

PENINGKATAN SOCIAL WELL BEING DAN PERSONAL CONTROL SEBAGAI SASARAN PENTING DALAM PSIKOTERAPI

Ahmad Gimmy Prathama Siswadi*

Fakultas Psikologi, Universitas Padjadjaran, Bandung 45363

The purpose of this paper is to analyze the role of social well-being and personal control as critical targets in psychotherapy. Basically, psychotherapy focuses in increasing quality of life of persons who have problems. Further, it focuses on achieving better social and interpersonal relationship with the environment, and a more optimal personal development. Achieving better social relations is a reflection of a good social well-being condition, while personal control is an ability to regulate and to control himself toward a comprehensive self-improvement to achieve the most optimal self as a human.

Social well-being provides an evaluation to social relation between an individual with the environment, while personal control is an effective tool to focus himself in achieving positive evaluation and keep the relationship positive. And it also very useful to create balance between individual self development and the environment.

Keywords: Social Well Being, Personal Control, Psychotherapy.

Pendahuluan

Psikoterapi adalah proses interaksi formal antara dua pihak. Setiap pihak biasanya terdiri atas satu orang, meski mungkin saja bisa dua orang atau lebih. Proses tersebut bertujuan memperbaiki kondisi tidak menyenangkan/menyulitkan salah satu dari kedua pihak yang terkait

* Korespondensi: HP. +62811203814,
Email: gimmy@yahoo.com

dengan area-area yang terganggu/malfungsi sebagai berikut: gangguan berfikir, gangguan afeksi, gangguan perilaku, (dengan) terapis memiliki teori-teori tentang asal mula kepribadian, perkembangan, pemeliharaan dan perubahannya, serta landasan metode perlakuan yang secara logis terkait dengan teori yang berlaku, aspek profesional, dan legal untuk bertindak sebagai terapis (Corsini, 2008).

Dalam pengertian yang lain, psikoterapi dapat dikatakan sebagai perlakuan terhadap gangguan mental dan emosional melalui penggunaan teknik-teknik psikologis yang dirancang untuk menggugah komunikasi mengenai konflik dan pemahaman mendalam mengenai masalah yang dialami, dengan tujuan untuk menyembuhkan gejala, mengubah perilaku yang mengarah pada fungsi sosial dan vokasional, serta pertumbuhan pribadi.

Dalam penelitian yang dilakukan penulis, yakni: *Kontribusi Kesejahteraan Subjektif, Religiusitas Islam, dan Persepsi tentang Penyakit pada Perilaku Menjaga Kesehatan Diri dalam Model Perilaku Memelihara Kesehatan (Suatu Upaya Menemukan Model Perilaku Memelihara Kesehatan dengan Taraf Kecocokan Optimal pada Penderita HIV +)*, ditemukan bahwa aspek yang memberikan kontribusi paling tinggi bagi kesejahteraan subjektif (*subjective well being*) penderita HIV+ (*Human Immunodeficiency Virus Positive*) adalah Kesejahteraan Bidang Sosial (*social well being*). Kesejahteraan bidang sosial yang terdiri dari aspek penerimaan sosial (*social-acceptance*), aktualisasi sosial (*social-actualization*), kontribusi sosial (*social contribution*), hubungan sosial (*social coherence*), dan integrasi sosial (*social integration*) merupakan evaluasi tentang kemampuan atau pencapaian individu untuk menghadapi tugas atau peran sosial dalam struktur sosial dan komunitasnya (Keyes, 1998). Sedangkan Kendali Pribadi (*personal control*) dalam penelitian tersebut sebenarnya merupakan bagian dari variabel Persepsi tentang Penyakit yang aspek-aspeknya ditentukan berdasarkan alat ukur *Illness Perception Questionnaire* dari Leventhal (1984). Kendali Pribadi dalam kaitannya dengan persepsi tentang penyakit merupakan pemaknaan tentang kemampuan dan tindakan diri dalam mengatasi penyakit, hal tersebut mencakup evaluasi mengenai daya untuk mempengaruhi perbaikan kondisi, tindakan pribadi untuk menanggulangi dan mengurangi gejala penyakit, serta keyakinan bahwa kondisi lebih baik ataupun lebih

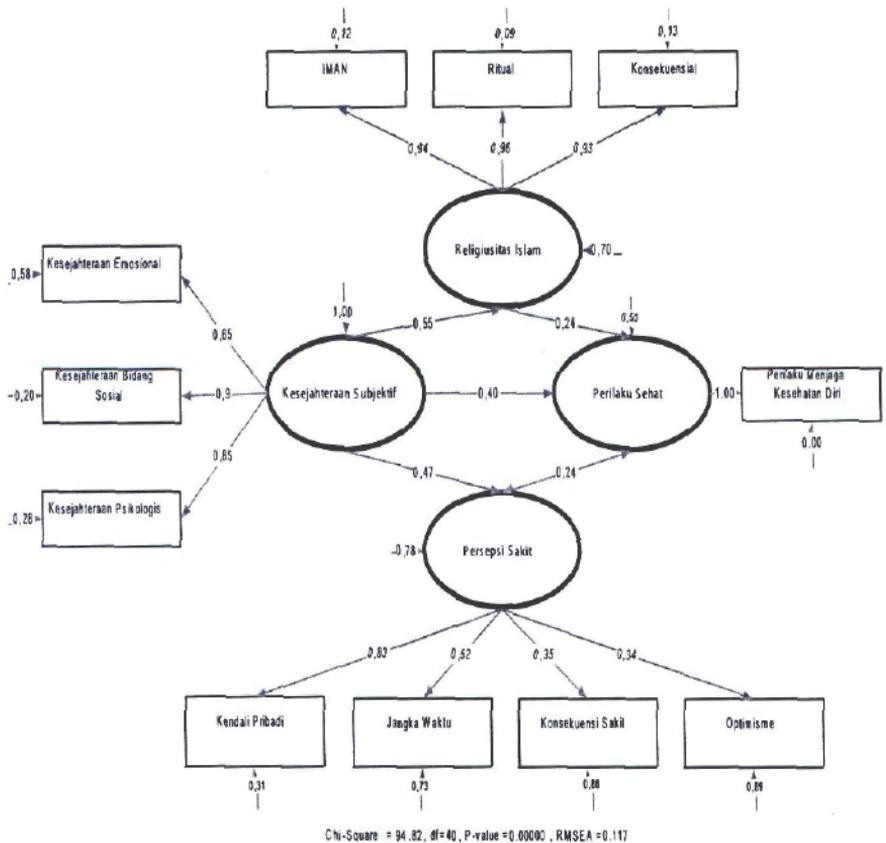
buruk yang ia alami merupakan kontribusi dari tindakannya sendiri (Moss-Moris, dkk, 2002). Terlebih lagi, aspek kendali pribadi ternyata memiliki peran yang kuat dalam model perilaku yang ditemukan dalam penelitian, karena ia dapat merupakan salah satu indikator bagi kesejahteraan subjektif yang tadinya hanya memiliki 3 determinan saja (kesejahteraan psikologis, kesejahteraan bidang sosial, dan kesejahteraan emosional). Meski perannya dalam kesejahteraan subjektif paling kecil (dapat dilihat pada tabel 2), namun dengan 'dipindahkannya' aspek ini sebagai determinan kesejahteraan subjektif, kecocokan model secara keseluruhan dapat meningkat.

Social Well Being dan Personal Control di dalam Model Perilaku Menjaga Kesehatan Diri Penderita HIV +

Dari 101 subjek penelitian yang diteliti penulis, terdapat implikasi-implikasi yang menarik. Dengan menggunakan respesifikasi model penelitian terdapat dua model penting yang merupakan model awal dan model akhir dalam penelitian tersebut. Secara singkat kedua model tersebut akan dipaparkan dalam penjelasan berikut. Implikasi-implikasi yang berupa perlunya perhatian lebih pada aspek kesejahteraan bidang sosial dan kendali pribadi akan dijelaskan sebagai *thesis* penting yang penulis ajukan sebagai gagasan yang perlu dikaji lebih lanjut dan dijadikan salah satu pedoman untuk pengembangan penelitian lanjutan.

Berdasarkan model yang sudah ditentukan dalam metode penelitian, dengan hasil yang tercantum dalam gambar 1. Diagram Jalur/Model Kontribusi Kesejahteraan Subjektif, Religiusitas Islam dan Persepsi tentang Penyakit (HIV+) pada pemunculan Perilaku Menjaga Kesehatan Diri Orang dengan HIV+, telah ditemukan bahwa sebagai variabel-variabel total, Kesejahteraan Subjektif (yang terdiri dari Kesejahteraan Emosional, Kesejahteraan Psikologis, dan Kesejahteraan Bidang Soaial), Religiusitas Islam, dan Persepsi tentang Penyakit dalam penelitian ini memang memiliki model yang '*marginal*' fit. Perhitungan dengan program Lisrel 8.70 menunjukkan bahwa kontribusi masing-masing variabel pada pemunculan perilaku menjaga kesehatan diri, memiliki 'kadar' dan 'pola' nya sendiri-sendiri.

Dalam model tersebut dapat dilihat ada variabel-variabel yang berhubungan langsung, namun ada pula yang tidak langsung berhubungan. Selain itu ada juga yang memiliki kontribusi signifikan dan ada pula yang tidak signifikan. Selain menggunakan batas-batas uji signifikansi t -value 1,96 ($\alpha = 0,05$) dan estimasi koefisien kontribusi yang akan dicantumkan dalam tabel berikut sebagai angka, melalui diagram lintasan *Standardized Solutions* dapat dianalisis besar masing-masing *Standardized Loading Factor* dari masing-masing indikator/variabel. Untuk jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 1. Diagram Lintasan Standardized Solutions Kesejahteraan Subjektif, Religiusitas Islam, dan Persepsi tentang Penyakit HIV+, pada Perilaku Menjaga Kesehatan (Model Awal)

Memperhatikan diagram lintasan di atas, dapat dilihat beberapa *standardized loading factor* yang berada di bawah nilai 0.50 (Igbaria et.al, 1997, dalam Wijanto, 2008) yang menunjukkan bahwa muatan faktornya masih kurang memadai. Bila ditinjau dari tahapan dalam prosedur SEM (*Structural Equation Modeling*), hasil perhitungan ini merupakan tahap hasil awal dari hipotesis peneliti tentang model yang sudah dikemukakan dalam kerangka berfikir penelitian. Guna mendapatkan Identifikasi dan Estimasi yang sesuai, diperlukan beberapa kali pengujian agar model yang ada secara keseluruhan dapat mencapai hasil yang optimal. Oleh karena itu, pada penelitian ini juga dilakukan beberapa kali pengujian dengan mengacu pada 'usulan' yang diberikan oleh *software* LISREL 8.70. Usulan atau *Modification Indices* dalam LISREL 8.70 dimaksudkan untuk meningkatkan taraf kepercayaan model secara keseluruhan atau *Goodness of Fit*/Kecocokan model yang diharapkan, namun hal ini pun tidak dapat terlepas dari landasan teori yang dipakai dalam penelitian ini (terutama teori-teori yang sering digunakan dalam psikologi kesehatan). Dalam penelitian ini, tidak semua usulan (*modification indices*) yang ditawarkan diterima dalam proses perhitungan selanjutnya, sehingga yang kemudian akan dicapai adalah nilai kecocokan model yang optimum dan bukan maksimum.

P-value yang bernilai 1,0000 (biasanya lebih dari 0.5 dan mendekati 1) menurut Setyo Hari Wiyanto (2008) menunjukkan indeks *Goodness of Fit* yang maksimal. Nilai Tingkat kecocokan yang baik (*Goodness of Fit*) ini berkisar antara 0 -1, dengan nilai lebih tinggi adalah lebih baik. 'Indeks Kecocokan yang Baik' atau *Goodness of Fit Index/GFI* $\geq 0,90$ adalah *good-fit*, sedangkan $0,80 \leq GFI < 0,90$ adalah *marginal-fit*. Kecocokan yang baik ini secara statistik menurut Setyo Hari Wiyanto (2008) juga dapat dilihat dari *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). RMSEA $\leq 0,08$ adalah *good-fit*, sedang RMSEA $< 0,05$ adalah *close-fit*. Selain itu, cara yang lain adalah dengan mengamati hasil perhitungan *Chi-square* (χ^2) yang berkaitan dengan persyaratan signifikan, yang menyatakan bahwa: semakin kecil semakin baik.

Berdasarkan hal tersebut, bila mengacu pada kriteria *Goodness of Fit* yang kita pilih, model awal ini masih mencapai nilai *Goodness of Fit* yang bersifat *Marginal-Fit* saja, bahkan dari nilai RMSEA-nya (harusnya bernilai $\leq 0,08$), model yang diajukan sebagai hipotesis dalam penelitian

ini belum mencapai salah satu kriteria *Goodness of Fit* yang diinginkan. Karena nilainya masih berada dalam kategori '*marginal fit*', tingkat kecocokan model yang diinginkan masih perlu ditingkatkan agar dapat diakui sebagai suatu model teoretik yang memadai.

Kenyataan tersebut membuat peneliti perlu meninjau usulan modifikasi yang diinginkan oleh program LISREL yang digunakan. Dalam perhitungannya, modifikasi yang diinginkan adalah :

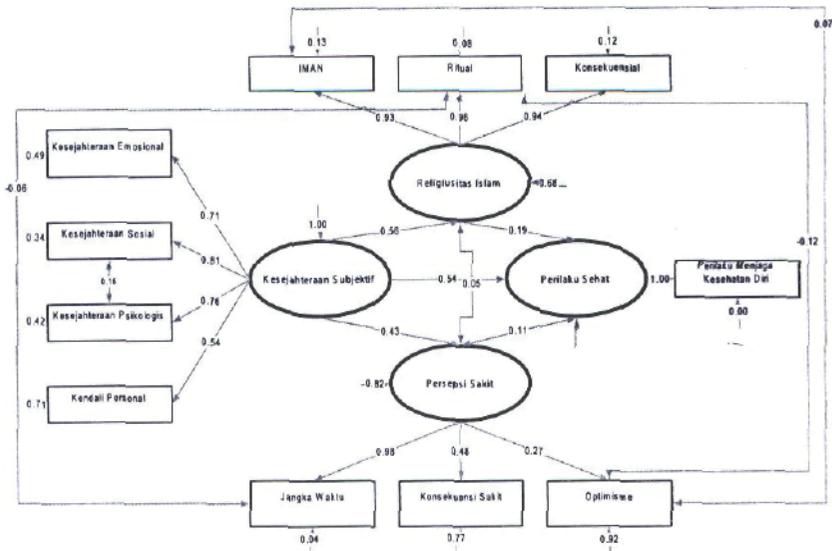
1. Hasil pengukuran aspek Optimisme dalam variabel Persepsi tentang Sakit harus dikorelasikan dengan aspek Iman pada Religiusitas Islam.
2. Aspek Optimisme dalam variabel Persepsi tentang Sakit harus dikorelasikan dengan aspek Ritual pada Religiusitas Islam.
3. Aspek Kesejahteraan Psikologis harus dikorelasikan dengan Aspek Kesejahteraan Bidang Sosial pada variabel Kesejahteraan Subjektif.
4. Aspek Konsekuensi dari Sakit yang ada pada variabel Persepsi tentang Sakit dinyatakan juga sebagai indikator dari Kesejahteraan Subjektif.
5. Aspek Kendali Personal/Pribadi yang ada pada variabel Persepsi tentang Sakit dinyatakan juga sebagai indikator dari Kesejahteraan Subjektif.

Usulan untuk mengkorelasikan beberapa indikator, masih dapat diterima dalam perhitungan yang kemudian dilakukan untuk model ini, meski sempat pula dilakukan perhitungan untuk menambahkan beberapa lintasan sekaligus seperti yang diusulkan pada poin 4 dan 5 di atas. Hal tersebut ternyata tidak menghasilkan gambar diagram yang adekuat. Wijanto (2008) menyatakan bahwa lazimnya indikator pengamatan hanya mewakili atau mencerminkan 1 (satu) variabel laten saja, sehingga hal ini tidak dilakukan peneliti. Akan tetapi, ketika dilakukan percobaan untuk menghitung satu demi satu variabel yang diusulkan, peneliti mencoba untuk memasukkan indikator Kendali Pribadi/Kendali Personal dari Persepsi tentang Sakit HIV+ untuk dialihkan menjadi salah satu indikator Kesejahteraan Subjektif. Hasilnya ternyata cukup dapat menaikkan tingkat kecocokan model yang diajukan peneliti. Hal ini peneliti lakukan juga karena didasari perhitungan *construct reliability* khususnya untuk variabel Kesejahteraan

Subjektif dapat dipertanggungjawabkan, melalui perhitungan *construct reliability* dan *variance extracted* (Wijanto 2008: 175) dari nilai *loading factor* dan *error* yang ada. Dengan demikian, meski belum mencapai hasil kecocokan maksimum, model baru yang ditemukan, dari sisi kecocokannya dapat dianggap fit. Walaupun setelah perhitungan yang terakhir ini peneliti masih mendapatkan saran dari perhitungan LISREL 8.70 yang menyatakan bahwa :

1. Aspek Ritual dalam variabel Religiusitas Islam harus dinyatakan juga sebagai indikator dari Kesejahteraan Subjektif;
2. Aspek Kendali Personal/Pribadi yang ada pada variabel Persepsi tentang Sakit dinyatakan juga sebagai indikator dari Religiusitas Islam.

Berdasarkan pertimbangan yang menyatakan bahwa satu indikator hanya dapat mencerminkan satu variabel, peneliti tidak lagi melakukan uji kecocokan untuk hal tersebut. Dengan demikian, hasil perhitungan Model Terakhir (Respesifikasi) dapat ditampilkan sebagai berikut:



Chi-Square = 55.30, df=35, P-value=0.01585, RMSEA=0.076

Gambar 2. Diagram Lintasan Model Kesejahteraan Subjektif, Religiusitas Islam, Persepsi tentang Penyakit HIV+, pada Perilaku Menjaga Kesehatan Diri (Model Terakhir/Respesifikasi)

Agar memudahkan pembaca, kesimpulan mengenai pengolahan data tersebut dapat disajikan dalam tabel berikut ini:

Tabel Hasil Uji Kecocokan Model dan Respesifikasi Kecocokan (Goodness of Fit) Model Penelitian

Kriteria Kecocokan Model (Goodness of Fit)	Model Awal	Model Terakhir
RMSEA	0.117 (Tidak Fit)	0.076 (Good fit)
GFI	0.85 (Marginal Fit)	0.91 (Good fit)
AGFI	0.76 (Tidak Fit)	0.83 (Marginal fit)
RMR	0.10 (Tidak Fit)	0.074 (Good fit)
PGFI	0.52	0.48
Chi-Square	94.82	55.30
Df	40	35
P-value	0,00000	0.01585
Interpretasi	Marginal Fit	Good Fit
Modification Indices	Opt ↔ Iman	Religiusitas Islam Kes.
Keterangan :	Opt ↔ Ritual	↔ Subjektif 0.05
Opt = Optimisme	Kes.Bid.Sos ↔ Kes.	JW ↔ Ritual -0.06
Kons = Konsekuensial	Psikologis	Opt. ↔ Ritual -0.12
KP = Kendali Personal	Kons ← Kes. Subjektif	Opt. ↔ Iman 0.07
JW = Jangka Waktu	KP ← Kes. Subjektif	
	(Hanya dipenuhi untuk usulan tentang korelasi dan KP/ Kendali Pribadi dialihkan sebagai indikator Kesejahteraan Subjektif)	

(Sumber: Keluaran hasil perhitungan data keseluruhan dengan LISREL 8.70)

Adapun perubahan yang cukup mendasar dengan adanya korelasi antar indikator dan pengalihan salah satu indikator ke variabel lain dalam model ini, adalah :

1. Hasil pengukuran aspek Optimisme dalam variabel Persepsi tentang Sakit dalam model ini berkorelasi dengan aspek Iman pada Religiusitas Islam, dengan nilai sebesar 0.07.
2. Aspek Optimisme dalam variabel Persepsi tentang Sakit berkorelasi dengan aspek Ritual pada Religiusitas Islam dengan nilai - 0.12.
3. Aspek Kesejahteraan Psikologis berkorelasi dengan Aspek Kesejahteraan Bidang Sosial pada variabel Kesejahteraan Subjektif dengan nilai 0.16.
4. Aspek Kendali Personal/Pribadi yang ada pada variabel Persepsi tentang Sakit dinyatakan sebagai indikator dari Kesejahteraan Subjektif dengan muatan 0.54.

Selain itu, berdasarkan nilai muatan faktornya, kekurangan lain yang ada pada model ini adalah :

1. Pada variabel Persepsi tentang Penyakit HIV+ : muatan faktor aspek Optimisme kurang dari 0,5 (hanya 0,21); muatan faktor Konsekuensi Sakit hanya 0.46;
2. Untuk pengaruh pada variabel dependen (Perilaku Sehat/ Menjaga Kesehatan Diri): Persepsi Persepsi tentang Penyakit HIV+ hanya memiliki nilai muatan faktor 0.11; Religiusitas Islam hanya memiliki nilai 0.19.

Hal positif dari model ini atau dapat juga disebut sebagai kekuatan dari model hasil penelitian :

1. Semua muatan faktor dari variabel Kesejahteraan Subjektif memiliki nilai di atas 0.5 (Aspek Kesejahteraan Emosional memiliki nilai 0.71; Kesejahteraan Psikologis 0.76; Kesejahteraan bidang Sosial 0.81; dan Kendali Personal 0.54);
2. Semua muatan faktor dari variabel Religiusitas Islam memiliki nilai di atas 0.5, bahkan di atas 0.7 (Aspek Iman memiliki nilai 0.94; Ritual memiliki nilai 0.96, dan Konsekuensial memiliki nilai 0.93);
3. Meskipun kecil, dari nilai t-value yang tersaji pada perhitungan LISREL 8.70, korelasi yang dicantumkan dalam diagram lintasan

model penelitian ini yakni korelasi antara aspek Optimisme pada variabel Persepsi tentang Penyakit HIV+ dengan aspek Iman pada Religiusitas Islam signifikan pada nilai 0.07; korelasi antara aspek Kesejahteraan Psikologis pada variabel Kesejahteraan Subjektif dengan aspek Kesejahteraan Bidang Sosial pada variabel yang sama signifikan pada nilai 0.16; Religiusitas Islam juga berkorelasi dengan Persepsi tentang Sakit dalam model ini dengan nilai $r = 0.05$.

Bila kita fokuskan perhatian pada topik tulisan ini, dari berbagai temuan di atas, ada 2 (dua) hal yang sangat menarik perhatian penulis, yakni peran Kesejahteraan Bidang Sosial (dalam gambar 2 dinyatakan sebagai kesejahteraan sosial) dan Kendali Personal. Kesejahteraan Bidang Sosial memberikan kontribusi terbesar dalam menghasilkan kesejahteraan subjektif (dengan muatan sebesar 0.81), sedang kendali personal, dalam model ini dinyatakan dua kali sebagai usulan pembaharuan model (*modification indices*), yakni sebagai indikator kesejahteraan subjektif (yang akhirnya dimuat dalam model respesifikasi ini), dan sebagai indikator religiusitas (yang tidak jadi dimanfaatkan, karena perhitungannya menjadi tidak sesuai atau tidak bisa muncul dalam bentuk model yang nyata, dan juga karena satu indikator tidak mungkin menjadi indikator dari dua variabel sekaligus). Kesejahteraan bidang sosial bersama-sama dengan kesejahteraan psikologis dan kesejahteraan emosional memang sudah nyata merupakan aspek kesejahteraan subjektif sesuai dengan teori penelitian (Mac Arthur Foundation's Successful Midlife/MIDUS-National Study Conducted in 1995, dalam Keyes dan Moe, dalam Lopez dan Snyder, 2003), sedangkan kendali personal merupakan indikator kuat yang meski muatannya hanya 0.54, namun ternyata dengan memasukkannya sebagai bagian dari model mampu meningkatkan kecocokan model secara signifikan. Dengan demikian, meski tetap semua aspek dalam model harus dipandang secara komprehensif, secara detil dapat dinyatakan bahwa kedua faktor ini merupakan faktor yang perlu dikaji dan diteliti kembali secara mendalam. Dengan demikian, kontribusi kedua faktor ini dapat lebih dipastikan dan dimanfaatkan dalam intervensi yang akan dilakukan pada kelompok subjek.

Walaupun kelompok subjek yang diteliti sangat spesifik (Orang dengan HIV+), namun kalau kita dapat mengambil implikasi lebih jauh, intervensi yang diarahkan pada peningkatan kesejahteraan bidang sosial dan kendali personal ini cukup rasional. Dasar intervensi atau psikoterapi yang diarahkan pada kesejahteraan klien seyogyanya memperhatikan kesejahteraan bidang sosial ini sebagai prioritas dan secara bersama-sama juga didukung dengan pengembangan tumbuhnya kendali personal yang juga terarah, sehingga perasaan mampu mengendalikan diri dan menjadi sumber perubahan diri tetap dapat diselaraskan dengan memperhatikan penerimaan diri dan pengakuan secara sosial yang baik.

Kesejahteraan Bidang Sosial merupakan kumpulan bagian-bagian dalam diri yang mewakili dimensi penerimaan sosial (*social-acceptance*), aktualisasi sosial (*social-actualization*), kontribusi sosial (*social contribution*), hubungan sosial (*social coherence*), dan integrasi sosial (*social integration*). Secara rinci, dimensi-dimensinya dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Penerimaan sosial (*social-acceptance*): memiliki sikap yang positif terhadap orang lain; mengakui orang lain dan secara umum menerima orang lain meskipun orang tersebut menampilkan perilaku yang kompleks dan membingungkan.
2. Aktualisasi sosial (*social-actualization*): peduli dan percaya bahwa lingkungan sekitar berkembang secara positif; berpikir bahwa lingkungan sekitar memiliki potensi untuk berkembang secara positif; serta berpikir bahwa lingkungan sendiri memiliki potensi.
3. Kontribusi sosial (*social contribution*): merasa bahwa mereka memiliki sesuatu yang berharga untuk dipersembahkan kepada lingkungan sekitar; serta berpikir bahwa kegiatan sehari-hari mereka dihargai oleh lingkungan sekitar.
4. Hubungan sosial (*social coherence*): melihat sebuah dunia sosial yang dapat dimengerti, logis, dan dapat diprediksi; serta peduli dan tertarik pada lingkungan sekitar.
5. Integrasi sosial (*social integration*): merasa menjadi bagian dari lingkungan sekitar; serta berpikir bahwa mereka memiliki, merasa didukung dan berbagi kebersamaan dengan lingkungan sekitar.

Sedangkan, kendali pribadi dapat dinyatakan sebagai kecenderungan diri dalam memaksimalkan kemampuan dan tindakan diri dalam mengatasi penyakit (dalam konteks terapi dapat berupa masalah), yang mana hal tersebut mencakup evaluasi mengenai daya untuk mempengaruhi perbaikan kondisi, tindakan pribadi untuk menanggulangi dan mengurangi gejala penyakit/masalah, serta keyakinan bahwa kondisi lebih baik ataupun lebih buruk yang ia alami merupakan kontribusi dari tindakannya sendiri.

Pembahasan

Kecenderungan untuk mengarahkan diri sebagai seorang yang mampu dan bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dihadapi, tampaknya tidak akan menghasilkan individu yang sejahtera, bila kecenderungan tersebut hanya akan dibawa kepada pencapaian kesenangan dan kepuasan diri semata. Penerimaan sosial yang saling timbal balik antara individu dengan lingkungan serta keyakinan bahwa individu dan lingkungan dapat saling memberikan kontribusi yang baik, sehingga keduanya juga terintegrasi secara kuat, merupakan inti dari tujuan hidup manusia sebagai makhluk sosial. Akan tetapi di antara kedua aspek sosial dan aspek pribadi haruslah tercipta hubungan yang selaras sehingga hubungan antara keduanya dapat saling menguatkan. Secara sendiri-sendiri, tentu ada kontribusi yang merupakan prioritas bagi cikal bakal tumbuhnya perilaku, dengan implikasi yang didasarkan pada model yang ditawarkan dalam penelitian, seorang psikoterapis harus memiliki prioritas, karena dalam kenyataannya, -termasuk dalam perhitungan model penelitian ini- muatan antar faktor ternyata berbeda. Membuat individu dapat menerima lingkungannya dan meyakini bahwa lingkungan juga memiliki potensi tersendiri yang bisa berubah atau tidak dengan kontribusi yang ia berikan pada lingkungan tersebut, dapat membuat individu terintegrasi dan tidak menjadi terasing dari lingkungan sosialnya. Bagaimanapun kondisi lingkungan yang dihadapi, ia harus meyakini bahwa lingkungan dapat menjadi tempat yang 'baik' baginya, bila ia dapat menerima dan berkontribusi pada lingkungannya secara baik pula. Ia mesti tetap yakin bahwa ia dapat memberikan kontribusi bagi lingkungannya, sekaligus meyakini pula bahwa interaksi yang ia bina dapat menjadi dasar integrasi sosial

yang benar-benar optimal antara ia dengan lingkungannya. Dengan kendali personalnya diharapkan ia dapat lebih meyakini bahwa apapun yang terjadi sebagai hasil dari kontribusinya, ia dapat mengubah, dapat melakukan sesuatu baik dari sisi kognitif, afektif, maupun *behavioral* untuk tetap memelihara/mendapatkan, bahkan meningkatkan kesejahteraan bidang sosial yang optimal dalam pencapaian kesejahteraan subjektif yang hendak ia gapai. Kendali personal dapat membuat ia tetap yakin untuk menjalani hidupnya dan mendapatkan hasil apapun yang ia terima dalam proses hubungannya dengan lingkungan sosial sebagai suatu konsekuensi yang harus dijalani dengan tetap memberikan makna positif bagi pencapaian yang didupakannya.

Simpulan dan Saran

Implikasi dari hasil penelitian yang menurut hemat penulis dapat dikembangkan lebih jauh sebagai bahan untuk menguatkan intervensi melalui psikoterapi ini, tentu masih jauh dari sempurna. Tesis yang mencoba mengedepankan peran kesejahteraan bidang sosial dan kendali personal dalam psikoterapi yang merupakan fokus dari tulisan ini merupakan argumen 'awal' yang mesti dikaji dan didalami lebih jauh lagi. Perlu dilakukan penelitian lanjutan yang mengusung determinan kesejahteraan bidang sosial dan kendali personal sebagai faktor dalam perilaku yang mengarah pada pertumbuhan pribadi dan strategi *coping* seseorang dalam menghadapi masalah, sehingga upaya untuk mendapatkan 'titik-titik kritis' yang perlu ditangani sebagai prioritas dalam psikoterapi, dapat ditentukan secara lebih pasti dan jelas.

Daftar Pustaka

- Ajzen, I. (tanpa tahun). *TpB Model*. Melalui <http://people.umass.edu/ajzen/tpb.diag.html> (10/09/06).
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J.. 2002. Self-Management Approaches for People with Chronic Conditions: A Review. *Patient Education and Counseling*. Volume 48, Issue 2, Pages 177-187.

- Corsini, R.J. & Wedding, D. 2008/2005. *Current Psychotherapies*. Belmont-CA: Thomson Brooks/Cole.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Marcus-Lewis, F. 2002. *Health Behavior and Health Education, Theory and Research, 3rd ed.* San Fransisco: Jossey-Bass- Willey Print.
- Graziano, M.A. & Raulin, M.L. 2000. *Research Methods, 4th ed.* Boston: Allyn & Bacon.
- Green, R.W. (redaktur). 2004. *Pemberdayaan Positif: Mendirikan Kelompok Dukungan dan Beradvokasi untuk Perubahan, Pedoman untuk Orang yang Hidup dengan HIV*. Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Jansen, M.A. & Weinman, J. 1991. *The International Development of Health Psychology*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Larsen, R.J. & Eid, M. 2008. *The Science of Subjective Well Being*. New York: Guilford Publications.
- Linley, P. A., & Joseph, S. 2004. *Positive Psychology in Practice*. New Jersey : John Willey & Sons, Inc.
- Lopez, S.J.& Snyder, C.R. 2003. *Positive Psychological Assessment- A Handbook of Models and Measures*. Washington DC: American Psychology Association.
- Lopez, S.J..2000. *The Emergence of Positive Psychology: The Building of a Field of Dreams*. Melalui, www.health-psych.org >[diunduh 18/03/2007].
- Mc. Dowell, I. & Newell, C. 1996. *Measuring Health, 2nd ed.* New York: Oxford University Press.
- Menanti, A. 2008. *Kontribusi Persepsi Remaja mengenai Teknik Pendisiplinan yang Dilakukan Oleh Orang Tua dan Pemahaman Diri Interdependen Remaja terhadap Penalaran Moral Remaja. Disertasi*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Nadesul, H. 2006. *Sehat itu Murah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

- Ogden, J. 2004. *Health Psychology: A Textbook, 3rd Edition*. Buckingham: Open University Press.
- Orloff, J. 2000. *Health & Spirituality. Well Being Journal* Vol. 9, No. 4 July/August 2000. Melalui www.health-psych.org >[diunduh 23/04/2006].
- Robinson, J.P., Shaver, P.R. & Wrightsman, L.S. 1991. *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Rutter, D.R., Quine, L., & Chesham, D.J. 1993. *Social Psychological Approaches to Health*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Seligman, M.E.P. 2005. *Authentic Happiness*. Terjemahan Eva Yulia Nukman. Penyunting Andityas Prabantoro dan Ahmad Baiquni. Bandung: PT. Mizan Pustaka.
- Siswadi, A.G.P. 2009. Kontribusi Kesejahteraan Subjektif, Religiusitas Islam, dan Persepsi tentang Penyakit pada Perilaku Menjaga Kesehatan Diri dalam Model Perilaku Memelihara Kesehatan (Suatu Upaya Menemukan Model Perilaku Memelihara Kesehatan dengan Taraf Kecocokan Optimal pada Penderita HIV +). *Disertasi*. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Taylor, S.E. 2003. *Health Psychology, 5th ed*. New York: Mc. Graw-Hill.
- Vaux, A.1988. *Social Support, Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger Publishers.
- Wydiyanti, R. 2007. Subjective Well Being Individu Dewasa Madya-Suatu Studi Kasus Mengenai Subjective Well Being Individu Dewasa Madya. *Skripsi*. Bandung: Fakultas Psikologi Universitas Padjadjaran.
- Wijanto, S.H. 2008. *Structural Equation Modeling dengan Lisrel 8.8 Konsep dan Tutorial*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

(Tanpa nama penulis). 2008. *Teratai: Buletin Informasi dan Edukasi HIV-AIDS RS. Hasan Sadikin Bandung*. Edisi 3 Mei 2008 (Tanpa nama penerbit).

Larsen, R. J. & Eid, M. 2008. *The Science of Subjective Well Being*. New York: Guilford Publications.