

MEMAHAMI

TRAUMA

Dengan Perhatian Khusus
pada Masa Kanak-Kanak



**PROF. IRWANTO, PH.D.,
HANI KUMALA, M.PSI., PSIKOLOG**

“Sebagai psikolog yang memiliki kepedulian terhadap anak-anak/remaja yang berkonflik dengan hukum, khususnya pelaku kriminalitas, saya sangat menyambut baik buku trauma ini karena hampir semua anak yang berkonflik dengan hukum pernah mengalami trauma di masa kanak-kanak. Buku ini direkomendasikan untuk menambah wawasan bagi psikolog forensik yang peduli pelaku kriminal untuk dapat lebih memahami perilaku mereka. Apalagi, buku ini ditambah dengan asesmen traumatik yang sederhana, tetapi komprehensif.”

—**Prof. Dr. Yusti Probowati**

Psikolog, Guru Besar Psikologi Forensik Universitas Surabaya

“Buku kecil ini, yang membahas trauma dan ditulis dengan bahasa yang mudah dipahami dan runtut, dapat dijadikan lilin penerang bagi tenaga psikologi di Indonesia untuk memahami secara komprehensif salah satu sumber gangguan mental, kesulitan emosional, dan perilaku menyimpang. Saya berharap para tenaga psikologi memanfaatkan buku ini untuk melakukan program preventif melalui penguatan psikologis, dan pemberian intervensi Psikologi melalui program *treatment* dan pemulihan terhadap klien.”

—**Dr. Seger Handoyo**

Ketua HIMPSI, Dosen Fakultas Psikologi –
Universitas Erlangga Surabaya

“Bahasa yang digunakan sangat sederhana, mengalir, tetapi sekaligus ilmiah karena merupakan kajian pustaka. Isinya sangat lengkap, mendalam, dan jelas. Orang-orang bisa belajar banyak dari buku ini. Hal lain yang saya suka adalah ada contoh, tabel, dan fenomena gawai (*gadget*). Jadi, buku ini terasa membumi dan kekinian.”

—**Zahrasari Lukita Dewi, Ph.D.**

Dosen Fakultas Psikologi –
Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya Jakarta

"Buku ini membahas trauma secara komprehensif. Walau kelihatannya menekankan pembahasan pada trauma masa anak-anak, tetapi jika dibaca lebih mendetail, ada banyak pengetahuan lebih dalam tentang trauma. Buku ini sangat baik jika dibaca baik oleh mahasiswa psikologi di jenjang apa pun, maupun oleh keseluruhan masyarakat dari berbagai kalangan, yang ingin mendalami trauma psikologis karena bahasa yang disajikan dibuat sederhana dan mudah dimengerti tanpa mengurangi bobot argumentasi yang hendak disampaikan."

—**Adeline**

Mahasiswa Magister Profesi Psikologi

MEMAHAMI TRAUMA

**Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta**

- (1). Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
- (2). Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h, untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3). Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak melakukan pelanggaran hak ekonomi pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g, untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4). Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

MEMAHAMI TRAUMA

Dengan Perhatian Khusus pada
Masa Kanak-Kanak

**Prof. Irwanto, Ph.D.,
Hani Kumala, M.Psi., Psikolog**



Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta



KOMPAS GRAMEDIA

MEMAHAMI TRAUMA:

Dengan Perhatian Khusus pada Masa Kanak-Kanak

Prof. Irwanto, Ph.D.

Hani Kumala, M.Psi., Psikolog

Copyright © 2020 Prof. Irwanto,

Hani Kumala, M.Psi.,

GM 620216002

Copyright © PT Gramedia Pustaka Utama

Kompas Gramedia Building Blok 1 Lt. 5

Jl. Palmerah Barat 29–37

Jakarta 10270

Isi dan perwajahan: Fajarianto

Desainer sampul: Isran Febrianto

Diterbitkan dalam bahasa Indonesia pertama kali oleh

PT Gramedia Pustaka Utama

Anggota IKAPI 2020

Hak cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh

isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

ISBN: 978-602-06-4221-5

ISBN: 978-602-06-4222-2 (PDF)

Dicetak oleh Percetakan PT Gramedia, Jakarta

Isi di luar tanggung jawab Percetakan

KATA PENGANTAR

Trauma psikologis adalah pelukaan jiwa atau batin yang mempunyai dampak jangka panjang yang serius. Peristiwa traumatis bagi yang mengalami sering menjadi peristiwa yang mengubah perjalanan hidup seseorang (*life changing event*). Persoalannya, pertama adalah bahwa sepanjang perjalanan hidup seseorang, pengalaman traumatis mungkin tidak hanya terjadi satu kali. Terutama jika pertama kali mengalaminya adalah di masa kanak-kanak. Efek traumagenik dari pengalaman buruk di masa kanak-kanak mempunyai dampak luar biasa pada aspek neurologis, kognitif, dan afektif sehingga penyintas korban kekerasan tertentu (seperti kekerasan seksual dalam rumah tangga) akan “mewarisi kerentanan” untuk mengalami reviktimisasi di kemudian hari.

Kedua, kebanyakan korban trauma atau penyintas tidak mempunyai keberanian untuk mengungkapkan pengalamannya kepada orang lain. Oleh karena itu, deteksi dan pertolongan dini jarang sekali dapat dilakukan. Akibatnya, korban berjuang menjadi penyintas sendirian dalam situasi kecemasan selama bertahun-tahun.

Buku kecil ini ditulis untuk memberikan informasi pada orangtua, guru, psikolog, pekerja sosial yang berhubungan dengan anak agar lebih siap untuk melihat, mendengar, dan tertarik membantu mereka. Hanya dengan kesiapan dan keterampilan demikian, kita dapat menolong anak atau siapa pun yang mengalami trauma, tetapi tidak pernah berani memberitahu orang lain. Pertolongan dini merupakan intervensi yang penting untuk mencegah dampak negatif jangka panjang dari pengalaman traumagenik anak.

Buku kecil ini pernah diterbitkan sebelumnya oleh Penerbit Unika Atma Jaya, yang pada waktu itu hanya merupakan sebuah kajian literatur untuk membantu mahasiswa di Program S2 Magister Profesi Psikologi Klinis dan Konseling. Sementara, buku ini disajikan jauh lebih komprehensif dan mendalam. Semoga buku ini dapat berfungsi sebagai buku teks sederhana.

Penulis utama ingin mengucapkan terima kasih kepada Sdri. Hani Kumala, M.Psi., Psikolog yang telah membantu membaca draf secara kritis, merapikan, dan mengisi beberapa topik penting dalam buku ini.

Selain itu, dukungan istri, Indrawati Raman, dalam masa-masa sulit dan pemulihan saya sendiri dari pengalaman traumatis, merupakan inspirasi penting dalam menulis topik ini. Buku ini merupakan kado kecil untuknya. Akhirul kata, saya ingin mendedikasikan buku ini pada kedua cucu saya, Axel Blaze Pandriya dan Lowana Ciera Afindy. Mereka merupakan lilin-lilin kecil yang harus berjuang menentukan masa depan mereka dalam dunia yang tidak pernah ramah dan bersahabat untuk anak-anak.

Bintaro, 11 Januari 2020

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Bagian I. APA ARTI TRAUMA?	1
Bagian II. PERSPEKTIF DALAM MEMAHAMI TRAUMA	9
2.1 Perspektif Medis: Pengalaman Traumatis Dianggap sebagai Gangguan (<i>Disorder</i>)	9
2.2 Perspektif Psikologi Positif dan Konstruksi Teori tentang Trauma	14
2.3 Perspektif Perkembangan Manusia	20
Bagian III. JENIS-JENIS TRAUMA	31
Bagian IV. GEJALA-GEJALA PASCATRAUMA	37
Bagian V. TRAUMA PADA ANAK	43

Bagian VI. KEADAAN TRAUMAGENIK	47
6.1 Keadaan Seperti Apa Disebut Traumagenik?	47
6.2 Kondisi Traumagenik dan Reviktimisasi Kekerasan	56
6.3 Deteksi dan Intervensi Dini	57
Bagian VII. <i>TREATMENT</i> DAN PEMULIHAN	59
7.1 Persiapan Terapis	59
7.2 Asesmen	62
7.3 Modalitas <i>Treatment</i> Pemulihan Trauma	65
7.4 Kondisi <i>Comorbid</i> yang Memperparah Gejala Pascatrauma	71
7.5 Peranan Orangtua	71
7.6 Peranan Sahabat dan Relawan	73
7.7 <i>Mindfulness</i>	77
Bagian VIII. RESILIENSI DAN <i>POSTTRAUMATIC GROWTH</i>	83
8.1 Memahami Resiliensi	83
8.2 Hubungan Resiliensi dan <i>Posttraumatic Growth</i>	94
Daftar Pustaka	97
Lampiran	
1. <i>Traumatic Screening Questionnaire</i>	109
2. <i>Life Event Checklist</i>	110
3. <i>Childhood Traumatic Event Scale</i>	113
4. <i>Recent Traumatic Event Scale</i>	116
5. <i>Posttraumatic Growth Inventory</i>	118
6. Asesmen Psikososial	122
Tentang Para Penulis	135

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Istilah-Istilah Medis yang Digunakan untuk Menggambarkan Gejala Trauma	11
Tabel 2. Reaksi Anak Berdasarkan Kelompok Usia	45
Tabel 3. Ringkasan Kondisi Traumagenik	54

|.

APA ARTI TRAUMA?

Dalam bahasa sehari-hari, kata "trauma" telah sering digunakan untuk menggambarkan sebuah pengalaman negatif yang selalu diingat. Sebenarnya, kata "trauma" yang berarti "luka" (bahasa Latin) adalah sebuah kosakata benda yang mendeskripsikan mengenai suatu kejadian atau pengalaman manusia merespons peristiwa tersebut. Peristiwa seperti apa? Menghadapi peristiwa seperti itu, respons manusia seperti apa? Pada awalnya istilah trauma digunakan pada disiplin ilmu kedokteran guna merujuk pada luka secara fisik dan membutuhkan bantuan tenaga medis. Seiring berjalannya waktu, psikiater mulai menggunakan istilah trauma untuk merujuk pada suatu pengalaman mental psikologis yang diakibatkan oleh peristiwa yang mengancam atau membahayakan nyawa seseorang. Pengalaman seperti ini dianggap dapat mengarah pada potensi gangguan mental. Dalam konteks seperti itu, istilah trauma kemudian diartikan sebagai "*wound of the soul*" atau "luka jiwa". Dalam profesi psikologi dan psikiatri yang diwakili

oleh *American Psychological Association* (APA), trauma didefinisikan sebagai berikut:

”... adalah suatu kejadian luar biasa yang bersifat mengancam fisik dan harga diri individu serta dianggap dapat menyebabkan kematian sehingga menimbulkan rasa takut yang luar biasa, rasa tidak aman, dan rasa tidak berdaya ketika peristiwa itu terjadi.” (APA, 2008, hlm. 2)

Dari definisi di atas jelas bahwa ”trauma” (*wound of the soul*) berhubungan dengan paparan langsung (*direct personal experience*) atau tidak langsung (*witnessing*) terhadap peristiwa atau kejadian yang intensitasnya di luar pengalaman manusia sehari-hari, menimbulkan rasa takut yang luar biasa karena dipersepsikan akan mengancam kesejahteraan fisik dan jiwanya, rasa tidak berdaya untuk memengaruhi peristiwa itu atau menyelamatkan diri, perasaan tidak aman setelah peristiwa berlangsung, kebingungan mengapa hal itu terjadi dan mengapa terjadi pada dirinya. Berbagai perasaan dan pemikiran setelah terjadinya peristiwa tersebut disebut *psychophysiological alarmed response* atau *emotional shock* (Schauer, Neuner, dan Elbert, 2005; James, 1989). Dengan demikian, esensi trauma adalah efek kejutan luar biasa, sifat-sifat peristiwanya menakutkan, respons dari pribadi yang tidak berdaya.

Paparan langsung adalah ketika peristiwa itu dialami oleh seseorang secara langsung seperti kecelakaan, pelecehan seksual, kekerasan, dan lain-lain. Paparan tidak langsung adalah ketika yang mengalami adalah orang lain, tetapi seseorang menyaksikan sendiri peristiwa tersebut, seperti saksi kekerasan, saksi kecelakaan, dan sebagainya. Dalam literatur dikenal istilah yang disebut *vica-*

rious trauma (atau trauma karena mendengarkan dan menyaksikan terus-menerus orang-orang yang mengalami trauma sehingga seolah-olah trauma itu seperti dialaminya sendiri (*vicarious*). Dokter, psikolog, psikiater, pekerja sosial, perawat, tokoh masyarakat yang selalu berusaha mendengarkan kisah-kisah orang yang berkeluh kesah padanya dengan empati, akan berisiko mengalami trauma jenis ini, terutama jika dalam pengalaman pribadinya ada faktor risiko tertentu seperti pernah mengalami peristiwa yang mirip, penyintas kekerasan, pernah menjadi tentara, dan lain-lain (Richardson, 2001).

Untuk memahami trauma, yang perlu diperhatikan adalah sifat subjektif dari pengalaman traumatis itu sendiri. Walau peristiwa traumatis dapat berdampak pada banyak orang (kecelakaan, kekerasan massal, bencana alam), tetapi yang menentukan apakah efek dari peristiwa tersebut bersifat traumatis seperti yang dilukiskan di atas, adalah pemaknaan individu itu sendiri. Dalam hal ini pandangan psikoanalisis, guru hipnosis Freud yang bernama Jean-Martin Charcot (1825–1893) beranggapan bahwa trauma psikologis merupakan biang keladi berbagai gangguan mental serius. Setelah suatu peristiwa traumatis fisik, individu sering mengalami paralisis (gejala-gejala kelumpuhan) sebagai manifestasi histeria traumatis (dalam Laplanche & Pontalis, 1967). Pengertian trauma yang diajukan oleh mazhab psikoanalisis adalah sebagai berikut:

“An event in the subject’s life, defined by its intensity, by the subject’s incapacity to respond adequately to it and by the upheaval and long-lasting effects that it brings about in the psychological organization.”

(Laplanche & Pontalis, 1967:1)

Jika dalam definisi sebelumnya dikemukakan ciri-ciri dari peristiwa traumatis itu yang menentukan reaksi individu dan memaknainya sebagai trauma, maka dalam definisi psikoanalisis di atas, yang lebih ditekankan adalah ciri-ciri subjeknya, yaitu: bagaimana kapasitas subjek dalam menanggapi atau bereaksi terhadap peristiwa dengan intensitas tertentu yang ia alami. Dalam pengertian seperti ini maka peristiwa yang terjadi tidak selalu bersifat “luar biasa” menurut pemahaman umum, tetapi memang bersifat “luar biasa” bagi individu yang bersangkutan.

Sebagai contoh, ada seorang gadis remaja SMP yang selalu harus berjalan kaki ke sekolah. Perjalanan itu harus melewati beberapa tempat yang ramai orang dan kadang-kadang harus menyeberang jalan besar. Oleh karena itu, orangtuanya selalu mewanti-wanti agar ia selalu hati-hati dan waspada, terutama karena banyak laki-laki dewasa di jalan-jalan yang ramai. Suatu pagi, ketika berjalan cukup jauh dari rumahnya di sebuah jalan besar yang ramai, ia merasa pusing. Sejak sehari sebelumnya memang ia merasa kurang sehat. Namun, ia tidak mau berdiam di rumah untuk istirahat. Ia tetap mau sekolah. Dalam perjalanan, perasaan pusing ia tahan, tetapi beberapa saat selanjutnya ia kehilangan kesadaran—pingsan. Mungkin hanya pingsan sekian detik, karena ia merasa jatuh sebentar kemudian bangun kembali. Namun, ketakutan luar biasa sangat menghantuinya, terutama jika membayangkan apa yang dapat terjadi seperti nasihat orangtuanya. Di kepala si gadis remaja itu muncul berbagai skenario buruk yang mungkin terjadi seperti dilecehkan, diperkosa, diculik, dan sebagainya. Ini membuatnya takut luar biasa yang

menghantuinya selama 30 tahun selanjutnya karena ia tidak berani bercerita kepada orangtuanya. Berapa banyak di antara Anda yang mempelajari trauma, pernah mengalami peristiwa kecil, tetapi Anda memaknainya sebagai peristiwa besar yang sangat menakutkan seperti: kompor meledak, jatuh dari tangga, digigit binatang, dan sebagainya yang memberikan dampak selama bertahun-tahun bahkan mengubah cara hidup Anda?

Salah satu institusi kesehatan di Amerika Serikat yang mengembangkan konsep trauma untuk keperluan kebijakan publik di sektor kesehatan mental adalah SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*). Lembaga ini mengakui betapa banyaknya penduduk di AS yang mengalami trauma baik karena pekerjaannya, pengalaman masa kecil, maupun berbagai peristiwa yang terjadi di AS sehingga trauma dan segala akibatnya dianggap sebagai beban sektor kesehatan yang sangat mahal. Terutama ketika trauma menyebabkan berbagai problematika perilaku seperti kekerasan massal, penggunaan narkoba, perilaku seks yang tidak bertanggung jawab, kekerasan domestik, perceraian, dan sebagainya. Melalui diskusi para ahli dan riset empiris yang ekstensif, mereka mengajukan definisi yang menurut mereka mudah dipahami oleh masyarakat umum, profesional kesehatan mental, maupun birokrat sehingga menjadi pedoman operasional untuk membangun dan memperbaiki layanan kesehatan terkait pengalaman traumatis. Definisi SAMHSA adalah sebagai berikut:

“Individual trauma results from an event, series of events, or set of circumstances that is experienced by an individual as physically or emotionally harmful or life threatening and that has lasting adverse effects of the individual’s functioning and mental, physical, social, emotional, or spiritual wellbeing” (SAMHSA, 2014: 7).

Jika kita simak, maka definisi di atas menekankan pada hubungan antara beberapa peristiwa atau serangkaian peristiwa yang mempunyai berbagai akibat jangka panjang negatif baik secara fisik, mental, sosial, dan spiritual pada individu yang mengalami. Artinya, sifat dan intensitas dari peristiwa atau rangkaian peristiwa yang terjadi bagaimanapun mempunyai kontribusi terhadap pemahaman “keluarbiasaan pengalaman subjektif” individu. Peristiwa besar seperti bencana kemanusiaan yang berwujud konflik bersenjata seperti peperangan, kerusuhan massal, terorisme, perlakuan salah pada anak, pelecehan seksual, dan sebagainya bukanlah pengalaman sehari-hari yang umum. Demikian juga bencana alam seperti tsunami, tanah longsor, banjir bandang, kebakaran, dan sebagainya. Karena skala yang besar dan intensitasnya yang masif, maka siapa pun yang mengalami peristiwa-peristiwa tersebut akan bereaksi secara luar biasa pula (Schauer, Neuner, dan Elbert, 2005).

Menyimak berbagai pengertian trauma yang disajikan di atas, maka dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ***trauma atau kondisi traumatis terjadi karena adanya peristiwa (tunggal maupun berkelanjutan) yang intensitasnya di luar pengalaman sehari-hari manusia atau yang dimaknai sebagai luar biasa oleh individu sehingga menimbulkan perasaan cemas, takut, dan tidak berdaya yang mempunyai dampak negatif pada kua-***

litas hidup fisik, mental, spiritual, dan sosialnya. Tentu definisi seperti ini masih dapat berubah jika ditemukan aspek-aspek lain yang dianggap signifikan dalam menentukan pengalaman traumatis tersebut.

PERSPEKTIF DALAM MEMAHAMI TRAUMA

Sebagai salah satu pengalaman manusia, maka pemaknaan terhadap pengalaman traumatis telah berubah-ubah sejalan dengan sejarah kajiannya. Bagi pembaca yang mempelajari trauma psikologis pada masa kini, maka diperlukan pemahaman kontekstual yang relevan pada masa kini dan bagaimana perspektif di masa lalu masih berpengaruh dalam konseptualisasi dan perlakuan terhadap gejala-gejalanya. Di bawah ini, kami mencoba memaparkan kajian terhadap tiga sudut pandang (perspektif) penting yang perlu dipahami oleh pembaca.

2.1 Perspektif Medis: Pengalaman Traumatis Dianggap sebagai Gangguan (*Disorder*)

Perspektif medis berasumsi bahwa sakit penyakit bersumber pada diri individu, baik kondisi fisik, mental, intelektual atau perilaku-

nya. Individu bertanggung jawab terhadap berbagai kesulitan yang ia hadapi. Perspektif ini merupakan warisan lama karena pemerhati, peneliti, dan pemberi layanan kesehatan mental kebanyakan dididik sebagai dokter. Sebelum tahun 1970-an, kebanyakan tenaga ahli berpandangan bahwa trauma psikologis merupakan bagian dari kelemahan pribadi individu, baik dalam kondisi saat ini maupun mungkin bagian yang dibawa dari ciri-ciri keluarganya. Kedua, peristiwa traumatis itu sebagai faktor tunggal yang menimbulkan kengerian dan ketidakberdayaan sehingga memicu (*triggering*) gejala-gejala pascapajanan trauma (Jones & Wessely, 2006).

Perang Vietnam yang melibatkan Amerika Serikat (1955–1975) telah mengajarkan bahwa hampir semua tentara yang terlibat perang mengalami gejala-gejala trauma. Sebagian dapat diatasi oleh yang bersangkutan dengan akibat yang relatif minor dan jangka pendek, sebagian lagi menjadi persoalan jangka panjang, dan sebagian mengalaminya sebagai gejala-gejala yang tertunda (*delayed*). Apa pun gejala yang ditunjukkan oleh para *combatant* tersebut, dapat dipastikan bahwa reaksi dan gejala-gejalanya sangat dipengaruhi oleh apa yang disebut sebagai *secondary gains* yaitu ketika individu menunjukkan gejala-gejala reaksi traumatisasinya, bagaimana ia diperlakukan oleh lingkungannya (perhatian, dukungan, ganjaran, atau hujatan dan hukuman) yang ikut menentukan berlanjutnya dampak pemicu dari pengalaman traumatisnya. Sebaliknya individu mungkin memperoleh kekuatan untuk melawan dan mampu melenting kembali ke kehidupan yang wajar tanpa dampak jangka panjang.

Setelah *secondary gains* masuk dalam kriteria diagnosis di DSM-III, maka veteran Perang Vietnam yang tadinya dicemooh

sebagai tentara pecundang, pembunuh bayi, tentara yang rusak moralnya dapat mulai diubah, perlahan-lahan stigma seperti itu dapat teratasi. Meskipun demikian, bagi masyarakat Amerika yang tidak pernah menerima Perang Vietnam sebagai sebuah keputusan yang benar, mulai mengarahkan gejala-gejala traumatis tersebut sebagai akibat dari kegagalan kepemimpinan nasional, militer, bahkan masyarakat. Menurut Jone dan Wessely (2006) dimasukkannya *secondary gain* ke dalam DSM-III adalah karena desakan pihak-pihak yang menentang terjadinya Perang Vietnam.

Konstruksi trauma sebagai bagian dari kondisi sakit telah lama digagas dan digunakan oleh profesi medis. Profesi inilah yang paling erat berhubungan dengan prajurit dan peperangan. Ketika para ahli medis dihadapkan pada gejala-gejala traumatis, maka sesuai dengan pendidikan profesinya, mereka mencoba mencari sebab-sebab disfungsi baik secara fisik, neurologis maupun mental. Berikut ini beberapa istilah yang digunakan dalam profesi psikiatri dan psikologi klinis (Jones & Wessely, 2006):

Tabel 01: Istilah-Istilah Medis yang Digunakan untuk Menggambarkan Gejala-Gejala Traumatis

• <i>Accident Neurosis</i>	• <i>Soldier's Heart</i>
• <i>Post-Traumatic Stress Syndrome</i>	• <i>Da Costa's Syndrome</i>
• <i>Accident Victim Syndrome</i>	• <i>Traumatic Neurasthenia</i>
• <i>Post-Vietnam Syndrome</i>	• <i>Erichsen's Disease</i>
• <i>Battleshock Profit Neurosis</i>	• <i>Vertebral Neurosis</i>
• <i>Combat Fatigue</i>	• <i>Litigation Neurosis</i>
• <i>Railway Spine</i>	• <i>War Neurosis</i>
• <i>Combat Stress Neurosis</i>	• <i>Nostalgia</i>
• <i>Shell Shock</i>	• <i>Whiplash Neurosis</i>
• <i>Compensationitis</i>	• <i>Gross Stress Reaction</i>
	• <i>Transient Situational Disturbance</i>

Diambil dari: O'Brien, 1988 oleh Jones & Wessely, 2006

Jika kita amati berbagai istilah di atas, maka dengan segera kita dapat melihat bahwa trauma psikologis dimaknai sebagai suatu yang mengganggu fungsi mental, neurologis, dan fisik "penderita"-nya. Selain itu, pengalaman trauma yang paling memengaruhi konseptualisasi saat itu adalah komponen "rasa takut" dan ketidakberdayaan individu. Pemahaman kita saat ini tidak hanya dipengaruhi oleh akibat dari suatu perjuangan mempertahankan hidup dari situasi kombatif (perang), tetapi juga oleh berbagai kejadian lainnya.

Trauma yang disebabkan oleh tindakan berbagai bentuk kekerasan dalam rumah tangga juga dapat menimbulkan gejala-gejala yang hampir sama, tetapi unsur pengalamannya tidak hanya "takut" dan "tidak berdaya", tetapi juga perasaan "dikhianati" (*betrayal*) yang sangat kuat oleh orang dewasa yang seharusnya merawat dan menyayangi mereka (DePrince & Freyd, 2002). Dalam kajian selanjutnya, ternyata pengalaman traumatis (yang disebabkan oleh bencana alam, kecelakaan, dan lain-lain) yang mencerminkan asumsi umum bahwa hidup itu akan baik-baik saja, jalan hidup itu mulus—paling hanya hambatan kecil, ternyata tidak benar. Hidup mengandung kejutan yang luar biasa, yang sering tidak diharapkan terjadi—tetapi terjadi. Dalam hal ini, pengalaman traumatis adalah bagian dari luluh-lantaknya asumsi umum (*shattered assumption*) mengenai hidup. Konstruksi medis dalam melihat sifat dari gangguan ini sangat berpengaruh terhadap elemen apa yang perlu ada dalam intervensinya (membangun rasa percaya diri dan pada orang lain, mengembangkan perspektif baru dalam menghadapi tantangan hidup, membangun cita-cita baru, dan sebagainya).

Meskipun demikian, konstruksi model medis sampai hari ini masih sangat kuat pengaruhnya yaitu yang mengaitkan antara reaksi traumatis dan *injury* (pelukaan). Hal ini terutama karena adanya asumsi oleh ahli-ahli psikiatri dari militer Amerika bahwa trauma akibat perang akan dapat diatasi dalam waktu yang relatif singkat seperti luka fisik sehingga disebut sebagai "*Gross Stress Reaction*" atau sebagai "*Transient Situational Disturbance*". Dalam kenyataannya, individu membutuhkan waktu yang cukup lama untuk pulih bahkan akan disertai pula episode-episode psikotik singkat. Dalam waktu singkat, istilah-istilah itu diganti lagi menjadi "*Shell-Shock*" dan kemudian "*Post Vietnam Syndrome*" di DSM-III pada tahun 1980-an yang digunakan dalam waktu bersamaan dengan istilah "*Combat Fatigue*" atau "*Combat Stress Reactions*". Sampai ada seorang veteran Vietnam, Dr. Charles Figley, yang sekaligus menentang Perang Vietnam. Dr. Figley menyelesaikan disertasinya mengenai akibat-akibat dari Perang Vietnam bersama timnya di *American Psychiatric Commission* dan berhasil merumuskan sebuah istilah yang digunakan sampai hari ini, yaitu *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) yang mereka asumsikan sebagai gejala-gejala universal dari pengalaman traumatis. Asumsi ini segera dibantah oleh penelitian selanjutnya karena ada relativitas berdasarkan budaya atau lingkungan tempat individu tersebut hidup (Jones & Wesseley, 2006). Walau PTSD dianggap sebagai konsep diagnostik klinis yang bersifat politis, tetapi istilah dan praktik yang mendukung konsep PTSD sampai saat ini masih berlaku umum karena dilihat juga dari manfaat praktisnya. Pembahasan mengenai PTSD akan diteruskan dalam subbab tersendiri.

2.2 Perspektif Psikologi Positif dan Konstruksi Teori tentang Trauma

Psikologi positif bukan sebuah mazhab, tetapi sebuah protes yang berlanjut sebagai sebuah gerakan dalam wacana keilmuan dan praktik psikologi. Salah satu orang yang mengkritik praktik psikologi adalah Erich Fromm (23 Maret 1900–18 Maret 1980) seorang psikolog Amerika yang lahir di Frankfurt, Jerman. Sebagai pengikut mazhab psikoanalisis dengan pendekatan teoretis dan praktik psikoanalisis pada zamannya, ia merasa sangat tidak puas dengan teori yang dikembangkan oleh Sigmund Freud. Melalui karya-karyanya yang filosofis (juga dianggap sebagai filsuf humanistik) ia mencoba menganalisis apa yang terjadi pada orang Jerman pasca-Perang Dunia I. Jerman yang pada waktu itu sulit bangkit dan mengalami depresi ekonomi mengakibatkan banyak rakyatnya menderita. Generasi muda mulai cemas dengan masa depan mereka dan menginginkan solusi secepatnya. Di tengah-tengah situasi seperti itu, muncul tokoh politik pemenang pemilu yang bernama **Adolf Hitler** (20 April 1889–30 April 1945). Hitler membawa ideologi berbasiskan nasionalisme yang sempit, rasisme (mempropagandakan superioritas warna kulit putih serta inferioritas kulit berwarna), dan mewacanakan kebencian terhadap orang Yahudi yang dianggap sebagai biang keladi kemiskinan orang kulit putih Jerman. Ideologi yang kemudian disebut Nazisme¹ ini memperoleh sambutan luar biasa, terutama oleh anak-anak muda kulit putih Jerman. Mereka berharap bahwa Adolf

¹ *Nazism* adalah ideologi yang dibawa oleh Partai Sosialis Buruh Jerman (*Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei* atau NSDAP) yang disebut Sosialisme Nasional yang kemudian dinamakan Nazisme (<https://en.wikipedia.org/wiki/Nazism>).

Hitler dan janji-janji partainya akan **membebaskan** mereka dari belenggu kemiskinan dan hegemoni Yahudi pada berbagai sektor di Jerman dan Eropa pada umumnya.

Erich Fromm tercenung dan berpikir, mengapa bangsa Jerman yang baru saja lepas dari cengkeraman pemerintah otoriter yang membawa mereka ke Perang Dunia I, bisa masuk ke dalam perangkap Hitler yang tidak kalah otoriter pula? Kekalahan dalam Perang Dunia I sebenarnya memberikan kebebasan yang lebih hakiki bagi bangsa Jerman untuk memilih membangun bangsanya menjadi lebih demokratis serta membebaskan individunya untuk menjadi apa pun. Pemikiran inilah yang ia tuangkan dalam buku klasiknya *Escape from Freedom* (1941) dan *Man for Himself* (1947).

Dalam interpretasinya mengenai agama, Fromm percaya bahwa manusia diciptakan dengan kemampuan untuk menjadi dirinya sendiri, bahkan memisahkan diri dari Penciptanya. Meskipun demikian, **kebebasan dari** (*freedom from*) akan bermasalah jika tidak disertai dengan **kebebasan untuk** (*freedom for*) suatu tindakan memilih yang kreatif untuk memperoleh sesuatu yang benar-benar dapat mengembangkan diri sepenuh-penuhnya karena manusia dibekali kesadaran diri dan imajinasi. Pilihan yang paling tinggi nilainya adalah menjadi dan mengembangkan diri sendiri dalam relasi yang penuh cinta dan memberinya keberanian untuk terus hidup sebagai diri sendiri dalam konteks relasi itu. Di sinilah Fromm melihat kegagalan dari para pendukung Adolf Hitler untuk *move on* karena melihat dan percaya bahwa orang ini akan menjadi juru selamat mereka, serta menunjukkan mereka pihak-pihak yang dapat mereka persalahkan selain dirinya sendiri (kambing hitam) untuk mereka hakimi dan musnahkan dari bumi. Ini memberikan kebebasan semu, karena seluruh dunia berbalik me-

nantang Jerman. Orang Jerman gagal menemukan dirinya yang baru dan terjebak di masa lalunya yang fasis

Dalam kritiknya pada Freud dan teori evolusi Darwin, Fromm memandang tugas perkembangan manusia adalah membebaskan diri (*transcendence*) dari ciri-ciri kebinatangannya (terutama insting dan dorongan-dorongan biologis semata) sehingga kita lebih mencintai hidup (*biophilia*) dan menghindari perusakan terhadap hidup (*necrophilia*). Tugas ilmu psikologi adalah membantu manusia untuk membangun relasi dan tidak merusak relasi. Sayang sekali bahwa psikologi tidak dipersepsi dan dipraktikkan seperti itu. Hal ini disebabkan karena model medis yang sangat kuat saat itu, membuat psikologi hanya seperti ilmu rekayasa yang bermanfaat untuk memperbaiki sesuatu (fisik atau mental) yang rusak (sakit, terganggu atau mengalami *disorder*). Psikologi harus dapat membantu manusia menjadi dirinya sendiri, mencapai kebahagiaan hakiki dalam relasinya dengan diri sendiri dan orang lain (Irwanto & Gunawan, 2018).

Kritik yang sama terhadap psikologi dilancarkan oleh Abraham Maslow (1 April 1908–8 Juni 1970) dengan menulis sebagai berikut:

“The science of psychology has been far more successful on the negative than on the positive side. It has revealed to us much about man’s shortcomings, his illness, his sins, but little about his potentialities, his virtues, his achievable aspirations, or his full psychological height. It is as if psychology has voluntarily restricted itself to only half its rightful jurisdiction, and that, the darker, meaner half.” (Maslow, 1954, p. 354).

Kritik Maslow dan pendapat berbagai tokoh humanis lainnya seperti Carl Rogers dan William James ini kemudian dikemas ulang dan dilontarkan oleh Martin Seligman (1999) dalam pidatonya sebagai Presiden APA sekaligus memberikan arahan baru bagi perkembangan psikologi dalam keilmuan dan praktik (Linley, Joseph, Harrington, & Wood, 2006). Dalam pidatonya ini, Seligman (1999) menyatakan sungguh ironis bahwa psikologi sebagai ilmu dan profesi telah terjebak dalam melihat berbagai kekurangan manusia dan dipraktikkan seperti ilmu kedokteran untuk mengobati penyakit (*curing illness*). Psikolog selama tiga dekade peperangan global dari Perang Dunia I dan II kemudian Perang Dingin, lalu berbagai upaya pembunuhan massal (genosida) di berbagai tempat, sebagai saksi yang tidak berdaya dan hanya sibuk untuk melakukan upaya pemulihan sebagai akibat dari bencana yang diciptakan manusia itu sendiri.

Psikologi kehilangan arah mengenai potensi manusia yang paling positif yang mampu mempertahankan hidup nenek moyang kita sampai hari ini, yaitu perbuatan baik, kerja sama, kepedulian, membangun kapasitas positif untuk kepentingan bersama, dan sebagainya. Psikologi dijelaskan dan diajarkan sebagai manual jika terjadi gangguan dan kerusakan pada manusia saja. Psikologi didedikasikan hanya untuk memahami penderitaan dan kelemahan manusia. Ini tidak ada salahnya ketika diimbangi juga dengan hal-hal yang positif. Membangun psikologi yang mengeksplorasi resiliensi, tindakan-tindakan yang memberikan kebahagiaan, kemampuan berelasi yang memungkinkan manusia dapat menghargai perbedaan, mengelola konflik, dan hidup bersama seharusnya memperoleh perhatian yang sama besarnya. Oleh karena itu, menurut Csikszentmihalyi, *treatment* dalam praktik psikologi bukan-

lah suatu praktik untuk membenahi yang rusak (*broken*) saja, tetapi juga merawat kekuatan yang memungkinkan orang menjadi pulih kembali (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Dalam berbagai uraiannya, Seligman (1998; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2010) menyatakan psikologi perlu menjadi ilmu mengenai kekuatan dan nilai-nilai luhur manusia (*human strengths and virtues*) dan mulai berperan penting dalam membangun kesejahteraan manusia² yang berbasis keadilan³. Melalui pengetahuan, metodologi riset, dan teknologinya, psikologi harus mampu memberikan pengetahuan baru yang abstrak dan tepercaya mengenai apa saja yang menyebabkan manusia mampu bertahan dalam berbagai kesulitan hidup serta menjawab pertanyaan mengapa ada orang yang hidup sangat miskin dan dalam situasi yang mengancam, tetapi tetap mampu menjadi orang yang berprestasi dan peduli pada orang lain, dan banyak pertanyaan serupa. Psikologi perlu menyumbangkan pengetahuan dan teknologinya untuk memastikan bahwa anak cucu kita tidak lagi terus bertikai apalagi saling membunuh. Seligman (1998) menyatakan bahwa ia mencari sebuah disiplin ilmu sosial dan perilaku manusia yang berupaya untuk memahami dan memelihara kekuatan-kekuatan manusia yang dapat mencegah tragedi terjadinya

² Seligman menyatakan bahwa konsep kesejahteraan manusia lebih tepat untuk menggambarkan perasaan bahagia dan kepuasan hidup yang hanya bersifat evaluatif. Selain itu, ia juga menggunakan istilah *flourish* (Seligman, 2010) yang berarti “berkembang menjadi lebih subur dan makmur”.

³ Bangsa Amerika pasca-PD II menjadi bangsa yang besar dan paling kaya karena berhasil mengeruk kekayaan dunia dan menyimpannya untuk kepuasan dan kebutuhannya sendiri sehingga rakyat AS, termasuk profesionalnya seperti psikolog terbiasa hidup dalam paradoks demokrasi, kesamaan hak dan kesempatan dalam bayang-bayang egoisme yang sangat nyata ketika konsumsi dan sumber daya tertumpuk di negara ini terancam.

penyakit mental:

“I look not toward the lessons of remedial psychology with its emphasis on repairing damage. Instead, I look to a new social and behavioral science that seeks to understand and nurture those human strengths that can prevent the tragedy of mental illness” (Seligman, 1998: 2-3).

Bagi Seligman dan pendukung psikologi positif, pengalaman manusia memang dapat dikategorikan secara dikotomis sebagai pengalaman positif dan negatif. Namun, memandang secara dikotomis itulah persoalannya, sehingga persepsi terhadap suatu pengalaman putus di tengah jalan. Misalnya, trauma selalu dianggap sebagai sebuah peristiwa yang menakutkan dan membuat individu tidak berdaya. Apakah kenyataannya seperti itu? Psikologi positif mempunyai reaksi yang spesifik terhadap konseptualisasi PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*). Dalam hal ini psikologi positif tidak menolak PTSD mentah-mentah, tetapi menaruh gejala-gejalanya dalam kontinum pengalaman manusia.

Sebagai contoh, terjadinya peristiwa serangan teroris, Menara WTC 9 September 2001 di AS, Bom Bali 12 Oktober 2002, pembunuhan di sebuah Mesjid di Kota Christchurch, New Zealand pada 15 Maret 2019, dan lain-lain, maka pada saat kejadian tersebut unsur-unsur emosi yang dikonstruksi oleh pengalaman negatif sangat kuat. Namun, tidak lama setelah itu, respons positif berdatangan. Dukungan nonmaterial, empati dari sejawat dan masyarakat umum serta upaya serius pemerintah Indonesia, Amerika Serikat, dan New Zealand yang diikuti oleh reaksi serupa secara global terjadi dan mengkristalisasi menjadi semangat positif untuk

melawan. Begitu juga peristiwa di tingkat individu seperti yang diceritakan oleh Komnas Perempuan, beberapa penyintas Tragedi Mei 1998 dalam perjalanan waktu menjadi pribadi-pribadi tangguh dan peduli—bukan orang-orang yang menyimpan kebencian membabi buta (Komnas Perempuan, “Disangkal!”, 2003).

Oleh karena itulah, dalam perspektif psikologi positif, pengalaman positif dan negatif ditempatkan dalam suatu garis yang bersambungan, sebagai bagian yang sama dalam pengalaman manusia yang ditentukan oleh waktu dan sejarah. Psikologi positif mampu memberikan bukti-bukti empiris mengenai *Posttraumatic Growth* (PTG) yaitu manusia bertambah dewasa karena mampu belajar dari pengalaman traumatisnya dan mengarahkan hidup mereka pada tujuan-tujuan baru yang lebih positif (Tadeshi, Park & Calhoun, 1998).

Dengan perspektif baru ini, kami akan membahas trauma dan pengalaman traumatis dalam bingkai yang lebih optimistis (Gable & Haidt, 2005). Oleh karena itu, mari kita lihat bagaimana trauma dijelaskan dalam kerangka teoretis dan apa masalahannya (DePrince & Freyd, 2002).

2.3 Perspektif Perkembangan Manusia

Perspektif perkembangan manusia mengandaikan bahwa manusia tumbuh dan berkembang dalam interaksi yang dinamis dengan lingkungannya, baik lingkungan fisik maupun lingkungan manusia. Bronfenbrenner (1979) secara eksplisit menyatakan bahwa setiap manusia hidup dalam empat sistem yang berbeda sekaligus. Sistem yang pertama dan utama ketika masih kanak-kanak adalah **sistem mikro** yang terdiri atas orang-orang dan lembaga

terdekat seperti tempat penitipan anak, rumah/asrama, orangtua/pengasuh, teman sebaya, dan guru. Hubungan dalam sistem ini cenderung bersifat pribadi dan emosional.

Sistem yang sedikit lebih luas, yang menghubungkan antara rumah dan sekolah, tempat ibadah, tokoh-tokoh adat disebut **sistem meso**. Hubungan dengan sistem ini walau cukup emosional, tetapi lebih normatif. Sistem inilah yang mengaitkan individu dengan **sistem ekso** yang terdiri atas berbagai lembaga yang tidak berhubungan langsung dengan diri, tetapi mempunyai pengaruh langsung maupun tidak langsung pada individu. Tempat kerja orangtua, lembaga adat, lembaga-lembaga agama dalam komunitas yang mempunyai kepentingan dengan keluarga dalam hubungan yang sifatnya lebih nonpersonal dan normatif.

Selain itu, perlu kita akui bahwa yang memengaruhi perilaku individu sering kali adalah sistem makro yaitu orang-orang yang tidak dikenal atau lembaga-lembaga yang tidak mempunyai kaitan langsung dengan diri individu, tetapi ikut menentukan ide, pikiran, cita-cita bahkan identitasnya. Lingkungan ini terdiri atas lembaga-lembaga masyarakat dan negara, media, pasar (*market*) yang ikut mengisi pengalaman sehari-hari individu dalam hubungannya dengan orang lain atau struktur tertentu. Hubungan dengan sistem ini bersifat ideologis normatif.

Di mana dinamika hubungan individu dengan semua sistem ini? Broffenbrenner menambahkan satu sistem lagi yang disebut **sistem krono** (*chronosystem*). Sistem krono memuat asumsi penting bahwa semua peristiwa atau perkembangan manusia harus dilihat dalam konteks waktu atau sejarah. Ketika hubungan antara individu dan sistem-sistem yang ada di sekitarnya berlangsung seperti biasa, tetapi terjadi perubahan pada sistem krono yang

memengaruhi sistem mikro sampai makro, misalnya peristiwa G-30S PKI tahun 1965, maka sistem-sistem itu akan melakukan berbagai penyesuaian sehingga sistem yang paling dekat dengan anak (proksimal) juga berubah mengikuti perubahan dalam sistem yang paling jauh (distal) yaitu kondisi negara secara nasional. Hubungan yang dinamis ini tentunya akan sangat berbeda antara individu yang satu dan yang lain tergantung tempat, kondisi sosial-ekonomi, budaya, dan politik setempat.

Dua hal yang perlu dicatat ketika perspektif ekologi perkembangan manusia Broffenbrenner kita gunakan. Pertama, individu bahkan dalam entitas terkecil yaitu SELF, merupakan entitas yang aktif dan produktif—bukan sekadar objek sosialisasi oleh sistem seperti sering dimaknai ketika menggunakan teori ini. Konsekuensinya, pengaruh dari sistem distal dan proksimal bersifat sangat subjektif, tergantung cara individu memaknainya dan menempatkan pemaknaan itu dalam struktur kognitifnya yang ikut mengonstruksi SELF dan identitas individu.

Kedua, garis antara proksimal dan distal menjadi sangat relatif ketika teknologi komunikasi saat ini mampu membawa realitas di dunia maya masuk langsung ke ruang-ruang privat anak. Orangtua banyak yang menggunakan *gadget* sebagai ganti *kempong* atau dot (*pacifiers*) untuk membuat anak tidak rewel, bahkan di usia tertentu menjadi kekuatan utama sosialisasi anak ke dalam dunia nyata. Dengan teknologi *smartphone* saat ini, orangtua bisa ada di samping anak, tetapi "kehadirannya" (*presence*) tidak dirasakan karena baik anak dan orangtua sibuk dalam dunia maya mereka masing-masing.

Survei nasional yang dilakukan oleh Northwestern University di Chicago, USA (Wartella, *et al.*, 2013) menemukan bahwa 38

persen dari respondennya (2.326 orangtua dari anak berusia 0–8 tahun) menyatakan bahwa *smartphone* telah membuat tugas mereka sebagai orangtua menjadi lebih mudah. Walau banyak yang tidak setuju, cukup banyak orangtua yang memahami bahwa pengelolaan penggunaan *gadget* di rumah merupakan sumber konflik antarorangtua. Penelitian di Hong Kong juga menemukan bahwa strategi *parenting* yang mampu mengajari anak untuk melakukan pengendalian diri (*self-regulation*) berhubungan negatif dengan adiksi terhadap *smartphone*. Artinya, agar anak dapat menggunakan *smartphone* dengan terkendali, orangtua selain memberi contoh juga harus mampu mengelola kebiasaan anak dalam menggunakannya (Kwan & Leung, 2017).

Kita bisa membayangkan ketika dalam sistem krono terjadi berbagai peristiwa yang tidak patut disimak oleh anak kecil karena isinya yang mencerminkan kekejaman, penderitaan, berbagai peristiwa kecelakaan, pembunuhan, perundungan (*bullying*), dan sebagainya tersaji secara personal di ruang pribadi anak. Kebanyakan orangtua saat ini tidak mampu mengendalikan akses anaknya terhadap realitas buruk di dunia maya. Dalam hal ini maka media bukanlah sistem makro, tetapi bagian dari sistem mikro.

Apa hubungan perspektif perkembangan manusia dengan trauma?

Ketika asumsi pertama dapat kita terima, maka asumsi berikutnya adalah bahwa peristiwa traumatis sangat mungkin dialami oleh seseorang lebih dari satu kali dalam perjalanan hidupnya. Dengan kata lain, peristiwa traumatis dapat terjadi di masa kanak-kanak kemudian terulang atau terjadi peristiwa traumatis lain selama

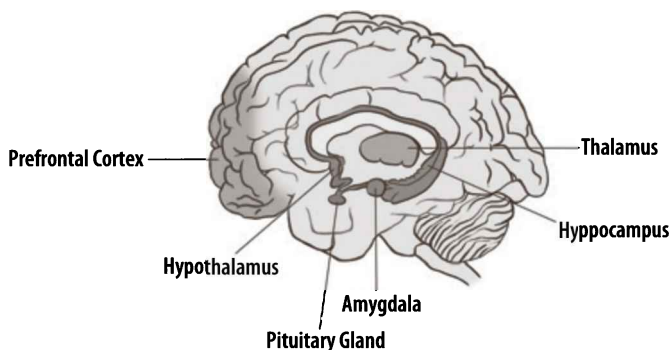
perjalanan hidup menuju dewasa. Dengan demikian, penjelasan teoretis yang berasumsi bahwa trauma hanya terjadi sekali dalam hidup merupakan bentuk penyederhanaan yang tidak mencerminkan kenyataan sebenarnya. Tentu upaya-upaya *treatment* atau pemulihan harus dilakukan saat individu mengalami peristiwa traumatis sedini mungkin ketika mengalaminya untuk pertama kali. Dalam kenyataan hidup, banyak orang yang mengalami peristiwa traumatis, tetapi tidak pernah menceritakan pada orang lain (bahkan yang paling dekat) dan menyimpannya sendiri selama bertahun-tahun. Apalagi jika peristiwa traumatis itu berhubungan dengan harga diri dan nama keluarga. Selain itu, kita juga dapat berasumsi bahwa pemaknaan akan trauma juga dapat berubah sesuai dengan perjalanan waktu, terutama karena pengaruh persepsi orang lain dan internalisasi atas pandangan orang lain tersebut.

Jika asumsi-asumsi tersebut dapat kita terima, maka selanjutnya adalah mencari kerangka penjelasan apa yang mampu memenuhi kebutuhan pemahaman kita. Dua bidang besar telah banyak dimanfaatkan oleh klinisi dan peneliti trauma, yaitu neoropsikologis dan Teori Evolusi Perilaku (Bloom, 1999; Dowd & Proix, 2010; Rozenzweig, Jivanjee, Brennan, Glover, & Abshire, 2017). Secara konsisten kerentanan terhadap dampak trauma di usia dewasa sangat dipengaruhi oleh dampak paparan trauma di masa kanak-kanak (Bloom, 1999; Rozenzweig dkk., 2017; Klaassens, 2010). Mengapa?

Teori evolusi telah memberitahu kita bahwa manusia sebagai homosapiens, telah dilengkapi mekanisme organis yang memungkinkan manusia untuk menanggapi lingkungan secara efektif. Salah satu contohnya adalah mekanisme *fight or flight* melawan atau lari. Mekanisme ini dilengkapi dengan cara berpikir dan emosi ter-

tentu yang dalam konteks *survival* (upaya untuk mempertahankan hidup) telah menjadi prosedur tetap ketika menghadapi tekanan atau stresor di lingkungannya (Bloom, 1999). Trauma memang sering dipicu oleh peristiwa eksternal, tetapi pemaknaan subjektif terhadap traumalah yang menyebabkan peristiwa eksternal tersebut kemudian diintegrasikan ke dalam pikiran (*mind*) kita. Van der Kolk (1994) menunjukkan bahwa traumatisasi terjadi ketika sumber daya eksternal dan internal tidak memadai untuk merespons atau menyesuaikan diri terhadap ancaman-ancaman eksternal tersebut.

Ketika manusia dihadapkan pada stresor yang serius, maka salah satu bagian dari otak kita yang disebut ***amygdala*** akan melakukan sebuah asesmen, apakah situasi tersebut membutuhkan suatu tanggapan sistemik. Jika jawabannya adalah afirmatif, maka *amygdala* akan dengan segera menghubungi (merangsang) bagian lain yaitu **sistem saraf simpatetik** (di tulang belakang yang mengatur otot-otot dan organ otonom) untuk menyiapkan tubuh bereaksi menyerang atau lari. Bagian yang dikontak adalah ***HPA-Axis*** yang terdiri atas hipotalamus, glandula pituitari, dan glandula-glandula adrenal yang membentuk sirkuit HPA. Sirkuit inilah yang kemudian bertanggung jawab untuk melepaskan hormon ***beta-endorfin*** yang berfungsi menekan rasa sakit sehubungan dengan stresor yang dihadapi dan ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) yang memicu keluarnya **kortisol**. Hormon kortisol mempunyai peran penting dalam sistem saraf pusat karena berpengaruh dalam proses belajar, memori, dan emosi. Kortisol juga memengaruhi penyimpanan dan penggunaan glukosa, karenanya juga berpengaruh pada sistem kekebalan tubuh manusia (Dowd & Proulx, 2010).



Diambil dari: Rosenzweig dkk., 2017⁴

Kembali pada kedua hormon penting yang dirangsang oleh amigdala. Pemanfaatan endorfin merupakan kebiasaan sehari-hari setiap manusia dalam menghadapi berbagai stresor dalam hidup, termasuk ketika masih kanak-kanak. Persoalan muncul ketika kebiasaan itu menjadi "adiktif" karena hidup yang sangat sulit atau berbagai perlakuan buruk diterima seseorang sejak masa kanak-kanak. Hidup penuh kecemasan dan ketakutan (misalnya dalam situasi kekerasan domestik), maka sekresi hormon ini akan terus berlangsung. Sifat endorfin sama dengan morfin yaitu memberikan perasaan tenang, mengurangi rasa sakit, dan mengurangi agresi. Jika perasaan itu muncul sesekali saja dalam hidup yang normal, maka sistem biokimia dan produksi hormon ini akan bisa berlangsung normal. Sebaliknya, ketika hidup selalu terancam dan takut, maka pola produksi dan penggunaan hormon ini juga berubah.

Tanpa disadari oleh yang bersangkutan, apalagi pada masa kanak-kanak, mereka telah mengalami adiksi hormon natural ini.

⁴ Rosenzweig diunduh dari: (<https://www.pathwaysrtc.pdx.edu/proj-pttp>)

Akibatnya cukup signifikan. Mereka akan mengalami gejala seperti putus obat (*withdrawal*) ketika tidak ada apa-apa di sekitarnya. Hal ini karena mereka terbiasa berfungsi dengan ancaman yang mendorong keluarnya endorfin. Dalam situasi aman, mereka menjadi agitatif, merusak diri sendiri, mengganggu orang lain, melakukan tindakan berisiko tinggi, dan mencari sensasi, yang pada akhirnya menyebabkan mereka dianggap nakal atau *rese* atau kurang ajar dan rentan terhadap perlakuan buruk dari orang lain—seperti lingkaran setan.

Pada masa dewasa, kebutuhan akan endorfin dapat dipenuhi dengan penggunaan zat-zat depresan dan analgesik yang lagi-lagi menempatkan posisinya rentan terhadap perilaku melanggar hukum dan reaksi negatif dari orang lain. Pada saat itulah terjadi reviktimisasi (Bloom, 1999; Rosenzweig dkk., 2017). Bloom bahkan menjelaskan bahwa individu seperti ini hanya dapat berelasi dengan orang lain yang mempunyai pengalaman dan perilaku yang sama (disebut *trauma bonding*).

Hormon kortisol membantu individu untuk memberikan perhatian serius pada stresor. Namun, karena tidak setiap hari orang menghadapi stresor yang serius, maka produksi kortisol yang cukup tinggi dan berlangsung cukup lama akan mempunyai pengaruh buruk pada mekanisme produksinya. Kortisol dalam jumlah banyak yang selalu ada dalam tubuh pada akhirnya akan memengaruhi mekanisme produksi ACTH yang berupa *feedback loop* negatif—atau **tidak dibutuhkan tambahan kortisol**—sehingga ACTH tidak memproduksi kortisol lagi. Perasaan malu atau takut, misalnya, yang berhubungan dengan peristiwa tertentu yang dirasakan selama berhari-hari akan terus memicu kortisol dan akhirnya mengubah fungsi *HPA-Axis*. Ketika nantinya perasaan

malu dan takut berkembang menjadi gejala PTSD yang lebih menetap dan bersifat intrusif, kortisol dalam tubuh rendah karena tidak diproduksi seperti layaknya dalam kebutuhan normal.

Dampak peristiwa traumatis yang menimbulkan PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) sering berakibat seperti ini. Kadar kortisol yang rendah mempunyai dampak negatif pada orang yang mengembangkan gejala-gejala PTSD. Kortisol membantu memproses suatu pengalaman ke dalam memori jangka panjang. Kadar kortisol yang rendah akan menyebabkan rasa takut atau cemas untuk tetap berada dalam memori jangka pendek dan menjadi mimpi buruk atau ingatan intrusif (Delahanty, Nugent, Christopher, & Walsh, 2005). Sebaliknya, ketika kadar kortisol masih tinggi, maka individu akan merasakan gejala seperti *hyper-vigilant* (sangat sensitif terhadap ancaman yang sebenarnya sangat kecil bahkan tidak mengancam). Gejala seperti ini juga mengganggu relasi sosial dengan orang lain di sekitarnya (Abercombie, Kalin, Thurow, Rosenkrantz, & Davidson, 2003).

Dengan pengetahuan di atas, maka sangat layak untuk memperhatikan trauma yang terjadi di masa kanak-kanak atau remaja. Di masa perkembangan ini, kapasitas otak individu belum berkembang secara memadai untuk memahami apa yang sebenarnya terjadi dan mengapa. Keterbatasan pemahaman di masa kanak-kanak dan kerentanan sosial (tekanan kelompok) di masa remaja menyebabkan pengalaman traumatis membekas secara mendalam dan menimbulkan dampak jangka panjang. Klaassens (2010) menunjukkan bahwa pengalaman traumatis di masa kanak-kanak dan *childhood adversities* adalah faktor yang berhubungan dengan perubahan *HPA-Axis* (lihat juga Rosenzweig dkk., 2017).

Perspektif perkembangan manusia menjadi sangat krusial dalam memahami pengalaman traumatis klien karena stresor dapat berubah atau bertambah dengan perjalanan waktu. Stigma, misalnya, merupakan salah satu faktor yang memicu kecemasan dan ketakutan. Pada individu yang mengalami kekerasan seksual di masa kanak-kanak, maka stresor yang berasal dari lingkungan sosial menjadi sangat signifikan, apalagi saat remaja dan dewasa muda.

|||.

JENIS-JENIS TRAUMA

Bagaimana trauma digolongkan? Banyak literatur yang menggolongkan trauma berdasarkan jenis peristiwanya. Oleh karena itu, penjelasannya adalah jenis-jenis trauma yang disebabkan oleh peristiwa yang berbeda jenis yang kemungkinan disertai dengan perbedaan intensitasnya. Misalnya Briere (2006) membedakan beberapa jenis trauma, yaitu:

- a. Trauma karena kekerasan antarindividu yang bersifat massal seperti terorisme, tawuran, kerusuhan massal, konflik antarsuku atau konflik militer bersenjata.
- b. Trauma karena bencana alam seperti tsunami, banjir bandang, tornado, tanah longsor, meletusnya gunung berapi, kebakaran hutan/kampung, dan sebagainya.
- c. Trauma karena kecelakaan transportasi baik darat, laut, maupun udara⁵.

⁵ Briere (2006) membedakan kecelakaan transportasi umum dengan pribadi (mobil, sepeda, motor). Ia juga membedakan kecelakaan di rumah (kebakar-

- d. Trauma karena kekerasan domestik dan antarpribadi seperti pendisiplinan menggunakan hukuman fisik yang keras atau kata-kata yang melecehkan, kekerasan seksual baik karena *incest* maupun oleh pihak lainnya yang dikenal maupun tidak dikenal oleh korban.
- e. Trauma karena tindakan penyiksaan yaitu kekerasan yang memang disengaja untuk menggali informasi atau tujuan penyiksaan lainnya.
- f. Trauma karena jenis pekerjaan (*vicarious trauma*) yang memberikannya akses pada peristiwa atau cerita pengalaman orang yang bersifat traumatis seperti: pasukan pemadam kebakaran, pekerja humanitarian, tentara, psikolog, psikiater, pekerja sosial, dan sebagainya.

Trauma juga dibedakan atas lama kejadiannya (yang disebut sebagai stresor), yaitu yang bersifat **akut** (hebat jangka pendek) dan yang bersifat **kronis** (hebat jangka panjang). Stresor akut contohnya adalah: bencana alam seperti gempa dan gelombang tsunami, kecelakaan lalu lintas, pengeroiyokan, pemerkosaan, kematian orang yang disayangi, melihat peristiwa yang menakutkan, dan lain-lain. Stresor kronis contohnya adalah: situasi peperangan dan kekejaman, *incest*, penderaan fisik terhadap anak (*child physical abuse*), perbudakan, pemenjaraan atau penyanderaan jangka panjang dan penyiksaan, dan lain-lain. Perbedaan jenis trauma berdasarkan jangka waktunya berimplikasi terhadap prognosis dari upaya penyembuhan yang akan dilakukan (Foa dkk., 1999).

an) dengan bencana kebakaran umum. Ia membedakan secara rinci kekerasan seksual dengan pemerkosaan, baik yang dilakukan orang dikenal maupun tidak. Penulis hanya menyederhanakan pendapat tsb.

Jenis-jenis trauma juga dapat digolongkan berdasarkan tingkatan sistem yang mengalaminya, yaitu: individu, kelompok, keluarga, masyarakat dan negara (Koverola, 1995). Gempa yang disusul dengan gelombang tsunami di Aceh jelas memberikan dampak traumatis pada semua tingkatan tersebut. Perbedaan tingkatan sistem yang mengalami trauma sangat berpengaruh terhadap jenis penanganan akibat trauma yang diupayakan. Trauma tsunami Aceh 2004 merupakan bencana yang kompleks karena menyangkut akibat-akibat yang disebabkan oleh konflik bersenjata selama puluhan tahun. Oleh karena itu, penanganan akibat traumatisnya juga menjadi lebih kompleks sebagai akibat dari berbagai peristiwa kekerasan dalam konflik dan bencana alam.

Kemudian, ada dua jenis trauma yang sering tidak dipahami oleh individu, keluarga, bahkan terapis, yaitu:

- a. *Delayed trauma* atau *delayed onset of PTSD* atau munculnya gejala-gejala traumatis terutama gejala-gejala PTSD kurang lebih enam bulan **setelah** paparan peristiwa traumatis⁶. Penyebabnya bermacam-macam. Banyak orang yang terlatih untuk menghadapi stresor hebat seperti sopir kendaraan umum, pilot, perawat, *combatant*, pemadam kebakaran, pekerja kemanusiaan di situasi kedaruratan, dan sebagainya. Meskipun demikian, resiliensi mereka ada batasnya juga. Salah satu penyebab munculnya gejala-gejala PTSD di kemudian hari adalah bertambahnya stresor melebihi kekuatan individu di saat itu. Seperti tentara yang pulang lalu harus menghadapi perceraian keluarga, temannya yang

⁶ Periode 6 bulan adalah persyaratan ICD-10. Cukup banyak kasus yang menunjukkan bahwa munculnya gejala-gejala pascatrauma bertahun-tahun bahkan puluhan tahun setelah peristiwa traumatis (Martinez-Clevara, dkk., 2017).

meninggal, dan faktor kemiskinan. Pendapat lain menunjukkan bahwa tertundanya simptomatik trauma bukan karena tidak terdeteksinya gejala-gejala awal yang muncul setelah paparan, tetapi kegagalan profesional melihat berbagai simptom karena persoalan definisi klinik. Ketika terjadi keterlambatan munculnya gejala-gejala, kemudian dimaknai menjadi bertambahnya keparahan simptomatik awal yang tidak terdeteksi (Andrews, Brewin, Phlpott, Stewart, 2007). Penyebab lainnya adalah ketika terjadi pelukaan di daerah kepala (*head injury*) yang menyebabkan kerusakan saraf secara perlahan-lahan (kronis) lalu menyebabkan munculnya gejala-gejala fisik dan mental terkait PTSD (Ryb, Cooper, & Waak, 2012). Apalagi ketika pelukaan tersebut mengakibatkan *dementia* (Martinez-Clavera; James, Bowdtich, & Kuruvilla, 2017). Oleh karena itu, terapis atau pekerja sosial yang menghadapi klien seperti itu harus telah memperingatkan mereka tentang adanya kemungkinan tertundanya simptomatis trauma dan perlu memberitahu keluarga terdekat atau pengasuhnya.

- b. Sepanjang hidupnya manusia dapat saja mengalami berbagai trauma dalam periode-periode perkembangan yang berbeda. Berbagai penelitian mengenai pengalaman traumatis menunjukkan bahwa seseorang yang pernah mengalami trauma di masa yang lebih muda dapat saja mengalami trauma berikutnya karena perilaku tertentu yang terbentuk sebagai akibat trauma yang lebih awal. Ini disebut sebagai reviktimisasi. Briere (2006) menunjukkan bahwa simptomatik trauma yang manifestasinya terlihat di masa dewasa sering kali bersifat kompleks karena akumulasi dari berbagai dam-

pak trauma di masa sebelumnya. Ilustrasi yang diberikan Briere adalah sebagai berikut:

- i. Pengalaman traumatis pada masa kanak-kanak (misal: kekerasan fisik atau seksual) yang tidak ditangani secara profesional akan memberikan dampak sampai individu menjadi dewasa.
- ii. Dampak perilaku seperti *learned helplessness*, perasaan tidak berguna atau menyalahkan diri sendiri dan perilaku seksual yang *sebrono* (kurang pertimbangan serius) dan mungkin penyalahgunaan obat tertentu akan menjadikan individu lebih rentan untuk memperoleh kekerasan berikutnya. Banyak korban kekerasan seksual dewasa yang ternyata mengalami kekerasan seksual pada masa kanak-kanak.
- iii. Akibat-akibat kekerasan pada masa kanak-kanak dan dewasa terakumulasi. Perasaan dikhianati pada waktu masa kanak-kanak dan pikiran serta perasaan menyalahkan diri sendiri, bercampur dengan kemarahan dan ketidakpercayaan pada orang-orang di sekitarnya.
- iv. Perasaan dan pikiran yang sudah negatif memperparah perilaku berisiko lainnya seperti penyalahgunaan narkoba, menjajakan diri sebagai pekerja seks, dan sebagainya yang menyebabkan ia lebih rentan terhadap berbagai risiko kekerasan dan eksploitasi.

Kompleksitas akibat berbagai peristiwa traumatis yang beruntun dapat membentuk identitas individu karena telah terjadi transformasi kognitif bahwa ia memang harus menjalani hidup demikian dan menerima saja perlakuan tersebut sebagai pihak

yang memang sudah sepantasnya diperlakukan demikian, dalam struktur kognitif yang dimiliki saat dewasa (Suhardjo & Irwanto, 2018).

IV.

GEJALA-GEJALA PASCATRAUMA

Apa yang Dimaksud dengan Gejala-Gejala Pascatrauma?

Reaksi terhadap trauma mencerminkan terganggunya fungsi-fungsi fisik, kognitif, afektif, moral, seksual, dan interpersonal. Ada perdebatan apakah kata gangguan (*disorder*) layak digunakan, seperti dalam istilah yang masih lazim digunakan, yaitu: *Post-Traumatic Stress Disorder*—PTSD (Gangguan Stres Pascatrauma)

Mereka yang setuju untuk menggunakan istilah *gangguan* mempertimbangkan akibatnya yang memang mengganggu fungsi normal sehari-hari. Mereka yang tidak setuju menggantinya dengan menggunakan kata *reaksi*, mereka berargumen bahwa adalah sangat wajar atau normal setiap orang yang mengalami peristiwa sedahsyat itu akan menunjukkan gejala-gejala perilaku yang tidak biasa juga. Meskipun demikian, semua sependapat bahwa setelah mengalami peristiwa traumatis, baik anak-anak atau dewasa, akan

menunjukkan gejala-gejala perilaku tertentu sebagai reaksi terhadap pengalaman traumatisnya.

Di antara perilaku yang sering diamati, muncul gejala-gejala sebagai berikut (Foa dkk., 1999):

(1) ***Hyperarousal***⁷—menunjukkan gejala faali/fisiologis yang individunya selalu dalam keadaan berjaga-jaga untuk menghadapi peristiwa seperti itu lagi, reaksi *hyperarousal* dianggap sebagai reaksi yang paling menonjol (*cardinal symptom*) dari pengalaman traumatis:

- Reaksi panik dan ketakutan yang terus-menerus sehingga yang bersangkutan mudah tersinggung, sering menjadi sangat agresif, dan tidak dapat tidur dengan nyenyak.
- Keadaan yang sangat sensitif ini tidak hanya terjadi pada waktu yang bersangkutan sadar, tetapi juga pada saat ia tidur. Ia mudah sekali terkejut terhadap hal-hal (suara atau peristiwa) yang tidak terduga.
- Ia mempunyai reaksi yang sangat intens terhadap rangsang yang secara spesifik mengingatkannya pada peristiwa traumatis. Rasa takut, sedih, terharu, atau marah yang berlebihan dan berulang jika episode traumatis itu dialami kembali atau diingatkan, baik melalui kejadian nyata atau melihat tayangan yang mengingatkannya.
- Kehilangan kepercayaan dan timbul rasa benci yang luar biasa terhadap orang atau hal-hal yang berhubungan dengan peristiwa traumatis. Anak korban kekerasan

⁷ Disamakan dengan neurosis fisik atau *physioneurosis* (Kardiner dalam Herman, 1997).

an dan perkosaan sering mengalami perasaan ini pada orang dewasa.

(2) ***Intrusion***—mencerminkan betapa kuat dan melekatnya memori⁸ mengenai kejadian traumatis baik dalam keadaan tidur maupun sadar, dan dalam perilaku mereka.

- Ingatan berulang atas kejadian, baik ketika individu dalam keadaan sadar maupun tidur (dalam bentuk mimpi). Pengulangan ingatan ini bersifat sangat mengganggu (intrusif) sehingga jika tidak diatasi akan berakibat buruk pada kesehatan dan hubungan sosial. Ingatan yang berulang ini dapat berkembang menjadi depresi dan gejala-gejalanya.
- Intrusi yang sangat hebat dapat berpengaruh terhadap perkembangan anak. Manifestasi kemunduran perkembangan pada anak tersebut berupa: kehilangan keterampilan untuk berbicara, mengompol, buang air besar di celana, dan lain-lain.
- Intrusi yang hebat memberikan "kesan palsu" pada individu seolah ia masih hidup dalam konteks trauma tersebut. Oleh karena itu, kerap diamati bahwa yang bersangkutan akan menunjukkan perilaku yang mencontoh trauma—seperti bermain tembak-tembakan atau mengulang adegan-adegan kekerasan sendiri atau

⁸ Herman (1997) membedakan "memori traumatis" dengan memori pada umumnya yang memori traumatis muncul ke dalam kesadaran tanpa dapat dikendalikan oleh individunya. Selain itu, memori traumatis sulit dijelaskan dengan kata-kata (*lack of verbal narratives*, hlm. 38) dan diduga karena adanya perubahan-perubahan dalam sistem saraf pusat setelah paparan terhadap peristiwanya.

bersama teman. Perilaku ini diulang-ulang tanpa variasi yang berarti.

(3) ***Constriction***⁹—ketidakberdayaan, perasaan dan pikiran tumpul, semua bentuk pertahanan diri runtuh total.

- Perilaku dan pikiran untuk bunuh diri. Ini terjadi karena secara kognitif, cara berpikir mereka dipengaruhi sehingga menganggap diri adalah kotor, tidak berguna (korban pemerkosaan), penyebab kematian/kecelakaan orang lain, dikutuk Tuhan, merasa terkucil atau sendirian, atau merasa tidak dapat melakukan apa-apa lagi.
- Perilaku menghindar (*avoidance*). Pada anak sering terjadi dalam bentuk amnesia (kehilangan ingatan), tidak mau berbicara, menghindari pembicaraan dengan topik yang berhubungan dengan peristiwa traumatis yang dialami. Perilaku ini akan mempersulit upaya pertolongan pada yang bersangkutan karena salah satu proses yang harus dilalui dalam penyembuhan adalah keberanian untuk menghadapi kembali peristiwa traumatisnya dan membicarakannya dengan terapis.
- Mati rasa emosional (*emotional numbing*). Dalam menghadapi peristiwa/situasi yang mirip dengan pengalaman traumatis, anak tidak menunjukkan ketertarikan dan ekspresi emosinya datar.
- Pada individu yang tidak dapat menghilangkan pikiran dan perasaan sehubungan dengan pengalaman traumatisnya, akan berusaha untuk mematikan rasa dengan

⁹ Disebut Lifton (Herman, 1997) sebagai *psychic numbing* atau *paralysis of the mind*.

menggunakan alkohol/zat-zat psikoaktif yang bersifat depresan (hipnotik).

Reaksi-reaksi traumatis sering muncul dalam bentuk somatisasi (gejala fisik seperti jantung berdebar-debar, sakit perut, otot-otot yang kejang, pusing kepala, dan lain-lain), biasanya ekspresi gejala-gejala tersebut juga dimediasi oleh budaya—yaitu kebiasaan dalam budaya untuk mengekspresikan adanya kesulitan mental emosional (melukai diri, isolasi, verbalisasi, dan lain-lain).

Kajian lintas budaya terhadap reaksi traumatis—dalam hal ini PTSD, juga mulai mempertanyakan apakah gejala-gejala PTSD dan faktor-faktor yang memengaruhinya memang bersifat universal? Apa peranan budaya dalam manifestasi gejala-gejala PTSD dan dalam *treatment* atau terapi dan proses penyembuhan (*healing and recovery*)?

Lebih lanjut, karena kekerasan komunal, kekerasan politik, peperangan, dan bencana alam juga terjadi di berbagai belahan dunia dengan berlatar belakang ekonomi dan budaya yang berbeda-beda, maka jawaban atas pertanyaan-pertanyaan di atas menjadi sangat penting (Laughry & Eyber, 2003). Pada tingkat komunal, sudah banyak dicatat bahwa setiap komunitas mempunyai caranya sendiri dalam menghadapi peristiwa traumatis, apakah itu berupa epidemi penyakit, kekerasan komunal, peperangan, atau bencana alam. Berbagai ritual keagamaan atau ekspresi seni (terutama yang mengandung unsur menyakiti diri sendiri seperti memukul-mukul dada) dengan jelas menunjukkan kaitannya dengan upaya-upaya mengatasi akibat peristiwa traumatis. Musik Blues di AS, misalnya, merupakan ekspresi musisi keturunan Afrika yang menjalani hidup dalam perbudakan di mana mereka mengalami

pemisahan paksa dengan anggota keluarga atau komunitas, kerja paksa, perlakuan tidak adil, dan lain-lain. Oleh karena itu, pemahaman kultural penting dalam memahami reaksi traumatis dan intervensinya (Jones & Wessely, 2006).

Perlu diperhatikan bahwa reaksi terhadap trauma **harus dapat dihubungkan** dengan peristiwa yang terjadi sebelumnya. Diagnosis PTSD menurut DSM-IV (1994) menghendaki adanya hubungan yang jelas antara gejala-gejala yang diamati dan peristiwa pemicunya. Dengan demikian PTSD **tidak dapat** digunakan untuk melabel semua gejala gangguan stres.

V.

TRAUMA PADA ANAK

Anak-anak mempunyai kebutuhan dan kerentanan khusus jika dibandingkan dengan orang dewasa, terutama karena ketergantungan terhadap orang lain, kemampuan fisik dan mental-intelektual yang sedang berkembang, serta kurangnya pengalaman hidup dalam memecahkan berbagai persoalan. Tidak berlebihan jika dikatakan bahwa peristiwa traumatis pada masa kanak-kanak sangat memengaruhi kepribadian anak dalam perkembangan selanjutnya. Pengalaman traumatis pada masa kanak-kanak merupakan faktor risiko yang sangat berarti bagi perkembangan gejala-gejala pascatrauma di kemudian hari ketika individu menghadapi stresor traumatis berikutnya (van der Kolk, 2001; Celano, 2002).

Kowalis (2004) yang mencermati perubahan neurobiologis menyatakan bahwa kerentanan anak untuk mengalami trauma psikologis 1,5 kali lebih besar daripada orang dewasa karena memang sedang dalam tahap pertumbuhan, khususnya penyempurnaan sistem saraf pusat. Riset di bidang ini menunjukkan bukti-

bukti kuat bahwa paparan terhadap trauma dapat mengubah struktur dan mekanisme di sistem saraf pusat. Jika pada orang dewasa pengalaman traumatis menyebabkan masalah-masalah emosional dan perilaku simtomatik, maka pada anak-anak perilaku yang terbentuk karena pengalaman traumatis dapat tertanam selama-lamanya dalam kepribadian anak¹⁰ (Rojas & Lee, 2004). Van der Kolk (2001) juga menunjukkan fakta bahwa kebanyakan pengguna fasilitas pelayanan kesehatan jiwa adalah orang-orang yang mengalami peristiwa traumatis masa kanak-kanak, dan khususnya karena berbagai bentuk perlakuan salah dalam rumah tangga (KDRT).

Reaksi anak terhadap pengalaman traumatis juga berbeda-beda menurut kelompok usia dan cenderung berbeda dari orang dewasa. Anak dapat menunjukkan pengalaman traumatisnya dalam bentuk perilaku yang diulang-ulang lewat permainan dan dapat mengakibatkan kemunduran perkembangan, terutama dalam hal perkembangan bahasa dan *toilet training* (Koverola, 1995). Selain itu, anak juga rentan terhadap traumatisasi sekunder yang dilakukan pengasuh, orangtua, atau kalangan profesi kesehatan dan jurnalis terutama ketika komunikasinya satu arah, hanya bertanya, dan memaksakan jawaban. Ini terjadi karena anak yang relatif bergantung pada orang lain, tidak mempunyai pengetahuan atau keterampilan dan keberanian untuk menghindarkan diri dari berbagai bentuk kekerasan dan perlakuan salah.

Dalam beberapa kasus, khususnya peristiwa traumatis yang menghilangkan atau memengaruhi harga diri (seperti pemerkosaan), anak rentan sekali terhadap stigmatisasi. Perhatian terhadap

¹⁰ Terutama jika peristiwa traumatis terjadi pada waktu anak belum mengembangkan kemampuan verbalnya.

anak juga penting karena diagnosis terhadap akibat pengalaman traumatis diperoleh melalui proses verbal, sedang anak dalam situasi seperti itu dapat saja kehilangan kemampuan verbal atau memang belum mempunyai keterampilan verbal yang dibutuhkan.

Tabel 02: Reaksi Anak Berdasarkan Kelompok Usia

Usia	Jenis Reaksi yang Biasanya Muncul
0–6 thn	<ul style="list-style-type: none">• Ketakutan terhadap kehadiran orang asing, suara keras/jika ditinggal sendiri• Cemas perpisahan dan tantrum• Berbagai jenis problem tidur• Kecemasan yang menyolok mata atau tampak jelas jika berhadapan dengan situasi atau tempat yang berkaitan dengan peristiwa traumatis yang dialami• Mengalami kemunduran pada berbagai keterampilan hidup yang sudah dikuasai anak, yang biasanya ceriwis menjadi pendiam atau bahkan tidak mau berbicara sama sekali, mengompol, atau kembali mengisap jempol.
7–12 thn	<ul style="list-style-type: none">• Ada <i>time skew</i>—ketika menceritakan kembali peristiwa traumatikanya, anak mengacaukan urutan terjadinya peristiwa tersebut• <i>Posttraumatic play</i> (secara kompulsif melakukan berbagai jenis permainan yang berkaitan dengan beberapa aspek dari peristiwa traumatis yang dialami)• <i>Posttraumatic re-enactment</i> (perilaku anak ketika ia mengkreasi kembali beberapa aspek yang berkaitan dengan peristiwa traumatis yang dialami)• Kesulitan berkonsentrasi sehingga terjadi penurunan prestasi belajar• Hiperaktivitas, agresivitas, dan kegelisahan• Depresi, kecemasan, dan problem tidur
13–17 thn	<ul style="list-style-type: none">• Perilaku merusak diri sendiri• Melakukan berbagai tindakan yang dapat dikategorikan berisiko tinggi; seperti memberontak terhadap orang sekitar, menolak bersekolah, mencuri, bahkan melakukan berbagai tindakan yang membahayakan diri sendiri• Menarik diri dari lingkungan sekitar• Kebingungan dan sering kali menjadi sangat sensitif dan mudah tersinggung atau depresi• Muncul berbagai keluhan fisik dalam usaha meredam kecemasan atau perasaan depresif yang dialaminya

KEADAAN TRAUMAGENIK

6.1 Keadaan Seperti Apa yang Disebut Traumagenik?

Keadaan traumagenik (*traumagenic states*) adalah kondisi-kondisi yang berasal dari **pengalaman traumatis pada masa kanak-kanak**. Hampir setiap manusia pernah mengalami trauma atau situasi krisis dalam hidup yang mempunyai pengaruh dalam menentukan tujuan hidup selanjutnya. Jika pengalaman tersebut adalah kekerasan seksual, maka pengalaman ini merupakan pengalaman di luar pengalaman sehari-hari anak. Oleh karena itu, *shock* akibat pengalaman tersebut tidak bisa diharapkan untuk bisa diatasi oleh mereka sendiri. Pemulihan dari pengalaman ini membutuhkan perhatian dan dukungan orang dewasa.

Pada awalnya konsep ini dikembangkan oleh Browner & Finkelhor (1986) berdasarkan penelitian mereka mengenai perjuangan anak-anak korban kekerasan seksual untuk menjadi pe-

nyintas (*survivor*). Mereka memahami kelemahan kerangka berpikir PTSD. Oleh karena itu, mereka mengajukan teori *traumagenic states* yang memberi perhatian pada proses kognitif dan mengidentifikasi empat kondisi traumagenik yang dijelaskan dengan dinamika karakteristik, dampak psikologis, dan manifestasi perilaku. Konsep ini kemudian diperluas oleh Beverly James (1989) menjadi 9 kondisi yang dipercaya ada dalam hampir semua pengalaman traumatis yang dialami oleh anak-anak. Kondisi-kondisi ini sering dimanifestasikan secara verbal sebagai reaksi *denial*. Selain itu, gejala-gejala traumagenik perlu diperlakukan sebagai sindrom dan bukan sebagai gejala yang terpisah. Oleh karena itu, terapis harus sangat hati-hati dan waspada dalam mengevaluasi kondisi *survivor*.

(1) Menyalahkan Diri Sendiri (*Self-Blame*)

Penelitian mengenai anak yang mengalami kekerasan seksual, fisik atau berbagai bentuk perlakuan salah lainnya menunjukkan bahwa mereka menyimpan perasaan bersalah yang mendalam. Secara kognitif mereka terkondisi (dikondisikan oleh pelaku—*perpetrator*) untuk beranggapan bahwa kekerasan/kecelakaan yang dialami disebabkan karena dirinya (nakal, tidak mau mendengar orangtua, dan lain-lain). Perasaan ini begitu mendalam sehingga mereka malu untuk menceritakannya pada orang lain. Kondisi inilah yang memang dikehendaki oleh pelakunya.

(2) Ketidakberdayaan (*Powerlessness*)

Trauma adalah peristiwa yang terjadi dan dialami oleh seseorang tanpa orang itu dapat melakukan apa-apa. Oleh karena itu, tidak

mengerankan bahwa perasaan tidak berdaya ini masih melekat dalam dirinya dan menjadi bagian dalam citra dirinya meskipun peristiwa telah lama berlalu. Ketidakberdayaan termanifestasi pada perilaku anak ketika semua harapan, keinginan dan perasaan mampu (produktif) anak selalu memperoleh perlawanan dari perasaan tidak mampu secara fisik. Hal ini muncul tanpa dapat ia kendalikan, lalu memperkuat citra dirinya sebagai korban yang selalu perlu dilindungi (Canton-Cortes, Cortes, & Cortes, 2012). Akibat dari ketidakberdayaan ini adalah munculnya kecemasan dan ketakutan sehingga memicu keinginan dirinya untuk bisa mengendalikan segala hal dalam lingkungan hidupnya. Sikapnya menjadi sangat kaku, pencemas, dan akhirnya mengganggu keterampilan menyesuaikan dirinya.

(3) Perasaan Kehilangan dan Dikhianati (*Loss and Betrayal*)

Perasaan kehilangan ini sangat bervariasi tergantung dari jenis trauma yang dihadapi. Pada anak-anak yang mengalami kekerasan dari orangtuanya, mereka merasa kehilangan perhatian dan kasih sayang orangtua sekaligus merasa dikhianati oleh orang-orang yang dipercaya. Perasaan ini disertai dampak kognitif dan emosional yang membuatnya berpikir dan merasa bahwa ia adalah anak tidak berguna, anak yang jahat, anak yang tidak perlu diperlakukan dengan baik. Dalam konteks seperti ini, anak sebenarnya mengalami konflik batin atau paradoks. Di satu sisi, ia merasa telah dikhianati oleh orang yang dipercaya, tetapi di sisi lain ia diharapkan dari lingkungan dan budaya untuk harus tetap setia pada orang yang dianggap telah mengkhianatinya.

Bagi anak yang mengalami peristiwa kehilangan atau kematian orang-orang yang dikasihi, perasaan sedih yang mendalam terjadi

karena hilangnya orang-orang yang dirasa mendukung, teman bermain, atau tempat untuk memperoleh kasih sayang. Kata "hilang" juga dapat dimaknai sebagai "hilang" dari hubungan prosimal dengan anak bukan karena kematian, tetapi karena harus pergi meninggalkan dirinya atau absensi figur yang biasanya lekat dengan anak.

(4) Fragmentasi Pengalaman Badani (*Fragmentation of Bodily Experience*)

Bagi anak yang mengalami kekerasan fisik atau seksual, maka terjadi rekaman sensoris, muskular, dan afektif terhadap bau badan tertentu, jenis sentuhan tertentu, atau suasana tertentu yang mengingatkan pada kejadian traumatisnya. Anak mungkin mempunyai kemampuan kognitif untuk memahami berbagai rasa dan perasaan yang timbul, tetapi tidak mempunyai kendali penuh atas rasa dan perasaan yang timbul sehingga seolah-olah ada sesuatu yang menempel pada tubuhnya, tetapi tidak dapat ia bebaskan. Anak-anak yang mengalami luka berat akibat kekerasan fisik, mereka yang tubuhnya telah mengalami pelanggaran asusila (kekerasan seksual) perlu memperoleh perhatian serius dalam proses terapinya agar mampu menghargai kembali, peduli, dan memercayai tubuhnya.

(5) Stigmatisasi

Kekerasan merupakan peristiwa yang dimaknai oleh yang mengalami langsung (korban), tetapi juga oleh orang-orang atau masyarakat di sekitarnya tergantung dari konteks dari kekerasan itu.

Kekerasan seksual, misalnya, baik terjadi dalam keluarga (*incest*) atau di luar keluarga, merupakan tindakan eksploitasi seksual yang tetap membawa konotasi negatif karena persoalan keperawanan, moralitas orangtua, kegenitan anak perempuan, atau pembiaran oleh salah satu orangtuanya (biasanya ibu). Konotasi negatif ini dimaknai tertuju hanya pada dirinya sebagai pihak yang paling lemah. Anak-anak yang mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual akan mengembangkan citra yang negatif terhadap dirinya sendiri (anak bandel, kurang ajar, kotor, tidak berharga, dan lain-lain) yang mengakibatkan ia enggan berhubungan secara intensif dengan orang lain. Ia selalu merasa bahwa jika ia bergaul erat dengan orang lain, maka “rahasia”-nya akan terbongkar. Di pihak lain, orang-orang di sekitar anak juga memberikan cap pada “anak nakal” atau anak “kurang ajar” atau “anak yang tidak bermoral” sehubungan dengan pengalaman traumatisnya. Bagi anak yang mengalami kekerasan seksual, masyarakat sering menghakimi mereka sebagai “sudah tidak perawan” atau “korban sodomi” yang semuanya berakibat buruk pada kualitas hubungan sosial mereka.

(6) Erotisasi

Anak-anak yang mengalami kekerasan seksual, biasanya telah dikondisikan oleh pelaku kekerasan untuk berperilaku tertentu yang bersifat provokatif secara seksual bagi orang dewasa dan dalam prosesnya juga mengalami rangsangan emosional yang cukup intens, walau rangsangan tersebut bercampur antara rasa takut, marah, dan sedih. Pengondisian ini, secara tidak disadari, akan membentuk pola perilaku yang bersifat erotis pada korban yang pada akhirnya akan membawa korban pada perlakuan (viktimi-

sasi) serupa. Penjelasan kognitif mengenai erotisasi merujuk pada pengondisian yang membuat anak berpikir bahwa penghargaan terhadap dirinya (oleh orang lain, khususnya pelaku kekerasan seksual) hanya sebatas objek seks.

(7) Perilaku Merusak (*Destructiveness*)

Kemarahan (dan ketakutan) yang timbul akibat pengalaman traumatis membuat anak melakukan berbagai tindakan berbahaya dan merusak yang akhirnya menyulut rasa tidak suka, benci, marah pada orang lain dan akhirnya ingin menghukum mereka. Ini membuat pengalaman traumatis berulang seperti lingkaran setan. Oleh karena itu, dalam terapi, pengalaman traumatis anak harus dievaluasi berkenaan dengan jenis, frekuensi, dan durasi. Dampak neurologis dari trauma yang dialami tidak boleh dikesampingkan dalam evaluasi tersebut.

(8) Gangguan Identitas Disosiatif (*Dissociative Identity Disorder—DID*)

Gangguan ini awalnya sangat membingungkan para ahli jiwa, tetapi sekarang telah dipahami dan banyak ditemukan pada anak-anak yang mengalami berbagai bentuk kekerasan (baik fisik, seksual, maupun emosional) dengan tingkat keparahan yang tinggi. Gangguan disosiatif atau gangguan persepsi terhadap diri sendiri dan pancaindra sensoris sering muncul dalam fenomena kepribadian ganda. Anak akan merasa bahwa dalam dirinya ada “orang lain”, ada perilaku yang bukan bagian dari kepribadiannya, ada rasa-rasa yang tidak diketahui asal atau sebabnya. Penelitian di

Amerika Serikat menunjukkan bahwa lebih dari 95 persen penderita gangguan disosiatif mempunyai sejarah kekerasan yang dahsyat dalam usia-usia sensitif (sebelum usia 10 tahun).

(9) Gangguan Hubungan Interpersonal Intim (*Attachment Disorder*)

Dalam proses perkembangan yang wajar, anak akan dengan mudah menemukan objek afeksi khususnya pada diri pengasuh. Hubungan emosional yang intim dengan pengasuh (fisik dan emosional) merupakan faktor penting dalam pengembangan kompetensi sosial dan faktor yang mendukung resiliensi dalam menghadapi trauma. Dalam kasus anak yang mengalami¹¹ kekerasan dari pengasuhnya sendiri, baik fisik, emosional, maupun seksual, maka sifat hubungan intim ini berubah tergantung dari sifat dari kekerasan yang diterima, durasi, dan frekuensi. Peristiwa-peristiwa traumatis yang dialami anak dalam hubungannya dengan orang lain menyebabkan anak tidak mampu membentuk hubungan yang bermakna. Reaksi traumatis dapat berupa perilaku yang menunjukkan ketergantungan yang sangat besar (minta perhatian terus), atau sikap yang dingin dalam menghadapi kehadiran dan relasi yang diupayakan oleh orang lain.

¹¹ Termasuk anak yang dipisahkan dari orangtua karena peperangan, hospitalisasi (dirinya sendiri atau orangtuanya), maupun penelantaran.

Tabel 03: Ringkasan Kondisi Traumagenik

Kondisi Traumagenik	Dinamika	Dampak Psikologis	Manifestasi Perilaku
Menyalahkan diri sendiri	<ul style="list-style-type: none">• Orang lain selalu baik, dirinya yang salah jika mengalami kekerasan• Peristiwa traumatis terjadi karena kesalahannya sendiri, ia yang mau.• Mencoba mengendalikan peristiwa traumatis dengan menyalahkan diri sendiri.	<ul style="list-style-type: none">• Rasa bersalah• Rasa malu• Keyakinan bahwa diri jahat, buruk.	<ul style="list-style-type: none">• Mengurung diri• Menghukum diri• Melukai/mutilasi badan sendiri• Bunuh diri• Penggunaan narkoba• Menggunakan diri dalam berprestasi karena merasa tidak berguna
Ketidak-berdayaan	<ul style="list-style-type: none">• Merasa tidak mampu mencegah atau melindungi diri• Sering merasa takut• Merasa semua orang di sekitarnya tidak memperhatikannya, mengurung diri• Orang lain tidak percaya dia• Selalu merasa rentan terhadap nasib buruk	<ul style="list-style-type: none">• Kecemasan• Ketakutan• Depresi• Merasa tidak berguna (efikasi rendah)• Memandang diri sendiri sebagai korban• Kebutuhan untuk mengendalikan situasi• Identifikasi terhadap agresor• Merasa sebagian dirinya sudah terlepas	<ul style="list-style-type: none">• Mimpi buruk• Masalah <i>toileting</i>• Kenakalan• Gangguan makan dan tidur• Pseudomaturasi¹²• Fobia• Agitasi• Menarik diri• Menikmati fantasinya sendiri• Lari dari rumah• Rentan terhadap berbagai bentuk viktimisasi• Sangat obsesif terhadap orang yang disayangi, terutama yang lebih muda• Bunuh diri
Perasaan kehilangan dan dikhianati	<ul style="list-style-type: none">• Tidak butuh orang lain• Mengalami eksploitasi• Hilangnya ikatan emosi atau fisik	<ul style="list-style-type: none">• Mati rasa emosi• <i>Denial</i>• Perasaan rindu yang direkan• Rasa bersalah• Kemarahan• Tidak percaya diri sendiri dan orang lain	<ul style="list-style-type: none">• Reaksi-reaksi somatis• Kemunduran perilaku• Mengucilkan diri• Menghindari hubungan intim• Pendiam• Apatis• Sangat manja• Kemarahan eksplosif

¹² Pseudomaturasi terlihat tatkala anak mengambil peranan orang dewasa dalam hubungan dengan orang lain dan menanggung semua tanggung jawab jika terjadi sesuatu yang buruk pada dirinya dan orang yang berhubungan dengannya

Fragmentasi pengalaman badani	<ul style="list-style-type: none"> • Ketidakberdayaan fisik • Kehilangan kendali • Terbelenggu perasaan sakit • Kebingungan 	<ul style="list-style-type: none"> • Hilangnya kendali terhadap tubuh • <i>Denial</i> • Kebencian terhadap diri • Ketakutan • Ketidakberdayaan • Represi • Kehilangan rasa percaya diri • Tidak mempunyai visi tentang masa depan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mati rasa beberapa bagian tubuh • Selalu ingin dilindungi • Merasa asing dengan tubuhnya • Kejang-kejang histeris • Tidak peduli risiko • Keluhan somatik • Perilaku agresif yang ekstrim • Terlalu banyak melamun • Menunjukkan pribadi yang berbeda-beda
Stigmatisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Menyalahkan diri sendiri • Tidak pernah bercerita pada orang lain tentang trauma • Ketakutan anggota keluarga atau orang lain terhadap dirinya • Pengalaman diperlakukan sebagai "barang rusak" 	<ul style="list-style-type: none"> • Rasa bersalah • Rasa malu • Harga diri menurun • Merasa berbeda dari teman sebaya • Benci terhadap diri sendiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurung diri • Menghindari sukses atau prestasi • Mengejar keberhasilan secara kompulsif, tetapi tidak pernah merasa cukup berharga • Penggunaan narkoba • Perilaku merusak diri sendiri
Erotisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Dihargai karena tingkah laku seksual • Kerancuan tentang seks dan moralitas • Kekuasaan dan harga dirinya terkait dengan peranannya sebagai objek seks • Terkondisi dalam hubungan seksual yang terkait dengan emosi dan memori negatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Preokupasi dengan persoalan seksual • Kebingungan identitas seksual • Kebingungan terhadap norma seksual • Tidak dapat membedakan antara kasih sayang dan pengasuhan • Asosiasi negatif dengan rangsangan atau aktivitas seksual • Asosiasi positif dengan eksploitasi seksual 	<ul style="list-style-type: none"> • Seksualisasi atau erotisasi afeksi • Preokupasi seksual • Agresi kompulsif atau perilaku seksual sadistik • Cenderung menginterpretasi sentuhan biasa sebagai sentuhan seksual • Viktimisasi seksual pada diri sendiri dan orang lain
Perilaku merusak	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku destruktif sebagai cara untuk bertahan hidup • Identifikasi terhadap agresor • Merasa pantas menerima hukuman • Dendam dan keinginan balas dendam 	<ul style="list-style-type: none"> • Memperkuat penyalahan diri • Takut hilang kendali emosi • Kebingungan dengan konsep diri • Kebingungan nilai dan moral • Siklus adiktif dan destruktif 	<ul style="list-style-type: none"> • Perilaku destruktif dan <i>sexualised</i> pada diri sendiri, orang lain, dan objek • Menarik diri • Preokupasi dengan fantasi balas dendam • Perilaku tidak peduli risiko • Pengulangan kejadian traumatis secara ritualistik • Memancing kekerasan dari orang lain

Kepribadian ganda/ disosiatif	<ul style="list-style-type: none">• Berkembangnya kemampuan biopsikologis untuk disosiasi• Merasa ketakutan yang mencekam• Memprogram dirinya untuk menunjukkan berbagai citra diri• Disosiasi mendapat dukungan orang lain dan menghilangkan sakit karena luka batin• Selalu berpikir atau merasa kesakitan (bersifat fobik)• Kurang kesempatan atau akses terhadap pengalaman yang bersifat restoratif	<ul style="list-style-type: none">• Fragmentasi kepribadian• Depersonalisasi• Perkembangan yang tidak konsisten dan <i>distorted</i>• Merasa terasing dari orang lain• Menyimpan emosi yang sangat intens	<ul style="list-style-type: none">• Keadaan trans yang spontan – kadang-kadang dengan bola mata berputar (<i>rolling</i>)• Identitas ganda dalam berbagai bentuk• Tidak mengakui tingkah lakunya sendiri• Suasana hati atau perilaku yang tiba-tiba berubah• Merusak diri sendiri
Gangguan hubungan interpersonal intim	<ul style="list-style-type: none">• Tidak siap memberi dukungan emosi pada orang lain• Menjauhi orang lain• Siklus (lingkaran setan) respons negatif dalam hubungan dengan pengasuh• Mudah memutuskan hubungan emosi dengan orang lain• Merasa banyak kebutuhannya tidak terpenuhi• Tidak mampu memperoleh kepuasan dalam relasi	<ul style="list-style-type: none">• Tidak yakin bahwa kebutuhannya akan terpenuhi• Tidak dapat menemukan hiburan dan kenyamanan dalam sebuah relasi<ul style="list-style-type: none">• Sendiri, kesepian• Tertekan• Harga diri rendah• Merasa tidak mempunyai basis yang aman dalam mengeksplorasi dunia• Tidak pernah merasa mampu menguasai sesuatu	<ul style="list-style-type: none">• Sangat tergantung pada orang lain, mencari perhatian berlebihan• Reaksi marah berlebihan• Kesulitan belajar• Tidak dapat mempertahankan hubungan emosi (selalu merasa jauh)• Tidak mampu menanggapi perhatian orang lain• Kurang spontan, kaku• Menolak kehadiran orang dewasa saat membutuhkan hiburan/perhatian• Menekan perasaannya sendiri dan meniru tingkah laku orang lain

Sumber: James (1989).

6.2 Kondisi Traumagenik dan Reviktimisasi Kekerasan

Kekerasan seksual dan kekerasan fisik dalam rumah tangga sering berlangsung dalam jangka lama, diulang-ulang dan dalam frekuensi yang sering. Dalam kurun waktu yang cukup lama, maka pelaku mempunyai kesempatan untuk membentuk perilaku, cara

berpikir, dan perasaan anak mengenai tindakan seksual yang dilakukan. Ada tiga konsekuensi khusus. Pertama, anak diajari bahkan dipaksa untuk melakukan tindakan (seksual) terus-menerus, sehingga “terbiasa” dalam situasi ancaman atau dengan pemberian hadiah tertentu. Kebiasaan ini akan diinternalisasi sehingga tertanam dalam bahasa tubuh, cara berpikir tentang tindakan tersebut dan perasaan yang mengikutinya (disebut *sexual script*—lihat, van Bruggen, Runtz, & Kadlec, 2006). Kedua, dalam situasi yang tegang, menakutkan, mengancam, maka reaksi pikiran, perasaan, dan tubuh yang sama akan terpicu tanpa disadari dan akan membawa ke dalam risiko viktimisasi berikutnya. Ketiga, karena cemooh orang lain (*secondary gains*) atau stigmatisasi menyebabkan anak tumbuh dan berkembang dengan masalah citra diri yang rendah atau negatif sehingga mengganggu keterampilannya untuk menjalin hubungan interpersonal yang sehat dan menggunakan seksualitasnya untuk mengisi kekurangan diri bahkan mengatasi kesepian karena tidak memiliki teman. Penelitian Kniefel *et al.* (2019) menemukan bahwa trauma masa kanak-kanak mempunyai hubungan langsung dengan gejala pascatrauma saat mereka dewasa. Selain itu, mereka juga menemukan bahwa hubungan traumagenik dengan gangguan pengorganisasian *self* dijembatani oleh kemampuan individu untuk melakukan regulasi emosi.

6.3 Deteksi dan Intervensi Dini

Pengalaman traumatis akibat kekerasan seksual atau fisik jangka panjang akan mengakibatkan munculnya berbagai perilaku kompulsif yang menyebabkan penyintas (*survivors*) rentan jatuh ke tangan *perpetrator* atau situasi kekerasan yang sama—seperti

yang telah dijelaskan di atas. Oleh karena itu, para ahli sepakat bahwa korban kekerasan seksual atau fisik yang menjadi bagian dari kekerasan rumah tangga harus segera diidentifikasi dan se-segera mungkin memperoleh intervensi atau *early treatment* (van Bruggen dkk., 2006; Widom, Czaja, & Dutton, 2007, Tusher, 2007; Ports & Merrick, 2016). Deteksi dini akan membantu untuk mencegah perkembangan pola perilaku negatif yang dibentuk oleh pengalaman traumatis anak selama dalam situasi kekerasan. Sayang sekali bahwa sekolah yang menjadi rumah kedua anak sering tidak mempunyai sistem atau mekanisme dan kapasitas untuk melakukan deteksi dan intervensi dini. Dari tahun 2000-an, UNICEF dan ILO merupakan dua organisasi PBB yang gencar melakukan berbagai penelitian mengenai kekerasan dan eksploitasi terhadap anak Indonesia serta membuat berbagai modul untuk melatih masyarakat, termasuk para guru untuk melakukan deteksi dini dan membangun sistem sekolah ramah anak. Saat ini program ini diampu oleh kebijakan nasional Kota Ramah Anak di bawah koordinasi Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI.

VII.

TREATMENT DAN PEMULIHAN

7.1 Persiapan Terapis

Sebelum mempelajari *treatment*/intervensi terhadap trauma dan bagaimana kita dapat membantu seseorang, terutama anak dalam menyintasi pengalaman traumatis, maka perlu memahami beberapa hal berikut ini:

(1) *Klien Membutuhkan Waktu Bertahun-Tahun untuk Membuka Diri*

Seperti telah dijelaskan di atas, trauma merupakan pengalaman pribadi yang dimaknai dengan rasa malu, takut, dan tidak berdaya. Ketika trauma itu adalah bagian dari tumbuh kembang dalam sebuah keluarga dan menjadi bagian penting dari relasi antarpasangan dewasa atau antara anak dan orangtuanya, maka trauma sangat mungkin dikaitkan dengan aib atau rasa malu. Kekerasan fisik yang lazim terjadi dalam ke-

luarga di Indonesia, misalnya, telah memperoleh dukungan kultural sehingga anak merasa sangat tidak berdaya. Hukum-an fisik terhadap anak dalam keluarga terjadi ketika anak melakukan kesalahan sehingga dianggap bodoh, tidak kompeten, tidak menghormati orangtua atau kurang ajar, tidak tahu berterima kasih, dan lain-lain. Semua sebutan atas perbuatan yang dihukum mengandung nilai negatif dan sangat berpotensi menimbulkan rasa malu dan citra diri negatif jika terjadi selama bertahun-tahun dan dengan intensitas serta frekuensi yang tinggi. Demikian juga kekerasan dan eksploitasi seksual, selain menerima ancaman, mereka dipaksa melakukan tindakan-tindakan tidak senonoh yang tidak dapat mereka pahami, tetapi menimbulkan perasaan yang sangat tidak nyaman, menjijikkan, menakutkan, dan ketidakberdayaan absolut ketika tubuhnya mengalami penjajahan total. Pengalaman seperti ini, juga menimbulkan rasa takut, malu, dan rendah diri. Seperti telah dijelaskan di atas, dampak traumagenik pada gejala pascatrauma saat ini, maka menjadi penting bagi terapis untuk mencari tahu apakah klien yang datang untuk pemulihan dari trauma mempunyai pengalaman traumatis di masa kanak-kanak.

(2) *Berbagai macam jenis trauma mempunyai akibat berbeda*

Bagi pekerja kemanusiaan, profesi kesehatan dan pengusaha untuk anak yang sakit maupun yang pernah mengalami trauma akan mengalami trauma sekunder akibat menyaksikan dan mendengarkan penderitaan kliennya. Trauma yang mereka alami disebut *vicarious trauma*—seperti yang disebutkan di bagian awal buku ini. Demikian juga dengan tentara, pe-

ngendara mobil atau pesawat, polisi, sipir penjara, dan lain-lain. Belum lagi berbagai penyebab trauma seperti kecelakaan, perilaku kekerasan dalam hubungan interpersonal, bencana alam, kecelakaan dalam pekerjaan sehari-hari (misalnya: kompor meledak) tentu akan mempunyai makna dan akibat yang berbeda bagi mereka yang mengalami. Oleh karena itu, sebelum menangani keluhan klien mengenai traumanya, perlu dilakukan asesmen psikososial yang komprehensif agar terapis terbantu untuk memulai *treatment* dengan tepat.

(3) *Keterbatasan Terapis*

Siapa pun terapis yang menangani persoalan trauma—baik pada orang dewasa maupun (khususnya) anak-anak, mempunyai keterbatasan yang sangat serius. Reaksi terhadap trauma dapat muncul kapan saja, terutama jika ada faktor pemicunya (suara, orang, suasana, dan lain-lain.). Terapis tidak mampu untuk menjaga klien 24 jam sehari 7 hari seminggu. Oleh karena itu, seorang terapis perlu bekerja sama dengan berbagai pihak yang disukai atau disetujui oleh klien. Dalam kebanyakan kasus, kerja sama dengan orangtua (jika bukan kasus KDRT) atau pengasuh (jika anak adalah korban KDRT), saudara kandung, teman sebaya, guru, tokoh spiritual yang dikenal dan dipercaya anak, bahkan dengan relawan untuk kasus-kasus trauma lainnya merupakan protokol standar dalam membantu pemulihan. Merekalah yang akan menjadi teman, sumber kekuatan dan dukungan, sekaligus pengawas bagi klien.

Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa pihak-pihak ini memperoleh psikoedukasi yang tepat mengenai ge-

jala-gejala traumatis klien dan cara memberikan dukungan yang pantas. Keterlibatan orang-orang di sekitar klien juga dibutuhkan karena pemulihan dari trauma merupakan proses pasang-surut yang berjangka panjang.

7.2 Asesmen

Gejala-gejala pascatrauma adalah sebuah kondisi yang sangat kompleks—manifestasinya menyangkut kesadaran kognitif, kebiasaan berperilaku atau bereaksi pada stimulus tertentu, dan perasaan yang mendominasi pengalaman tertentu pula (lihat Boks: Eksperimen Bower, 1981). Kompleksitas ini juga menyadarkan kita bahwa setiap anak atau individu adalah unik dan efektivitas suatu strategi psikoterapi atau program terapeutik tertentu sangat tergantung dari ciri-ciri individu dan permasalahannya. Oleh karena itu, sebelum menjalankan terapi atau program-program apa pun, ada baiknya dilakukan evaluasi sosial-psikologis pada anak. Tindakan ini dilakukan untuk memahami kepribadian anak, trauma yang dialami, dampak dari trauma, sumber dukungan terdekat, sejarah pengalaman traumatisnya, dan lain-lain. Evaluasi juga akan membantu terapis untuk memahami berbagai risiko tambahan dan menemukan kekuatan dari diri klien.

Evaluasi psikologis bentuknya macam-macam, dari tes kertas dan pensil (*paper and pencil test*) sampai dengan wawancara terstruktur. Evaluasi psikologis semacam ini perlu dilakukan oleh orang yang berpengalaman. Hal ini perlu untuk sangat diperhatikan karena proses evaluasi yang dialami dapat menjadi sebuah proses yang sangat berat dan dapat menimbulkan trauma sekunder. Pastikan bahwa anak ditemani oleh orangtua atau pengasuh peng-

ganti yang mampu memberikan dukungan selama proses evaluasi. Jika selama evaluasi anak menunjukkan gejala-gejala gangguan perilaku, maka sebaiknya evaluasi dihentikan dan dipikirkan cara evaluasi yang lain.

Evaluasi psikologis juga diperlukan untuk menentukan mana anak yang memerlukan psikoterapi secara rutin dan mana yang tidak. Kebanyakan anak akan mampu mengatasi berbagai perasaan takut dan gejala-gejala lainnya jika ia terlibat dalam kehidupan rutin (belajar, bermain) bersama teman-teman dan adanya kehadiran orang dewasa yang memberikan perhatian dan kasih sayang. Meskipun demikian, akan ada anak yang akan membutuhkan perhatian khusus karena fungsi sosialnya sudah benar-benar terganggu oleh pengalaman traumatisnya. Mereka inilah yang membutuhkan psikoterapi dan berbagai tindakan khusus lainnya.

Dalam bagian LAMPIRAN disajikan daftar instrumen yang dapat digunakan untuk kanak-kanak yang mengalami trauma. Beberapa dapat diperoleh secara gratis maupun dengan harga tertentu.¹³

EXPERIMEN BOWER: Antara Pikiran dan Emosi Kita

Gordon H. Bower dari Universitas Stanford di Amerika Serikat, pada tahun 1994 menyampaikan hasil-hasil dari eksperimen yang dilakukan dan pemikirannya dalam sebuah seminar yang dispon-

¹³ Dikompilasi oleh Diana Porebski dan Susan A. Green (2010). It is a revision of the chart "Assessment of Impact on the Child" obtained from <http://fittcenter.umaryland.edu/portals/0/content/fittmodel/html/impactonchildren.html>

sori oleh *The Federation of Behavioral, Psychological, and Cognitive Sciences*. Hasil eksperimen memberikan pencerahan mengenai hubungan antara emosi dan pertimbangan sosial (*emotion and social judgement*) dan telah digunakan sebagai salah satu landasan teori penting untuk penanganan trauma dengan teknik *Cognitive-Behavioral Therapy* atau CBT. Hasil-hasil eksperimen itu dapat disimak sebagai berikut:

Mood-dependent retrieval: dalam eksperimen ini, Bower menunjukkan bahwa emosi seseorang dapat sangat dipengaruhi oleh peristiwa yang sedang berlangsung sehingga peristiwa yang dialami dan emosi tersebut tersimpan dalam memori secara bersamaan sekaligus. Subjek eksperimen dengan sengaja diminta untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau menyedihkan sambil mendengarkan musik yang menyenangkan (*happy*) atau menyedihkan (*sad*). Pada saat yang bersamaan mereka diminta untuk mengingat 16 kata (misalnya harus mengingat nama bunga). Satu kelompok subjek mendengarkan musik senang atau sedih secara konsisten selama dua hari berturut-turut, yaitu saat menghafal dan sehari kemudian saat dites. Sedangkan satu kelompok lagi, diperdengarkan musik senang ketika menghafal dan diperdengarkan musik sedih keesokan harinya saat dites. Hasilnya menunjukkan bahwa mereka yang mendengarkan musik secara konsisten selama dua hari mempunyai memori mengenai nama-nama bunga yang lebih baik daripada mereka yang mengalami perubahan perasaan karena pergantian musik.

Mood-congruent processing: eksperimen yang merangsang subjek untuk berperasaan senang (menemukan uang Rp100.000), marah (disalip mobil dengan kasar), atau sedih (kucingnya meninggal). Dalam tes terhadap hal-hal yang diperhatikan oleh sub-

jek, eksperimen ini menunjukkan bahwa dalam kondisi emosi tertentu, seseorang hanya sensitif terhadap informasi yang sesuai dengan kondisi emosinya. Artinya, dalam keadaan senang (*happy*) seseorang akan lebih sensitif dan lebih memperhatikan atau tanggap terhadap informasi atau pengalaman yang menyenangkan, menggembirakan, nyaman/enak dirasakan atau dipandang. Sebaliknya, dalam keadaan sedih, seseorang akan lebih sensitif atau cenderung menanggapi informasi yang tidak menyenangkan, sendu, kelam, dan menekan batin.

Hasil eksperimen Bower kemudian diterapkan dalam berbagai situasi yang subjeknya harus menilai diri sendiri, situasi, dan orang lain. Orang yang sedang sedih cenderung menilai dirinya dan orang lain secara negatif, demikian juga sebaliknya. Dalam hal ini pembaca kemudian dapat menarik implikasi dari eksperimen di atas terhadap reaksi traumatis dan strategi untuk dapat mengatasinya. Walau penjelasan *cognitive-behavioral* ini mempunyai beberapa kelemahan, tetapi argumen mereka sangat meyakinkan.

7.3 Modalitas *Treatment* Pemulihan Trauma

Cohen dan kawan-kawannya (2006) mengirimkan kuesioner kepada 207 profesi medis dan 460 nonprofesi medis yang menyatakan diri sebagai spesialis dalam melakukan terapi untuk membantu anak-anak yang mengalami trauma dan bertanya modalitas terapi apa yang paling sering mereka gunakan. Ada tiga pilihan utama dalam modalitas terapi yang dipilih oleh profesi medis, yaitu: *Pharmacotherapy*, Psikodinamika, dan *Cognitive Behavioral Therapy*. Sedangkan profesi nonmedis memilih modalitas: CBT, *Family Therapy*, dan *Non-Directive Therapy*.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) dikembangkan menggunakan prinsip-prinsip *behavioral therapy* yang banyak dipakai untuk memodifikasi perilaku, proses *re-learning*, yang menggabungkan antara strategi kognitif, emotif, dan *behavioral* karena ketiga aspek ini ada dalam kebanyakan gejala psikopatologis. Salah satu terapi yang digunakan untuk mengatasi efek dari kejadian traumatis adalah *Traumagenic Resolution Therapy* (TRT), yaitu teknik-teknik untuk mengatasi dampak negatif dari menyalahkan diri sendiri (*self-blame*) dan menyalahkan orang lain pada anak penyintas kekerasan seksual dengan melatih anak-anak untuk melakukan *reframing* atribusi terhadap peristiwa traumatis yang dialaminya (Celano, 2002; Sarno, 2014). Jika atribusinya secara negatif menyalahkan dirinya yang tidak berdaya sebagai penyebab peristiwa traumatis itu, maka akan muncul perasaan negatif, depresi, dan kecenderungan perilaku yang negatif terhadap diri sendiri. Jika ia dapat menerima bahwa peristiwa itu terjadi karena ia tidak dapat mengendalikan atau mengontrolnya, tetapi ia merasa dapat meyakinkan dirinya bahwa ia akan mampu dan bertanggung jawab terhadap solusinya, maka ia akan terbantu dalam me-reorganisasi citra dirinya (Celano, 2002). Sama halnya jika klien juga menunjukkan atribusi kesalahan pada *perpetrator*, yang dalam hal ini dapat digeneralisasikan pada semua orang dewasa atau semua laki-laki dewasa dalam keluarga atau dalam komunitas. Atribusi ini sering diikuti dengan rasa marah. Oleh karena itu, terapis perlu memahami dinamika atribusi ini dan membantu penyintas untuk mengatasi dampak negatifnya dan meregulasi emosinya.

TRT dirancang untuk membantu terapis melaksanakan *attribution retraining*, yaitu berupa diskusi verbal atau tertulis mengenai pikiran atau perasaan yang dilaksanakan seperti dalam CBT,

yaitu mempertanyakan dan menguji perasaan dan pikiran negatif melalui cerita dalam *vignette*, *games*, karya seni ekspresif, dan lain-lain (Celano, 2002). Selain kerangka teoretis CBT, TRT juga memperoleh asupan kerangka teoretis perkembangan manusia yang memberikan perspektif reviktimisasi dan perubahan pemakaian dari akibat-akibat peristiwa traumatis tersebut. Sarno (2014) menyatakan bahwa TRT merupakan menu awal sebelum dilakukan CBT bagi orang dewasa yang membawa beban traumagenik dari masa kanak-kanak karena dampak dari traumagenik telah tertanam lama dan membentuk pola berpikir dan bertindak laku tertentu.

Selain itu, TRT juga memperoleh asupan dari perspektif Teori Sistem yang digunakan untuk merestruktur lingkungan kehidupan klien, contohnya *Trauma Systems Therapy* (TST). TST dilakukan untuk membantu klien yang tidak berdaya menjadi berfungsi lebih baik dalam lingkungan yang stabil dan mendukung. Dalam lingkungan seperti ini, regulasi emosi klien dapat dibantu untuk lebih stabil dan konstruktif (Ellis, Fogler, Hansen, Forbes, Navalta, & Saxe, 2011).

Pada anak-anak, *play therapy* dan *art therapy* adalah cara yang paling banyak dilakukan sebagai bagian dari modalitas utama terapi untuk memahami trauma anak dan memberikan media untuk berekspresi dalam mengurangi tekanan emosional yang dialami. Bermain peran, menggambar, bermain dengan boneka atau benda-benda figural, dapat dijadikan cara untuk membantu anak memahami peristiwa traumatisnya, memperoleh cara/strategi untuk menyesuaikan diri, dan memberi kesempatan pada terapis untuk melakukan *re-exposure*, yaitu membahas peristiwa traumatisnya dalam situasi yang lebih mendukung.

Para ahli juga menyarankan perlunya **psikoedukasi** pada anak dan juga keluarganya. Psikoedukasi dimaksudkan untuk memberikan pendidikan mengenai gejala-gejala yang ditunjukkan anak dan cara-cara untuk mengatasinya, terutama untuk membantu anak mengatasi kecemasannya (manajemen rasa cemas). Psikoedukasi untuk anggota keluarga, terutama orangtua dan pengasuh (termasuk guru) penting karena mereka yang setiap saat berada di dekat anak. Pengetahuan mereka mengenai reaksi psikotrauma-tis dan gejala-gejala perilakunya akan membantu mereka untuk berfungsi efektif dalam menghadapi anak yang sedang bermasalah tanpa memperparah kondisi anak tersebut dan untuk segera memperoleh bantuan yang sesuai.

Jika gejala-gejala yang ditunjukkan disertai juga dengan disorientasi tempat dan waktu, emosi negatif yang kuat, dan perilaku yang dapat merusak diri sendiri, maka diperlukan medikasi atau psikofarmakologi. Tindakan ini memerlukan keahlian dan keterampilan khusus. Untuk itu, sangat disarankan untuk berkonsultasi dengan seorang psikiater atau dokter yang berpengalaman.

Pengalaman di Filipina, Kamboja, Nepal, dan India juga menunjukkan bahwa anak-anak yang mengalami trauma karena kekerasan politik, lebih baik dirawat dalam komunitasnya dan bukan dalam institusi seperti panti atau rumah sakit. Jika pengalaman traumatis dialami oleh sebagian besar masyarakat, maka dalam masyarakat itu pula akan ditemukan sumber-sumber dukungan. Masyarakat yang dapat mengatasi peristiwa traumatis (perang, bencana alam, dan lain-lain) bersama-sama mampu mengembangkan resiliensi yang bermanfaat bagi anak. Pelibatan masyarakat melalui psikoedukasi untuk merawat anak-anak yang mengalami gangguan stres pascatrauma disebut intervensi psiko-

sosial. Intervensi seperti ini telah diakui oleh banyak pihak yang berkepentingan (Foa dkk., 1999).

Intervensi Psikososial. Istilah psikososial digunakan untuk mencerminkan perkembangan intervensi psikologi yang mengakui pentingnya aspek-aspek sosial dalam pengalaman manusia sekaligus menjauhi istilah kesehatan mental (*mental health*) yang dapat menstigmatisasi (Laughry & Eyber, 2003). Istilah ini menunjukkan bahwa dalam menangani anak-anak yang mengalami trauma, tidak hanya terdapat berbagai persoalan mental-psikologis (afektif dan kognitif), tetapi juga persoalan sosial—yaitu membangun dan mengembangkan hubungan-hubungan interpersonal dan sosial sebagai bagian dari proses pemulihan. Penanganan trauma pada kanak-kanak selain harus melibatkan anak dalam psikoterapi untuk mengatasi dampak psikologis dan perilaku, juga harus dapat mengembangkan ritme hidup seperti biasa sekaligus dengan lingkungan sosialnya seperti sekolah, tempat bermain, sebuah keluarga atau penggantinya, dan sebuah komunitas. Bagi orang dewasa, pekerjaan, kelompok dukungan, ruang berkumpul tempat mereka dapat bertemu dengan orang lain dalam situasi normal (seperti pasar) adalah aspek-aspek yang perlu dipikirkan dan harus dirancang secara sengaja dalam melakukan intervensi psikososial.

Rujukan klinis untuk berbagai masalah psikologis yang berhubungan dengan aspek psikososial mulai menjadi perhatian dalam DSM-5. Aspek-aspek psikososial dan lingkungan menurut DSM-5 merupakan aspek relasional yang paling bermakna pada seorang individu yang dapat menyebabkan munculnya gangguan emosional dan mental. Suatu masalah psikososial atau lingkungan berarti suatu peristiwa dalam hidup klien, suatu kesulitan atau adanya defisiensi pada lingkungan (misalnya kemiskinan), suatu tekanan

yang berasal dari dinamika hubungan keluarga atau antaranggota keluarga, tidak layak nya dukungan sosial atau personal, atau berbagai kesulitan lain yang muncul karena klien hidup dalam lingkungan tertentu (misalnya stigma dan diskriminasi).

Apa hubungannya dengan trauma dan khususnya trauma pada kanak-kanak? Trauma pada masa kanak-kanak yang berhubungan dengan peristiwa KDRT memang berawal dari persoalan relational. Kekerasan fisik, seksual, sosial, emosional dalam keluarga mencerminkan hubungan yang buruk anak (klien) dan orangtua atau pengasuhnya yang dipicu oleh masalah perkawinan, penolakan kehamilan, kemiskinan, adiksi orangtua, kesehatan mental orangtua, dan lain-lain (Gabarino & Collins, 1999; Gabarino, Guttman, & Seeley, 1986; Brown, 2006; Ferguson dkk., 1999). Masalah anak juga dapat meluas atau merambat ke berbagai lingkungan penting lainnya seperti pertemanan, sekolah, dan komunitas. Jika salah satu konteks kekerasan adalah kemiskinan maka anak dapat terlempar keluar dari rumah, baik karena memang disingkirkan dari keluarga maupun keputusan anak untuk keluar dari rumah (Robert, Irwanto, & Stark, 2011; Irwanto & Kusumaningrum, 2014; Irwanto & Thomas, 2019)

Intervensi psikososial artinya suatu tindakan yang dipilih oleh terapis, pekerja sosial, maupun pihak-pihak yang membantu pemulihan klien melalui berbagai strategi untuk merestruktur keluarga/lingkungan hidup anak, menemukan sumber-sumber dukungan dan kekuatan dari lingkungan alternatif yang telah ada atau yang harus diciptakan, melatih berbagai mekanisme dan keterampilan *coping* anak untuk lingkungan yang baru—di antaranya termasuk: mengolah emosi, berlatih mengekspresikan diri dengan cara-cara yang berbeda, membangun rasa percaya pada orang

lain, membangun citra diri yang positif melalui berbagai *rewards* yang berasal dari lingkungan proksimalnya, dan lain-lain.

7.4 Kondisi *Comorbid* yang Memperparah Gejala Pascatrauma

Berbagai gejala yang telah ada sebelum mengalami peristiwa traumatis (*comorbid conditions*) serta berbagai pengalaman traumatis sebelumnya dapat memperparah gejala-gejala yang timbul setelah pengalaman traumatis yang terkini. Jika individu tersebut pernah mempunyai sejarah penderaan (*abuse*), penyalahgunaan narkoba, fobia, dan beberapa penyakit seperti asma, epilepsi, pelukaan hebat pada bagian kepala (Ronan, 1996; Flory, 2015; Myer *et al.*, 2018)—maka reaksi terhadap pengalaman traumatisnya dapat lebih buruk. Selain itu, diamati bahwa hilangnya hubungan protektif, khususnya orangtua, akan membuat situasi anak menjadi semakin sulit. Faktor lainnya adalah sikap masyarakat. Jika mereka tidak dapat memberikan dukungan, bahkan malah menstigmatisas pengalaman anak (khususnya kekerasan seksual) maka anak menanggung beban emosional psikologis tambahan yang akan memperburuk situasinya. Asesmen sebelum *treatment* perlu menangkap unsur-unsur *co-morbid* ini sehingga perlakuan yang dirancang untuk pemulihan menjadi lebih sesuai dengan kondisi klien.

7.5 Peranan Orangtua

Seperti telah dijelaskan berulang kali dalam kajian literatur ini, orangtua memegang peranan yang sangat penting dalam upaya

anak mengatasi trauma psikologisnya. Ada lima kata kunci yang dapat dijadikan pegangan bagi kita, yaitu:

Amati. Mengetahui dan mencoba memahami perubahan-perubahan yang terjadi dalam di perilaku anak.

Mendengarkan. Dengarkan kisah dan keluh kesah anak mengenai pengalaman traumatisnya. Perhatikan cara anak berpikir mengenai peristiwa tersebut dan pandangannya mengenai diri sendiri (menyalahkan, menyerah, tidak dapat berbuat apa-apa, dan lain-lain). Kesalahpahaman mengenai peristiwa traumatis tersebut (misalnya: "Itu kutukan Tuhan", "gara-gara aku nakal") perlu dibantu untuk dikoreksi. Jika perlu bertanya, lakukanlah dengan cara yang menunjukkan perhatian dan kasih sayang. Jika anak menunjukkan gejala-gejala seperti tertekan, hentikanlah pertanyaan tersebut. Jika Anda juga mengalami peristiwa tersebut, sadari reaksi emosional Anda sendiri. Cari bantuan orang lain jika perlu.

Membicarakan. Mengajak anak untuk berbicara (*re-exposure*) mengenai pengalaman traumatisnya dalam suasana yang mendukung dan terpantau. Upaya ini sering disebut desensitisasi. Ikuti alur pembicaraan anak, jangan memaksakan kehendak sendiri. Jangan menghindari topik yang sedang dibicarakan anak. Seperti halnya dengan mendengarkan, Anda harus sadar dengan reaksi emosional Anda sendiri dan jika perlu meminta bantuan orang lain.

Mendukung. Membantu anak untuk lebih memperhatikan kekuatan dalam dirinya dan dukungan dalam lingkungannya. Bantulah ia dengan berbagai aktivitas yang akan mengurangi tekanan emosi. Ajaklah anak untuk berpikir mengenai strategi terbaik

guna mempertahankan atau menimbulkan semangat yang positif.

Perhatikan diri sendiri. Bagi orangtua/pendamping yang juga terlibat dalam trauma atau yang mungkin mengalami kelelahan batin dan fisik karena memberikan bantuan, harus mawas diri terhadap kondisi mental fisiknya sendiri.

Tugas orangtua menjadi sangat berat ketika pengalaman anak memperoleh stigmatisasi dari lingkungan. Mengalami kekerasan seksual, misalnya, membuat anak dan keluarganya menghadapi stresor ganda. Masyarakat, walau kasihan atau bersimpati dengan korban, tetapi juga akan memberikan cap negatif pada anak sebagai "sudah ternoda". Untuk melindungi anak, orangtua sering harus *overprotective* atau melakukan relokasi ke lingkungan baru demi menghindari stigmatisasi seperti itu.

7.6 Peranan Sahabat dan Relawan

Bantuan psikososial dari siapa pun, khususnya orangtua, teman (sahabat) atau orang-orang yang mengenal dan dipercaya anak adalah pilar penting dalam membangun resiliensi. Oleh karena itu, *helping* atau *enabling environment* seperti ini menjadi bagian penting intervensi.

Membantu anak atau individu yang pernah mengalami pengalaman traumatis bukan proses yang mudah. Membaca dokumen atau buku kecil ini saja tidak cukup. Jika pendampingan merupakan suatu pekerjaan yang Anda minati, maka Anda harus memperoleh pendidikan dan pelatihan yang memadai. Trauma dan reaksi traumatis bukan masalah sembarangan yang dapat diatasi oleh setiap orang. Kecuali jika Anda adalah seseorang yang mem-

punya kualitas pribadi yang luar biasa dan hanya dengan karisma serta keberadaan Anda maka orang yang terluka batin akan merasa sangat nyaman, aman, dan terbantu. Orang-orang seperti itu sangat jarang ditemukan. Jadilah relawan dan belajarlah dengan sungguh-sungguh untuk memahami perilaku manusia dan trauma, lalu Anda dapat bekerja sama dengan orang lain (rekan-rekan) untuk membantu mereka yang menjadi korban.

Dalam kapasitas apa pun Anda ingin membantu klien yang mengalami trauma, ada beberapa *rule of thumbs* yang perlu dipelajari. Berikut ini beberapa catatan yang dapat digunakan untuk mengambil keputusan akan memberikan bantuan atau tidak pada anak atau individu yang mengalami trauma.

Pengalaman traumatis Anda sendiri. Hampir dapat dipastikan bahwa setiap orang pernah mempunyai beberapa pengalaman negatif yang masih berdampak pada hidupnya saat ini. Pengalaman ini tentu disertai dengan persepsi, perasaan, dan perilaku tertentu yang membantu Anda mengatasi dampak dari peristiwa tersebut. Sisa-sisa dampak pengalaman negatif dalam diri Anda ini perlu disadari dan diawasi pengaruhnya terhadap persepsi Anda saat ini.

Jika Anda membantu orang lain dan membawa pengalaman traumatis Anda sebagai ukuran, maka Anda akan mengalami masalah. Persepsi, perasaan, dan cara orang menyesuaikan diri dengan tantangan hidup berbeda-beda. Oleh karena itu, dalam mendengarkan dan berupaya untuk memahami pengalaman orang yang dibantu, Anda akan memperoleh kesan yang salah dan mungkin "memaksakan" perasaan dan pikiran Anda, karena Anda merasa mampu untuk mengatasinya. Jika hal ini terjadi, Anda akan dianggap meremehkan pengalaman teman Anda atau dianggap ti-

dak bersungguh-sungguh ingin membantu. Tugas Anda adalah membantu teman Anda memperoleh cara mengatasi masalahnya sendiri, bukan memaksakan persepsi dan pikiran Anda. Ini akan membuat hubungan dengan klien terganggu karena mereka merasa tidak dipahami.

(1) Waktu dan Hati untuk Mendengarkan

Banyak orang yang mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan kesah seseorang, tetapi tidak mempunyai hati untuk berempati terhadap kisah yang didengarkan. Demikian juga, banyak yang terpanggil untuk membantu orang lain, tetapi ternyata tidak mempunyai waktu untuk menyelesaikan apa yang dimulainya. Hati dan waktu itu sama pentingnya. Pertama, anak atau bahkan orang dewasa yang mengalami trauma tertentu tidak mudah percaya untuk bercerita kepada orang lain. Kekerasan seksual, *incest*, pikiran atau niat untuk bunuh diri bukan topik cerita yang akan dibagikan pada orang lain karena perasaan malu, ketakutan, dan lain-lain. Oleh karena itu, klien atau teman Anda akan cenderung pelit informasi dan sangat berhati-hati. Jika Anda tidak punya cukup waktu, maka Anda akan dianggap pura-pura ingin membantu, tetapi kesibukan Anda yang lain lebih penting.

Demikian juga, isi cerita tentang pengalaman traumatis bukan cerita biasa, tetapi sesuatu yang di luar kebiasaan manusia sehingga perlu hati dan telinga untuk mendengarkannya. Karena sifatnya yang luar biasa, tidak semua orang mampu mendengarkan dengan baik tanpa terseret emosi dan pikiran normalnya. Cerita mengenai kekerasan seksual (pemeriksaan), perdagangan manusia, penyiksaan, kekerasan dan pembunuhan, kematian karena ke-

celakaan, pertengkaran orangtua, bukan cerita nina-bobo. Kalau hati Anda tidak siap, Anda akan sulit mendengarkan cerita-cerita tersebut dengan baik. Jika Anda mempunyai waktu, Anda juga berisiko mengalami trauma sekunder (*vicarious*). Oleh karena itu, ukur kemampuan dan kesediaan Anda dengan baik. Jika Anda merasa mengalami dampak trauma, Anda juga siap menjadi klien di kemudian hari. Artinya Anda akan membutuhkan “program *care for the caregiver*” atau program bantuan untuk petugas yang mengalami *vicarious trauma*. Program bantuan ini penting untuk anda jalani sehingga Anda dapat menjalankan tugas dengan efektif kembali.

(2) Pendengar Aktif

Mendengarkan klien adalah sebuah seni tersendiri. Di satu sisi, mendengarkan adalah salah satu bentuk atensi. Oleh karena itu, Anda perlu aktif bertanya atau meminta lanjutan ceritanya dengan pernyataan-pernyataan kecil seperti “*Lalu...?*”, “*Maksud kamu...?*”, “*Oh.. begitu?*” dan lain-lain. Sesekali cek perasaan dan pikirkan klien Anda, seperti “*kamunya bagaimana dong..?*”, “*Ketika itu, apa yang kamu pikirkan...?*”, “*Ketika (parafrase...) perasaan kamu bagaimana?*” Menjadi pendengaran aktif tidak berarti harus memaksakan pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab. Mendengar aktif adalah sebuah indikator bahwa Anda “*in the moment*” bersamanya. Inilah esensi menemani dan membantu teman yang mengalami trauma—berada dalam momen yang sama, secara psikologis Anda peduli dengan perasaan atau pikiran ketika peristiwa tersebut terjadi.

(3) Pengelolaan Waktu

Mengelola waktu untuk bertemu dan membantu klien sering kali menjadi dilematis. Memberitahu sejak awal bahwa Anda berkunjung dalam waktu tertentu tidak selalu membantu. Jika Anda tahu hanya mempunyai waktu kurang dari 30 menit, lebih baik terus terang bahwa Anda harus pergi ke suatu tempat tertentu. Anda dapat mengatakan bahwa *"Aku cuma mampir sebentar, siapa tahu ada yang dapat dapat aku bantu. Dari sini sini aku akan mampir di ---- dan di ---- lalu ke kantor. Hari Sabtu lusa aku akan mampir lebih lama...."* Jika Anda ingin menjadi pendengar yang baik, maka harus mempunyai waktu yang cukup (katakan—satu jam atau lebih). Sepuluh menit sebelum Anda harus pergi, ingatkan pada klien bahwa dalam waktu 10 menit lagi Anda akan pergi. Jika ada sesuatu yang *urgent* untuk diutarakan, perlu dinyatakan sekarang atau sebaiknya ditunda nanti.

7.7 Mindfulness

Selama beberapa tahun belakangan, muncul ketertarikan yang cukup besar terhadap pendekatan *mindfulness*. *Mindfulness* dipercaya merupakan salah satu pendekatan yang dapat mengurangi kerapuhan kognitif dan emosional terhadap stresor yang terjadi dalam hidup (Bishop, Lau, Shaphiro, Carlson, Anderson, *et al.*, 2004). Setidaknya dalam 20 tahun terakhir, *mindfulness* telah mulai dipertimbangkan sebagai salah satu fokus bagi komunitas psikologi. *Mindfulness* didefinisikan sebagai sebuah proses untuk membawa kembali kualitas perhatian menjadi sebuah pengalaman *moment-by-moment* (Kabat-Zinn, 1990). Tidak hanya itu, perusahaan-per-

usaha besar seperti Google, Apple, General Electric, Nike, dan IKEA bahkan telah mengimplementasikan *mindfulness* sebagai salah satu poin penting dalam pelatihan bisnis yang mereka lakukan (Goleman, 2017).

Mindfulness sebenarnya adalah sebuah praktik dari aliran Buddha kuno yang sangat erat kaitannya dalam hidup manusia dari hari ke hari. Ketika individu mempraktikkan *mindfulness*, hal ini tidaklah berarti ia menjadi seorang pengikut aliran Buddha. *Mindfulness* sangat erat kaitannya dengan kesadaran penuh dan keinginan untuk hidup dalam harmoni baik dengan diri sendiri dan juga lingkungan sekitar. *Mindfulness* adalah praktik yang individunya biasanya melakukan refleksi mengenai siapa dirinya dengan mempertanyakan caranya memandang dunia dan tempat hidupnya saat ini. Individu juga perlu memberi apresiasi dengan utuh pada setiap momen kehidupan yang dijalani saat ini (Kabat-Zinn, 2001).

Mindfulness bisa dilakukan dengan berbagai cara, tetapi yang perlu diingat bahwa melakukan *mindfulness* berarti *being here and now at the moment* (Linehan, 2015). Latihan *mindfulness* dipercaya bisa membantu untuk mengatasi gangguan-gangguan psikologis yang dialami oleh individu. Sebuah penelitian dilakukan untuk menguji efektivitas dari *mindful breathing* terhadap 36 mahasiswa yang mengalami kecemasan di tingkat kuliah. Mahasiswa ini dibagi menjadi tiga kelompok. Kelompok pertama diberi latihan *mindful breathing*, kelompok kedua diberi pelatihan pendekatan kognitif, dan kelompok ketiga adalah kelompok kontrol yang tidak diberikan pelatihan apa pun. Ketiga kelompok ini diberi waktu selama enam hari setelah masing-masing pelatihan awal diberikan. Kemudian mereka diminta untuk menulis pengalam-

an pada sebuah lembar kerja yang disediakan lalu dikumpulkan melalui foto kepada peneliti. Mereka juga melakukan pengisian *pre* dan *post test*. Hasil penelitian membuktikan bahwa baik kelompok *mindful breathing* dan juga kelompok pendekatan kognitif berhasil menurunkan kecemasan mereka. Namun demikian, hasil yang lebih signifikan didapatkan oleh kelompok yang berlatih *mindful breathing*. Penelitian ini membuktikan bahwa latihan *mindfulness* menurunkan kecemasan (Cho, Ryu, Noh dan Lee, 2016).

Seperti telah dipaparkan pada bagian sebelumnya, gejala-gejala PTSD ataupun gejala trauma secara umum biasanya ditandai dengan munculnya kecemasan pada diri individu yang bersangkutan. Entah itu kecemasan mengenai penilaian diri mereka sendiri, entah itu kecemasan mengenai penilaian orang lain, bahkan kecemasan jika peristiwa traumatis akan kembali terulang. Dengan alasan demikian, dapat dikatakan bahwa melakukan latihan *mindfulness* akan dapat membantu individu untuk menurunkan kecemasan yang dialami serta memiliki hidup yang lebih bermakna (Linehan, 2015).

Linehan (2015) menjelaskan dengan sederhana arti dari *mindfulness*. Ia menyatakan bahwa *mindfulness* adalah (1) dengan kesengajaan mengambil waktu untuk menyadari kehidupan yang sedang dijalani saat ini (*present moment*); (2) Kesadaran pikiran ini dilakukan tanpa adanya pemberian makna/penilaian dan penolakan terhadap momen tersebut; (3) Kesadaran dilakukan tanpa adanya *attachment* (kelekatan) pada momen itu. Lawan kata dari *mindfulness* adalah otomatis, sudah terbiasa, aktivitas rutin, dan sebagainya. Termasuk juga ketika individu melakukan penolakan, penghindaran dan *blocking* terhadap momen saat ini. Singkat kata, *mindfulness* adalah praktik yang dilakukan untuk masuk ke

dalam momen saat ini tanpa adanya perasaan dendam dan sebagainya. Masuk ke dalam momen dan berfungsi dari titik tersebut. *Mindfulness* bukanlah tujuan yang akan dihipi, tetapi *mindfulness* adalah tempat sekarang individu berada

Mindfulness sering diartikan sama dengan meditasi. Sebenarnya dua hal ini adalah berbeda. Walaupun meditasi membutuhkan *mindfulness*, hal ini tidak berlaku sebaliknya. *Mindfulness* tidak selalu membutuhkan meditasi. Hal ini sangat perlu untuk dipahami oleh para pembaca.

(1) Beberapa tujuan dari latihan *mindfulness*

Ketika seseorang melakukan latihan *mindfulness*, beberapa manfaat yang akan didapat adalah mengurangi rasa sakit, mengurangi tensi emosi dan juga mengurangi stres. Manfaat lainnya adalah untuk meningkatkan kegembiraan dan kebahagiaan. Dengan demikian, diharapkan akan ada kesehatan fisik yang lebih baik, dan juga relasi dengan sesama yang semakin berkualitas

(2) Cara melakukan latihan *mindfulness*

Seperti yang telah dipaparkan di atas, latihan *mindfulness* bisa dilakukan dengan berbagai cara. Pada bagian ini, akan kami jelaskan beberapa cara sederhana yang dapat dicoba ketika ingin mempraktikkan *mindfulness*.

- Kontemplatif atau Doa “*Centering*”

Hal ini biasanya dilakukan oleh mereka yang beragama Kristen/Katolik. Caranya adalah dengan memilih satu kata dari Alkitab lalu memustkan perhatian pada kata tersebut,

tetapi penekanannya adalah pada sakralitas dari kata, ketenangan dalam diri, dan relasi dengan Tuhan

- Gerakan *Mindfulness*

Adalah melakukan suatu gerakan tertentu dengan memberi perhatian penuh terhadap gerakannya. Misalnya tari-an, ilmu bela diri, berjalan di alam terbuka sambil berfokus pada alam itu sendiri, dan sebagainya.

- *Mindfulness* dengan Kelima Pancaindra

Latihan ini memerlukan observasi dengan menggunakan kelima pancaindra yang kita miliki. Latihan ini sangat sederhana dan bisa dilakukan dengan mudah. Bisa dilakukan kapan pun dan di mana pun.

- a. Indra Pengelihatan (Mata).

Individu bisa melakukannya dengan cara melihat pada lukisan atau objek yang ada di sekitarnya. Hal ini bisa dilakukan selama perjalanan menuju tempat kerja. Mulailah membuka mata dan memperhatikan segala hal yang ada di lingkungan sekitar, dan seterusnya.

- b. Indra Peraba (Kulit)

Ambil sebuah benda dengan tekstur/permukaan yang berbeda. Setelah itu, tutuplah mata dan mulailah “memeriksa” benda tersebut dengan menggunakan kulit Anda. Bisa dengan jari jemari ataupun membawa benda tersebut ke permukaan kulit yang lain sambil mencoba untuk terus merasakan tekstut dari benda tersebut. Bisa juga dengan berjalan tanpa alas kaki di atas rumput, karpet, jalan berbatu, dan sebagainya.

c. Indra Penciuman (Hidung)

Ambil beberapa benda yang mengeluarkan bau-bauan tertentu misalnya rempah-rempah, daun herbal, parfum, sabun, lilin, minyak terapi, dan sebagainya. Lalu tutup mata Anda dan mulailah mencium wangian dari benda tersebut menggunakan hidung Anda.

d. Indra Perasa (Lidah)

Ambil beberapa benda yang bisa dimakan, tetapi memiliki ukuran yang kecil. Anda bisa mencoba untuk membawa benda yang rasanya sama sekali berbeda ataupun mirip. Lalu tutup mata Anda dan mulailah menggigit makanan tersebut. Fokuslah pada rasa yang ada di lidah Anda. Namun demikian, Anda tidak perlu melakukan analisis terhadap rasa-rasa yang mungkin muncul. Belajar untuk menerima saja tanpa memberikan penilaian apa pun.

e. Indra Pendengaran (Telinga)

Anda bisa mulai dengan menutup mata dan mulai mendengarkan dengan saksama semua suara yang bisa Anda dengar. Bisa dilakukan juga saat perjalanan menuju tempat kerja, dan sebagainya. Perhatikan dengan baik segala jenis suara yang bisa didengar. Lakukan tanpa memberi penilaian apa pun. Berusaha untuk menerima saja semua suara yang didengar.

VIII.

RESILIENSI DAN POSTTRAUMATIC GROWTH

8.1 Memahami Resiliensi

Tidak banyak diketahui mengapa kebanyakan anak yang mengalami peristiwa traumatis yang hebat dapat mengatasi akibat-akibatnya tanpa gangguan psikologis yang berarti. Anak-anak seperti ini sering disebut sebagai anak yang resilien (Masten *et al.*, 1990; Masten, 2001; Garbarino, 1992) atau *positive deviant* (Marsh *et al.*, 2004; Pascale and Sternin, 2010). Dalam literatur trauma psikologis, istilah resiliensi lebih banyak digunakan. Memang bukti-bukti empiris tidak mudah dapat ditemukan dari kasus-kasus kekerasan yang menahun seperti kekerasan dalam rumah tangga, khususnya kekerasan seksual (*incest*), kebencanaan jangka panjang (seperti konflik bersenjata), dan lain-lain karena banyak penelitian dalam konteks tersebut lebih memperhatikan dampak negatif

dari peristiwa traumatis dibanding potensi anak atau individu untuk pulih dan mengatasi dampak negatif tersebut (Calhoun & Tadeschi, 1998; Lev-Wiesel, 2008; Mohammadinia, *et al.*, 2018).

Resiliensi secara teoretis mengalami perkembangan yang menarik. Para psikolog memperkirakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan (abilitas) yang ada dalam kepribadian seseorang (Grotberg, 1995; Luthar & Zelazo, 2003) termasuk inteligensi anak (IQ verbal yang tinggi) dan temperamen anak (Fergusson & Horwood, 2003; Silva & Kessler, 2004). Dari berbagai penelitian di bidang psikologi perkembangan dan kesehatan masyarakat, definisi resiliensi menjadi lebih luas (variabel-variabel yang berpengaruh), tetapi sekaligus menjadi lebih spesifik (hasilnya). Dalam definisinya mereka mendapat beberapa konsensus. Pertama, resiliensi adalah *outcomes* (hasil) yang tentunya berhubungan dengan potensi atau sumber daya tertentu. Contohnya: Werner (1995) menyatakan resiliensi adalah:

“good developmental outcomes despite high risk status; sustained competence under stress; and recovery from trauma.

Fonagy *et al.*, (1994) juga menggambarkan resiliensi sebagai: *normal development under difficult conditions*. Luthar, Cicchetti, & Becker (2000) menyatakan bahwa resiliensi merujuk pada:

“a dynamic process encompassing positive adaptation within the context of significant adversity.

Sedangkan Masten, *et al.*, (1990) mendefinisikan resiliensi sebagai:

“the process of, capacity for, or outcome of successful adaptation despite challenging or threatening circumstances”.

Bedanya, Masten mengakui resiliensi sebagai hasil yang terjadi karena adanya kapasitas dan proses tertentu (NCH, 2007; Van Wesel, Boeijs, Alisic, & Drost, 2011; Flemming & Ledogar, 2008).

Kedua, persoalan resiliensi berhubungan dengan tiga aspek penting dalam perkembangan manusia, yaitu **risiko, kerentanan, dan faktor-faktor protektif** (NCH, 2007; Flemming & Ledogar, 2008). Risiko adalah faktor-faktor yang mengancam kesejahteraan fisik, psikologis bahkan jiwa anak. Risiko merupakan faktor penting karena tidak akan terjadi resiliensi jika dalam perkembangan anak tidak ada risiko. Risiko ini bermacam-macam, terutama dari orangtua/lingkungan keluarga (perkawinan tidak harmonis, orangtua yang mengalami adiksi narkoba, orangtua yang mengalami gangguan jiwa, dan lain-lain), komunitas (tradisi yang mengorbankan anak sebagai buruh, objek eksploitasi seksual, praktik perbudakan, solusi ekonomi keluarga, dan lain-lain), bahkan kebijakan pemerintah (mendukung perkawinan usia anak, penghukuman lewat proses peradilan pada usia di bawah 17 tahun, kekerasan yang didukung peraturan pemerintah/daerah atas dasar syariah, kepatutan/kesusilaan).

Kerentanan adalah bagian dari ciri-ciri anak yang menyebabkan ia lebih terbuka untuk memperoleh suatu dampak yang mengancam atau potensi risiko. Anak yang dianggap rentan adalah anak yang dalam dirinya sendiri atau dalam kaitannya dengan orangtua atau pengasuhnya terbuka kesempatan untuk memperoleh dampak buruk dari risiko yang ada. Misalnya, anak yang secara fisik le-

mah, mengalami disabilitas, mungkin karena lahir prematur atau karena mengalami kondisi penyakit tertentu akan sangat berisiko memperoleh perlakuan salah karena rewel, menyusahkan, atau tidak dapat diharapkan oleh keluarga.

Demikian juga anak dengan disabilitas intelektual yang akan dianggap sebagai anak bodoh dan memperoleh perundungan dari anggota keluarga lain atau temannya. Anak perempuan juga mempunyai risiko spesifik terhadap kekerasan seksual, terutama jika di sekitarnya ada calon pelaku yang sedang mencari kesempatan. Anak tidak mampu mengantisipasi dan mengatasi risiko-risiko tertentu jika risikonya justru ada pada orangtua dan praktik pengasuhannya.

Faktor-faktor protektif adalah berbagai faktor dalam diri anak atau lingkungan hidupnya yang mampu melindungi atau meredakan dampak dari risiko yang ada. Anak yang mempunyai ciri-ciri fisik menarik, kelihatan cerdas, ceria, lucu akan menarik perhatian orang di sekitarnya untuk memberikan perhatian khusus, kasih sayang, dan dukungan. Anak yang cerdas mungkin dapat mengantisipasi beberapa jenis risiko, terutama jika orangtua telah mengajarkan berhati-hati terhadap orang tidak dikenal. Demikian ciri kepribadian tertentu yang dibawanya sejak bayi (genetik) memberikan kecenderungan untuk menjadi anak dengan *hardiness* atau optimisme tinggi, kemampuan untuk refleksi dan mengelola lingkungan yang berisiko dengan strategi adaptasi tertentu yang memperkecil tantangan yang dihadapi.

Kajian pustaka mengenai dampak peperangan, kamp konsentrasi pada anak dalam Perang Dunia II maupun konflik bersenjata modern telah menunjukkan bahwa anak-anak yang masih mempunyai hubungan kekeluargaan, khususnya dengan figure

ibu, ternyata mampu mengatasi pengalaman traumatisnya dan tidak menunjukkan kesulitan untuk kembali ke dalam kehidupan kanak-kanaknya tanpa gangguan psikologis yang berarti. Status sosial ekonomi yang lebih tinggi (kesejahteraan ekonomi yang lebih baik), tidak ada kecacatan organik, serta gender¹⁴ juga diamati mempunyai pengaruh protektif pada anak. Di komunitas juga ada adat-istiadat yang melindungi anak oleh seluruh komunitas (bukan sekadar orangtua) baik dalam pengasuhan atau masalah keselamatan. Demikian juga, kebijakan negara dalam perlindungan anak tentu ikut memberikan pengaruh terhadap lembaga-lembaga pengasuhan anak seperti sekolah, panti asuhan, dan lain-lain agar tidak memperlakukan anak dengan semena-mena.

Ketiga, memerlukan proses yang lama karena dapat dikatakan bahwa sebagian dari faktor protektif diperoleh dari proses belajar. Yates & Masten (2003) menyatakan bahwa resiliensi merupakan suatu proses yang dinamis yang meliputi perkembangan kemampuan adaptif karena adanya interaksi antara faktor-faktor protektif dalam diri individu dan faktor-faktor protektif di luar dirinya (keluarga, komunitas, kebijakan pemerintah, dan lain-lain). Masten et al. (1990) menyatakan bahwa kemampuan anak untuk melawan (*resist*) dampak buruk dari suatu risiko (misalnya gizi buruk) dengan mengembangkan strategi tertentu sehingga kebutuhan gizinya masih terpenuhi (walaupun susah payah) bukanlah suatu proses belajar sekejab. Demikian juga, anak yang mengalami KDRT dan mampu untuk bangkit lalu mempercayai orang lain. Selain itu, faktor sumber daya di luar diri sendiri memberikan sumbangan yang krusial. Anak yang mengalami KDRT di rumah, tetapi juga memperoleh kasih sayang dari guru atau teman-temannya.

¹⁴ Pra-pubertas pada anak perempuan ketika mengalami peristiwa traumatis, dan laki-laki yang lebih dewasa menunjukkan resiliensi yang lebih tinggi.

Van Wesel, Boeije, Alisic, & Drost (2011) menyatakan bahwa dalam proses membangun resiliensi terdapat serangkaian dinamika psikososial yang mencakup: (1) pemaknaan (*giving meaning*) terhadap pengalaman traumatisnya; (2) mencari atau bercita-cita untuk hidup di masa depan yang berbeda; (3) kesadaran akan berbagai risiko dalam hidupnya saat ini dan berjuang untuk kembali ke kehidupan normal—atau *normalcy* (jika pernah mengalami); (4) mengambil pelajaran dari pengalaman hidupnya untuk menyusun strategi penyesuaian diri yang lebih positif dan berhasil-guna (*growth*); (5) mengatasi akibat-akibat pengalaman traumatis melalui berbagai periode traumegenik; dan (6) negosiasi atas berbagai pengalaman traumatis dan dampak-dampak yang melekat pada dirinya untuk diterima sebagai bagian dari hidupnya saat ini (tidak semua dampak negatif dapat diatasi sampai tuntas sehingga diterima saja sebagai bagian dari identitasnya sebagai penyintas); (7) semua tersebut di atas berproses bersama dengan faktor-faktor protektif dalam keluarga (*parenting*), komunitas dan hubungan interpersonal dengan orang lain, serta dukungan sosial budaya (di Indonesia mungkin termasuk dukungan spiritual).

Dari berbagai kajian literatur mengenai resiliensi, Daniel & Wesel (2002) menemukan berbagai faktor yang ditampilkan dan diasosiasikan dengan resiliensi dalam hubungannya dengan anak, keluarga, komunitas, dan dalam relasi dengan anak usia sekolah (Kotak 1) dan anak remaja (Kotak 2).

Kotak 1. Rangkuman dari Faktor-Faktor Resiliensi Selama Periode Sekolah

Faktor-faktor individu yang diasosiasikan dengan resiliensi:

- Merasa kompeten dan yakin akan diri sendiri
- Locus kontrol internal
- Mampu berempati dengan orang lain
- Keterampilan memecahkan masalah
- Keterampilan berkomunikasi
- Mampu bersosialisasi
- Mandiri/bebas
- Mampu melakukan refleksi, tidak impulsif
- Kemampuan berkonsentrasi pada urusan sekolah
- Bersikap otonom (khususnya pada anak perempuan)
- Mampu mengekspresikan emosi (khususnya pada anak laki-laki)
- Memiliki selera humor
- Memiliki beberapa hobi
- Memiliki kesediaan dan kapasitas untuk merencanakan faktor-faktor keluarga yang ada asosiasinya dengan resiliensi
- Punya ikatan dekat dengan setidaknya satu orang
- Bisa merawat dan percaya
- Tidak banyak mengalami perpisahan dengan *object of attachment*
- Tidak memiliki orangtua yang mempunyai masalah adiksi dan kesehatan mental
- Mampu memberikan bantuan jika dibutuhkan.
- Kakek dan nenek yang dekat
- Kelekatan dengan saudara kandung
- Dorongan untuk menjadi otonom (khususnya pada anak perempuan)
- Dorongan untuk mengekspresikan perasaan (khususnya anak laki-laki)

- Dalam keluarga dengan empat anak atau lebih sedikit
- Kekurangan sumber keuangan dan material
- Faktor komunitas yang lebih luas yang terasosiasi dengan resiliensi
- Dukungan dari tetangga atau pihak selain keluarga
- Kontak dengan teman sebaya
- Pengalaman-pengalaman yang baik dari sekolah
- Contoh/model positif dari orang dewasa

Kotak 2. Rangkuman dari Faktor-Faktor Resiliensi Selama Periode Remaja

Faktor-faktor individu yang diasosiasikan dengan resiliensi:

- Bertanggung jawab
- Mampu berempati dengan orang lain
- Locus kontrol internal
- Kematangan sosial
- Konsep diri yang positif
- Berorientasi pencapaian
- Sikap yang lemah lembut, bisa merawat
- Memiliki perspektif/pandangan sosial
- Lebih senang dengan struktur
- Memiliki sekumpulan nilai
- Cerdas
- Memiliki kesediaan dan kapasitas untuk merencanakan faktor keluarga yang ada asosiasinya dengan resiliensi
- Punya ikatan dekat dengan setidaknya satu orang
- Bisa merawat dan percaya
- Tidak banyak mengalami perpisahan dengan *object of attachment*

- Tidak memiliki orangtua yang mempunyai masalah adiksi dan kesehatan mental
- Mampu memberikan bantuan jika dibutuhkan
- Dorongan untuk menjadi otonom (khususnya pada anak perempuan)
- Dorongan untuk bisa mengekspresikan perasaan (khususnya pada anak laki-laki)
- Kakek dan nenek yang dekat
- Keharmonisan keluarga
- Kelekatan dengan saudara kandung
- Empat atau lebih sedikit anak
- Kekurangan sumber keuangan dan material
- Faktor komunitas yang lebih luas dan terasosiasi dengan resiliensi
- Dukungan dari tetangga atau pihak selain keluarga
- Kontak dengan teman sebaya
- Pengalaman-pengalaman yang baik dari sekolah

Contoh/model positif dari orang dewasa. Berikut ini sekelumit pengalaman hidup David James Pelzer—pengarang buku laris *A Child Called It* (1995):

David James Pelzer, ditulis Dave Pelzer (lahir 29 Desember 1960), adalah penulis biografi tentang masa kanak-kanaknya yang penuh tantangan yaitu: *A Child Called It* (1995)—salah satu buku the *New York Times Bestseller* (terjual 1.6 juta eksemplar) dan menginspirasi pembacanya.

Ia menulis enam buku berikutnya yang menceritakan seorang anak panti asuhan atau anak yang hilang dan mencari kasih sayang

keluarga. Masa kanak-kanak David penuh dengan penderaan oleh ibunya yang alkoholik dan sering memukulnya dengan segala cara seolah-olah tindakannya adalah sebuah permainan. Ketika Dave berusia 12 tahun, gurunya mengintervensi dan ia dipindahkan ke sebuah panti asuhan. Pada usia 18 tahun, ia mendaftarkan diri ke Angkatan Udara AS dan bertugas di Perang Teluk (*Gulf War*). Selama di panti dan di sekolah, termasuk ketika masuk ke dalam dunia militer, Dave merasa memperoleh pelajaran hidup yang menyebabkan ia dapat mengatasi pengalaman-pengalaman negatif selama masa kanak-kanak. Pengalaman inilah yang ia tuangkan dalam buku-bukunya. Saat ini dia memberi kuliah di berbagai penjuru dunia dan bekerja sebagai relawan.

(Sumber Wikipedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Dave_Pelzer).

Penelitian mengenai resiliensi telah memberikan informasi pada kebijakan publik dengan program-program promosi resiliensi, perlindungan anak, pengasuhan, dan *safe-guarding anak*. Model intervensi tiga alur sebagai berikut:

- **Model berfokus pada risiko:** Tujuannya adalah untuk memperkecil risiko pada anak—misalnya program peningkatan gizi anak melalui pencegahan perkawinan usia dini atau mencegah kehamilan remaja, mengurangi bayi lahir prematur, deteksi dini disabilitas, latihan *parenting* pada orangtua, mengembangkan berbagai aturan dan perundangan untuk memperkecil risiko atau peluang bagi calon pelaku.
- **Model berfokus pada aset:** Tujuannya adalah untuk memobilisasi berbagai sumber daya sehingga risiko pada anak diperkecil. Membuka atau mendekatkan akses pada layanan-

an kesehatan mental di komunitas, di sekolah, dan klinik pratama akan membantu melakukan tindak lanjut sedini mungkin pada kasus-kasus yang mengorbankan anak. Demikian juga memperbaiki tingkat pendidikan orangtua melalui program pendidikan nonformal, membuka kesempatan kerja bagi orangtua, mendidik polisi, jaksa, hakim dalam berurusan dengan anak dan perempuan.

- **Model berfokus pada proses:** Tujuannya adalah terciptanya sistem perlindungan yang lebih efisien dan berdaya guna. Jika sistem dan mekanisme perlindungan anak di sekolah atau dalam komunitas tidak ada, maka infrastruktur dan mekanisme perlu diadakan sekaligus prosesnya distandardisasi sehingga tujuan perlindungannya dapat dicapai. Model ini memperoleh perhatian besar karena kesibukan orangtua modern, maka rumah tangga bukan lagi tempat perlindungan satu-satunya. Di banyak negara telah dibangun panti-panti pengasuhan tempat negara ikut campur dalam menjamin pendanaan dan kualitas pengasuhan. Protokol mengenai perlindungan atau keselamatan anak di Indonesia telah dikerjakan oleh Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

Dalam kenyataannya, ketiga model itu berjalan secara serentak terutama di negara-negara yang sangat menyadari pentingnya regenerasi dalam pembangunan sumber daya manusia. Di negara-negara sumber daya terbatas, maka sistem perlindungan anak dan promosi resiliensi akan banyak tergantung dari inisiatif masyarakat dengan segala keterbatasannya.

8.2 Hubungan Resiliensi dengan *Posttraumatic Growth*

Posttraumatic Growth atau tumbuh dan berkembang setelah mengalami berbagai tantangan hidup merupakan salah satu topik penting dalam Psikologi Positif yang menunjukkan betapa resiliensi manusia pada umumnya (Joseph & Linley, 2008). Calhoun & Tedeschi (2010) sebagai salah satu peneliti yang mengusulkan konsep ini menjelaskan bahwa *posttraumatic growth* (PTG) terjadi ketika suatu individu mengalami perubahan psikologis ke arah yang positif setelah menghadapi peristiwa yang traumatis dalam hidupnya. Perubahan yang dimaksud adalah pertumbuhan yang mengacu pada persepsi subjektif individu tentang manfaat yang diperoleh dari keberhasilan mereka mengatasi trauma (Zoellner & Maerker, 2006). Dengan demikian, individu tidak hanya bangkit dari trauma yang dialaminya, tetapi juga mampu mengembangkan dirinya secara lebih jauh (Lev-Wiesel *et al.*, 2008).

Di sini pentingnya merancang intervensi yang dapat membantu anak dalam menghadapi traumanya. Intervensi itu perlu dirancang untuk memfasilitasi anak agar mampu mencapai kemajuan dalam lima ranah kehidupan pribadinya yaitu: kekuatan personal, kemampuan untuk mengeksplorasi kemungkinan-kemungkinan (jalan) baru (dan jalan yang berbeda) dalam hidup, membentuk hubungan interpersonal yang penuh makna, mendapatkan apresiasi terhadap kehidupan, dan mengembangkan spiritualitas (Tedeschi & Calhoun, 2004). Memafkan dan *disclosure* (membuka diri) sebagai kompetensi juga memiliki potensi yang baik untuk memperbaiki hubungan interpersonal dan melepaskan emosi negatif yang dialami individu yang bersangkutan (Compton dan Hoffman, 2013; Walker-Williams, 2012).

Uraian singkat di atas membantu kita memahami trauma dalam perspektif yang agak berbeda walau mempunyai banyak kesamaan. Perspektif resiliensi secara konseptual mencakup variabel dan proses yang lebih kompleks. *Posttraumatic growth* memberikan kesan bahwa individu yang mengalami trauma tidak perlu (atau disyaratkan) mempunyai faktor-faktor resiliensi seperti sikap positif atau *hardiness*, tetapi melalui proses reflektif, perenungan (*ruminations*) dan kontemplasi ia mentransformasi dirinya dari korban menjadi penyintas. Ini diketahui dari penelitian Levine *et al.* (2009) yang dilakukan terhadap 2.908 remaja Israel yang terpapar teror dan 588 individu sipil serta tentara setelah Perang Lebanon ke-2. Hasilnya menyatakan bahwa mereka yang paling resilien awalnya malah menunjukkan skor PTG yang paling rendah. Hasil ini masuk akal, jika seseorang lebih siap untuk menghadapi kesulitan hidup, yang paling siap tidak akan menunjukkan skor PTG yang bermakna karena kemajuan skor PTG kecil. Penelitian dan perbedaan ini perlu dipahami sehingga merancukan kedua konstruk penting ini yang keduanya sangat berhubungan dengan perjuangan melawan kesulitan hidup (solutogenik).

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, B., Brewin, C., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1319-1326.
- Abercrombie, H., Kalin, N., Thurow, M., Rosenkranz, M., & Davidson, R. (2003). Cortisol variation in humans affects memory for emotionally laden and neutral information. *Behavioral Neuroscience*, 117, 505-516.
- APA (2008). *Children and trauma: Update for health professionals*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Bloom, S.L. (1999). Trauma theory abbreviated. In Final Action Plan: A coordinated community response to family violence. Office of Attorney General. Commonwealth of Pennsylvania.

- Bower, G.H. (1981) Mood and Memory, *American Psychologist*, 36, pp129-14.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 78-82.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press
- Brown, G. (2006). Childhood maltreatment and adult psychopathology: some measurement options. In S.R.H Beach, Wambolt, M.Z., Kaslow, N.J., Hayman, R.E., First, M.B., Uuderwood, L.G., and Reiss, D. (Eds.). *Relational processes ad*
- Browner, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, Vol. 99(1): 66-77.
- Canto-Cortes, D., Cortes, M.R., Canton, J. (2014). Child sexual abuse, attachment style, and depression: The role of the characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, Vo. 30(3): 420-436.
- Celano, M.P., Hazzard, A., Campbell, S.K., & Lang, C.B. (2002). Attribution training with sexually abused children: Review of techniques. *Child Maltreatment*, Vol.(7) 1: 64-75. DOI:10.1177/1077559502007001006.
- Cho, H., Ryu, S., Noh, J., Lee, J. (2016). *The Effectiveness of Daily Mindful Breathing Practices on Test Anxiety of Students*. Plos One. Japan
- Compton, W. C., & Hoffman, E. (2013). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. America: Wadsworth Cengage Learning
- Daniel B and Wassell S (2002) *The Early Years: Assessing and pro-*

- moting resilience in vulnerable children* 1. London: Jessica Kingsley
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association.
- DSM-5: neuroscience, assessment, prevention, and intervention*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Delahanty, D. L., Nugent, N. R., Christopher, N. C., & Walsh, M. (2005). Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 121-128.
- DePrince, A.P. & Freyd, J.J. (2002). The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or Betrayal? In J. Kauffman (Ed). *Loss of the Assumptive World: A theory of traumatic loss*. (p. 71-82). New York: Brunner-Routledge.
- Dowd, D.A., & Proulx, J. (2010). *Neurology and trauma: Impacts and implications*. https://umanitoba.ca/centres/resolve/media/Neurology_and_Trauma_Research_Summary.pdf
- Ellis, B. H., Fogler, J., Hansen, S., Forbes, P., Navalta, C. P., & Saxe, G. (2011, August 22). *Trauma Systems Therapy: 15-Month Outcomes and the Importance of Effecting Environmental Change*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. DOI: 10.1037/a0025192
- Fergusson D.M, Mullen P.E. (1999): *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999
- Fergusson, D.M., & Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: results of a 21-year study. Dalam Luthar, S. S. (Ed). *Resilience and vulnerability. adaptation in the context of childhood adversities*. (h.130-155). New York: Cambridge
- Flemming, J, & Ledrogar, R.J. (2008). Resilience, an evolving con-

- cept: A review of literature relevant to aboriginal research. *Pimatisiwin*, Vol. 6(2): 7–23.
- Flory, J.D. (2015). Comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci*. Vol.17(2): 141–150.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Higgitt A, Target M. The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992 — The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994; 35(2): 231–257. [PubMed: 8188797]
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., & Frances, A. (Eds). The expert consensus guideline series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 60, Supplement 16, 1999.
- Fraizer, P.A. & Berman, M. (2008). Posttraumatic growth following sexual assault. In S. Joseph & Linley, P.A. (Eds). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on post-traumatic stress*. New York: John Wiley & Sons: p.161–181
- Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, Vol. 9: 103–110.
- Garbarino J, Guttman E, Seeley JW (1986). *The psychologically battered child: Strategies for identification, assessment and Intervention*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Garbarino J., Collins, C.C. (1999) Child neglect: the family with a hole in the middle. In H. Dubowitz (Editor). *Neglected Children: Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks, CA, Sage, pp 1–23
- Goleman, D. (2017, September 28). *Here's what mindfulness is (and isn't) good for*. Diunduh dari <https://hbr.org/2017/09/heres-what-mindfulness-is-and-isnt-good-for>

- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children, strengthening the human spirit*. Bernard Van Leer Foundation
- Hunter A. (1999). Adolescent resilience. Image. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 31(3):243–247.
- Irwanto, Thomas, C., & Dewi, N.S. (2019). *Coaching for life: Baseline study in north, south, and east Jakarta*. Jakarta: Fakultas Psikologi Unika Atma Jaya & Yayasan Sangani Anak Cilik.
- Irwanto & Gunawan, F. Y. (2018). *Sejarah psikologi: perkembangan perspektif teoretis*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Irwanto & Kusumaningrum, S. (May 2014). *Understanding vulnerability: A study on situations that affect family separation and the lives of children in and out of family care. Research in DKI Jakarta, Central Java and South Sulawesi*. Jakarta: Puska Perlindungan Anak, UNICEF, Bappenas.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Toronto: Lexington Books.
- Jones, E., & Wessely, S. (2006). Psychological trauma: a historical perspective. *Psychiatry*, 5, 217–220. <https://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/historical/Jones2006-psychologicaltrauma.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Mindfulness meditation for everyday life*. London: Piatkus Books
- Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D: Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis. *Psych Bull* 113:164-180, 1993.
- Klaassens, E.R. (2010). Bouncing back- trauma and the HPA-axis

- in healthy adults. *European Journal of Psychotraumatology Supplement* Vol.1(1): 5844 - DOI: 10.3402/ejpt.v1i0.5844
- Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Karatzias, T., Shevlin, M., & Hyland, P. (2019). From child maltreatment to ICD-11 complex post-traumatic stress symptoms. The role of emotion regulation and re-victimization. *J.Clin. Psycho*, Vol 75: 392–403. DOI: 10.1002/jclp.22655
- Komnas Perempuan. (2003). *Tragedi Mei 1998. Dalam Perjalanan Bangsa, DISANGKAL!* Jakarta: Publikasi Komnas Perempuan
- Koverola, C. (1995). Posttraumatic stress disorder. In R.T. Ammerman & M. Hersen (Eds.). *Handbook of Child Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*. New York: John Wiley and Sons, Inc. (p. 390–408).
- Kowalis, S.C. (2004). Neurobiology of PTSD in children and adolescents. In R.R. Silva (Ed.). *Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Handbook*. WW Norton & Co., Ltd. (p. 83–122).
- Kwan, H.C., & Leung, M.T. (2017). Structural model in parenting style, attachment style, self-regulation, and self-esteem for smartphone addiction. *IAFOR Journal of Psychology & Behavioral Sciences*, Vol.3(1):85–103.
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1967). *The Language of psycho-analysis*. W. W. Norton and Company. pp. 465–9. ISBN 978-0-393-01105-0.
- Laughry, M. & Eyber, C. (2003). *Psychosocial concepts in humanitarian works with children: A review of concepts and related literature*. Washingto DC: The National Acemies Press.
- Levine, S.Z., Laufer, A., & Stein, E. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *J of Traumatic Stress*. Vol. 22(4): 282-6. DOI: 10.1002/jts.20409

- Lev-Wiesel, R. (2008). Beyond survival: Growing out of childhood sexual abuse. In S. Joseph & Linley, P.A, (Eds). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on post-traumatic stress*. New York: John Wiley & Sons: p. 145–160.
- Linehan, M. M (2015). *DBT Skills Training Manual 2nd ed.* Guilfoed Press. New York-London
- Linley, A.P. Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A.M. (2006). Positive psychology: past, present, and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, Vol. 1(1): 3–16.
- Luthar S.S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high risk adolescents. *Child Development*. Vol. 62(3):600–616. [PubMed: 1914628]
- Luthar SS, Chicchetti D. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. Vol. 71(3):543–562. [PubMed: 10953923]
- Luthar, S. S., & Zelaso, L. B. (2003). Research on resilience: an integrative review. Dalam Luthar, S. S. (Ed). *Resilience and vulnerability. adaptation in the context of childhood adversities*. (h.510–550). New York: Cambridge
- Luthar, SS. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti, D., Cohen, DJ., editors. *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. New York: Wiley; 2006. p. 740–795.
- Malinosky-Rummell R, Hansen DJ: Long term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 144:68–79, 1993.
- Marsh D.R., Schroeder D.G., & Dearden K.A. (2004). The power of positive deviance. *Br Med J*. Vol. 329:1177–9
- Martinez-Clavera, C., James, S., Bowdtich, E. & Kuruvilla, T. (2017). Trauma informed care – Today’s geriatric medicine. *Progress in Neurology and Psychiatry* I Vol. 21(3): 26–31.

- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Brothers.
- Masten A, Best K, Garmezy N. (1992). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. Vol. 2:425–444.
- Masten A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. Vol.56(3):227–238. [PubMed: 11315249]
- Mohammadinia L, Ardalan A, Khorasani-Zavareh D, Ebadi A, Malekafzali H, Fazel M. (2018). Domains and indicators of resilient children in natural disasters: A systematic literature review. *Int J Prev Med*. Vol. 9(1):9:54.
- Myers, L., Trobinger, R., Bortnik, K., Zeng, R., Saal, E., & Lancman (2018). Psychological trauma Psychological trauma, somatization, dissociation, and psychiatric comorbidities in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with those in patients with intractable partial epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, Vol. 92 (March): 108-113.
- Perry, B.D. (2007). *Stress, trauma, and post-traumatic disorder in children: An introduction*. The Child Trauma Academy. Diunduh:https://childtrauma.org/wpcontent/uploads/2013/11/PTSD_Caregivers.pdf
- Pascale, R. T., Sternin, J., & Sternin, M. (2010). *The power of positive deviance: How unlikely innovators solve the World's toughest problems*. Boston: Harvard Business Press.
- Pelzer, D. (1995). *A Child Called "It": Sebuah Kisah Nyata*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Ports, K., Ford, D., & Merrick, M. (2016). Adverse childhood

- experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse Negl*, Jan; 51: 313–322.
- Richardson, J. (2001). *Guidebook on vicarious trauma: Recommended solutions for Aanti-violence workers*. Ottawa, Ontario: National Clearing House on Family Violence.
- Robert, K., Irwanto, & Stark, L. (2011). *Children on the move in East Jakarta, Indonesia*. Jakarta: Puska Perlindungan Anak Universitas Indonesia, ECPAT Indonesia, dan the Body Shop.
- Rojas, V. M. & Lee, T.N. (2004). Childhood Vs. Adult PTSD. In R.R. Silva (Ed.). *Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Handbook*. WW Norton & Co., Ltd. (p. 237–256).
- Ronan, K. (1996). The Effects of a “Benign” Disaster symptoms of post-traumatic stress in children following a series of Volcanic eruptions. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. URL://www.massey.ac.nz/~trauma/
- Ryb, G.E., Cooper, C., Waak, S.M. (2017). Delayed trauma team activation. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 73(3):695–698. DOI: 10.1097/ TA. 0b013e31825 abf6f
- Sarno, A. (2014). Treating veterans with complex traumagenic disorders: when childhood traumas and current traumas collide. *Journal of Military and Government Counseling*, Vol. (2)1: 48–61
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy: A short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture*. Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Seligman, M. E. P. (1999). The president’s address. *American Psychologist*, 54, 559–562

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Seligman, M. (2010). *Flourish: Positive Psychology and positive intervention*. The Tanner Lectures on Human Values. October 7. The University of Michigan.
- Silva, R.R. & Kessler, R, (2004). Resiliency and vulnerability factors in childhood PTSD. In R.R. Silva (Ed.). *Posttraumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Handbook*. WW Norton & Co., Ltd. (p. 18–37).
- Suhardjo, K., Irwanto (2018). *Tumbuh bagai illalang: Perjalanan transformatif dalam diskriminasi dan kekerasan. Studi deskriptif proses belajar transformatif waria dan gay pekerja seks di Jakarta*. Jakarta: Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) xx-xxxx. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tadeschi, R., Park, C., & Calhoun, L. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence
- Terr L: Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 148:10-20, 1991.
- Tusher, C.P. (2007). *Revictimization: Advancing theory and method*. Dissertation, Georgia State University, 2007. [h ps://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/28](https://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/28)
- Van Bruggen, L.K., Runtz, M.G., Kadlec, H. (2006). Sexual Revictimization: The role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreatment*, Vol. 11 (2): 131–145. DOI: 10.1177/1077559505285780

- Van der Kolk, B.A. (1994): The Body keeps the Score: Memory and the evolving Psychobiology of Post Traumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1; 253–65.
- Van Wesel, F., Boeije, H., Alisic, E., & Drost, S. (2011, October 24). *I'll Be Working My Way Back: A Qualitative Synthesis on the Trauma Experience of Children. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0025766
- Walker-Williams, H. J. (2012). *Coping behaviour, posttraumatic growth and psychological well-being in women who experienced childhood sexual abuse* (PhD Thesis). North-West University, Vaal Triangle Campus
- Wartella, E., Rideout, V., Lauricella, A., & Connell, S. (2013). *Parenting in the Age of Digital Technology: A National Survey*. Report of the Center on Media and Human Development, School of Communication, Northwestern University.
- Werner E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 4(3):81–85.
- Widom, C.S., Czaja, S.J., & Dutton, M.A. (2007). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Negl.* 2008 August ; 32(8): 785–796. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.006.
- Yates, T.M. & Masten. A.S. (2012). Fostering the future: Resilience theory and the practice os positive psychology. In P.A. Linley & Joseph, S. (Eds). *Positive Psychology in Peactice*. New York: Wiley and Sons.
- Zoellner, T. and Maercker, A. (2006) Posttraumatic Growth in Clinical Psychology: A Critical Review and Introduction of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653.<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

LAMPIRAN

TRAUMATIC SCREENING QUESTIONNAIRE (TSQ)

Jika baru-baru ini Anda baru saja terpapar pada peristiwa yang mungkin traumatis, ini adalah beberapa panduan yang akan membantu Anda untuk mengidentifikasi apakah Anda perlu mencari bantuan tambahan untuk mengalami pemulihan dari efek buruknya. Apakah Anda baru saja mengalami:

YA
Setidaknya
dua kali di
minggu yang
baru saja
dilewati

TIDAK

1. **Pikiran atau kenangan yang menyedihkan mengenai sebuah peristiwa yang tiba-tiba muncul dan hal itu bertentangan dengan keinginan Anda**
2. **Mimpi yang menyedihkan mengenai sebuah peristiwa**
3. **Bertindak/memiliki perasaan bahwa seakan-akan peristiwa buruk tersebut kembali terjadi**
4. **Merasakan kesedihan jika teringat pada peristiwa buruk tersebut**
5. **Reaksi-reaksi fisik (jantung berdetak cepat, perut seperti dikocok-kocok/mual)**
6. **Mengalami kesulitan untuk tidur atau sulit untuk tetap bisa lelap**

- 7. Mudah tersinggung atau mudah merasakan luapan kemarahan
- 8. Mengalami kesulitan berkonsentrasi
- 9. Peningkatan kesadaran terhadap bahaya yang mungkin saja terjadi pada diri Anda/ orang lain
- 10. Mudah merasa terkejut ketika ada sesuatu yang terjadi di luar kebiasaan

(sumber: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/tsq.asp> atau Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner, S., and Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162)

LEC-5. Adalah alat ukur lapor-diri yang dirancang untuk menyaring berbagai peristiwa yang memiliki potensi menimbulkan trauma dalam hidup responden. LEC-5 menilai paparan terhadap 16 peristiwa yang diketahui berpotensi dapat mengakibatkan PTSD atau tekanan. LEC-5 juga dilengkapi dengan satu item tambahan untuk menanyakan kejadian lain yang mungkin juga dapat menimbulkan tekanan selain 16 peristiwa yang telah ditanyakan sebelumnya (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane (2013b).

LIFE EVENT CHECK-LIST (LEC-5)

Di bawah ini adalah beberapa pernyataan mengenai kesulitan atau kejadian-kejadian yang menimbulkan stres yang terkadang dialami oleh seseorang. Untuk masing-masing peristiwa silakan beri satu atau lebih tanda centang (√) pada kolom-kolom yang tersedia di sebelah kanan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a) Anda mengalami sendiri secara langsung;
- b) Anda menyaksikan hal itu;
- c) Anda mengetahui peristiwa itu terjadi kepada keluarga atau teman dekat;
- d) Anda tidak yakin peristiwa sesuai dengan apa yang Anda alami;
- e) Anda tidak mengalami peristiwa tersebut.

Pastikan Anda selalu mempertimbangkan seluruh kejadian dalam hidup Anda (dari masa kecil sampai dewasa) saat Anda menjawab pernyataan yang diberikan.

Peristiwa	Mengalami sendiri	Menyaksikan	Mengetahui	Tidak yakin	Tidak pernah dialami
1. Bencana alam (banjir, angin ribut, puting beliung, gempa bumi)					
2. Kebakaran atau ledakan					
3. Kecelakaan transportasi (misalnya, kecelakaan mobil, kapal laut, kereta api, pesawat terbang)					
4. Kecelakaan serius di tempat kerja, di rumah atau selama berekreasi					
5. Terpapar terhadap zat beracun (misalnya, bahan kimia, radiasi)					
6. Serangan fisik (misalnya, diserang, dipukul, ditampar, ditendang, dihantam)					
7. Serangan dengan menggunakan senjata (misalnya, ditembak, ditikam, diancam dengan pisau, pistol dan bom)					
8. Serangan seksual (misalnya, diperkosa, hampir diperkosa, dipaksa melakukan kegiatan seks lain di bawah ancaman atau dengan kekerasan)					
9. Pengalaman seksual lain yang tidak nyaman atau tidak diinginkan					

Peristiwa	Mengalami sendiri	Menyaksikan	Mengetahui	Tidak yakin	Tidak pernah dialami
10. Pertempuran atau terpapar pada zona perang (dalam dunia militer ataupun sebagai warga sipil biasa)					
11. Penyekapan (misalnya, diculik, disekap, ditawan, menjadi tahanan perang)					
12. Mengalami sakit atau luka yang mengancam kelangsungan hidup					
13. Penderitaan hidup yang berat					
14. Kematian mendadak karena kekerasan (misalnya, pembunuhan, bunuh diri)					
15. Kematian mendadak karena kecelakaan					
16. Cedera serius, bahaya atau kematian yang Anda sebabkan kepada orang lain					
17. Tekanan atau pengalaman sangat buruk lainnya					

CHILDHOOD TRAUMATIC EVENTS SCALE¹⁵ (CTES)

Untuk setiap pertanyaan yang diberikan, jawablah pada setiap nomor yang relevan. Berusahalah mengisi sejujur mungkin. Setiap

¹⁵ Copyright with Prof. Pennebaker but the questionnaire is the public domain. See: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/childhood-traumatic-events-scale>

pertanyaan akan mengarah pada beberapa kejadian yang mungkin sudah pernah Anda alami **hingga usia 17 tahun**

1. Sampai usia 17 tahun, apakah Anda pernah mengalami kematian dari sahabat dekat atau anggota keluarga Anda? ____ Jika ya, berapa usia Anda saat itu? ____
Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda? (penilaian 7 poin, 1 = tidak traumatis sama sekali, 4 = sedikit traumatis, 7 = sangat traumatis) ____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain mengenai peristiwa traumatis tersebut? (1 = tidak sama sekali, 7 = sangat bisa percaya) ____

2. Sampai usia 17 tahun, apakah ada pergolakan hebat antara kedua orangtua Anda (misalnya perceraian, perpisahan)? ____
Jika ya, berapa usia Anda saat itu? ____
Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda? (7 = sangat traumatis) ____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? (7 = sangat bisa percaya) ____

3. Sampai usia 17 tahun, apakah Anda pernah memiliki pengalaman seksual yang traumatis (diperkosa, dilecehkan, dst)? ____ Jika ya, berapa usia Anda saat itu? ____
Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda? (7 = sangat traumatis) ____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? (7 = sangat bisa percaya) ____

4. Sampai usia 17 tahun, apakah Anda pernah menjadi korban kekerasan (pelukaan anak, perampokan/penyerangan selain kekerasan seksual)? ____ Jika ya, berapa usia Anda saat itu?

Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda?
(7 = sangat traumatis) _____

Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? (7 = sangat bisa percaya) _____

5. Sampai usia 17 tahun, apakah Anda pernah mengalami sakit/luka yang parah? ____ Jika ya, berapa usia Anda saat itu?

Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda?
(7 = sangat traumatis) _____

Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain ? (7 = sangat bisa percaya) _____

6. Sampai 17 tahun, apakah Anda pernah mengalami pergolakan ekstrem lain yang dirasa telah membentuk kepribadian Anda secara signifikan? ____ Jika ya, berapa usia saat itu? ____

Jika ya, apakah peristiwanya? _____

Jika ya, seberapa peristiwa tersebut dirasa traumatis bagi Anda?
(7 = sangat traumatis) _____

Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain ? (7 = sangat bisa percaya) _____

RECENT TRAUMATIC EVENTS SCALE¹⁶

Untuk setiap pertanyaan yang diberikan, jawablah pada setiap nomor yang relevan. Berusahalah mengisi dengan sejujur mungkin. Setiap pertanyaan akan mengarah pada kejadian selama **3 tahun terakhir**

1. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah Anda pernah mengalami kematian dari sahabat dekat atau anggota keluarga Anda? _____ Jika ya, seberapa traumatis? (1 = tidak traumatis sama sekali, 7 = sangat traumatis) _____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain mengenai peristiwa traumatis tersebut? (1 = tidak sama sekali, 7 = sangat bisa percaya) _____
2. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah ada pergolakan hebat antara Anda dan pasangan Anda (misalnya perceraian, perpisahan)? _____ Jika ya, seberapa traumatis? _____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? _____
3. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah Anda pernah memiliki pengalaman seksual yang traumatis (diperkosa, dilecehkan, dst)? _____ Jika ya, seberapa traumatis? _____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? _____
4. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah Anda pernah menjadi korban kekerasan (di luar seksual)? _____ Jika ya, seberapa

¹⁶ Copyright: The author, Prof. Pennebaker holds the copyright but the questionnaire is the public domain. See: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/recent-traumatic-events-scale>

traumatis? ____ Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? ____

5. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah Anda pernah mengalami sakit atau luka yang parah? ____ Jika ya, seberapa traumatis? ____ Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? ____

6. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah ada perubahan yang signifikan dalam pekerjaan yang Anda lakukan (misalnya: pekerjaan baru, mendapat promosi, demosi atau dipindah)?
Jika ya, seberapa traumatis? ____
Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? ____

7. Dalam waktu 3 tahun terakhir, apakah Anda pernah mengalami pergolakan ekstrim lain yang dirasa telah membentuk kepribadian Anda secara signifikan? ____
Jika ya, apakah peristiwanya? _____

Jika ya, seberapa traumatis? ____

Jika ya, seberapa Anda bisa percaya kepada orang lain? ____

POST TRAUMATIC GROWTH INVENTORY

No.	Pernyataan	0	1	2	3	4	5
	Saya mengubah prioritas mengenai hal apa yang dianggap penting dalam hidup						
	Saya memberi apresiasi yang lebih besar mengenai nilai dari kehidupan saya						
	Saya sudah mengembangkan sebuah minat pada hal baru						
	Saya memiliki keyakinan yang lebih besar tentang kemampuan diri sendiri						
	Saya memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai hal-hal yang berhubungan dengan spiritualitas/kerohanian						
	Saya dapat melihat lebih jelas bahwa saya dapat mengandalkan orang lain di masa-masa yang sulit						
	Saya sudah memiliki “jalan/langkah” yang baru dalam hidup						
	Saya memiliki perasaan kedekatan yang lebih besar dengan orang lain						
	Saya lebih bersedia untuk mengekspresikan apa yang saya rasakan						
	Saya tahu bahwa saya mampu mengatasi berbagai kesulitan						
	Saya dapat melakukan hal yang lebih baik dengan kehidupan saya						
	Saya lebih mampu menerima sebuah cara mengenai bagaimana sesuatu yang terjadi						
	Saya dapat menghargai tiap-tiap hari dengan lebih baik						
	Kesempatan-kesempatan baru tersedia atau tidak sama sekali						
	Saya lebih memiliki belas kasihan untuk orang-orang lain						
	Saya melakukan usaha lebih banyak dalam relasi-relasi yang saya bangun						

Saya lebih bersedia untuk mencoba untuk mengubah hal-hal yang membutuhkan perubahan
Saya memiliki keimanan yang lebih kuat
Saya mendapati bahwa ternyata saya lebih kuat daripada yang saya pikirkan
Saya banyak belajar mengenai betapa luar biasanya orang-orang lain
Saya dapat menerima dengan lebih baik bahwa saya juga membutuhkan orang lain

Sumber: Chowdhury, M.R (20 November 2019). *What is Post-Traumatic Growth?* (+ Inventory & Scale) – diunduh dari: Positive Psychology.com: <https://positivepsychology.com/post-traumatic-growth/>

Partisipan mengindikasikan skor mereka berdasarkan:

- 0: Saya tidak mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya
- 1: Saya sangat sedikit mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya
- 2: Saya sedikit mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya
- 3: Saya cukup mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya
- 4: Saya banyak mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya
- 5: Saya sangat banyak mengalami ini sebagai hasil dari pengalaman krisis saya

Di bawah ini adalah penjelasan dari keterkaitan antara lima kategori dan pernyataan yang diberikan

Faktor	Nomer Pernyataan
1 – Relasi dengan orang lain	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
2 – Peluang-peluang baru	3, 7, 11, 14, 17
3 – Kekuatan individu	4, 10, 12, 19
4 – Peningkatan kerohanian/spiritualitas	5
5 – Apresiasi	1, 2, 13

Contoh dari Asesmen Psikososial¹⁷

Nama: _____

Jenis Kelamin: _____ Tanggal Lahir: ____/____/____

Status Pernikahan _____ Suku/Etnis: _____

Bahasa sehari-hari: _____

Keluhan Utama:

Sejarah/Riwayat dari Keluhan yang Dirasakan Sekarang:

Riwayat Keluhan Psikiatris/Psikologis:

¹⁷ Diunduh dari: <https://e-database.org/example-of-a-psychosocial-assessment>

Riwayat Keluhan Medis:

Riwayat Tindakan Operasi (bedah):

Alergi:

Daftar Pengobatan Saat Ini

Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Pemberi Resep	Alasan Pemberian
-----------	-------	-----------	---------------	------------------

ital

Riwayat Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Pemberi Resep	Alasan Pemberian
-----------	-------	-----------	---------------	------------------

ASESMEN NARKOTIKA/ALKOHOL

Jenis zat yang digunakan saat ini	Metode Penggunaan (oral, inhalasi, intranasal, injeksi)	Jumlah Penggunaan	Frekuensi Penggunaan /Bulan	Lama Penggunaan	Jenis zat yang sudah pernah digunakan
<input type="checkbox"/> Alkohol					<input type="checkbox"/> Alkohol
<input type="checkbox"/> Kafein					<input type="checkbox"/> Kafein
<input type="checkbox"/> Nikotin					<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Heroin					<input type="checkbox"/> Heroin
<input type="checkbox"/> Opiat					<input type="checkbox"/> Opiat
<input type="checkbox"/> Ganja					<input type="checkbox"/> Ganja
<input type="checkbox"/> Kokain					<input type="checkbox"/> Kokain
<input type="checkbox"/> Metamfetamin					<input type="checkbox"/> Metamfetamin
<input type="checkbox"/> Inhalan					<input type="checkbox"/> Inhalan
<input type="checkbox"/> Stimulan					<input type="checkbox"/> Stimulan
<input type="checkbox"/> Halusinogen					<input type="checkbox"/> Halusinogen
<input type="checkbox"/> Lainnya:					<input type="checkbox"/> Lainnya:
<hr/>					<hr/>

Pikiran/Ide mengenai Bunuh Diri atau Pembunuhan

Apakah ada risiko bunuh diri? ☐ Tidak ☐ Ada

☐ Percobaan sebelumnya (Kapan: _____)

☐ Rencana saat ini ☐ Cara melaksanakan ☐ Maksud ☐

Potensi mematikan dari rencana

Apakah klien berbahaya bagi orang lain? ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah klien memiliki pikiran untuk menyakiti orang lain? ☐

Ya ☐ Tidak.

Jika ya: Targetnya adalah: _____

Apakah pikiran tersebut dapat dikendalikan? ☐ Ya ☐ Tidak

____ Rencana saat ini ____ Cara melaksanakan ____ Maksud ____
 Potensi mematikan dari rencana
 Perilaku Berisiko Tinggi
 ____ Tidak ada ____ Menyayat diri ____ Anoreksia/Bulimia ____
 Membenturkan kepala
 ____ Perilaku melukai diri sendiri
 ____ Lainnya: _____

Asesmen Penderaan

Di waktu lampau apakah klien pernah dipukul, ditendang/dilukai secara fisik oleh orang lain?

Apakah klien memiliki relasi dengan orang yang dapat mengancam/melukainya secara fisik?

Apakah klien pernah dipaksa melakukan kontak seksual yang tidak nyaman bagi mereka?

Apakah klien pernah mengalami pelukaan? __ Ya __ Tidak Jika pernah, jelaskan oleh siapa, kapan dan bagaimana?

Riwayat Keluarga/Sosial

Dilahirkan/Dibesarkan _____

Saudara Kandung ____ # Laki-Laki ____ # Perempuan

Bagaimana urutan kelahiran? ____ dari ____ saudara

Siapa memiliki peran utama dalam membesarkan klien? _____

Jelaskan mengenai pernikahan/relasi signifikan klien: _____

Jumlah anak: _____

Situasi kehidupan saat ini: _____

Riwayat militer/tipe pemberhentian jabatan: _____

Dukungan/jaringan sosial: _____

Peristiwa hidup yang signifikan:

Riwayat Gangguan Mental dalam Keluarga (saudara yang mana dan gangguan apa):

Pekerjaan

Apa status pekerjaan terakhir klien? _____

Apakah klien menyukai pekerjaannya? _____

Apakah pekerjaan ini memang untuk jangka panjang? _____

Apakah klien punya relasi yang baik dengan rekan kerjanya? _____

Apakah klien memiliki performa kerja yang baik? _____

Apakah klien pernah dipecat? ____Ya ____Tidak.

Jika ya, jelaskan:

Berapa banyak pekerjaan yang dimiliki klien dalam lima tahun terakhir? _____

Pendidikan

Pendidikan tertinggi yang diraih: _____

Riwayat sekolah: _____

Masalah kedisiplinan: _____

Status Hukum Saat Ini

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Bebas bersyarat |
| <input type="checkbox"/> Masa percobaan | <input type="checkbox"/> Tuntutan ditunda |
| <input type="checkbox"/> Pernah dipenjara | <input type="checkbox"/> Ada petugas pengawas |

Riwayat Perkembangan

Deskripsi masa kanak-kanak:

- ☐ Traumatis ☐ Menyakitkan ☐ Tidak banyak kejadian

Deskripsi masa kanak-kanak dalam berelasi secara personal, sekolah, teman dan hobi yang dimiliki klien: _____

Deskripsikan pengalaman traumatis di masa kanak-kanak: (Sebutkan usia saat itu):

Bagaimana orientasi seksual klien?

- ☐ Heteroseksual ☐ Homoseksual ☐ Bisexual

Asesmen Kerohanian

Latar Belakang Agama: _____

Apakah klien menghadiri acara keagamaan? ☐ Ya ☐ Tidak. Jika ya, sebutkan tempatnya

Asesmen Kebudayaan

Tulisan isu-isu penting yang memengaruhi latar belakang etnis/ budaya klien

Asesmen Keuangan

Deskripsikan keadaan keuangan klien.

Deskripsikan bagaimana klien melakukan *coping* dalam situasi yang tidak baik.

Bagaimana metode *coping* tersebut? _ Adaptif _ Maladaptif

Minat dan Kemampuan

Apa hobi yang klien miliki?

Hal apa yang dapat dilakukan klien dengan baik?

Hal apa yang dapat membuat klien merasa senang?

PEMERIKSAAN STATUS MENTAL

(Deskripsikan penyimpang yang dialami klien di tiap kategori)

Gairah/Orientasi

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sadar | <input type="checkbox"/> Mengantuk | <input type="checkbox"/> Penuh perhatian |
| <input type="checkbox"/> Tidak responsif | | <input type="checkbox"/> Berorientasi pada orang |
| <input type="checkbox"/> Berorientasi pada tempat | | <input type="checkbox"/> Orientasi pada waktu |
| <input type="checkbox"/> Kebingungan | | |
| <input type="checkbox"/> Lainnya: | <hr/> | |

Penampilan

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terawat | <input type="checkbox"/> Kontak mata baik | <input type="checkbox"/> Kontak mata buruk |
| <input type="checkbox"/> Kusut | <input type="checkbox"/> Terlihat aneh | <input type="checkbox"/> Terlihat jorok |

___ Berpakaian tidak pantas

Lainnya: _____

Perilaku/Aktivitas Motorik

___ Normal ___ Kurang istirahat ___ Agitasi/Gelisah

___ Terlihat malas

___ Ekspresi wajah abnormal ___ Tremor ___ Kedutan

___ Lainnya: _____

Mood/Afek

___ Normal ___ Depresi ___ Datar ___ Sangat gembira

___ Cemas ___ Tersinggung ___ Dapat dipercaya

___ Tidak acuh ___ Sembrono ___ Tdk mampu merasa emosi

___ Kurang mampu menunjukkan simpati

___ Lainnya: _____

Bicara

___ Normal ___ Nonverbal ___ Menyatu (kata-katanya) ___

Pelan ___ Keras ___ Tertekan

___ Terbatas ___ Meracau ___ Terbata-bata ___ Cepat

___ Lainnya: _____

Sikap

___ Kooperatif ___ Tidak kooperatif ___ Berhati-hati ___ Curiga ___

Bermusuhan

___ Lainnya: _____

Proses Pikir

___ Runtut ___ Lompat ide ___ Tidak utuh ___ Berpikir konkrit

___ Asosiasi longgar ___ Tidak mampu berpikir abstrak ___ Sam-
bil lalu

___ Neologisme (banyak istilah baru) ___ Buru-buru ___ Men-
campur kata

___ Lainnya: _____

Isi Pikir

___ Normal ___ Fobia ___ Merasa diri sakit ___ Delusional

___ Obsesif ___ Preokupasi

___ Lainnya: _____

Delusi/Waham

___ Tidak ada ___ Religius ___ Penganiayaan

___ Kebesaran/Keagungan ___ Somatis

___ *Ideas of reference*¹⁸

___ Mendengar pikiran org lain

___ Pikirannya bukan pikiran sendiri

___ Lainnya: _____

Halusinasi

___ Tidak ada ___ Pendengaran ___ Visual

___ Diberi perintah

___ Lainnya: _____

Jelaskan: _____

¹⁸ Dalam psikoanalisis, *ideas of reference* merupakan bentuk delusi sebagai pro-
yeksi superego, misalnya: merasa selalu diawasi atau tindakannya dikendali-
kan oleh makhluk angkasa luar.

Kontrol Impuls

___ Normal ___ Sebagian ___ Terbatas ___ Buruk

___ Tidak ada

___ Sering kali melakukan tindakan tanpa rencana atau tanpa pemikiran panjang

Penilaian

(Apa yang akan Anda lakukan jika melihat kebakaran di bioskop yang penuh?)

___ Normal ___ Buruk

Kognitif/Pengetahuan

Orientasi

___ Orang ___ Tempat ___ Waktu

Atensi

Apakah klien bisa mengeja kata D-U-N-I-A dari belakang?

___ Ya ___ Tidak

Memori

Dengan segera mampu mengingat kembali 3 objek? ___/3. Setelah lima menit ___/3

Memberi Nama

Tunjuk tiga benda. Berapa banyak yang mampu disebutkan oleh klien? ___/3

Visual-spasial

Apakah klien dapat meniru gambar segilima yang bersilangan?

___ Ya ___ Tidak

Mempraktikkan

Apakah klien bisa mengikuti instruksi tiga langkah?

___ Ya ___ Tidak

Perhitungan

Seri angka 7 (berapa kali klien bisa dengan tepat mengurangi angka 7 dari 100): _____

Abstraksi

___ Dapat dipahami ___ Tidak dapat dipahami

Tilikan

___ Normal ___ Buruk

Apakah klien bisa memenuhi kebutuhan dasar mereka sendiri?
(misalnya: makanan, tempat tinggal, obat):

___ Ya ___ Tidak

Jika tidak, jelaskan:

Kemampuan Fungsional

Cek ranah yang menjadi perhatian

___ Tidak ada ___ Aktivitas sehari-hari ___ Bekerja

___ Keuangan ___ Sekolah

___ Hubungan keluarga ___ Hubungan sosial

___ Keamanan ___ Hukum

___ Fungsi Kognitif ___ Kesehatan fisik

___ Rumah ___ Kontrol impuls ___ Keterampilan sosial

TENTANG PARA PENULIS



Prof. Irwanto, Ph.D. adalah Guru Besar Fakultas Psikologi di Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya. Lulus dari Fakultas Psikologi UGM 1982 dan meneruskan pendidikan ke jurusan Child Development and Family Studies dengan beasiswa Fulbrights-Hays dari tahun 1988–1992 di Purdue University, USA. Pernah memperoleh pendidikan Post-doctoral di University of Illinois di Chicago dan di Michigan University. Kembali dari studi meneruskan bekerja sebagai peneliti purnawaktu di Pusat Penelitian Atma Jaya. Sejak tahun 1993–2016 aktif mengajar sebagai dosen Honorer di Jurusan Kesejahteraan Sosial, FISIP Universitas Indonesia dan pernah menjadi Direktur Pusat Kajian Disabilitas (2006–2014) dan Ko-direktur Pusat Kajian Perlindungan Anak (2009–2017) di FISIP Universitas Indonesia. Dikenal sebagai peneliti dan pengamat hak-hak anak, khususnya anak-anak dalam

situasi sulit. Penulis rubrik OPINI Harian *Kompas* mengenai berbagai persoalan anak dan kebijakan sosial. Narasumber bagi berbagai kantor perwakilan PBB seperti ILO, UNICEF, UNESCO, UNAIDS, WHO, dan lembaga-lembaga sektoral pemerintah seperti Kemdiknas, Kemkes, Kemsos, Bappenas, BNN untuk masalah kekerasan dan eksploitasi anak, disabilitas, pendidikan perdamaian, narkoba dan HIV/AIDS. Saat ini juga banyak meneliti persoalan kekerasan terhadap komunitas minoritas sosial seperti LGBT dan difabel.



Hani Kumala, M. Psi., Psikolog. Memperoleh gelar Sarjana Psikologi, Magister Psikologi dan Profesi Psikolog Klinis Dewasa dari Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta. Setelah menjalani pendidikannya, Ia pernah bekerja di Biro Ad Familia Indonesia dan ditempatkan di Panti Asuhan Vincentius Putri, Panti Asuhan Pondok Si Boncel, Sekolah Santo Yakobus dan Lentera Anak Pelangi (LSM khusus anak HIV). Ketertarikannya pada bidang klinis-sosial semakin bertambah saat Ia bekerja sebagai Tenaga Ahli di Panti Sosial Perlindungan (PSP) Bhakti Kasih milik Pemda DKI Jakarta hingga saat ini. Semenjak tahun 2020, Ia memutuskan untuk terlibat lebih banyak dalam *project* klinis-sosial, bahkan dunia kesehatan mental bersama dengan Profesor Irwanto, Ph.D. Beberapa *project* tersebut di antaranya adalah terapi keluarga pada pengguna nar-

koba, *Mental Health First Aid, Psychological First Aid* (PFA) pada anak di daerah rawan gempa Indoensia dan mengenai pemasangan di Nusa Tenggara Timur. Sese kali, Ia juga menjadi asisten Profesor Irwanto, Ph.D. dalam kelas Trauma and Recovery untuk jenjang S-2. Semenjak 2019, Ia juga mulai mendalami terapi DBT (*Dialectic Behavior Therapy*) untuk menangani klien-klien klinis dalam praktik sehari-harinya.

MEMAHAMI TRAUMA

Buku kecil ini mencoba untuk menjelaskan mengenai Trauma Psikologis sebagaimana yang dipahami oleh klinisi di bidang kesehatan mental. Hal ini kami anggap penting karena dalam berbahasa sehari-hari, istilah trauma sudah digunakan untuk menggambarkan pengalaman yang mencekam serta memberikan efek jera jangka panjang dalam diri individu. Agar pemahaman terhadap trauma bisa sesuai dengan perkembangan riset dan praktik di bidang layanan kesehatan mental, maka disajikan tiga perspektif untuk membantu para pembaca mengonstruksikan gambaran pengalaman traumatis yang berbeda-beda, yaitu perspektif model medis, psikologi positif, dan psikologi perkembangan. Masing-masing perspektif memberikan asumsi dan cara menjelaskan trauma yang sangat memengaruhi pandangan profesional atau praktisi sampai saat ini.

Diskusi yang penting dalam buku ini adalah mengenai keadaan traumagenik, yaitu bagaimana individu yang mengalami trauma akan memproses berbagai krisis yang dialami pasca peristiwa traumatis tersebut agar dapat menjadi penyintas (*survivor*). Dalam hal ini, penjelasan mengenai keadaan traumagenik juga membantu praktisi memahami mengapa korban kekerasan di masa kanak-kanak rentan terhadap reviktimisasi dan berisiko menjadi pelaku. Pembaca juga diajak mendiskusikan mengenai resiliensi, *posttraumatic growth*, PTSD, dan proses pemulihan dalam konteks kultural. Pada bagian appendiks, disajikan berbagai instrumen untuk asesmen yang kami anggap bermanfaat dalam membantu praktik untuk para pembaca.

Penerbit
PT Gramedia Pustaka Utama
Kompas Gramedia Building
Blok I, Lt. 5
Jl. Palmerah Barat 29-37
Jakarta 10270

 www.gpu.id  [@bukugpu](https://www.instagram.com/bukugpu)  [@bukugpu](https://twitter.com/bukugpu)

