalam bidang psikologi kepribadian, gender dan psikologi pembangunan, serta menulis buku-buku dalam bidang penelitian dan kepribadian.

Beberapa buku yang telah diterbitkan antara lain *Teori dan Aplikasi Psikologi Kepribadian dalam Konseling*, *Penelitian Tindakan dalam Bimbingan dan Konseling*, *Cara Mudah Melakukan Penelitian Tindakan Kelas*, dan lain-lain. Selain itu, beliau juga merupakan trainer untuk pengembangan personal dan pembelajaran bagi dosen dan guru, serta menjadi pembicara mengenai psikologi di beberapa seminar internasional.



Herdi, M.Pd. merupakan Dosen pada Jurusan Bimbingan dan Konseling FIP Universitas Negeri Jakarta. Beliau dilahirkan di Ciamis, Jawa Barat pada tanggal 5 Agustus 1984. Beliau memperoleh gelar Sarjana pada Jurusan Psikologi Pendidikan dan Bimbingan (PPB) Fakultas Ilmu Pendidikan (FIP) Universitas Pendidikan Indonesia (UPI) pada tahun 2006, dan memperoleh gelar Magister pada Program Studi Bimbingan dan Konseling (BK) Sekolah Pascasarjana UPI pada tahun 2009 dengan yudisium *Cum Laude*.

Pada tahun 2006-2008, beliau sempat menjadi Konselor di SMP *Lab. School* UPI Bandung, dan pada tahun 2009 menjadi Dosen Tetap pada Jurusan Bimbingan dan Konseling FIP Universitas Negeri Jakarta. Mata Kuliah yang beliau ampu terdiri dari Asesmen Teknik Tes, BK Pribadi, BK Sosial, Psikologi Lintas Budaya, Konseling Lintas Budaya, dan Psikologi Perkembangan.

Penelitian yang pernah dilakukannya antara lain: 1) Pengembangan Instrumen Kompetensi Teoretik Konselor Sekolah; 2) Kompetensi Sosial Konselor; 4) Problematika Layanan BK di Sekolah; 3) Model Peningkatan Kualitas Program BK di Jalur Pendidikan Formal, Hibah Penelitian Tim Pascasarjana (HPTP) DIKTI; 4) Model Pelatihan untuk Meningkatkan Kompetensi Calon Konselor di UPI Bandung; 5) Profil Kompetensi Calon Konselor Multikultural pada Jurusan BK FIP UNJ; 6) Pengembangan Model BK Komprehensif untuk Mengembangkan Karakter Mahasiswa FIP UNJ; dan sebagainya.

Saat ini beliau tinggal di Jl. Cihampelas Gg. Mesjid No. 12/35 B Kota Bandung, dan di Perumahan Harvest City Cluster Orchid Blok OH 1 C No. 3 Kabupaten Bogor bersama istri dan anak tersayang. Nomor kontak yang dapat dihubungi adalah 085295830584, dan email: herdi@unj.ac.id.