

GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA (*POST TRAUMATIC STRESS DISORDER*) DALAM PERSPEKTIF KONSELING

Sunardi, PLB FIP UPI

BAB I PENDAHULUAN

Perkembangan situasi dan kondisi di berbagai negara-negara di dunia, khususnya di negara-negara berkembang, dari waktu ke waktu tidak luput dari berbagai permasalahan yang menjadi sorotan dan perhatian masyarakat internasional. Masalah tersebut mulai dari adanya konflik, kekerasan, sampai silih bergantinya berbagai bencana alam. Namun perhatian masyarakat terhadap hal tersebut, umumnya bersifat singkat atau jangka pendek, sedangkan untuk yang berjangka panjang sering kali kurang mendapat perhatian. Pada hal, bencana, konflik, dan tindakan kekerasan lain sering kali menyisakan persoalan psikologis yang dapat berjangka panjang, yaitu timbulnya Gangguan Stress Pasca Trauma - GSPT (*Post Traumatic Stress Disorder - PTSD*). Menurut Ibrahim (Pitaloka, 2006) kemungkinan terjadiya GSPT ini dapat sampai dengan jangka 30 tahun. Bahkan menurut Rice (Fahrudin, 2005) dapat berlangsung sepanjang hayat.

Namun, peristiwa Tsunami di NAD pada tahun 2004 seolah menjadi momentum bagi sebagian kalangan pakar psikologis, social, dan kesehatan untuk menaruh kepedulian terhadap pentingnya upaya-upaya yang bersifat jangka panjang dalam bentuk rehabilitasi mental bagi para penyandang GSPT, sehingga masalah tersebut mendapat perhatian luas dari berbagai kalangan secara internasional.

Dalam perspektif konseling, telaah mengenai dampak psikologis dari timbulnya bencana, konflik, dan perilaku kekerasan lainnya, tampaknya memerlukan pengkajian yang lebih mendalam guna menumbuhkan kepedulian bersama untuk membantu mengatasinya.

Berdasarkan hal di atas, makalah ini bermaksud untuk menelaah lebih jauh tentang GSPT tersebut dari kacamata konseling, dengan fokus pembahasan meliputi konsep dasar GSPT dan implikasinya terhadap konseling.

BAB II

GANGGUAN STRESS PASCA TRAUMA (GSPT)

A. Pengertian dan Gejala GSPT

1. Pengertian

Gangguan stres pasca trauma (GSPT) adalah gangguan psikologis yang terjadi pada orang-orang yang pernah mengalami suatu peristiwa yang tragis atau luar biasa. Menurut Schiraldi (2000) GSPT muncul dari pemajanan atas suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang sangat menekan. seperti perkosaan, kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan terhadap anak, perang, kecelakaan, bencana alam, dan kerusuhan politik.

Peristiwa traumatis yang menjadi pemicu gangguan stres pasca trauma berbeda dengan pemicu gangguan stres biasa. Peristiwa pemicu GSPT biasanya bersifat luar biasa, tiba-tiba dan sangat menekan. Menurut Scheraldi (2000) peristiwa pemicu GSPT dikategorikan sebagai *traumatic stressor*, sedangkan pemicu stress atau kecemasan biasa disebut *ordinary stressor* atau *adjustment stressor*. Pada individu yang mengalami *ordinary stressor* kebanyakan mampu mengatasinya, sebaliknya untuk peristiwa *traumatic stressor* belum tentu semua individu mampu mengatasinya karena perbedaan kapasitas menghadapi *catastrophic stress*.

2. Gejala

Mengacu kepada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)* yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* (1994) ada enam indikator bahwa seseorang yang mengalami GSPT, meliputi : (a) pemunculan stressor; (b) Peristiwa yang dialami lagi; (c) Penghindaran; (d) Pemunculan; (e) Durasi gejala dalam kriteria b (gejala lebih dari satu bulan); (f) gangguan kehidupan. (Scheraldi, 2000). Gejala untuk masing-masing indikator tersebut sebagai berikut :

- a. Gejala pemunculan stressor, terjadi pada :
 - 1) Orang yang mengalami, menyaksikan, atau mempelajari peristiwa yang melibatkan kematian yang tragis, kecelakaan serius atau kekejaman pada diri sendiri dan orang lain.
 - 2) Orang yang mengalami ketakutan, ketidakberdayaan atau ketakutan hebat (pada anak-anak, respon tersebut mengakibatkan perilaku kacau atau memprovokasi).
- b. Gejala dari peristiwa yang dialami lagi, ditunjukkan oleh :
 - 1) Perilaku mengungkit kembali peristiwa mengganggu.

- 2) Mengingat kembali mimpi buruk suatu peristiwa
 - 3) Berperilaku atau seolah-olah trauma tersebut muncul kembali (ilusi, halusinasi, dan kembali ke masa lalu yang bersifat disosiatif)
 - 4) Distress psikologis yang hebat atas munculnya tanda-tanda internal atau eksternal yang mensimbolkan dengan suatu aspek dari trauma tersebut.
 - 5) Reaksi psikologis yang muncul berulang-ulang seperti pada gejala diatas.
- c. Gejala dari indikator penghindaran, meliputi :
- 1) Upaya-upaya untuk menghindari pikiran, perasaan atau hal lain yang dapat mengingatkan kembali pada peristiwa traumatis.
 - 2) Upaya-upaya untuk menghindarkan diri dari aktivitas, tempat, atau orang yang terkait dengan peristiwa traumatis.
 - 3) Ketidakmampuan mengingat aspek penting dari peristiwa traumatik.
 - 4) Berkurangnya minat atau partisipasi secara nyata pada aktivitas yang dahulunya merupakan aktivitas yang menyenangkan.
- d. Gejala indikator pemunculan, diantaranya :
- 1) Perasaan terasing.
 - 2) Rentang afeksi terbatas
 - 3) Merasa masa depan suram.
- e. Gejala gangguan kehidupan.

Yaitu gangguan yang menyebabkan *distress* dalam fungsi sosial atau bidang penting lainnya.

Sedangkan menurut Hasanuddin (2004), dalam Ilmu Psikiatri gejala-gejala GSPT dapat dikelompokkan menjadi 4 kriteria, yaitu :

a. Kriteria A : Trauma

Meliputi pengalaman langsung dan menyaksikan kejadian yang mengancam kematian serta respon terhadap kejadian berupa rasa takut yang sangat kuat dan rasa tidak berdaya.

b. Kriteria B : *re-experiencing*/re-koleksi kilas balik ingatan berulang

Meliputi rekoleksi ingatan kejadian berupa bayangan, pikiran dan persepsi. Seperti mimpi yang menakutkan dan berulang, merasa kejadian itu terjadi kembali, serta reaksi fisik dan psikis yang sama berulang pada saat terjadi, jika teringat trauma tsb.

c. Kriteria C : penghindaran dan penumpulan emosi

Meliputi meliputi usaha menghindari pikiran, perasaan dan percakapan yang berhubungan dengan trauma, menghindari aktivitas dan lokasi yang mengingatkan dengan trauma, tidak mampu mengingat trauma, hilang minat dalam aktivitas, perasaan lepas dan asing pada lingkungan tempat trauma terjadi, kehilangan emosi dan perasaan menumpul, serta merasa kehilangan masa depan.

d. Kriteria D : hipersensitif dan iritabilitas meninggi terhadap rangsang

Meliputi sulit tidur, ledakan kemarahan, sulit konsentrasi, waspada berlebihan, dan respon terkejut yang berlebihan.

Dijelaskan lebih lanjut bahwa hal paling menyusahkan mengenai suatu kejadian trauma adalah perasaan ketidakberdayaan yang sepenuhnya ditimbulkan, yang terjadi kembali melalui hilangnya kontrol atas status pikiran, dengan reaksi lari dari kenyataan secara spontan, reaksi-reaksi yang mengejutkan atau ingatan yang terganggu mengenai kejadian trauma. Sedangkan tanda-tanda kunci akan adanya GSPT yang menetap setelah trauma, yakni gagal remisi kembali normal setelah melewati fase akut (setelah 3 bulan). Adanya tekanan darah (tensi) meninggi setelah 1 bulan pascatrauma, dan abnormalitas fisiologi, mudah kaget serta terkejut berlebihan, setelah 3 bulan pascatrauma.

Sedangkan Tadjudin (Kompas, 9 Januari 2005) menjelaskan bahwa gejala GSPT dapat berupa gejala-gejala trauma psikotik, psikososial, biopsikososial, dan trauma psikososialpolitik (misal, kasus di NAD). Diperkirakan gejala trauma akut taraf psikososial akan terlihat nyata selama kurun waktu sebulan pertama pascakejadian traumatik ekstrem.

Sementara itu berdasar hasil penelitian Rusmana, dkk. (2007) terhadap 42 siswa MI yang teridentifikasi mengalami GSPT, ditemukan bahwa mereka mengalami gejala gangguan kecemasan pasca trauma pada ketegori tinggi yakni sebesar 35,7 %, sedangkan sisanya tersebar mulai dari ketegori sangat tinggi 4,7%; sedang 33%; rendah 16,7%; sangat rendah 9,5%. Ditinjau dari gejala gangguan yang dialami, paling banyak mengalami gejala gangguan fisik (45,8%), disusul kemudian gangguan kognitif (37,6%), emosi (29,9%), gangguan tingkah laku (26,47%), dan terakhir spiritual (21,43%). Sedangkan berdasarkan kriteria diagnostic, aspek dominant masih dibayangi peristiwa traumatis (77%), berfikir negatif (47%), merasa tidak berdaya (33%), emosional (30%), mengisolasi diri (23%), dan merasa masa depan suram (17%).

B. Faktor-Faktor Penyebab GSPT

Menurut Schiraldi (1999) ada tiga faktor utama yang menjadi penyebab terjadinya GSPT, yaitu :

1. Faktor kesengajaan manusia, diantaranya :
 - a. Pertempuran, perang sipil, dan resistensi bertempur.
 - b. Pelecehan termasuk pelecehan seksual, pelecehan fisik, pelecehan emosional.
 - c. Penyiksaan
 - d. Perbuatan kriminal seperti mutilasi, perampokan, kekerasan terhadap keluarga
 - e. Penyanderaan, tawanan perang, karantina, pembajakan.
 - f. Pelecehan pemujaan
 - g. Terorisme
 - h. Peristiwa ledakan bom
 - i. Menyaksikan pembunuhan
 - j. Ancaman, penyiksaan
 - k. Serangan penembak gelap
 - l. Menyaksikan reaksi ketakutan orang tua
 - m. Menyaksikan efek alkoholisme pada keluarga
 - n. Bunuh diri atau bentuk lain dari kematian mendadak; (n) ancaman kematian, dan
 - o. Kerusakan atau kehilangan bagian tubuh.
2. Faktor ketidaksengajaan manusia, diantaranya :
 - a. Industrial
 - b. Kebakaran
 - c. Ledakan kendaraan bermotor, kapal karam
 - d. Bencana nuklir
 - e. Runtuhnya bangunan, dan
 - f. Kerusakan akibat operasi pada tubuh atau kehilangan bagian tubuh
3. Faktor bencana alam
 - a. Angin ribut
 - b. Angin topan
 - c. Tornado
 - d. Banjir
 - e. Gempa bumi
 - f. Salju longsor, dan
 - g. Tsunami.

Bagi sebagian orang pengalaman dramatis, tragis, mengesankan, memilukan, pedih, mengerikan, sebagai akibat faktor kesengajaan manusia, ketidaksengajaan manusia, ataupun bencana alam merupakan pengalaman traumatik yang tak terlupakan. Secara psikologis, pengalaman traumatis di atas dapat menjadikan setiap orang yang mengalaminya menjadi sangat terpukul, meratapi nasibnya, kesedihan yang mendalam, cemas, takut, tidak

percaya dengan apa yang dialaminya, bingung tidak tahu apa yang harus dilakukan, kehilangan jati diri, dan sebagainya. Kehidupannya menjadi sangat kritis, tidak nyaman dan rentan terhadap munculnya berbagai bentuk gangguan fisik maupun kejiwaan, seperti stress dan depresi.

Van der Kolk (Fahrudin, 2005) mengatakan bahwa salah satu karakteristik utama pengalaman traumatik selalu menantang kemampuan individu untuk menyusun suatu *narrative* pengalaman mereka dan mengintegrasikannya dengan kejadian-kejadian yang lain. Sebagai implikasinya, pengalaman traumatik individu tidak terkait dengan masalah logika tetapi lebih kepada emosi yang memuncak atau *somatosensory impression*.

Dalam kaitan dengan bencana, studi mengenai bencana menyimpulkan bahwa korban-korban mempunyai persamaan dari aspek-aspek reaksi yang dialami. Secara umum. Rice (Fahrudin, 2005) menjelaskan tiga periode yang berbeda yaitu, yaitu: (1) periode impak (*impact period*), berlangsung sepanjang kejadian bencana, (2) periode penyejukan suasana (*recoil period*), berlangsung dalam beberapa hari selepas kejadian, (3) periode post-traumatik (*post-trauma period*), yang dapat berlangsung lama dan bahkan sepanjang hayat. Hal ini berarti bencana selalu menyisakan masalah, bahkan untuk jangka lama.

Dalam periode impak, korban-korban selalu diliputi perasaan tidak percaya dengan apa yang sedang mereka alami. Periode ini berlangsung singkat pada saat dan segera setelah kejadian. Periode ini terlihat ketika korban-korban mulai merasakan diri mereka lapar, tidak memahami bagaimana harus memulihkan keadaan dan mengganti harta-benda yang hilang, bingung dan kehilangan masa depan. Dalam periode penyejukan suasana, korban mendapat bantuan kemanusiaan, terutama yang bersifat fisik untuk sekedar dapat bertahan hidup.

Periode post-traumatik berlangsung tatkala korban-korban bencana mulai berjuang untuk melupakan pengalaman-pengalaman traumatiknya yang ditandai dengan munculnya simptom-simptom gangguan stres pasca trauma (*symptoms of post-traumatic stress disorder*) yang dapat berlangsung dalam jangka panjang.

Dipercayai pula bahwa simptom-simptom fisik dan psikologikal akan muncul selepas bencana yang besar. Simptom psikologikal termasuk *panic*, *anxiety*, ketakutan fobik, merasa tidak tenteram, terasing, menarik diri (*withdrawl*), *depression* (termasuk beberapa percobaan bunuh diri), marah dan kekecewaan yang mendalam.

Bencana selalu terkait dengan tingkah laku manusia, sehingga dalam jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang dapat berdampak psikososial kepada korban langsung (*primary victims*) maupun korban tak langsung (*secondary victims*). Gibson (Fahrudin, 2005) mengatakan bahwa dampak bencana tidak hanya kepada penduduk yang terlibat melainkan juga rekan-rekan terdekat, tetangga, atau bahkan para pekerja atau sukarelawan yang terlibat di dalam pelayanan sosial bencana.

C. Prevalensi

Menurut Schiraldi (2000), kalangan psikiater memperkirakan bahwa 1 sampai 3 persen dari populasi penduduk dunia secara klinis pernah mengalami GSPT. Sedangkan Hassanuddin (2004) menjelaskan bahwa kelompok terjadinya GSPT terhadap trauma spesifik, yakni : bencana Alam (3,7% laki-laki, 5,4% wanita), Korban Kriminalitas (1,8% laki-laki, 21,8% wanita), Peperangan (38% laki-laki, 18% wanita), perkosaan (40,5% laki-laki, 65% wanita). Dijelaskan lebih lanjut, bahwa secara umum 10-20% seseorang terkena trauma akan berkembang menjadi GSPT. Namun jika tidak terjadi GSPT, 77% korban berisiko terjadi gangguan depresi mayor.

Sementara itu Leach (Andi Fakhrudin, 2005) menegaskan bahwa berdasarkan atas pola-pola respon korban terhadap dampak bencana dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

1. Kelompok I

Kelompok ini biasanya relatif bersahaja, pemikiran mereka masih jelas, dan penuh perhitungan dalam tindakan. Mereka ini kerap kali dinamakan sebagai "*supercool*". Dari keseluruhan korban biasanya terdapat 10% - 20%.

2. Kelompok II

Kelompok ini menunjukkan gejala sangat bingung dan membingungkan. Proses berfikir mereka bertipikal salah atau keliru, dan tidak mampu membuat rencana dengan cara yang masuk akal. Tingkah lakunya menyerupai robot, dan memperlihatkan simptom-simptom fisik dan psikologikal yang nyata, khususnya berupa *anxiety* yang tinggi. Korban yang termasuk ke dalam kategori ini sekitar 75%.

3. Kelompok III

Kelompok ini selalu menunjukkan beberapa tingkah laku yang tidak sesuai, beberapa diantaranya ada yang menjadi tidak berdaya (*helplessness*) dan membeku (*cooled*) pada situasi dan tempat tertentu, perasaannya mudah berganti, dan beberapa diantaranya cenderung bertingkah laku yang sangat membahayakan dirinya dan orang lain. Prevalensinya antara 10% hingga 15%.

D. Dampak GSPT

Wilson (Schiraldi, 1999) menjelaskan bahwa GSPT dapat berdampak kepada kapasitas-kapasitas psikologi, konsep diri, perkembangan dan hubungan seseorang. Jika tidak ditangani, GSPT akan bertambah parah dan memberikan dampak munculnya gangguan aspek fisik, emosi, mental, perilaku, spiritual. Symptom yang muncul pada aspek fisik di antaranya adalah kelelahan, suhu badan meninggi, menggigil, badan lesu, mual-mual, pening,, sesak napas, dan panic. Aspek emosi di antaranya iritasi, hilangnya gairah hidup, ketakutan, dikendalikan emosi, merasa rendah diri. Sedangkan

aspek mental di antaranya kebingungan, ketidakmampuan menyelesaikan masalah, tidak dapat berkonsentrasi, tidak mampu mengingat dengan baik.

Aspek perilaku di antaranya adalah sulit tidur, kehilangan selera makan, makan berlebihan, banyak merokok, minum alcohol, menghindar, sering menangis, tidak mampu berbicara, tidak bergerak, gelisah, terlalu banyak gerak, mudah marah, ingin bunuh diri, menggerakkan anggota tubuh secara berulang-ulang, rasa malu berlebihan, mengurung diri, menyalahkan orang lain. Aspek spiritual di antaranya adalah putus asa, hilang harapan, menyalahkan Tuhan, berhenti ibadah, tidak berdaya, meragukan keyakinan, tidak tulus, dll.

Pernyataan di atas senada dengan yang diungkapkan oleh Sara (2005) bahwa GSPT ternyata dapat mengakibatkan sejumlah gangguan fisik, kognitif, emosi, behavior (perilaku), dan social. Gejala gangguan fisik memiliki ciri pusing, gangguan pencernaan, sesak napas, tidak bisa tidur, kehilangan selera makan, impotensi, dan sejenisnya. Gangguan kognitif ditandai oleh gangguan pikiran seperti disorientasi, mengingkari kenyataan, linglung, melamun berkepanjangan, lupa, terus menerus dibayangi ingatan yang tak diinginkan, tidak focus dan tidak konsentrasi, tidak mampu menganalisa dan merencanakan hal-hal yang sederhana, tidak mampu mengambil keputusan. Pada kasus yang lebih berat mulai disertai halusinasi. Gangguana emosi ditandai dengan gejala tertekan, depresi, mimpi buruk, marah, merasa bersalah, malu, kesedihan yang berlarut-larut, kecemasan dan ketakutan, menarik diri, tidak menaruh minat pada lingkungan, dan tidak mau diajak bicara. Singkatnya, hidup dihayati sebagai kehampaan dan tidak bermakna. Gangguan perilaku, ditandai menurunnya aktivitas fisik, seperti gerakan tubuh yang minimal. Misal, duduk berjam-jam dan perilaku repetitif (berulang-ulang). Sementara gangguan sosial, yakni memisahkan diri dari lingkungan, menyepi, agresif, prasangka, konflik dengan lingkungan, merasa ditolak atau sebaliknya sangat dominan.

E. Model Intervensi

Sesuai dengan keragaman dan kompleksitas permasalahan yang dihadapi penderita GSPT, maka dalam rangka penyembuhan hakekatnya membutuhkan model intervensi yang eklektik, baik intervensi medis, psikologis, sosial, dan bila dipandang perlu mungkin membutuhkan intervensi politis. Namun demikian, dalam implementasinya sangat tergantung kepada karakteristik, permasalahan, dan kebutuhan masing-masing kasus.

Sementara itu, mengingat tingginya tingkat kekritisannya, luasnya cakupan dan dalamnya masalah yang dihadapi oleh individu yang mengalami GSPT, Fairbank (2004, dalam Rusmana, dkk., 2007) mengusulkan model intervensi yang komprehensif dan mendalam, yang meliputi empat tahap, yakni tahap *Societal, Community, Family, dan Individual*. Cakupan intervensi pada tahap *societal* berupa kebijakan umum dan keamanan umum; Cakupan intervensi pada tahap masyarakat berupa

pendidikan untuk masyarakat *dan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga*. Pada tahap keluarga cakupan intervensinya meliputi jejaring keluarga kelompok penolong diri sendiri dan kesehatan mental. Sedangkan pada tahap individu cakupan intervensinya meliputi pengobatan tradisional dan perawatan kesehatan mental. Sedangkan menurut Baron, Jensen dan De Jong (2000) meliputi sembilan tahapan intervensi, yakni (1) intervensi survival, (2) intervensi politik; (3) Intervensi pemberdayaan masyarakat, (4) peningkatan kapasitas dan pelatihan; (5) keluarga dan peningkatan jejaring; (6) kelompok penolong diri sendiri; (7) konseling; (8) psikoterapi; dan (9) treatment psikiatrik. Dalam kaitannya dengan konseling menekankan pentingnya konseling krisis, yang merupakan intervensi suportif bagi individu untuk mengekspresikan perasaan tentang peristiwa trauma tanpa bersifat menghukum atau menilai (Nandang Rusmana, dkk. , 2007).

BAB III

GSPT DAN IMPLIKASINYA TERHADAP KONSELING

A. Hakekat Konseling

Konseling hakekatnya adalah layanan kemanusiaan yang diwarnai oleh pandangannya tentang manusia. Dalam perspektif pendidikan, konseling merupakan proses yang menunjang keseluruhan pelaksanaan pendidikan dalam mencapai tujuannya, yaitu membantu perkembangan optimal sebagai individu maupun sebagai makhluk sosial, sesuai dengan kemampuan, minat, dan nilai-nilai yang dianutnya. Dalam pandangan sistem, konseling merupakan suatu sistem yang terbuka yang menyangkut variabel input, proses, dan output. Sebagai sistem, maka keberhasilan pelaksanaan konseling terikat pada terjadinya keselarasan dan keserasian dari berfungsinya atau bekerjanya seluruh variabel-variabel tersebut untuk membentuk relasi dan interaksi secara harmonis. Dalam kaitan dengan budaya, salah satu isu penting yang berkembang akhir-akhir ini dalam bidang konseling dan banyak mendapat sambutan hangat dari para pakar adalah konseling lintas budaya (*cross cultural counseling*). Beberapa tema yang terkait erat dengan konseling lintas budaya tersebut, antara lain emic dan etic, *autoplastis* dan *alloplastis*, hubungan dan teknik, dan komunikasi. Implikasi bagi konselor, minimal dipersyaratkan memiliki sikap, pengetahuan, dan keterampilan tinggi terhadap spektrum sosial budaya yang lebih luas dan berbeda-beda.

Burks dan Steffire (1979) menyatakan bahwa dalam perspektif sejarah, konseling mula-mula dipandang sebagai "*specific techniques*", kemudian beralih pada penekanan adanya "*relationship*", yaitu suatu pemahaman bahwa suatu konseling dapat melibatkan lebih dari dua orang dan menekankan pada tujuan-tujuan yang ditentukan oleh klien. Definisi yang berorientasi psikologis, menyatakan konseling sebagai suatu proses yang melibatkan interaksi antara konselor dengan konselee dalam *setting privat*, dengan tujuan membantu klien merubah perilakunya sehingga mampu memperoleh pemecahan yang memuaskan atas kebutuhan-kebutuhannya.

Secara umum, elemen kunci dari definisi konseling adalah : (1) membantu seseorang memuat pilihan-pilihan dan bertindak atas pilihannya, (2) proses belajar, dan (3) perkembangan kepribadian. Sedangkan definisi terbaru menekankan kepada kesadaran konselor untuk bekerja sama dengan klien dalam membantu masalah khusus yang dihadapinya berdasarkan kepada pertimbangan minat dan kompetensi konselor serta standar etika, sebagaimana yang diajukan Krumboltz. Dijelaskan lebih lanjut bahwa *supportive therapy* setingkat dengan bimbingan, *reeducative* dengan konseling, dan *reconstructive therapy* dengan psikoterapi. Dalam banyak hal tidak terdapat perbedaan yang berarti dalam metode yang digunakan antara konseling dengan psikoterapi. Konseling lebih banyak berkenaan dengan masalah kognisi sedangkan psikoterapi pada masalah afeksi. Sedangkan berkenaan dengan teori, terdapat elemen-elemen substansif dalam suatu teori konseling yang pada akhirnya akan membedakan antara suatu teori dengan yang lainnya. Elemen-elemen substansif tersebut ialah : (a) asumsi terhadap penghargaan hakekat manusia, (b) keyakinan terhadap teori belajar dan perubahan perilaku, (c) komitmen terhadap tujuan konseling, (d) definisi peran konselor, dan (e) fakta pendukung teori.

Berdasarkan atas dimensi tujuan, tujuan konseling terus mengalami perubahan seiring dengan perkembangan konsepsi konseling itu sendiri, dari mulai yang sederhana sampai dengan yang kompleks atau komprehensif. Namun demikian tujuan konseling pada hakekatnya harus merujuk, bermuara, atau bernuansa, dan seirama dengan tujuan pendidikan. Karena itu tujuan pendidikan nasional harus tetap dijadikan sebagai referensi utama pencapaian tujuan konseling, sehingga sekalipun pendekatan, metode, teknik, dan proses yang digunakan berbeda dengan yang diterapkan dalam pendidikan tetapi hasilnya tetap selaras, bahkan dapat dijadikan sebagai sarana pendukung pencapaian tujuan pendidikan secara keseluruhan.

Tujuan konseling disamping harus mampu merefleksikan kebutuhan individu, juga harus mampu membantu individu memperkembangkan diri secara optimal sesuai dengan latar belakang sosial budaya, dan tuntutan positif lingkungan, sehingga mampu mengantarkan individu kepada pengembangan pribadi secara utuh dan bermakna, baik bagi diri sendiri maupun lingkungannya.

B. Urgensi Konseling terhadap penderita GSPT

Mencermati uraian tentang GSPT sebelumnya, diperoleh pemahaman bahwa pengalaman traumatik yang ditimbulkan oleh faktor kesengajaan manusia, ketidak sengajaan, maupun bencana alam dapat menimbulkan gangguan stres pasca trauma, yang apabila tidak segera ditangani dapat berdampak serius kepada terjadinya gangguan lain yang lebih kompleks dan dapat berjangka panjang.

Sesuai kompleksitas permasalahan penderita GSPT, maka diperlukan pendekatan bersifat komprehensif dan profesional. Sara (2005)

menyarankan bahwa metode dalam menangani GSPT haruslah bersifat eklektik atau kombinasi dari berbagai pendekatan, meliputi medikasi, konseling, dan spiritual. Medikasi adalah pemberian obat-obatan seperti anti depresan. Konseling merupakan pemberian pelayanan baik konseling perorangan ataupun kelompok. Spiritual adalah pendampingan dalam berdoa bersama, pengajian, dan sejenisnya.

Pentingnya kehadiran konseling dalam penanganan GSPT juga tercermin dari berbagai pendapat ahli dalam menyikap terjadinya Tsunami tahun 2004, yang menegaskan bahwa penanganan terhadap korban trauma perlu dilakukan segera melalui konseling. Jika tidak, korban bisa mengalami stres yang lama atau bertahun-tahun (David Sattler, seorang peneliti mengenai korban-korban selamat dari bencana dari Western Washington University, AS, maupun Margaret Miles dari University of North Carolina-Champel Hill, yang juga telah berpengalaman dalam menangani para korban bencana, dalam Reuters, 2006), dan dapat menimbulkan luka bagi perkembangan psikologis berikutnya (Tan, 2005).

Pentingnya kehadiran konseling dalam penanganan GSPT tidak lepas dari kenyataan bahwa dalam upaya penyembuhan tekanan, kecemasan, atau stres yang dialaminya memerlukan sentuhan-sentuhan psikologis melalui peran tenaga-tenaga profesional yang ahli dalam bidangnya. Untuk itu kehadiran konseling sebagai salah satu pihak yang berkompeten menjadi sangat penting, dengan misi utama membantu memulihkan kondisi psikologis dan sosio-emosional penderita GSPT agar dapat kembali memiliki kehidupan yang wajar. Membantu dalam mengambil keputusan-keputusan secara tepat terhadap problem psikologis yang dihadapinya dan bertindak atas pilihan-pilihannya, sekaligus dalam rangka menjalankan fungsi konseling itu dalam dimensi kuratif (penyembuhan), supportif (dorongan, semnagat, penyejuk suasana, netralisir), reeducatif, maupun preventif (dalam arti agar masalahnya tidak meluas dan mendalam, sehingga semakin berat dan kompleks).

Secara kejiwaan penderita GSPT dihadapkan kepada persoalan yang sulit sehingga terjadi krisis akibat goncangan jiwa atau trauma yang dialaminya, yaitu hilangnya kemampuan untuk mengatasi masalah untuk sementara waktu. Dalam kondisi ini yang berkembang dapat menuju pada dua arah, yaitu menuju perbaikan, penyelesaian masalah, atau sebaliknya menuju kegagalan atau penderitaan. Dengan kata lain krisis dapat membawa kesempatan dan juga bahaya. Berdasarkan hal tersebut, kehadiran konseling diperlukan dalam rangka membantu penderita GSPT mengatasi krisis yang dialaminya sehingga dapat mengarah menuju perbaikan.

Berkaitan dengan krisis, Wright (1985) mengemukakan adanya empat unsur dalam krisis, yaitu : (1) kejadian yang penuh resiko, (2) keadaan rentan, (3) faktor yang menimbulkan krisis, dan (4) keaddan krisis yang aktif. Termasuk keaddan krisis yang aktif, misalnya gejala stres, panik atau gagal, pembebasan derita, dana efisiensi yang menurun.

Dalam konsep perkembangan normal, dalam setiap tahap perkembangan selalu dihadapkan pada situasi krisis psikososial dan keberhasilan dalam menghadapi krisis akan berpengaruh terhadap perkembangan berikutnya (Erikson). Dalam kasus GSPT krisis yang dihadapi lebih bersifat "tidak disengaja" atau "situasional", karena datangnya tiba-tiba, sangat mengganggu, dan tak terduga, serta dapat berbentuk trauma atau krisis psikososial, biopsikososial, maupun psikososialpolitik, sedangkan sumbernya dapat datang dari lingkungan internal (keluarga) ataupun eksternal (konflik, bencana alam, dsb). Menurut Wright (1985) krisis yang bersumber dari luar akan lebih mudah di atasi dibandingkan yang bersumber internal.

Setiap orang bisa memberi respons gejala trauma yang berbeda-beda atas peristiwa sama, karena itu sekalipun uraian di atas cukup memberikan gambaran tentang urgensi konseling terhadap penderita GSPT, namun keragaman jenis, bobot, dan pola respon yang berbeda-beda pada penderita GSPT menjadikan dalam pelaksanaannya perlu diikuti dengan sikap kehati-hatian guna menegakkan profesionalisme konseling itu sendiri. Hal ini berarti diperlukan pemetaan lebih lanjut tentang pada kelompok GSPT mana yang dapat dijadikan garapan profesi konseling. Sesuai dengan garapan konseling, maka hendaknya difokuskan penderita GSPT taraf ringan. Dengan mengacu kepada pengelompokan yang diajukan oleh Leach, barangkali garapan konseling akan lebih tepat untuk kelompok II, atau yang masuk dalam kriteria A dan B sebagaimana diajukan oleh Hasanuddin, atau pada kelompok trauma psikososial sebagaimana diajukan Tadjudin.

Fokus utama kepedulian konseling adalah di bidang pendidikan, karena itu sasaran konseling hendaknya lebih mengutamakan kepada siswa yang mengalami GSPT dan atau lingkungan yang terkait dengan siswa tersebut dalam upaya pencapaian tujuan pendidikan. Minimal dalam rangka menumbuhkan semangat dan minatnya untuk kembali belajar. Minat dan semangat belajar adalah modalitas utama bagi anak karena akan menumbuhkan kesiapan dalam belajar, serta membantu terwujudnya sikap, tingkah laku dan perbuatan yang ditandai dengan penuh motivasi, antusiasme, tanggung jawab, gairah, dan kedisiplinan. Lebih jauh lagi dalam rangka membantu mengatasi stres akibat trauma yang dialaminya, sehingga tidak berdampak kepada munculnya gangguan fisik, mental, emosi, sosial, maupun perilaku.

Kepedulian konseling dalam membantu menyelesaikan keragaman permasalahan yang dihadapi individu, juga telah berkontribusi kepada lahirnya berbagai jenis dan ragam konseling. Konseling traumatik atau konseling krisis merupakan jawaban atas bentuk kepedulian terhadap individu yang mengalami trauma atau GSPT. Hal ini sekaligus menegaskan tentang pentingnya konseling secara profesional kepada para penyandang GSPT melalui konseling traumatik atau konseling krisis. Dalam konteks Indonesia saat ini, kebutuhan akan konseling model ini sangat penting mengingat banyaknya bencana, konflik, maupun aksi-aksi kekerasan lain yang tentunya beresiko tinggi bagi terjadinya GSPT. Karena itu masalah yang sebenarnya adalah kesiapan konselor untuk melaksanakannya dan

bagaimana mempersiapkannya, sehingga konseling terhadap GSPT tersebut dapat dilaksanakan secara profesional dan proporsional.

C. Intervensi dalam Konseling

Dalam rangka penyembuhan penderita GSPT, hakekatnya memerlukan pendekatan atau model intervensi yang eklektik. Khusus dalam kaitan dengan konseling, intervensi atau tretmen yang diberikan hendaknya memfokuskan kepada masalah-masalah psikososial yang dihadapi penderita GSTP sebagai klien, serta melalui penggunaan metode atau teknik yang bervariasi. Secara umum, dalam konseling traumatik atau konseling krisis telah menawarkan berbagai metode intervensi yang dianggap tepat yang dapat dipilih dan digunakan oleh konselor.

Beberapa metode yang secara umum dikenal dan diparktekan di lapangan dalam konseling traumatik, diantaranya terapi tingkah laku, *art therapy*, relaksasi, desentisisasi sistematis, *cognitive therapy*, *group support therapy*, dan *expressive therapy*, play tehrapy, reality therapy, defusing, dan debriefing, dan coping stress.

Metode *defusing* merupakan proses *talking out* atau proses pelepasan beban / tekanan-tekanan pikiran dan emosional melalui situasi informal, sedang metode *debriefing* adalah proses membuka atau menata ulang fakta, pikiran, dan perasaan para korban sehingga dapat memahami dan menerimanya sebagai kenyataan yang harus dihadapi serta mencari cara-cara mensikapinya secara tepat (Fahrudin, 2005).

Dalam kaitan dengan coping stress, Pitaloka (2005) menjelaskan bahwa dalam proses konseling psikologis terhadap penderita GSPT memerlukan penekanan kepada *coping stres*. Sedangkan agar dalam *coping stress* dapat lebih efektif, hendaknya memasukkan agama dan spiritual atau religi, mengingat keduanya dapat memainkan peranan yang sangat penting dalam upaya mengatasi stress. Dengan mengutip pendapat Spika, Staver, dan Kirkpatrick (1985) dijelaskan lebih lanjut bahwa tiga peran religi dalam *coping process* yaitu (a) menawarkan makna kehidupan, (b) memberikan *sense of control* terbesar dalam mengatasi situasi, dan (c) membangun *self esteem*. Adapun dua sumber *coping* yang biasa dilakukan adalah *prayer* dan *faith in God* (berdoa dan berserah diri pada Tuhan).

Dalam kaitan dengan konseling krisis, Wright (1985) mengajukan delapan langkah dasar yang harus diikuti dalam menolong seseorang yang sedang menghadapi krisis. Langkah-langkah tersebut dapat diterapkan terhadap bermacam-macam jenis krisis, namun harus peka dan luwes dalam penerapannya. Langkah-langkah tersebut, meliputi :

1. Intervensi langsung, yaitu dengan memberikan pertolongan secepatnya melalui dorongan semangat, dengan maksud untuk mengurangi kegelisahan, rasa bersalah, dan ketegangan serta untuk memberikan dukungan emosi. Serta dalam mengatasi rasa tak berdaya dan keputusasaannya.

2. Mengambil tindakan, yaitu dengan menggerakkan agar segera berperilaku yang positif, sambil menemukan berbagai informasi yang dibutuhkan tentang permasalahan yang dihadapi.
3. Mencegah suatu kehancuran, yaitu mencegah kehancuran dan berupaya memulihkan melalui sasaran-sasaran jangka pendek dan terbatas.
4. Membangun harapan dan kemungkinan masa depan yang positif. Jangan memberikan harapan palsu dan dorong untuk menyelesaikan masalahnya agar kembali seimbang.
5. Memberi dukungan, yaitu dengan membangun sistem dukungan baik melalui komunikasi, doa, peran keluarga, dsb.
6. Pemecahan masalah yang terfokus, yaitu dengan membantu merencanakan dan melaksanakan cara-cara untuk menyelesaikan satu masalah.
7. Membangun harga diri, dengan memberi harapan-harapan positif kepada klien dan membantu pemecahannya secara bersama-sama.
8. Menanamkan rasa percaya diri, yaitu dengan mencegah rasa ketergantungan klien kepada konselor.

Sementara itu, mengingat kompleksitas permasalahan yang dihadapi GSPT, dalam pelaksanaan konseling, Fairbank (2004, dalam Rusmana, dkk., 2007) menekankan pentingnya kreativitas konselor untuk mengembangkan model intervensi dengan memadukan antara *indigenous cultur* dengan modern. Hal berarti ini menekankan pentingnya konseling yang berbasis budaya bagi para individu yang mengalami GSPT.

BAB III

KESIMPULAN

Terjadinya pengalaman traumatik pada seseorang selalu terkait dengan aspek tingkah laku, yang apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat dapat berkembang kepada terjadinya GSPT. Sementara itu, terjadinya GSPT sendiri dapat berdampak kepada timbulnya gangguan yang lebih kompleks, baik dalam dimensi fisik, mental, sosial, perilaku, maupun spiritual. Oleh itu profesi konseling sepatutnya memberi perhatian bagaimana membantu mengatasi masalah-masalah psikologis individu yang mengalami trauma maupun pasca trauma (GSPT) secara profesional dan proporsional, terutama melalui praktek konseling traumatik atau konseling krisis.

Kepedulian profesi konseling terhadap individu yang mengalami trauma, sebenarnya bukan hal yang baru, walaupun untuk kasus di Indonesia barangkali masih termasuk modus baru, seiring dengan banyaknya korban yang mengalami trauma sebagai dampak terjadinya bencana, konflik, dan aksi-aksi kekerasan lainnya.

Menyikapi hal di atas, maka setiap calon konselor seharusnya dididik tentang intervensi krisis. Dengan demikian dalam prakteknya mampu memberikan resolusi psikologis terhadap individu yang menghadapi krisis, trauma, ataupun pasca trauma dan merestorasi tahap keberfungsian psikologisnya kepada tahapan sebelum krisis atau trauma secara profesional dan proporsional sesuai dengan bidang kepeduliannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Burk, H.M, dan Steffle, B. (1979), *Theories of Counseling*, Thirt edition, New York: McGraw-Hill Book Company.
- Fahrudin, Andi, (2005), *Dampak Psikososial Pasca Bencana : Makalah tidak diterbitkan*, Bandung : STKS Bandung.
- Hasanuddin (2004), *Gangguan Jiwa Setelah Bencana Tsunami*, *Harian Media Indonesia*, Senin, 10 Januari 2005.
- Pitaloka, Ardaningtyas, (2005) *Teror Management Theory : Religi dan Spiritualitas sebagai Coping Stres dalam Penanganan Psikologis Korban Tsunami*. <http://www.Kompascybermedia.com>. Rabu, 19 Januari 2005. Tersedia.
- Membantu Korban Trauma Pasca-tsunami. *Harian Kompas*, edisi 9 Januari 2005.
- Rusmana, Nandang, dkk. (2007), *Konseling Pasca Trauma Melalui Terapi Permainan Kelompok : Laporan Penelitian Hibang Bersaing*, Bandung : FIP UPI. Tidak diterbitkan.
- Sara, (2005), *Mengenal dari Dekat Trauma Center*, , <http://www.Kompascybermedia.com>, Rabu, 21 Pebruari 2005. Tersedia.
- Schiraldi, Glenn R (2000), *The Post Traumatic Stress Disorder, Sourcebook, Guide to Healing, Recovery and Growth*. Boston : Lowell House.
- Tan, Suelyn, (2005), *Rencana Jangka Panjang Untuk Komunitas Korban Tsunami : Lihat Traumatis Anak Lewat Permainan*, <http://www.Kompascybermedia.com>, Senin, 25 April 2005. Tersedia.
- Wright, H. Norman, (1985), *Konseling Krisis*, Malang : Yayasan Penerbit Gandum Mas
- Yayasan Biru Wangi, (2007), *Program Pengentasan Kondisi psikologis Siswa-siswa Sekolah Dasar Pasca Traumatik Korban Bencana Alam Tusnami di Wilayah Kabupaten Pangandaran : Laporan Kegiatan*, Bandung : Yayasan Biru Wangi. Tidak diterbitkan.