

buku

by Ms Ms

Submission date: 03-Mar-2022 09:44AM (UTC+0700)

Submission ID: 1775165445

File name: oleh_Kusnawati_Hatta,_Khairiah_Syhabuddin,_Agung_Pratama-1.pdf (2.92M)

Word count: 46692

Character count: 290936

Kusmawati Hatta, Khairiah Syahabuddin, Agung Pratama, ***TRAUMA DAN PENANGANANNYA PADA KORBAN KONFLIK BERSENJATA DI ASIA: SUATU ANALISIS KOMPARATIF DI SELATAN THAILAND DENGAN ACEH INDONESIA***

https://www.lap-publishing.com/cover_playgrounds/3a998426deb35c/take_a_look

DAFTAR ISI:

KATA PENGANTAR

BAB I: PENDAHULUAN	1
BAB II : KAJIAN PENDUKUNG	13
2.1. Hasil Kajian Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI, GAM di Aceh	13
2.2. Hasil Penelitian Lanjutan Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh	23
2.3. Hasil Kajian Bimbingan dan Konseling Bagi Anak yang Mengalami Trauma Akibat Kekerasan Di NAD (Studi Kasus Dalam Rangka Uji Coba Menggambar Sebagai Alat Pengungkap Pengalaman Traumatis Anak Usia 9-13 Tahun di Desa Pusong Lhokseumawe)	34
2.4. Hasil Kajian Perbedaan Peristiwa Traumatik Konflik Bersenjata dengan Gempa dan Tsunami Pada Pelajar SLTA di Aceh Besar	37
2.5. Hasil Asessment Tentang Hal Yang Perlu dilakukan Pada Psikososial, Kesehatan Mental Pasca Bencana Berskala Besar	41
BAB III: KONSEP TRAUMA	48
3.1 Pengertian Trauma	48
3.2 Proses Terjadinya Trauma	53
3.3 Jenis-Jenis Trauma	57
3.4 Penyebab Terjadinya Trauma Psikologis	61
3.5 Cara Mengatasi Trauma Psikologis	62
3.6 Symptom Trauma Psikis	63
3.7 Penyebab PTSD	63
3.8 Symptom PTSD	65
BAB IV : KONSEP PENANGANAN TRAUMA & PTSD	68
4.1 Penanganan Trauma	68
4.1.1 Pada Masa Krisis	69
4.1.2 Pada Masa Trauma	75
4.1.2.1 Bimbingan dan Konseling	75
4.1.2.2 Psikoterapi	77

4.2 Penanganan PTSD	86
4.2.1 Bimbingan dan Konseling	86
4.2.2 Psikoterapi	91
4.2.3 Farmakoterapi	94
4.2.4 Model Intervensi Piramida Pasca Konflik berkekerasan	95
4.2.5 Konseling Pendekatan Teori Pilihan	97
BAB V : BENTUK –BENTUK TRAUMA YANG DI ALAMI KORBAN KONFLIK BERSENJATA DI SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA	99
5.1 Gambaran Bentuk-Bentuk Trauma yang di Alami Korban di Selatan Thailand	99
5.2 Bentuk-Bentuk Trauma yang di alami Korban di Aceh Indonesia	104
5.3 Analisis	107
BAB VI : DUKUNGAN LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT PADA KORBAN KONFLIKS BERSENJATA	112
6.1. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Pada Korban Konflik Bersenjata di Selatan Thailand	113
6.2. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Untuk Korban Konflik Bersenjata di Aceh	119
6.3. Analisis	122
BAB VII : DUKUNGAN PEMERINTAH TERHADAP KORBAN KONFLIK BERSENJATA	127
7.1. Dukungan Pemerintah Selatan Thailand dan Aceh Indonesia Terhadap Korban Konflik Bersenjata	127
7.2. Dukungan Pemerintah Untuk Korban Konflik Bersenjata di Aceh Indonesia	130
7.3. Analisis	133
7.3.1 Dukungan Pemerintah Dalam Bentuk Fisik	135
7.3.2 Dukungan Pemerintah Terhadap Psikologis	142
7.3.3 Dukungan Pemerintah Terhadap Perlindungan Hukum	146
BAB VIII : PENANGANAN TRAUMA YANG SUDAH DILAKUKAN KEPADA KORBAN KONFLIK BERSENJATA DI SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA	149
8.1. Penanganan Trauma Yang Pernah di Terima Korban Konflik Bersenjata di Selatan Thailand	149

8.2. Penanganan Trauma yang Pernah diterima Korban Konflik Di Aceh Indonesia	151
8.3. Analisis	152
BAB IX : PERBEDAAN TRAUMA DAN PENANGANANNYA	
ANTARA SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA	161
9.1. Deskripsi Perbedaan Trauma dan Penanganannya	161
9.2. Analisis	163
BAB X : GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	171
10.1. Gambaran Umum Daerah Selatan Thailand	171
10.1.1. Geografis dan Demografis	171
10.1.2. Aspek Pendidikan, Ekonomi, Sosial dan Agama	172
10.1.2.1. Gambaran Tentang Pendidikan	172
10.1.2.2. Gambaran Tentang Ekonomi	176
10.1.2.3. Gambaran Tentang Sosial	180
10.1.2.4. Gambaran Tentang Agama	181
10.2. Gambaran Umum Aceh Indonesia	186
10.2.1. Gambaran Geografis dan Demografis Provinsi Aceh	186
10.2.1.1. Gambaran Kota Banda Aceh	187
10.2.1.1a. Geografis	187
10.2.1.1b. Kependudukan	188
10.2.1.1c. Ketenagakerjaan	189
10.2.1.1e. Pendidikan	189
10.2.1.1f. Kesehatan	190
10.2.1.1g. Agama dan Sosial	192
10.2.1.1h. Kemiskinan dan Pembangunan Daerah	193
10.2.1.2 Gambaran Aceh Besar	193
10.2.1.2a. Geografis	193
10.2.1.2b. Kependudukan	195
10.2.1.2c. Ketenagakerjaan	196
10.2.1.2d. Pendidikan	196
10.2.1.2e. Agama	197
10.2.1.2f. Sosial Kemasyarakatan	198
10.2.1.2g. Kesehatan	199
BAB XI : PENUTUP	201
DAFTAR PUSTAKA	207

BAB I

PENDAHULUAN

Konflik bersenjata yang terjadi di Pattani Thailand, Lebih dari 6.000 orang telah tewas dan lebih dari 10.000 telah terluka antara tahun 2004 sampai 2014 dalam pemberontakan separatis etnis minoritas Thai beragama Buddha dan Muslim. Di Aceh, lebih kurang diperkirakan 2.000 orang lebih terbunuh sejak Mei 2003, dalam penyerangan TNI dengan GAM. Korbannya kebanyakan adalah tentara GAM, namun kelompok-kelompok HAM Internasional dan setempat, termasuk komisi HAM pemerintah, menemukan bahwa, sebagian besar korban adalah warga sipil. Bukti menunjukkan bahwa TNI sering tidak membedakan antara anggota GAM dan non - kombatan. Dari Penyelidikan-penyelidikan, juga menemukan GAM turut bersalah atas kebrutalan yang terjadi di Aceh. Konflik bersenjata tersebut, telah menyisakan banyak penderitaan bagi keluarga korban dan masyarakat sekitar, sehingga mereka diyakini, banyak yang mengalami trauma berat.

Trauma ialah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri luar biasa, yang dapat menimpa siapa saja, apakah itu individu, kelompok masyarakat, maupun suatu bangsa, ia tidak mengenal ras, tingkat sosioekonomi, tempat tinggal atau faktor-faktor demografi yang lain. Setiap peristiwa yang terjadi itu, mungkin menjadi tragedi ngeri kepada seseorang atau sekelompok orang atau sebaliknya, bagaimana seseorang tersebut, menerima peristiwa yang menimpa mereka. Secara umum setiap peristiwa pahit atau ngeri, akan

menimbulkan berbagai reaksi dan persepsi seseorang. Peristiwa pahit tersebut, akan menimbulkan dampak yang mendalam pada pikiran, emosi dan tingkah laku, baik itu dalam jangka pendek ataupun jangka panjang, tergantung bagaimana cara seseorang, berfikir dan menerima kejadian pahit tersebut.

Menurut Langstaff. D & Christie.J, (2000) mereka menyatakan trauma sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang, yang memberi dampak kepada fisik dan psikologis, sehingga membawa kepada kehidupan, seperti menurunnya tingkat produktivitas dan aktivitas keseharian. Selain dari itu, juga dapat menurunkan tingkat kesehatan serta mengganggu sistem saraf dan pemikiran, yang dapat menyebabkan kematian. Webb (2004) menyatakan, trauma juga dapat disebut sebagai kecederaan tubuh, yang disebabkan oleh serangan fisik dari luar seperti: tembakan, kebakaran, kecelakaan, tikaman senjata tajam, luka akibat berkelahi, diperkosa, kelalaian teknologi dan sebagainya. Trauma tidak hanya bisa dialami secara individu, namun juga bisa secara massa seperti: korban konflik bersenjata di Mesjid Ban krue Se Pattani Thailand, dan juga dalam penyerangan Simpang KKA Aceh Utara dalam konflik bersenjata di Aceh, yang melukai fisik dan juga mental pada masyarakat korban secara serentak.

Pasca trauma, sering timbul kecemasan dan kebingungan yang melampau, sehingga, dapat menyebabkan gangguan emosi yang akut. Biasanya reaksi akan muncul pada emosi, tingkahlaku dan pemikiran, jika

tidak dirawat secara intensif dan profesional, akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan pasca trauma, sehingga hilang pola coping dan rasa tidak berdaya, yang sering disebut dengan *Post Traumatic Stress* dan seterusnya lebih parah lagi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

Apabila trauma sudah sampai pada tingkat disorder, maka akan mengganggu aktivitas dan bila tidak ditangani dengan seius dan berkelanjutan, korban akan berakhir pada sakit jiwa. Oleh karena itu, hasil penelitian “**trauma dan penanganannya pada masyarakat korban konflik bersenjata di Selatan Thailand dan Aceh Indonesia**” ini sangat penting untuk dijadikan bahan pelajaran, sebagai suatu bentuk pengembangan ilmu bagi masyarakat, terutama yang berkecimpung dalam bidang psikososial seperti: konselor, psikolog dan pekerja sosial lainnya, yang akan membantu para korban yang trauma. Dengan demikian masyarakat yang trauma akan mampu kembali beraktivitas dan berkeaktivitas dalam kehidupannya, sehingga menjadi masyarakat yang kuat, tidak mudah dipengaruhi oleh apapun yang bersifat negatif.

Penelitian yang telah dilakukan secara umum terfokus pada trauma dan penanganannya dalam kalangan masyarakat korban konflik bersenjata di Selatan Thailand dan Aceh Indonesia. Sedangkan secara khusus pada lima aspek yaitu: (1) Bentuk-Bentuk trauma yang di alami masyarakat korban konflik bersenjata di SelatanThailand, dan Aceh Indonesia; (2) dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat pada masyarakat korban konflik bersenjata di

Selatan Thailand, dan Aceh Indonesia; (3) dukungan Pemerintah terhadap masyarakat korban konflik bersenjata di Selatan Thailand dengan Aceh Indonesia; (4) penanganan trauma yang sudah dilakukan kepada masyarakat korban konflik di Selatan Thailand, dan Aceh Indonesia; (5) perbedaan trauma dan penanganannya di Selatan Thailand dengan Aceh Indonesia.

Penelitian ini berguna untuk mendapatkan data konkrit, terkait trauma dalam masyarakat korban konflik bersenjata, di dua wilayah yang kondisi dan situasinya hampir sama, yaitu: sama-sama mengalami penderitaan yang panjang akibat konflik bersenjata, yang terjadi antara pemerintah dengan kelompok oposisi, sehingga masyarakat mengalami trauma. Selain dari itu, penelitian ini, juga berguna untuk mengasah peneliti, dalam melakukan penelitian yang berskala internasional, menaikkan mutu dan kualitas diri dan Perguruan Tinggi.

Sedangkan manfaatnya, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan, bagi pemerintah di Selatan Thailand dan Aceh Indonesia, dalam rangka merumuskan kebijakan untuk penanganan trauma korban konflik, sehingga dapat mengantisipasi terjadinya trauma permanen. Selain dari pada itu, hasilnya, juga bermanfaat untuk memenuhi beban kerja dosen, kenaikan pangkat, dan juga dapat menjadi bahan rujukan untuk peneliti selanjutnya.

Di dalam penelitian yang telah dilakukan ini, ada dua variabel yang harus di definisikan secara operasional, agar tidak terjadi kesalahfahaman

dalam mengartikan dan menafsirkan aspek- aspek penelitian ini, seperti: (1) Bentuk –Bentuk trauma dan penanganannya, (2) masyarakat korban konflik bersenjata di Selatan Thailand dan Aceh Indonesia.

Pertama, bentuk- bentuk trauma. Tri Kurnia Nurhayati (2005) menyatakan bahwa, Kata bentuk diartikan sebagai wujud, rupa. Cavanagh (1982) mengartikan trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa, yang menimbulkan luka atau perasaan sakit. *Mental Health Channel* (2004) mendefinisikan trauma sebagai suatu luka atau perasaan sakit berat, akibat suatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang, baik secara langsung maupun tidak langsung, baik luka fisik maupun psikis, ataupun kombinasi dari keduanya. Cristie (2000) menyatakan trauma adalah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri, yang dapat menimpa siapa saja, apakah individu ataupun kelompok masyarakat, tidak mengira bangsa, status sosial ekonomi, lokasi tempat tinggal, atau faktor demografi lainnya. Choy (1998) menyatakan, trauma adalah kecederaan fisik akibat sesuatu kemalangan atau gangguan mental, akibat sesuatu pengalaman pahit (*traumatic*). Jarnawi (2007) menyatakan bahwa, trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merusakkan keseimbangan kehidupan manusia.

Goleman (2000) mengutip pernyataan Sigmund Freud, bahwa apabila seseorang telah mengalami trauma, maka seluruh kehidupannya akan terhenti dan orang tersebut tidak akan lagi memikirkan masa kini dan masa depan, melainkan secara kekal, kehidupan yang dijalaninya terserap, untuk

memikirkan masa lalu. Shapiro (1999) juga menyatakan bahwa, trauma merupakan pengalaman hidup, yang mengganggu keseimbangan biokimia, dari sistem pengolahan informasi psikis otak. Keseimbangan ini menghalang pengolahan informasi untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperoleh dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. Penanganan. Dalam Kamus Bahasa Indonesia kata penanganan berasal dari kata "tangan" yang berarti proses, cara, perbuatan menangani.

Berdasarkan beberapa definisi di atas, maka bentuk-bentuk trauma dan penanganannya yang dimaksud dalam kajian ini adalah wujud, peristiwa yang mengejutkan, menyedihkan, mengancam, diluar batas kemampuan dan kelaziman yang dialami masyarakat korban konflik, yang sudah membekas dalam sistem saraf, sehingga mengganggu keseimbangan psikis otak, yang memunculkan *symptom* tidak lazim dalam perilaku, seperti sering mengalami hal: terkejut tiba-tiba, mimpi buruk, sedih berlebihan, cemas berlebihan, stres, depresi dan PTSD, sehingga diperlukan proses, cara, perbuatan dalam upaya menanganani untuk penyembuhannya.

Kedua, Masyarakat Korban Konflik Bersenjata Di Selatan Thailand Dan Aceh Indonesia. Masyarakat korban. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia masyarakat diartikan: sehimpunan manusia yang hidup bersama dalam suatu tempat dengan ikatan-ikatan, aturan-aturan tertentu; orang banyak; khalayak ramai. Korban diartikan orang yang mengalami penderitaan.

Konflik bersenjata. Choy (1998) mendefinisikan konflik adalah, kontradiksi, perselisihan atau pertentangan antara individu, idea, kepentingan dsb. Berkonflik berarti berbenturan, bertentangan (*to be in conflict*). Sedangkan senjata diartikan alat yang digunakan untuk berperang atau melawan seperti pistol, senapan (*arms, weapon- firearms*). Bersenjata berarti memakai senjata, lengkap dengan senjata (*armed*). Jadi konflik bersenjata dalam kajian ini adalah benturan, kontradiksi, perselisihan atau pertentangan antara Gerakan Aceh Merdeka (GAM) dengan Tentara Nasional Indonesia (TNI), dan pemberontakan separadis etnis minoritas Thai beragama Buddha dan Muslim yang menggunakan senjata berupa pistol, sanapan, dan benda tajam lainnya.

Berdasarkan penjelasan di atas maka dapat dinyatakan bahwa, masyarakat korban konflik bersenjata di Selatan Thailand dan Aceh Indonesia yang dimaksud dalam penelitian ini ialah, kalayak ramai yang menderita akibat konflik bersenjata antara GAM dengan TNI di Aceh Indonesia dan kaum pemberontakan sparadis etnis minoritas Thai beragama Budha, dengan kaum muslim di Selatan Thailand.

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa, trauma dan penanganannya di Aceh dan Selatan Thailand adalah berbeda dari bentuk-bentuk traumanya, penanganannya dan sama pada gejalanya. Pernyataan ini di dasari dari temuan penelitian yaitu:

Pertama, di lihat dari bentuk-bentuk trauma yang terjadi di Aceh dan Selatan Thailand adalah berbeda, yaitu: di Aceh ada tiga bentuk trauma yang

sangat menyakitkan seperti: (1) Trauma fisik: luka tembak, pembacokan, tusukan, pembakaran, dll; (2) Trauma psikis diancam, di teror, dipaparkan pada trauma menyakitkan seperti menonton penyincangan manusia, menonton orang lain disiksa; (3) Trauma sexual, pemerkosaan, pelecehan, penderaan alat kelamin dll. Sedangkan di Selatan Thailand bentuk trauma hanya dua, yaitu: trauma fisik dan psikis saja: (1) Trauma fisik akibat penderaan seperti: telinga rusak, sehingga tidak dapat mendengar lagi, ada luka tembakan, sesak napas; (2) Trauma psikis, korban di ancam, diawasi, di kucilkan dalam masyarakat.

Kedua, dilihat dari dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), di selatan Thailand terhadap korban cukup banyak, dalam perbaikan materil, fisik, tetapi dalam bidang trauma sangat minim, seperti; (1) LSM Nusantara, berfokus pada bantuan anak yatim dan fakir miskin dengan memberikan beasiswa, membantu mereka ikut seminar psikologi, membantu tempat tinggal bagi anak yatim piatu, tidak ada tentang trauma; (2) LSM HAP berfokus pada pemulihan hak asasi manusia, dengan memfasilitasi korban untuk mendapatkan keadilan dan hak-haknya, seperti pengacara, uang komvensasi, sosialisasi hukum, sedangkan untuk trauma, mereka bekerjasama dengan merujuk kepada para medis; (3) LSM Wartani bergerak dalam bidang informasi publik, membantu mencari korban yang hilang, juga tidak ada penanganan trauma; (4) LSM Insauth, membantu bidang pendidikan karena banyak guru TK, SD dan SMU menjadi korban penembakan dan

penangkapan, dan juga membantu melahirkan berbagai LSM untuk kemanusiaan, seperti: Jaringan Guru Sekolah Melayu (JARUM), agar mereka dapat membela korpnnya sendiri, Jamin, JOB dsb, disini juga tidak ada program terkait trauma. (5) Jaringan korban Undang-Undang Darurat (JASAD), bergerak untuk pembelaan korban yang berulang ditangkap untuk mencari keadilan, juga mereka tidak menangani trauma; (6) LSM Hearlthy, yang bergerak dalam bidang trauma healing untuk perempuan bermasalah dengan keamanan nasional, yang bekerja dengan salah satu universitas di Malaysia, walaupun penanganan hanya baru sebatas pelatihan-pelatihan untuk penanganan trauma pasca di tangkap dan dikurung di kem tentara, dan (7) LSM Bunga Raya, yang bergerak untuk memfasilitasi pendidikan untuk fakir miskin, inisiasi perbaikan kurikulum untuk memasukkan mata pelajaran tentang perdamaian di sekolah-sekolah.

Sedangkan di Aceh, dukungan terhadap korban juga sangat banyak dan beragam, tergantung pada Fokus LSMnya bergerak dalam bidang tertentu, seperti: (1) FP-HAM, fokus kegiatannya adalah bidang riset, data, investigasi dan advokasi, karena dengan melakukan investigasi, setidaknya korban merasa mereka ada yang memperhatikan dan mendengarkan tentang keluhannya, dan ini merupakan salah proses healing trauma; (2) Flower fokus bantuannya pada kesehatan, penguatan kapasitas perempuan dan pemberdayaan ekonomi, dengan program tersebut korban akan terbantu dalam penghidupan keluarga, dengan membentuk kelompok- kelompok usaha

di dalam komunitas; (3) Lembaga RPUK berfokus pada: (a) pendampingan perempuan dan anak: dengan memperkuat kapasitas mereka melalui berbagai pelatihan, untuk anak, membuka pendidikan alternatif bersertifikat, karena pada saat konflik, banyak sekolah yang terbakar; (b) pemulihan ekonomi, karena pasca konflik, korban banyak kehilangan harta benda, maka RPUK membantu modal usaha berbentuk benda, seperti: usaha ternak, mereka memberikan kambing, sesuai dengan kebutuhan; (c) pemulihan psikososial, RPUK membantu keterampilan, membuka ruang-ruang untuk bercerita semua masalah yang dihadapi korban, merancang suport group, dan bagi anak difasilitasi tempat bermain, dengan membuat catatan sebelum dan sesudah (pasca pendampingan); (c) Pendampingan trauma, dilakukan oleh pendamping yang sudah dilatih RPUK, program ini sedikit sulit, karena memerlukan tenaga profesional. Jadi secara umum dapat dikatakan bahwa penanganan trauma di Aceh dan di Selatan Thailand masih sangat minim, bahkan bisa dikatakan belum ada secara profesional.

Ketiga, dilihat dari dukungan pemerintah, pada korban konflik di Selatan Thailand dan Di Aceh, juga berbeda dalam pelaksanaan, seperti: (1) Di Selatan Thailand, dukungan pemerintah diberikan kepada korban, setelah proses pengadilan, yang memastikan mereka bersalah atau tidak, kalau bersalah, maka mereka tidak mendapatkan dukungan apapun, tetapi bila tidak bersalah, maka mereka dibayar uang konvensasi sebanyak 400 bath perhari, yang dikalikan masa tahanan, baik di kem tentara, maupun di penjara.

Sedangkan di Aceh, dukungan pemerintah baru diberikan setelah pasca MoU Helsinki dan telah disahkannya Undang-Undang Peralihan Aceh (UUPA), melalui lembaga mandat yang dibentuk oleh Negara, yaitu: Badan Reintegrasi Aceh (BRA) dan juga Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR). Bantuan yang diberikan, berupa rumah, uang diyat, beasiswa, kesehatan, bantuan modal usaha, dan pelatihan pendidikan damai. Untuk trauma, belum ada penanganan secara profesional. Jadi dapat dikatakan secara umum, kedua wilayah tersebut pemerintah belum memberi dukungan dalam hal pemulihan trauma, pada hal ini sangat penting, untuk kelanjutan hidup korban, karena masyarakat trauma, akan melemah secara intelektual dan daya serap dalam berbagai aspek juga melemah, dengan demikian bangsa juga lemah.

Keempat, dilihat dari penanganan trauma yang dilakukan, baik di selatan Thailand, maupun di Aceh Indonesia, belum dapat dikatakan sudah pernah, karena penanganan trauma yang pernah dilakukan di Selatan Thailand, hanya sekali merujuk kepada psikiater, dan memberi trauma healing dengan melakukan pelatihan terkait psikologis korban, itupun hanya satu lembaga yang spesifik yaitu: LSM Healthy, khusus pada perempuan korban keamanan nasional, kalau dari LSM lain hanya bersifat rujukan. Sedangkan di Aceh, penanganan trauma secara spesifik juga belum pernah mereka terima, tetapi pendampingan dengan membuka ruang untuk mereka bercerita, itu sudah merupakan salah satu proses dari healing trauma, dan baru sebatas itu, yang lain belum pernah dilakukan.

Kelima, dilihat dari perbedaan trauma dan penanganannya antara Selatan Thailand dan Aceh Indonesia, yang berbeda dari bentuk-bentuk trauma, bentuk-bentuk penanganan dan dukungan, baik dari LSM dan Pemerintah, seharusnya merupakan hal yang wajar, karena dari segi wilayah, budaya dan agama secara demografis juga berbeda, namun bila dilihat dari gejala yang muncul pada korban itu sama, yaitu sama sama korban menyatakan sulit tidur, jantung berdegub kencang, bila melihat benda-benda yang sama ketika peristiwa traumatik terjadi, rasa benci kepada tentara, sering mimpi buruk, itu artinya untuk pemulihan dan penanganan trauma bisa dilakukan dengan cara yang sama di Selatan Thailand dan di Aceh.

BAB II KAJIAN PENDUKUNG

Ada beberapa kajian terdahulu, yang dapat mendukung penelitian terkait trauma dan penanganannya pada kalangan korban konflik bersenjata, yang telah dilakukan oleh beberapa negara, terutama Aceh terkait peristiwa traumatik, seperti perang dan berbagai peristiwa lain, yaitu:

2.1. Hasil Kajian Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh

Kajian ini dilakukan oleh Tim Peneliti, *International Organization for Migration* (IOM) dan Lembaga Kesehatan Sosial, Fakultas Kedokteran Harvard (2006), yang melakukan kajian di tiga kabupaten, dengan tingkat konflik tinggi di pantai laut Provinsi Aceh, mengenai kebutuhan psikososial, dengan dukungan dana Luar Negeri dan Perdagangan Antar Negara Kanada, melalui kontrak kerja dengan IOM dan Fakultas Kedokteran Harvard. Tujuan utama kajian ini adalah untuk mendapatkan kebutuhan psikososial dan kesehatan mental masyarakat, yang terkena dampak mendalam akibat konflik yang tinggi antara angkatan bersenjata Republik Indonesia (ABRI) dengan Gerakan Aceh Merdeka (GAM) seperti Pidie, Bireuen, dan Aceh Utara. Kajian ini diperlukan karena telah ada penandatanganan Nota kesefahaman pada tanggal 15 bulan Agustus tahun 2005.

Penyelidikan ini secara umum adalah untuk mendapatkan data empirik secara ilmiah, sebagai dasar dalam mengembangkan kepentingan kesehatan

mental dan psikososial, guna mendukung usaha-usaha pemulihan diri, yang dilakukan oleh masyarakat. Sedangkan secara khusus kajian ini bermaksud untuk mengetahui tingkat trauma karena konflik, tingkat masalah psikososial dan kesehatan mental, serta resiko kelompok-kelompok masyarakat, pola, daya tahan dan sumber daya, yang digunakan oleh masyarakat dan para anggotanya, dalam menangani masalah kesehatan jiwa, dan menilai kepentingan intervensi kesehatan mental, yang diduga terkena tindak kekerasan.

Kajian ini dilakukan oleh beberapa peneliti senior, dari Fakultas Kedokteran Harvard Universitas, yang meliputi dua komponen utama, yaitu: **Pertama**, penyelidikan kualitatif, yang melibatkan informan-informan kunci, guna meneliti bagaimana konflik mempengaruhi kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat, yang menurut para tokoh perlu diprioritaskan pelaksanaannya, dalam respon dampak psikososial yang muncul akibat konflik. **Kedua**, survey formal, terhadap penduduk dewasa, dari kelompok masyarakat yang terpilih, yang dirancang untuk mengukur tingkat pengalaman trauma karena kekerasan, tingkat distres psikologi, yang berkaitan dengan pengalaman tersebut, serta kemampuan kajian yang perlu diprioritaskan.

Kedua komponen penyelidikan tersebut, di dukung dalam diskusi focus group, dengan para elit GAM, termasuk bekas kombatan dan tahanan politik. Para peneliti lapangan dari pusat kajian daerah di Universitas Syiah Kuala, melakukan interview, di 30 Desa di Kabupaten Pidie, Bireuen, dan Aceh Utara,

yang dipilih secara acak, selama dua minggu, yang di mulai pada bulan Februari 2006, kemudian data yang diperoleh, di analisis secara bersama-sama oleh Peneliti Harvard dan peneliti IOM, dengan menggunakan perisian SPSS dan analisis statistic, yang lebih kompleks menggunakan program SAS. Sedangkan untuk mengukur tingkat pengalaman traumatik, tekanan distres psikologi dan gangguan psikiatri, faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan gangguan tersebut, menggunakan 25 pertanyaan versi Hopkins, dan *Harvard Trauma Questioner* (HTQ), yang terdiri dari 42 butir pengukuran luas, yang meliputi 16 butir, yang digunakan untuk mengukur gangguan stres pasca trauma (PTSD). Disamping butir-butir pertanyaan lain, yang dibuat untuk mendapatkan data-data strategis, mengenai pengalaman yang mengganggu pasca tsunami maupun konflik, yang di intergrasikan dalam pengukuran kuantitatif, agar responden dapat menceritakan pengalaman mimpi buruk, dan suara-suara orang yang telah meninggal.

Jumlah sampel untuk kajian kuantitatif sebanyak 596 orang responden dewasa, yang berusia 17 tahun atau lebih, yang dipilih secara acak, dari 30 kampung tempat penyelidikan. Di samping hal tersebut, juga 75 orang informan kunci, yang terdiri dari, tokoh masyarakat yang terseleksi, dan telah diwawancarai. Temuan yang diperoleh dari hasil kajian tersebut, dapat digeneralisasikan pada masyarakat, dengan tingkat konflik tinggi, di Kabupaten Pidie, Bireun, dan Aceh utara. Sedangkan temuan-temuan kunci dapat dijabarkan sebagai berikut:

Pertama, dan paling berdampak dari suvey ini, adalah para anggota masyarakat tersebut telah mengalami peristiwa traumatik yang mengerikan dan terakumulasi dalam peringkat cukup tinggi sebagai akibat kekerasan. Beberapa contoh data menggambarkan dampak besar yang diakibatkan oleh konflik terhadap penduduk kampung di daerah tersebut sebagai berikut: 78% telah mengalami pengalaman perang, 38% mengalami peristiwa di mana mereka harus melarikan diri dari bahaya, 8% wanita telah kehilangan suami akibat konflik, 5% memiliki anak yang terbunuh, 41% mempunyai anggota keluarga atau teman yang terbunuh, 33% melaporkan keluarganya atau temannya di culik atau hilang, 45% melaporkan harta mereka disita atau dimusnahkan, dan 33% mengalami pemerasan atau perampasan.

Kedua, baik lelaki maupun perempuan, mengalami tingkat kekerasan yang luar biasa, namun tingkatan dan jenis dari peristiwa traumatik yang dialami, berbeda-beda menurut jenis kelamin. Para lelaki melaporkan kekerasan fisik secara signifikan lebih tinggi, berbanding perempuan, yaitu: (1) 56% lelaki dan 20% perempuan, melaporkan telah mengalami penganiayaan, (2) 36% lelaki dan 14% perempuan, melaporkan telah diserang dengan menggunakan senjata api atau pisau, (3) 25% lelaki dan 11% perempuan, melaporkan telah disiksa, (4) 19% lelaki dan 5% perempuan, melaporkan telah dikurung, (5) 65% lelaki dan 45% perempuan, dipaksa menyaksikan kekerasan fisik terhadap orang lain. Walaupun tingkat kekerasan seksual yang dilaporkan telah dilakukan terhadap wanita, itu rendah, sebahagian

disebabkan oleh stigma para perempuan, mengalami serangan fisik dari kombatan lelaki, dalam bentuk kekerasan gender, disamping itu pengalaman yang sering terjadi adalah rumah-rumah mereka dijarah dan dimusnahkan.

Ketiga, terdapat perbedaan yang cukup signifikan, antara satu daerah dengan daerah lainnya. Para responden di Bireuen dan Aceh Utara melaporkan tingkat peristiwa traumatik maupun gejala psikologi, jauh lebih tinggi, dari pada responden, adalah: Pidie dan Bireuen 85%, Aceh Utara 78%; mengalami peperangan Pidie dan Bireuen 66%, Aceh Utara 40%; mempunyai ahli keluarga dan teman terbunuh Pidie 21%, Aceh Utara 22%, Bireuen 14%; ditangkap, ditahan oleh salah satu pihak pada masa konflik 4% .

Keempat, pertanyaan mengenai peristiwa yang menyebabkan stres atau peristiwa traumatik sejak penandatanganan nota kesefahaman keamanan, temuan penting lain dalam kajian ini adalah: 85% banyak warga menyatakan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan keluarganya, 90% sukar mendapatkan pekerjaan, 71% kesukaran dalam memulai kembali aktivitas mata pencaharian selama masa pasca konflik, 72% kekuwatiran cukupnya persediaan makanan, 59% kekuatiran memiliki rumah yang layak. Penemuan-penemuan dalam bentuk nomor tersebut mendukung wawancara kualitatif, yang menunjukkan adanya kekuatiran mendalam mengenai permasalahan dasar pada mata pencaharian.

Konflik yang hampir berlangsung selama hampir 30 tahun tersebut, jelas telah memporak porandakan ekonomi setempat, menghalang penduduk

kampung mengolah tanah mereka, memusnahkan hewan mereka, menghancurkan semua usaha perdagangan, merusakkan rumah-rumah mereka, dan menghalangi para kaum muda memasuki kelompok tenaga kerja. Oleh karena itu, usaha pemulihan akan berhadapan dengan peristiwa-peristiwa traumatik yang dahsyat, yang diderita oleh masyarakat, ekonomi yang rusak, serta sumber daya masyarakat yang hancur, perlu ditangani dengan segera. Di samping itu, 47% responden melaporkan telah melihat para pelaku kejahatan dan kekerasan sebagai sumber rasa stres yang berkepanjangan, 30% mengalami serangan atau ancaman fisik dan psikologis, dan 21% mengalami perampokan sejak ditandatanganinya nota kesefahaman. Walaupun konflik secara formal telah berhenti, rasa tidak aman yang berkepanjangan selama ini, tetap merupakan suatu halangan, dalam menuju pemulihan para individu, maupun masyarakat.

Kelima, gejala psikologis pada kelompok penduduk ini, luar biasa tinggi, setara dengan penduduk pasca konflik, seperti Bosnia dan Afghanistan. Kajian ini, menggunakan gejala-gejala (*symptoms checklist*), yang diterjemahkan dan diadaptasi khusus, untuk warga Aceh, dalam menganalisis gejala dan prosedur standart, untuk mengestimasi orang yang memenuhi kriteria sebuah diagnosis klinikal. Prosudur yang diterima secara antar bangsa, untuk menentukan apakah seseorang mengalami depresi berat, gangguan kecemasan, atau gejala stres pasca trauma, menunjukkan bahwa 65%

daripada keseluruhan sampel menduduki kedudukan tinggi pada skala depresi, 69% pada skala kecemasan, dan 34% pada skala gejala PTSD.

Dengan menggunakan tingkat pengukuran gejala yang sangat tinggi, untuk mengenal secara jelas, kasus-kasus yang parah, dijumpai 18% dari sampel memenuhi kriteria, yang meleset dari peringkat sangat tinggi, dan 10% mengindap PTSD pada tahap yang sangat tinggi. Temuan itu, menunjukkan bahwa kebutuhan tentang kajian kesehatan mental, yang disebabkan konflik adalah sangat tinggi, dari kelompok penduduk tersebut. Karena banyak penduduk menderita dampak "trauma konflik" bertahun-tahun, seperti: mengalami peristiwa kekerasan dan ketidak amanan secara berulang-ulang.

Keenam, Odds analysis menunjukkan, adanya faktor-faktor yang berkaitan dengan kemungkinan yang lebih besar, untuk mengindap depresi dan penyakit, yang berkaitan dengan trauma, disamping kelompok-kelompok yang berisiko tinggi, yaitu: (1) terdapat hubungan langsung dan sangat signifikan antara jumlah peristiwa traumatik yang dialami, dengan depresi maupun PTSD. Tingginya jumlah pengalaman peristiwa konflik yang dilaporkan, maka kemungkinan, bahwa orang tersebut akan mengalami gejala depresi dan PTSD, pada tingkat menengah maupun tinggi; (2) semua kelompok di Bireuen dan Aceh Utara, mempunyai kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami gejala - gejala tersebut, di bandingkan dengan di Pidie. Perempuan memiliki kemungkinan yang sedikit lebih tinggi, di bandingkan dengan laki-laki, walau jauh lebih rendah di bandingkan sebahagian besar

kajian yang dilakukan terhadap penduduk yang normal. **Ketiga**, dengan meneliti secara teliti berdasarkan gender, umur, dan kabupaten, maka dapat diketahui dengan pasti, beberapa kelompok dengan tingkat depresi dan PTSD yang sangat tinggi. Kelompok yang paling muda, umur 17-29 tahun, dan yang paling tua, umur 54 tahun lebih dari para laki-laki dan wanita, mempunyai risiko yang paling tinggi. Sebagai contoh: 48% lelaki muda melaporkan gejala depresi berat yang sangat tinggi, 24% laki-laki yang paling tua, dan 25% laki-laki muda, 33% perempuan yang paling tua melaporkan tahap gejala PTSD yang sangat tinggi.

Tujuh, tingkat trauma kepala dan potensi kerusakan otak, yang diakibatkan penganiayaan, pencekikan, penenggelaman, dan bentuk penyiksaan atau kekerasan lain, sangat tinggi, dan memerlukan penanganan tenaga medis, dan penyelidikan lebih lanjut. Para lelaki, khususnya yang berusia muda, di Bireuen dan Aceh Utara, merupakan orang-orang yang berisiko paling tinggi. Seperti: 67% lelaki muda, di Aceh Utara dan 68% di Bireuen, melaporkan telah mengalami trauma dikepala. Temuan-temuan dalam kajian ini menunjukkan suatu keadaan kritikal yang memerlukan bantuan dari pihak Pemerintah.

Temuan kedelapan, pengosongan secara paksa maupun suka rela, merupakan kejadian yang sering terjadi, di daerah-daerah konflik. Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara 38% dari responden, mengatakan bahwa mereka terpaksa melarikan diri dari bangunan terbakar, 47% dari sampel

mengatakan, mereka terpaksa melarikan diri dari keadaan bahaya, pada suatu peristiwa di masa konflik. Data kualitatif mendukung hal tersebut, dengan sangat baik. Para responden dalam sampel ini, sebahagian besar, melaporkan mereka mengungsi di dalam kabupaten mereka dan dalam kecamatan yang sama, dimana mereka tinggal pada saat konflik.

Pengosongan tempat tinggal biasanya merupakan peristiwa kolektif, dimana satu Desa, secara bersama-sama meninggalkan tanah mereka, dan berpindah kefasilitas milik pemerintah ditingkat Kecamatan maupun Kabupaten. Masyarakat Desa, pada umumnya, akan tetap mengungsi selama beberapa minggu, hingga beberapa tahun dan pulang bila sudah diberikan izin atau setelah perjanjian perdamaian. Para kelompok yang pulang tersebut sudah tidak memiliki apa apa lagi termasuk rumah, harta, ternak, sawah, perkebunan, dan peralatan yang sudah dibakar habis dan dijarah habis-habisan. "*Kami terpaksa harus memulainya kembali dari awal*" ini merupakan ungkapan yang sederhana yang sering diucapkan pada setiap wawancara dalam melakukan kajian ini.

Temuan ke sembilan, walau adanya sejarah trauma dan gejala tinggi yang diakibatkannya, masyarakat dan sebahagian besar individu yang ada, di dalamnya, tetap kuat dan bertekad tinggi. Mereka telah menanggulangi pengalaman traumatik mereka, dengan berdoa dan berunding pada ahli agama, dengan mencari perawatan pengobatan umum, dan juga berbicara dengan para keluarga, serta berusaha melupakan apa yang telah terjadi.

Hampir tidak ada, yang berdiskusi dengan petugas kesehatan mental, untuk menangani masalah mereka. Para responden sangat bersyukur dengan berakhirnya kekerasan dan sebahagian besar dari mereka, berusaha keras untuk membina kembali lingkungan mereka, yang rusak berat dan terus melanjutkan hidup mereka.

Temuan kesepuluh, masih terdapat rasa ketidakpercayaan yang signifikan terhadap fasilitas kesehatan secara umum, khususnya di Bireuen dan Aceh Utara. Hal ini dapat dilihat dari sistem kesehatan yang tersedia: 35% responden di Bireuen dan 36% di Aceh Utara, mengatakan bahwa mereka menerima bantuan kesehatan mental yang diberikan melalui klinik kesehatan pemerintah, dibanding dengan di Pidie 74%.

Dalam beberapa kasus, puskesmas di duduki oleh kelompok–kelompok kombatan, selama masa konflik. Juga terdapat keterbatasan pengetahuan, bahwa beberapa klinik kesehatan masyarakat telah mengembangkan kemampuan baru, di bidang kesehatan mental, dan hanya sedikit yang mengetahui, mengenai juru rawat kesehatan mental yang telah dilatih, sebagai bahagian daripada usaha yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan RI, dengan dukungan WHO dan *Asian Development Bank*. Beberapa kegiatan kunjungan khusus, akan diperlukan guna menyentuh sejumlah banyak komunitas-komunitas yang terisolir, yang mengalami paling banyak trauma, selama konflik dan untuk menyambung komunitas tersebut dengan para

pekerja kesehatan mental , yang baru dilatih ke dalam sistem peanggulangan kesehatan mental.

2.2. Hasil Penelitian Lanjutan Kebutuhan Psikososial dan Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan, dari kerjasama IOM dengan *Department of Sosial Medicine Harvard* (2007), terkait dengan kebutuhan Psikososial komunitas-komunitas di 14 Kabupaten lain, yang terimbas konflik di Aceh, dengan menggunakan metode dan analisis data yang sama, yang dilakukan pada peneilitian pertama yang disebut dengan PNA 1 dan PNA 2, dengan hasil penemuan kunci adalah sebagai berikut:

Temuan pertama, diduga bahwa masyarakat yang disurvei untuk PNA 2, akan memiliki tingkat kekerasan yang lebih rendah, berbanding dengan daerah-daerah yang disurvei di PNA 1, yakni pesisir utara, karena dipusat sejarah GAM dan konflik. Namun penemuan mengejutkan, bahwa dua daerah Pesisir Timur dan Pesisir Barat Daya, menderita kekerasan dan peristiwa traumatik yang dahsyat, pada tahap yang setanding dengan atau bahkan lebih besar dengan yang dialami di Pesisir Utara. Contohnya di Pesisir Timur: 80% responden mengalami pengalaman perang, 45% melarikan diri dari bangunan yang terbakar, dan 61% harus melarikan diri dari situasi bahaya. 7% perempuan mengaku suami terbunuh dalam konflik, 50% melaporkan ahli keluarga atau teman yang tewas, dan 45% melaporkan mempunyai ahli keluarga yang diculik dan hilang, hampir setengah atau 47% melaporkan telah

merampas atau dimusnahkan hartanya, dan 31% mengalami pemerasan atau perampasan. Para warga di Pesisir Barat Daya, di mana kekerasan berlangsung dalam tempo yang jauh lebih singkat, tetapi pengalaman kekerasan pada tingkat yang hampir sama.

Temuan kedua, walau sampling yang digunakan untuk PNA 1, bertujuan untuk mendapatkan pemetaan garis besar dari peristiwa konflik dan gejala psikologis di seluruh Aceh, namun dapat juga digunakan untuk mencari kor lokalitas khusus, seperti kasus lembah sungai Kluet di Aceh Selatan, yang tidak boleh ditangkap oleh data agregat serantau semata-mata. Titik-titik panas tersebut mempunyai sejarah kekerasan sangat intensif, konflik dan terus menerus dapat membantu untuk menentukan rancangan khusus penanganan psikososial, dan penanganan reintegrasi pasca-konflik.

Temuan ketiga, mengingat tingginya peristiwa traumatik yang dilaporkan pada PNA 1, maka tidak terkejut, ketika mendapati bahwa kajian PNA 2, menemukan peringkat peristiwa traumatik yang secara signifikan lebih rendah, khususnya di daerah dataran tinggi tengah dan di Aceh Besar. Namun sebuah penemuan penting, banyak warga dalam suatu komunitas yang mengalami konflik rendah, juga telah dipengaruhi oleh konflik yang mengandung kekerasan dan keganasan: hal ini dapat dilihat dari hasil yang diperoleh: 69% responden di Daerah Tenggara, 68% responden di Aceh Besar, 62% di daerah Tengah melaporkan mengalami peperangan. Selain itu: 12% wilayah Tenggara, melaporkan mempunyai anggota keluarga atau teman

yang terbunuh, 31% di Aceh Besar dan 39% di daerah wilayah Tengah, telah kehilangan anggota keluarga dan teman dalam keganasan yang terjadi. 25% daripada laki-laki, di daerah Tengah dan 32% di Aceh Besar, melaporkan telah mengalami pemukulan secara kejam tubuhnya. Walaupun kekerasan teridentifikasi di berbagai daerah dan kampung tertentu, tetapi kekerasan juga terjadi secara meluas, yang meninggalkan kesan pada sejumlah warga di dalam masyarakat pedesaan di Aceh.

Temuan keempat, laki-laki dan perempuan mengalami tingkat kekerasan yang tinggi, akan tetapi tingkat, jenis peristiwa traumatik, yang di alami pada masa konflik itu berbeda-beda berdasarkan jenis kelamin. Kekerasan secara fisik lebih banyak dialami oleh laki-laki, dibandingkan perempuan. Pada sampel PNA 2: 38% laki-laki dan 9% perempuan, dinyatakan telah dipukul, 19% laki-laki dan 8% perempuan, diserang dengan senjata api dan pisau, 16% laki-laki dan 3% perempuan, telah disiksa, 15% laki-laki dan 3% perempuan, telah ditangkap, dan 44% laki-laki dan 35% perempuan, menyatakan melihat dan menyaksikan penyiksaan kekerasan fisik terhadap orang lain. Namun demikian, perempuan sangat menderita, sebagai contoh, pada komunitas masyarakat pesisir Barat Daya, 79% mengalami peperangan, 56% harus melarikan diri dari situasi bahaya, 52% dipaksa untuk menyaksikan hukuman fisik, 36% mempunyai anggota keluarga atau teman yang terbunuh, 43% telah dirampas atau dihancurkan hartanya, dan 32% dipaksa untuk mencari anggota GAM di hutan. Walaupun

tingkat kekerasan seksual terhadap perempuan dinyatakan rendah, yaitu: 1% diperkosa, 4% bentuk kekerasan seksual yang lain, sebahagian disebabkan oleh stigma, cerita-cerita mengenai kekerasan seksual oleh kombatan lelaki terhadap perempuan juga ada terjadi.

Temuan kelima, tingkat trauma fisik di kepala yang berpotensi menderita cedera otak akibat penganiayaan, pencekikan, penenggelaman dan bentuk-bentuk penyiksaan dan kekerasan lain sangat tinggi, oleh karena itu perlu penanganan secara klinis dan penyelidikan lebih lanjut. Para kaum laki-laki khususnya yang tinggal di kawasan-kawasan yang sangat tinggi tingkat konfliknya, mempunyai risiko yang sangat tinggi, yaitu: 43% dari semua laki-laki di daerah pesisir Timur dan 41% di pesisir Barat Daya menyatakan telah mengalami trauma secara fisik di kepala, hal ini sebanding dengan persentase yang ditemukan dalam kajian PNA 1, di pesisir Utara. Para ahli klinis, dalam program *Outreach* kesehatan mental IOM, yang ditugaskan di Desa-Desa berkonflik tinggi, seperti di Bireuen menemukan bahwa trauma fisik di kepala sering dijumpai.

Temuan keenam, hampir semua daerah berkonflik tinggi, yang masuk dalam sampel, 1/3 dan 2/3 daripada semua responden, pernah melakukan pelarian, biasanya secara paksa, selama konflik. Hampir semua responden, menceritakan bahwa pengalaman pelarian selama konflik, seharusnya dianggap pelarian yang telah berulang. Namun demikian, masih terdapat beribu-ribu warga transmigran Jawa yang mengungsi, masih tinggal di daerah

Sumatera Utara di selatan, Johor dan beberapa ribu pelarian Aceh, masih menetap di Malaysia, sehingga tidak tertangkap oleh data PNA 1. Pengalaman umum, para pelarian ketika mereka pulang dan mendapati desanya telah dibakar, sawah dihancurkan, rumah dijarah dan hewan ternaknya dibunuh, dan keadaan ekonomi hancur berantakan dan hal ini berpengaruh cukup signifikan terhadap kondisi psikososial mereka.

Temuan ketujuh, dari beberapa pertanyaan terkait peristiwa traumatik yang ada saat ini atau terus-menerus terjadi sampai penandatanganan perjanjian, maka hasilnya menunjukkan: Hasil dari penglihatan pengkaji, temuan PNA 2 lebih rendah dari PNA1, yaitu: 47% di PNA 1 dan 7% di PNA 2, mengalami serangan; 31% PNA 1-1% PNA 2 mengalami perampokan; 21% PNA 1 - 1% PNA 2, melakukan kekerasan terhadap perempuan; 4% PNA 1 - 1% PNA 2, melakukan kekerasan terhadap anak. Penemuan - penemuan tersebut, menandakan suatu perubahan yang sangat signifikan, ketika kajian PNA 1 dilakukan, dan ketika rasa percaya terhadap perjanjian perdamaian masih sangat terbatas dan pasukan Indonesia, baru saja meninggalkan Aceh. Bulan July 2006 ketika tinjauan PNA 2, dilakukan. Penemuan - penemuan PNA 2, mengisyaratkan bahwa, sejak bulan July, para warga mengalami pengurangan jumlah pelaku kekerasan. Sedangkan pola penurunan stres yang berkepanjangan yang ditemui dalam PNA 2, terjadi juga terhadap keadaan kehidupan umum, seperti: kurangnya perumahan yang layak huni 59% PNA 1, 38% PNA 2; kurangnya air bersih 75% PNA 1, 55% PNA 2;

jaminan makanan 72% PNA 1, 63% PNA 2; masalah mata pencaharian, 85% PNA 1, 72% PNA 2; kesulitan mencari nafkah untuk keluarga, 89% PNA1, 75% PNA 2; mencari pekerjaan dan 71% PNA 1, 56% PNA 2. Walaupun mereka secara signifikan menurun, nomor-nomor tersebut masih tinggi dalam survei PNA 2. Dari hasil wawancara kualitatif mengisyaratkan bahwa, penyebab stres yang berkepanjangan mencerminkan kehancuran, dari ekonomi desa akibat tiga dekade dalam usaha untuk menghancurkan fondasi material yang mendukung GAM. Karena itu, perekonomian yang rusak, serta sumber daya masyarakat yang telah hancur, memerlukan pemulihan dan pengendalian secara berkepanjangan.

Temuan kedelapan, tingkat peristiwa traumatik dimasa lalu, secara substansial dan signifikan, lebih tinggi di desa-desa yang menerima Program Reintegrasi Masyarakat, Pasca Konflik atau program Makmu Gampong Karena Damai (MGKD), baik Pada PNA 1, maupun pada PNA 2. Tingkat beberapa peristiwa traumatik tertentu di masa lalu, 50% lebih tinggi pada komunitas-komunitas di kedua-dua sampel (untuk peristiwa-peristiwa yang biasa di alami nomor tersebut mempunyai signifikansi statistik yang tinggi). Penemuan-penemuan tersebut, mengukuhkan penentuan yang dilakukan IOM dan Bank Dunia, terhadap desa-desa tersebut sebagai komunitas berkonflik tinggi, yang memerlukan bantuan khusus. Mengenai masalah peristiwa stres saat ini (pasca perdamaian), para responden PNA 2, melaporkan secara signifikan berada pada tingkat rendah, dibandingkan pada PNA1, dengan

desa-desa MGKD, melaporkan tahap yang lebih tinggi, dari pada desa-desa bukan MGKD dengan 4 dari 18 peristiwa. Namun karena hanya 33% dari responden PNA 2, yang tinggal di kampung-kampung MGKD, di banding dengan 46% responden PNA1, kemungkinan terdapat sedikit sampling yang bias dari sejumlah desa-desa yang berkonflik tinggi, yang lebih rendah pada PNA 2.

Temuan kesembilan, para responden PNA 2, menderita masalah kesehatan mental, yang berkaitan dengan kekerasan pada tahap yang signifikan. Prosedur yang diterima secara antar bangsa, untuk menentukan siapa saja yang menderita gejala psikologis, menunjukkan bahwa: 35% jumlah sampel PNA 2 menduduki kedudukan tinggi pada gejala depresi, 39% untuk gejala kecemasan, dan 10% untuk gejala PTSD. Persentasenya, jauh lebih tinggi, pada responden dari pesisir Barat Daya, pantai Timur dan daerah Tengah. Sebagai contoh: 41% responden pesisir Barat Daya menderita sindrom depresi di atas tingkat *cutoff* yang diakui secara antar bangsa, 43% untuk gejala kecemasan, dan 14% untuk gejala PTSD pada peringkat-peringkat tersebut. Pada saat yang bersamaan, sebuah penemuan PNA 1, yang sangat signifikan adalah bahwa responden dalam setiap kabupaten, yang disurvei di bulan July dan Desember 2006 melaporkan tahap yang jauh lebih rendah terlibat dalam depresi berat, gangguan kecemasan, dan PTSD di bandingkan, yang ditemui di PNA 2. Mengingat bahwa tahap gejala psikologi yang dilaporkan diantara responden PNA1 pesisir utara merupakan salah satu

tingkat tertinggi situasi pasca konflik diseluruh dunia, dan hal ini tidak mengherankan ketika ditemui persentase responden PNA 2 yang menderita gejala depresi 65%, kecemasan 69% dan PTSD 34% tingkat tinggi di laporkan pada PNA 1. Karena batas penentu (*cut off*) yang diakui secara antar bangsa tersebut, menghasilkan keputusan yang sangat tinggi pada PNA 1, penyelidikan ini mengembangkan *cut off* yang lebih tinggi dalam rangka mengetahui para pihak yang mempunyai resiko untuk mengindap gejala depresi, kecemasan, dan PTSD yang paling berat. Walaupun persentase, juga sangat tinggi pada PNA1, mereka secara substansial dan signifikan lebih rendah di bandingkan dengan para responden PNA 2.

Temuan kesepuluh, walau gejala depresi dan PTSD di temukan pada PNA 2 lebih rendah dari pada PNA 1, jumlah keseluruhan peristiwa traumatik yang dialami seseorang, masih merupakan variable yang dapat digunakan untuk memprediksi gejala depresi dan PTSD. Odds analysis, yang disajikan dalam laporan ini membuktikan bahwa, adanya keterkaitan, walau odds ratio adalah lebih rendah pada PNA 2, di banding dengan PNA 1. Jumlah yang lebih tinggi akar peristiwa berkaitan dengan konflik, sangat meningkatkan kemungkinan seseorang menderita depresi dan PTSD atau penyakit mental yang dapat didiagnosa. Perempuan memiliki kemungkinan lebih tinggi dari pada lelaki, untuk menderita depresi dan kecemasan. Sementara itu, Laki-laki dan perempuan memiliki kemungkinan yang hampir sama untuk menderita PTSD. Pengaruh usia, tidak menunjukkan pola yang jelas. Para responden,

yang paling tua, (berusia 54-82) mempunyai risiko lebih besar, untuk depresi dan kecemasan secara umum. Beberapa kelompok, lebih muda yang memiliki risiko paling tinggi untuk gejala psikiatri, tidak menunjukkan risiko yang berlebihan pada PNA 2.

Temuan kesebelas, dalam usaha untuk mengukur kesan gejala terhadap pelaksanaan fungsi sosial, penyelidikan ini menambah skala fungsi sosial, dan menemukan bahwa tahap keseluruhan pengakuan akan adanya kesulitan dalam melaksanakan tugas hari-hari, seperti kerja fisik, kerja rumah, adalah sangat rendah. Bahkan dengan instrumen yang baik, analisis telah menunjukkan, hubungan yang signifikan, antara keseluruhan nilai untuk pelaksanaan fungsi sosial, depresi, kecemasan dan PTSD. Yang sangat mencolok, adalah hubungan gejala psikologis dan kesulitan dalam kegiatan pencaharian nafkah sehari-hari, membuat kerja fisik, rumah, bertani, menangkap ikan. Walau hubungan kausalitas tidak dapat dijumpai, kajian ini memberikan bukti, bahwa seseorang yang depresi, cemas secara kronik akan mengalami kesukaran dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Temuan kedua belas, walau temuan menunjukkan gejala psikologis, secara substansial lebih rendah pada responden PNA 2, bahkan di daerah-daerah yang mengalami konflik yang lebih tinggi, berbanding dengan responden pra PNA1, tidak disangka menimbulkan serangkaian pertanyaan: (1) apakah hal tersebut hanya mencerminkan tingkat trauma yang lebih rendah, diantara para responden tersebut, temuan ini tidak menunjukan

demikian. Gejala-gejalanya lebih rendah pada kabupaten, di mana tingkat trauma sama dengan yang ada pada PNA1. Dan apakah pengalaman-pengalaman tersebut mencerminkan pengalaman kekerasan untuk jangka waktu yang lebih singkat bagi mereka yang tinggal di kabupaten PNA 2 dan hal ini tidak dibuktikan dalam penelitian ini. Dalam kajian ini, hanya menyatakan bahwa dengan meningkatnya situasi keselamatan, dan menurunnya tingkat stres yang berkepanjangan, maka gejala psikologis umum dan kecemasan kolektif secara signifikan berkurang. Tetapi pada masa yang sama, kecemasan, depresi, maupun PTSD masih cukup tinggi, di dalam komunitas PNA 2, karena kajian ini, menunjukkan keterkaitan yang sangat erat dengan pengalaman kekerasan dimasa lalu.

Temuan ketigabelas, walaupun adanya sejarah kekerasan yang sangat parah, terhadap penduduk luar kota di daerah-daerah konflik tinggi di Aceh, warga masyarakat tersebut dan sebahagian individu luar biasa kuat dalam menanggulangi pengalaman konflik. Hal ini dapat dilihat dari persentase yang ditemukan, yaitu: 91% penanganan konflik dinyatakan menggunakan doa dan 54% melaporkan telah berunding, 56% melaporkan berusaha untuk melupakan pengalamannya. Pada saat yang bersamaan, 33% menceritakan mereka mencari bantuan perobatan. Persentase sebahagian kegiatan tersebut, paling tinggi di daerah pesisir timur, di mana kekerasan sangat intensif. Ini hanya merupakan petunjuk kecil mengenai sumber pengendalian psikologi lokal, yang digunakan dalam rangka pemulihan dari kesan

kekerasan, dan proses politik berskala besar hampir sudah pasti memainkan peranan yang sama pentingnya, untuk jangka panjang pemulihan komunitas maupun individu.

Temuan keempatbelas, walaupun rasa tidak percaya terhadap pemerintahan masih tinggi, para responden menyatakan bahwa, kemauan yang tinggi untuk menerima bantuan kesehatan mental, baik diberikan melalui GAM ataupun Pemerintah Indonesia. Perbedaan tersebut tidak begitu penting dewasa ini, di mana gubernur dan banyak bupati adalah bekas GAM. Survei PNA 2, menemukan bahwa terdapat perjanjian umum di daerah-daerah konflik tinggi, masalah kesehatan mental mempengaruhi para responden serta keluarga mereka, dan tahap kesadaran tinggi, akan adanya masalah yang berkaitan dengan stres dan trauma pada komunitas-komunitas tersebut.

Temuan ke limabelas, para ahli klinis dari program *Outreach* kesehatan mental IOM di Bireuen, menemukan bahwa masalah-masalah dalam pendahuluan survei PNA 1, banyak didapati di antara warga yang didiagnosa menderita masalah kesehatan mental. Gejala PTSD sering dijumpai dengan hampir seperempat atau 23% penderita memenuhi kriteria PTSD, dan 42% dari semua orang yang dirawat untuk masalah kesehatan mental menyatakan bahwa, penyakit mereka berkaitan dengan pengalaman trauma yang berkaitan dengan konflik. Trauma fisik, pada kepala tanpaknya merupakan sebuah fenomena klinis yang penting, di mana para penderita melaporkan, mengalami gejala yang berkepanjangan sejak mereka dipukul

atau disiksa. Depresi klinis, juga banyak dijumpai dan sering sekali di asosiasikan dengan kenangan traumatik akan konflik, disertai isolasi sosial dan kemampuan ingatan di tengah komunitas dan disertai pula dengan kehilangan harta benda dan hancurnya perekonomian dalam masyarakat tersebut.

2.3. Hasil Kajian Bimbingan Kaunseling Bagi Anak Yang Mengalami Trauma Akibat Kekerasan Di NAD (Studi Kasus Dalam Rangka Uji Efektifitas Menggambar Sebagai Alat Pengungkap Pengalaman Traumatik Anak Usia 9-13 Tahun Di Desa Pusong Lhokseumawe)

Kajian ini dilakukan oleh Jarnawi, (2007) di Nangroe Aceh Darussalam, tentang konflik bersenjata yang telah terjadi di Desa Pusong, Kota Lhokseumawe, ternyata telah menabur begitu banyak peristiwa kekerasan dan meninggalkan sejumlah luka fisik maupun psikis pada anak-anak. Akibat dari berbagai tindak kekerasan yang dialami tersebut, secara langsung ataupun tidak, telah menimbulkan dampak yang sangat dalam, di dalam kehidupan mendatang. Konflik bersenjata yang terjadi disadari atau tidak, siapapun bisa menjadi korban kekejaman dari situasi suatu konflik kekerasan, yang dapat menyebabkan gangguan psikologis dan akan bermuara kepada lahirnya trauma, yang dapat membentuk anak-anak menjadi manusia kerdil, penakut, pemaarah, pendendam, dan penyebar kebencian. Temuan kajian ini antara lain:

Temuan pertama, mereka telah kehilangan kepercayaannya terhadap hubungan antar pribadi, sehingga dunia sosialnya menjadi tempat yang tidak aman. Selain itu kesan buruk yang ditimbulkan dari konflik terhadap ratusan

anak-anak di Desa Pusong, maupun di daerah lain di Nanggroe Aceh Darussalam, telah mengalami trauma yang membuat mereka terganggu secara psikologis, seperti gangguan berupa peningkatan *agresifitas*, *flash back*, kebencian dan dendam, perasaan takut dan cemas yang berlebihan, menurunnya konsentrasi dan daya ingat yang berpengaruh kepada penurunan prestasi.

Temuan kedua, trauma tersebut turut mengganggu tumbuh kembang mereka secara optimum. Agar anak dapat bangkit kembali, salah satu usaha yang harus dilakukan adalah dengan pemberian bantuan bimbingan dan kaunseling pasca trauma, yang memperhatikan berbagai aspek kebutuhan dan segala keunikannya. Trauma yang dialami anak-anak Desa Pusong, disebabkan terperangkapnya suatu peristiwa traumatik dalam alam bawah sadar mereka (*ancounscious*). Karena itu, untuk menanganinya adalah dengan memperbaiki kembali struktur keperibadian anak, yang tidak disadari menjadi sadar atau dengan kata lain "menyadarkannya kembali." Proses penyadaran ini, dapat dilakukan dengan cara mengungkap kembali, segala bentuk ketakutan, kecemasan, dan ketidakberdayaan anak ke dalam alam kesadaran, sehingga akan timbul kembali rasa percaya terhadap diri, orang lain, dan lingkungannya.

Temuan ketiga, kaunseling yang dapat diberikan untuk membantu anak-anak yang mengalami trauma di Aceh, adalah melalui pendekatan *play therapy* dengan menggunakan teknik menggambar bebas. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa pendekatan ini dapat mengungkap dan membebaskan perasaan anak yang tertekan dalam alam bawah sadar. Dengan menggambar, terkadang dapat membuka jalan bagi anak untuk melukiskan apa yang terjadi pada masa mengerikan pada dirinya, yang tidak berani mereka bicarakan dengan cara lain. Pendekatan melalui teknik menggambar ini, dipandang sangat sesuai dan berkesan dengan perkembangan dunia anak. Ungkapan - ungkapan perasaan yang bebas, sangat menunjang suatu proses penyembuhan trauma yang dialami anak.

Temuan keempat, usaha bantuan kaunseling dengan pendekatan terapi permainan, perlu juga didukung dengan usaha lain, berupa pemulihan menyeluruh melalui intervensi psikososial berdasarkan komunitas. Pendekatan ini adalah suatu pendekatan yang menekankan pada cara-cara bagaimana suatu komunitas (bukan hanya individu) dapat menangani kerusakan sekaligus menyembuhkan diri secara kolektif. Hal ini cukup penting, karena pemulihan trauma yang dialami anak, sangat bergantung oleh dukungan sosial, terutama dari keluarga, dalam hal ini adalah orang tua atau orang yang terdekat dengan anak tersebut. Karena apabila lingkungan sekitar masyarakatnya, masih mengalami gangguan trauma, atau menghadapi berbagai masalah, mana mungkin pemulihan anak, dapat berjalan dengan optimal.

Temuan kelima, hasil kajian tersebut, dapat dilihat dari hasil menggambar anak, dengan baik tentang senjata yang digunakan oleh para

pelaku kekerasan, pada masa konflik bersenjata berlangsung seperti, pistol, m.16, bom tangan, pedang, celurit, badik, topeng, pentungan serta lukisan orang-orang yang sedang melakukan kekerasan dengan senjata tersebut, dan itu merupakan salah satu ingatan, yang mungkin sukar untuk dilupakan oleh anak-anak di pusong Lhokseumawe, Aceh Utara.

2.4 Hasil Kajian Perbedaan Peristiwa Traumatic Konflik Bersenjata dengan Gempa dan Tsunami Pada Pelajar SLTA di Aceh Besar

Kajian lanjutan yang dilakukan oleh Kusmawati Hatta (2009), tentang perbedaan peristiwa trauma korban konflik dan tsunami yang dilakukan pada pelajar SLTA di Aceh Besar, dengan menggunakan metode deskriptif analitis dengan pendekatan kualitatif. Objek kajiannya adalah bentuk-bentuk perilaku korban (verbal, non verbal), perkataan, sikap yang ditunjukkan dalam kegiatan hari-harinya pasca konflik, gempa dan tsunami, ketika mendengar kembali kisah-kisah traumatik yang dialami, dan hasil kajian tersebut didapati, bahwa peristiwa traumatik yang dialami oleh korban konflik, gempa dan tsunami pada 10 SMU pilihan yang ada di Aceh besar, dapat diuraikan secara singkat di bawah ini, baik mengenai peristiwa traumanya, mupun perbedaan, dan juga pengendalian yang pernah mereka terima dari LSM maupun dari pemerintah.

Temuan pertama, keterangan peristiwa traumatik korban konflik bersenjata yang di alami siswa siswi SMU (Lamteba, Lamtamot, Selimum, Montasik, Lampenerut) sangat menyedihkan, karena banyak korban diperlakukan seperti binatang, mereka disuruh merayap dalam tanah becek

yang di dalamnya penuh pasir dan krikil tajam dengan siku, dada dan lutut harus terseret dengan tanah, dan ada pula yang melihat ayahnya di rendam dalam lumpur WC berjam-jam, ada pula yang ditendang, ditanpar, dan juga dibentak, ditodong pakai senjata api, dibunuh anggota keluarga di depan mata, dilecehkan secara seksual dan juga pemerkosaan pada anggota keluarga perempuan, semua peristiwa tersebut tidak akan hilang dalam ingatan walaupun sudah berusaha untuk melupakan peristiwa tersebut.

Dari peristiwa trauma tersebut, telah mempengaruhi korban dalam aktivitas sehari-hari, korban sering mengaku sakit kepala, dan panik serta ketakutan bila mendengar suara letusan botol air mineral yang tanpa sengaja terpijak orang, dan tanpa sengaja korban teringat kembali peristiwa yang menyakitkan pada masa konflik berlangsung, dan pada saat itu juga keluar keringat serta menggigil. Selain itu juga, sering merasa sangat marah, bila tanpa sengaja, bertemu dengan orang-orang yang memakai baju tentara, perasaan pada saat itu ingin sekali membalas dendam padahal sangat ingin dilupakan.

Temuan kedua, peristiwa traumatik pada saat gempa dan tsunami yang dialami oleh siwa siswi SMU (Krung Raya, Leupung, Lhoknga, Baitussalam, Pekan Bada) yang menjadi korban sangat beragam dan corak, ada yang terjebak dalam air dan runtuh beton dan kayu, ada juga yang lari sambil berpegangan tangan dengan ayah dan ibu, yang kemudian dengan mata kepala melihat ayah dan ibunya hanyut dalam arus yang deras dan

tajam, ada pula yang melihat kakak dan abangnya tenggelam sambil meminta tolong, ada juga yang terkurung lama dalam air, dan ketika sadar sudah di tempat yang ia sendiri tidak tahu, ada pula yang berlari sekencang-kencangnya untuk menyelamatkan diri dan ketika kembali kerumah, didapati rumah dan keluarganya sudah tidak ada.

Dari peristiwa trauma tersebut, telah mempengaruhi tingkah laku para pelajar dan siwi korban yang ada di SMU tersebut, mereka sering ketakutan luar biasa, bila mendengar suara angin, gemuruh, bahkan ketika mendengar suara keras mikrofon, pada sa'at itu langsung berkeringat dan juga gemeteran sambil berlari kesana kemari dengan paniknya, bahkan ketika mereka tiba-tiba di tanya mengenai keluarga mereka, langsung tertunduk dan memperlihatkan kesedihan yang sangat dalam.

Temuan ketiga, dari keterangan data dan tabel yang terlihat, mengenai reaksi emosional, maka dapat juga dikatakan siswa-siswi korban konflik itu, ada yang menderita PTSD, walaupun dalam taraf gejala yang masih ringan, sehingga pihak sekolah terutama Guru Bimbingan Kaunseling, menganggap mereka belum memerlukan penanganan yang profesional untuk penyembuhannya.

Temuan keempat, dari segi perbedaan dan persamaan peristiwa korban konflik dan tsunami. Maka dapat dikatakan bahwa dari bentuk peristiwa jauh berbeda, tetapi kesan yang ditimbulkan kedua-dua peristiwa tersebut hampir sama, yaitu sama-sama masih belum dapat melupakan kejadian-

kejadian tersebut, bahkan ada yang mengganggu pikiran, perasaan dan kelakuan hari-hari seperti, tiba-tiba sangat takut dengan orang yang menggunakan seragam TNI, dan benci atau juga sangat takut, cemas bila mendengar suara gemuruh, angin, dan bahkan mikrofon, sehingga membuat tubuh gemetar dan sukar menumpukan diri dimanapun berada.

Temuan kelima, dari segi pengendalian, ternyata korban gempa dan tsunami, maupun korban konflik, belum ada penanganan khusus untuk mereka, baik dari NGO, maupun dari pemerintah, terkait dengan penanganan psikisnya. Akan tetapi dalam bantuan pengobatan free untuk luka-luka pada masa krisis, ada di lakukan oleh beberapa NGO seperti PMI, PLAN, UNICEF, UNDP, AMK dan Lafager, tetapi hanya pada sebatas perawatan gratis dan bantuan perumahan.

Temuan keenam, dari sisi data bukan verbal yang dapat disimpulkan antara lain, rata-rata korban konflik dan gempa dan tsunami mengalami perbedaan yang sangat signifikan, seperti mimik wajah pada korban gempa dan tsunami 40% menunjukkan biasa saja, sedangkan pada korban konflik, hanya 8 %, dan ekspresi menyedikan pada korban tsunami 44%, sedangkan pada korban konflik hanya 10%, pada gerakan tangan, untuk korban konflik hanya 35% pada korban gempa dan tsunami 76%. Akan tetapi dari semua itu dapat disimpulkan bahwa semua peristiwa traumatik yang dialami oleh korban baik pada tsunami maupun konflik sama-sama meninggalkan kesan yang sangat dalam pada dirinya.

2.5. Hasil *Assessment* Tentang Hal Yang Perlu Dilakukan Pada Psikososial/Kesehatan Mental Pasca Bencana Berskala Besar

Instansi Kesehatan Mental dan Penyalahgunaan Zat, WHO Regional Asia Tenggara dan Pejabat Negara, telah melakukan *assessment* pada bulan Januari tahun 2000, secara banyak di Indonesia, Sri Lanka, Maldives (dan secara bersamaan juga di daerah yang terkena konflik di Darfur), yang memperkuat perspektifnya, tentang apa yang harus dikerjakan dalam hal bantuan psikososial / kesehatan mental, sesudah bencana berskala besar, seperti yang baru terjadi. Pekerjaan yang dilakukan di negara-negara, menumpukan untuk membantu Instansi Kesehatan Indonesia, Maldives dan Sri Lanka dalam melakukan *assessment*, perancangan dan penyelarasan aktivitas dalam sektor kesehatan.

Dari hasil *assessment* tersebut, mereka melihat situasi dari perspektif penduduk, yang memandang sebagai berikut: (1) Walaupun tidak ada data yang reliabel tentang jumlah orang dengan masalah kesehatan mental di negara yang terkena tsunami, patokan berikut memberikan anggaran akan besarnya permasalahan. Angka-angka ini berbeda mengikut keadaan (misalnya melibatkan faktor sosiokultural, terpaparnya pada bencana sekarang atau lampau) dan metoda *assessment* serta memberi petunjuk kasar, pada apa yang diharapkan WHO mengenai besarnya morbiditas dan distres. Maka mereka melihat 3 kelompok yang memerlukan respons yang berbeda:

Kelompok pertama, adalah orang-orang dengan distres psikologis ringan, yang mereda, dalam beberapa hari atau minggu. Perkiraan kasar menyebutkan bahwa kemungkinan besar 20-40% dari penduduk yang terkena tsunami, masuk dalam kategori ini. Mereka tidak memerlukan campur tangan khusus.

Kelompok kedua, orang-orang dengan distres psikologis tingkat menengah atau berat, kemungkinan akan mereda dengan berlalunya waktu atau dengan distres ringan yang kronik. Kelompok ini, diperkirakan sebanyak 30-50% dari pada penduduk yang terkena. Kelompok ini, meliputi orang-orang yang cenderung, terlabel diagnosis psikiatrik dalam banyak survei menggunakan instrumen psikiatri yang belum diaktifkan untuk konteks budaya tempatan dan berkaitan bencana. Semua aktivitas Jawatan, yang berkaitan tsunami dilakukan dalam kerjasama dengan Aktivitas Tindakan Kesehatan dalam Krisis WHO, WHO Regional Asia Tenggara dan WHO Instansi Negara bersangkutan. Kelompok ini, dapat terbantu oleh serangkaian intervensi sosial dan psikologis dasar, yang dipandang bermanfaat untuk mengurangi distres.

Kelompok ketiga, orang-orang dengan gangguan mental, ringan dan menengah, dalam populasi umum biasanya tersebar dalam 12 bulan tingkat gangguan mental. Contohnya: depresi dan gangguan anxietas, termasuk PTSD, ringan dan menengah. Menurut data *World Mental Health Survey* (2000) menyatakan bahwa, *post-traumatic stress disorder* / gangguan stres pasca-trauma (PTSD) rata-rata sekitar 10% di seluruh dunia. Angka tersebut

kemungkinan akan meningkat hingga 20% setelah, terpapar kepada trauma karena kehilangan. Setelah beberapa tahun, dengan pemulihan secara alamiah, nomor tersebut akan menurun dan menetap pada tingkat yang lebih rendah, sekitar 15% di daerah yang terkena sangat parah.

Jadi sebagai akibat bencana, gangguan di masyarakat, diduga meningkat sekitar 5-10%. Ada suatu pengertian yang salah, bahwa PTSD adalah gangguan mental utama atau terpenting yang diakibatkan oleh bencana. PTSD hanya satu daripada sejumlah gangguan mental, yang sering terjadi dengan gangguan mental yang biasa (gangguan *mood* dan *anxietas*), yang lebih banyak tergolong dalam gangguan mental ringan dan menengah, dan menjadi lebih banyak setelah terjadi bencana. Tingkat perilaku mencari pertolongan (*help-seeking behavior*) untuk gejala PTSD, banyak pada kebudayaan selain Barat, menyatakan bahwa PTSD bukanlah tumpuan dari banyak survivor trauma. Karena itu, WHO sangat prihatin bahwa banyak pihak terlalu menekankan pada PTSD saja, dan membuat pelayanan khusus untuk hal itu, dan tidak melayani orang dengan masalah mental yang lain. Cara kerja semacam ini, telah membuang banyak sumber daya yang berharga.

Gangguan mental berat, cenderung menimbulkan gangguan berat pada fungsi sehari-hari (psikosis, kemurungan berat, *anxietas* yang berat, penyalahgunaan zat yang parah dsb), didapati pada sekitar 2-3% penduduk umum di seluruh dunia (data *World Mental Health Survey*, 2000). Orang-orang dengan gangguan ini, mungkin tidak dapat melakukan tindakan penyambung

hidup (untuk dirinya atau untuk anak-anaknya); mengalami distres yang membuat tidak berdaya; atau tidak bisa ditangani secara sosial. Angka 2-3% ini diduga meningkat (sampai sekitar 3-4%) setelah terpapar kepada trauma, dan kehilangan yang berat. Trauma dan kehilangan dapat menimbulkan: (a) kekambuhan penyakit jiwa dahulu (misalnya membuat depresi ringan menjadi berat), (b) pada sebahagian orang menimbulkan bentuk gangguan mental parah akibat trauma. Oleh karena itu, mereka menyatakan bahwa:

Pertama, kerusakan yang ditimbulkan oleh gempa bumi/tsunami telah menyebabkan distres (stres traumatik, stres yang berkaitan kehilangan dll.) Pada sebahagian besar penduduk. Karena nya, WHO memperkirakan peningkatan sebanyak 5-10%, untuk semua gangguan mental. Ini berarti, tidak ada pembenaran untuk menggunakan intervensi psikiatrik pada sebahagian besar penduduk, dan juga tidak ada pembenaran untuk fokus khusus pada PTSD di atas gangguan mental terinduksi trauma lain, seperti gangguan anxietas (non-PTSD) dan depresi.

Kedua, WHO menyarankan negara-negara yang terkena tsunami, untuk segera menyediakan intervensi pelayanan kesehatan mental dalam sektor kesehatan. Orang dengan gangguan mental, terinduksi bencana atau tidak, memerlukan akses terhadap pelayanan kesehatan mental dasar, yang harus disediakan melalui pelayanan kesehatan umum atau melalui pelayanan kesehatan mental masyarakat, di dalam sektor kesehatan. Adalah tugas WHO

untuk bekerjasama dengan Aktivitas Kesehatan untuk membantu keseimbangan.

Ketiga, Intervensi ini, yang umumnya tersedia bagi siapa saja (dengan atau tanpa gangguan) dalam berbagai sektor, cenderung disebut 'psikososial' oleh para pekerja kemanusiaan dan pembangunan. Secara tradisional spesialis kesehatan mental menggunakan istilah 'campur tangan psikososial' untuk menggambarkan intervensi kesehatan mental bukan-biologis, untuk orang dengan gangguan mental, yang berbeda dengan penggunaan istilah 'psikososial' oleh pekerja kemanusiaan dan pembangunan saat ini.

Keempat, untuk aktivitas seperti ini, WHO mempunyai organisasi rekan tertentu, untuk bekerja dengan pemerintah untuk menguatkan sistem kesehatan mental di negara yang terkena.

Kelima, WHO menyarankan negara-negara untuk menyediakan intervensi sosial dan psikologis dasar, bagi masyarakat umum melalui berbagai sektor di samping sektor kesehatan. Intervensi ini dapat: (a) mengendalikan distres psikologis yang luas pada orang-orang yang tidak menderita gangguan dan (b) mempunyai dukungan bagi orang-orang dengan gangguan mental, yang tidak mencari pertolongan pada sektor kesehatan. Contoh intervensi sosial adalah memulai kembali sekolah, menyusun ruang yang sesuai untuk anak-anak, program penyatuan keluarga, dan inisiatif pembangunan ekonomi. Contoh campur tangan psikologis dasar adalah mengajar keterampilan mendengar dan dukungan psikologis kepada pekerja

komunitas. (Banyak campur tangan sosial dan psikologis digambarkan dalam dokumen *Mental Health in Emergencies* (WHO, 2003).

Intervensi sosial dan psikologis, biasanya terjadi dalam berbagai sektor dan cenderung bekerja dengan melibatkan sistem sekolah dan sumber daya manusia lain yang ada di masyarakat, (contohnya pekerja komunitas, tokoh masyarakat, penyembuh tradisional dll). Banyak campur tangan ini memerlukan pemahaman yang mendalam, akan konteks sosiokultural. Orang luar, jarang mempunyai pemahaman ini. Profesional kesehatan mental (terutama yang berasal dari daerah yang terkena) mempunyai peranan dalam latihan dan pengawasan campur tangan dukungan psikologis dasar (seperti pertolongan pertama psikologis dan kaunseling penyelesaian masalah), walaupun jika hal itu diterapkan di luar perkhidmatan kesehatan dan kesehatan mental.

Profesional, disiplin lain (misalnya proteksi, komunikasi, pendidikan, pembangunan komunitas dan penanggulangan bencana dll.) Biasanya berada di depan, dalam pelaksanaan intervensi sosial yang relevan (memulai sekolah, menyusun ruang untuk anak-anak, penyatuan kembali keluarga, pembangunan ekonomi dsb.) dan hal tersebut diterapkan dengan baik. Dalam hal merangkumi banyak orang, lebih efisien untuk menggunakan intervensi sosial daripada campur tangan psikologis dasar.

Kerja sama antar profesional dan badan atau organisasi, sangat penting untuk membuat intervensi, dukungan sosial dan psikologis dasar yang

tersedia bagi masyarakat luas. WHO mempunyai cadangan bagi aktivitas seperti ini, (lihat *Mental Health in Emergencies*, WHO, 2003), tetapi tidak memimpin koordinasi aktivitas di luar sektor kesehatan. WHO prihatin bahwa banyak campur tangan klinikal (contohnya psikoterapi menumpukan PTSD) yang bukan merupakan hal mendasar dilakukan di luar sektor kesehatan dengan cara tidak berkoordinasi dan bersifat menegak/berdiri sendiri di daerah yang terkena tsunami, WHO Juga prihatin akan banyaknya usaha bantuan antar bangsa yang menumpukan hanya pada latihan, tanpa ada pemahaman terhadap kebudayaan, tanpa ada pengawasan lanjutan dan tanpa mengintegrasikan intervensi yang dilatihkan ke dalam sistem yang ada. Upaya semacam ini akan lebih berakibat buruk daripada kebaikan.

WHO menyarankan kelompok-kelompok antar bangsa, untuk mempelajari dengan cermat "*the Guidelines for International Trauma Training by the International Society for Traumatic Stress Studies guidelines* dan dokumen antar organisasi *Psychosocial Care and Protection of Tsunami affected Children* " sebelum memulai usaha latihan menumpukan trauma. WHO merupakan salah satu daripada beberapa badan yang hadir sebelum, semasa dan lama setelah darurat di banyak negara. Kegiatan kesehatan mental yang berkaitan dengan darurat telah meningkatkan peranan karya WHO dan badan lain. WHO merancang untuk memulai pembangunan pedoman antar organisasi tentang intervensi psikososial, kesehatan mental dalam tanggap darurat.

BAB III

KONSEP TRAUMA

Dalam sub bahagian ini akan dibahas beberapa aspek terkait dengan trauma, yaitu: (1) pengertian trauma, (2) Proses Terjadinya trauma, (3) bentuk bentuk trauma, (4) Jenis trauma, (5) gejala trauma, (6) faktor-faktor penyebab trauma.

3.1. Pengertian Trauma

Menurut Tjutju Soendari; Downs, Louis, (2012) dalam Masril (2012) menyatakan, Trauma berasal dari kata Yunani “tramos” yang berarti luka atau cedera, yang bersumber dari luar diri. Trippany, White Kress, dan Wilcoxon, (2004) menyatakan trauma adalah peristiwa di luar kemampuan individu untuk bertahan, mengatasi, menghindar. Alien (1995), Maxman & Ward (1995); Rosenbloom, Williams & Watkins (1999) menyatakan bahwa : *“Trauma is defined as any event that involves the individual being exposed to an incident where injury or death was a possibility and where feelings of terror and hopelessness were evoked”* atau Trauma didefinisikan sebagai peristiwa apa pun yang terjadi pada individu yang terpapar pada insiden yang dapat cedera atau kematian dan berkemungkinan menimbulkan perasaan teror dan keputusasaan.

Giller, (1999) dalam Safaria & Ekasaputra (2009: 61) menyatakan bahwa trauma secara psikologis adalah pengalaman individu yang unik, dari suatu kejadian atau peristiwa yang menyebabkan situasi sebagai berikut: (1) ketidakmampuan individu untuk mengintegrasikan pengalaman

emosionalnya, (2) pengalaman individu yang subjektif, yang mengancam hidup, kebutuhan jasmani, atau kesehatan jiwa.

Kartono & Gulo, (2000) dalam Masril, (2012:185) mendefinisikan trauma sebagai luka berat, yaitu: pengalaman yang menyebabkan seseorang menderita kerusakan fisik maupun psikis. Sementara itu, Roan (2003) dalam Masril (2012) seorang Psikiater menyatakan trauma berarti cidera, kerusakan jaringan, luka, shock atau teperanjat. Sedangkan kejadian traumatic adalah kejadian yang menimbulkan luka psikis yang berpengaruh pada perilaku sesudahnya, dan kejadian ini merupakan salah satu pemicu stress, depresi dan kecemasan.

Jarnawi (2007) menyatakan bahwa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merusak keseimbangan kehidupan manusia. Cavanagh dalam Mental Health Channel (2004) menyatakan trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit, tetapi juga sering diartikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit parah akibat suatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang, langsung atau tidak langsung baik luka fisik maupun luka psikis atau kombinasi kedua-duanya. Berat ringannya suatu peristiwa akan dirasakan berbeda oleh setiap orang, sehingga pengaruh dari peristiwa tersebut terhadap perilaku, juga berbeda antara seseorang dengan orang lain.

Oleh karena itu, trauma merupakan luka yang dialami oleh seseorang, yang berdampak akibat suatu peristiwa yang tidak diduga dan sangat menakutkan, seperti ancaman pembunuhan, kecelakaan, bencana

alam, perang, dan kejadian-kejadian yang dapat membuat korban merasa ketakutan, kebimbangan yang melampau, tertekan dan murung. Peristiwa tersebut dapat menimpa siapa saja di dalam dunia ini, baik yang berumur nol tahun sampai dengan warga manula, apabila tidak dikawal dan ditangani dengan baik dan benar dapat menyebabkan gangguan fisik dan juga psikis.

Sedangkan trauma psikis dalam psikologi diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar. Everly dan Lating, (1995) menyatakan pula, trauma adalah peristiwa-peristiwa di luar kebiasaan pengalaman manusia pada umumnya, yang terlihat sangat nyata dan jelas dan menyedihkan, sehingga menimbulkan reaksi ketakutan yang hebat, ketidak berdayaan, seram dan lain-lain. Ketegangan trauma biasanya merupakan ancaman pada integritas fisik yang dirasakan dari seseorang yang sangat dekat. Pasca peristiwa traumatik, kejutan-kejutan yang keras akan menyebabkan terjadinya tekanan traumatik, dan mekanisme tekanan ini akan menguasai individu sehingga merasakan hidup tanpa pengharapan.

American Psychiatric Association (APA) (2000) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.IV-TR)*, menyatakan bahwa paparan trauma merangkumi salah satu atau dua daripada berikut ini, yaitu: (1) seseorang yang mengalami, menyaksikan atau berhadapan dengan kejadian ngeri yang menyebabkan kematian, kecederaan serius atau mengancam fisik sendiri atau orang lain, (2) Respon individu terhadap

ketakutan, rasa tiada harapan, horror pada masa anak-anak kemungkinan mengalami kecelaruan tingkahlaku seseorang.

Webb (2004) menyatakan lima definisi daripada trauma, yaitu: (1) trauma diartikan sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang, yang dapat memberi dampak kepada fisik dan psikologis, sehingga membawa efek kepada kehidupan seperti menurunnya tingkat produktifitas dan aktivitas keseharian, (2) trauma terjadi karena peristiwa pahit, apakah itu serangan fisik ataupun mental yang menyebabkan kerusakan serta merta kepada tubuh atau kejutan pada otak, (3) trauma terjadi karena terdapat kebingungan yang melampau atau kebimbangan yang traumatik yang berdampak pada fisik dan psikologis yang bisa menyebabkan gangguan emosi yang dicetuskan oleh peristiwa pahit yang akut, (4) trauma adalah peningkatan gejala tekanan (stress) yang menyebabkan gangguan emosi kepada anak-anak atau pelajar sekolah sehingga menyebabkan perubahan tingkahlaku, emosi dan pemikiran, (5) trauma juga dikatakan sebagai kecederaan tubuh yang disebabkan oleh serangan fisik dari luar seperti tembakan, kebakaran, kecelakaan, tikaman senjata tajam, luka akibat berkelahi, diperkosa, kelalaian teknologi dan sebagainya.

MSF- Holland, (2001) menyatakan trauma adalah suatu peristiwa yang bersifat mengejutkan dan tidak diduga, situasi yang tidak biasa (diluar keseharian), menimbulkan rasa tidak berdaya, mengancam kehidupan, baik secara fisik maupun emosional. Vikram (2003) menyatakan peristiwa traumatik adalah suatu peristiwa yang menyebabkan ketakutan dalam kehidupan seseorang dan menimbulkan stres yang negatif. Yule (1999)

memaknai peristiwa traumatik sebagai "... *an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, ...*". Hughes (1991) menyatakan bahwa peristiwa yang mencetuskan trauma adalah tantangan yang serius terhadap kehidupan seseorang atau tantangan terhadap fisik. Ancaman tersebut terjadi secara alamiah karena ulah dari manusia seperti kecelakaan pesawat terbang, pertubrukan kereta api, kerusakan dalam suatu pertandingan olah raga, atau peristiwa yang mengancam keselamatan anak-anak, isteri, suami atau kerabat dekat, orang lain yang menjadi korban, atau juga melihat terbunuhnya seseorang akibat suatu peristiwa kekerasan.

Shapiro (1999) menyatakan bahwa trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu sistem biokimia dari sistem pengolahan informasi psikis otak. Keseimbangan ini menghalang pengolahan informasi untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperoleh dari pengalaman tersebut terkunci dalam sistem saraf. Dan kalau tidak ada penanganan secara profesional, maka korban akan mengalami penurunan kreativitas, perubahan perilaku, daya pikir dan berbagai aspek lainnya. Karena orang-orang yang hidup dengan pengalaman traumatik akan sering mengalami perasaan *flash back* daripada peristiwa yang terjadi. Trauma ini dapat dikatakan sangat berbahaya apabila di derita oleh individu, kelompok masyarakat maupun bangsa.

Oleh sebab itu, trauma harus disembuhkan dengan berbagai cara agar penderita dapat melanjutkan hidup dengan normal dapat beraktivitas dengan sebaik-baiknya.

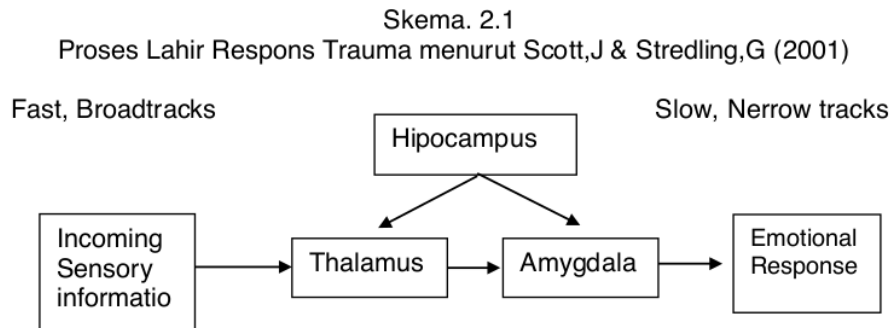
3.2. Proses Terjadinya Trauma

Secara umum, sebagaimana dikemukakan di atas, trauma dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang disengaja, maupun yang tidak disengaja. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut: (a) bencana alam; berupa gempa bumi dahsyat, tsunami, air bah, dan lainnya; (b) berbagai bentuk kecelakaan; (c) teror yang sengaja dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang, dengan proses sebagai berikut.

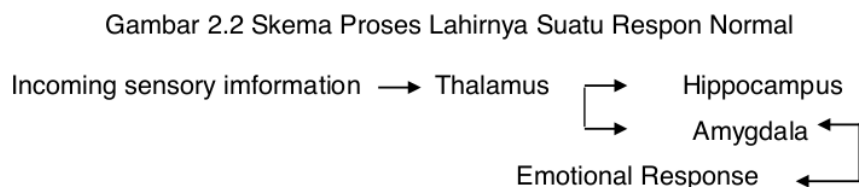
Sredling & Scott (2001) menyatakan ada lima tahapan (*ladders*) proses yang terjadi pada individu yang normal, yaitu: dimulai dari suatu peristiwa yang tertangkap oleh pancaindra, kemudian masuk kedalam thalamus (saraf pesan) yang mengantar informasi secara bersamaan ke *amygdala* dan *hippocampus*, yaitu: bahagian *cortex otak* yang bertanggung jawab dalam penempatan peristiwa yang terjadi, dan memberi jarak serta perbandingan mengenai peristiwa yang disimpan. Jadi Individu yang mengalami gangguan stress pasca trauma akan menunjukkan penurunan pada volume *hippocampal* yang terdapat dalam *hippocampus*. Fungsinya akan melemah meskipun tidak permanen. Kemudian *hippocampus* memberikan penafsiran terhadap suatu peristiwa dan memberikan informasi yang benar pada *amygdala*, lalu akan memberikan respons perlu

tidak isyarat bahaya dihidupkan, akhirnya terjadilah respons emosional atau perilaku untuk menanggapi suatu peristiwa atau kejadian tertentu.

Untuk jelasnya lihat skema dibawah ini:



Sedangkan pada individu yang normal skema tahapan proses trauma sampai terjadinya reaksi adalah sebagai berikut:



Suatu peristiwa yang tertangkap oleh pancaindera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan sentuhan yang masuk dalam *thalamus*, yang berfungsi sebagai pemancar lalu dengan tepat dan bersamaan mengantarnya ke *amygdala* dan *hipocampus*. Di dalam ini, informasi diproses secara perlahan, dan kemudian membuat informasi yang benar tentang apa yang terjadi, lalu di antar ke *amygdala* dan kemudian diresponse sesuai dengan informasi yang datang dari *hipocampus*.

Apabila informasi tersebut mengandung unsur-unsur berbahaya, maka *amygdala* akan mengeluarkan “penggerak tanda bahaya” berupa *adrenalin* dan *noradrenalin*, dan jika informasi tersebut tidak berbahaya, maka *amygdala* secara otomatis memadamkan penggerak tanda bahaya dan akhirnya terjadi response berupa menghindar atau melawan.

Spencer Eth dalam Goleman, (2000) menyatakan bahwa trauma itu adalah masuknya ingatan tentang kekejaman yang menjadi fokus utama, berupa pukulan, tusukan sebilah pisau, tembakan senjata. Ingatan merupakan pengalaman dari persepsi yang hebat terhadap penampakan. Sehingga korban yang kadang diam, tiba-tiba histeris bila mendengar bunyi, atau bau mesiu, jeritan, muncratnya darah, maupun terdengar sirene polisi. Selain itu, gangguan psikologis akibat kejadian traumatik, pada dasarnya timbul karena terlalu mudahnya *amygdala* tergugah (stelan *amygdala* yang terlalu rendah). Chaplin,(2001) menyatakan bahwa, *amygdala* merupakan zat abu-abu yang terdapat dalam otak besar, yang fungsinya berasosiasi dengan pengawalan terhadap tingkahlaku agresif.

Selanjutnya Goleman, (2000) menyebutkan bahwa penderita trauma mengalami perubahan *litar limbic* yang terpusat pada *amigdala*, mempunyai lokus seruleus yang di dalamnya terdapat *katekolamin* yang mengandung dua jenis bahan kimia, yaitu: *adrenalin* dan *noradrenalin*. Dua zat kimia ini berfungsi sebagai mobilitas tubuh untuk menghadapi keadaan kecemasan (bertemu atau lari). Jadi pada penderita trauma, sistem *amygdala* sangat aktif sehingga membuat *katekolamin* melepaskan

bahan kimia otak dengan dosis yang berlebihan untuk merespon situasi-situasi yang terkadang tidak mengancam.

Dalam NN Fisiologi Kedokteran dalam Jarnawi, (2007) menyatakan bahwa apabila *amygdala* dirusak atau dihapuskan, maka manusia akan fasif atau terlalu berani. Percobaan ini pernah dilakukan pada seekor monyet, maka yang terjadi adalah sebagai berikut: pada dasarnya monyet itu takut terhadap ular, akan tetapi ketika amygdalanya dirusak, maka monyet tersebut tidak takut lagi kepada ular dan bahkan menghampiri dan memegang ular tersebut, bahkan ia memakannya. Jadi dapat dikatakan bahwa *amygdala* juga berfungsi sebagai pemberi isyarat rasa takut. Atau juga berperan sebagai pemberi isyarat tanda bahaya, agar manusia mengeluarkan respons pertahanan dirinya melalui cara mengelak atau melawan. Apabila *amygdala* terlalu cepat tergugah maka manusia terlalu cepat waspada, penakut, atau sangat agresif. Sebaliknya apabila terlalu lambat memberikan insyarat, akan tidak waspada atau terlalu berani, yang pada akhirnya membawa dampak buruk bahkan dapat mencelakakan.

Individu dalam keadaan normal mempunyai reaksi *amygdala* yang stabil, artinya tidak terlalu cepat dan juga tidak terlalu lambat, berbeda dengan halnya individu yang telah mengalami trauma akibat suatu peristiwa yang sangat mengguncang dan menyakitkan, maka *amygdala* akan merespon terlalu cepat dan memberikan isyarat tanda bahaya yang berlebihan. Dengan demikian kasus yang kecil saja, akan dipersepsikan sebagai sesuatu yang mengancam.

Sebagai contoh, kasus seorang tentara Amerika veteran perang Vitnam, yang dikisahkan bahwa walaupun perang telah lama berakhir, setiap saat bayangan pengalaman pahit yang terjadi dalam masa peperangan terus menghantuinya, maka ia sering mengalami "*flash back*" oleh suatu peristiwa yang mirip pada masa perang. Contohnya ketika ada seseorang membanting pintu yang sedikit keras, langsung saja ia merunduk dengan penuh ketakutan, dan tubuhnya langsung mengeluarkan keringat dingin. Disini amigdalanya terlalu cepat bereaksi oleh suatu momen yang mirip, sehingga suara dentuman pintu ia tafsirkan sebagai suara letusan bom seperti pada saat perang, sehingga ia memberikan respons merunduk dengan ketakutan dan keluar keringat dingin, karena ia merasakan seolah-olah letusan itu mengenainya. Kasus ini sangat berbeda dengan individu yang normal, ia akan memberi respons suara bantingan keras pintu dengan persepsi yang berbeda, yaitu ia akan bertanya suara apa itu, kemudian suara itu akan dicerna melalui pikiran dan akan meresponnya dengan melihat untuk memberi jawaban. Jadi bila diamati respons seseorang dalam menanggapi sesuatu peristiwa atau kejadian terlebih dahulu melalui beberapa tahapan proses.

3.3. Jenis -Jenis Trauma

Trauma berkaitan erat dengan pengalaman yang dilalui seseorang yang bersifat psikis, sehingga memberikan dampak yang negatif pada dirinya, untuk sekarang dan masa depan. Pengalaman kadang tidak selamanya membawa dampak positif, adakalanya pengalaman pahit dan

buruk, juga dapat menimpa seseorang, baik itu yang disengaja ataupun tidak. Secara umum ada dua jenis trauma, yaitu: trauma fisik dan psikis.

Pertama, trauma fisik ialah trauma yang tampak pada tubuh seperti cidera pada kepala, badan, kaki dan lain-lain akibat konflik bersenta, tikaman benda tajam, pukulan benda tumpul atau semua cidera akibat suatu kejadian yang luar biasa diluar kesadaran dan kesengajaan.

Kedua, trauma psikis, adalah trauma yang di akibatkan pada saat pengalaman traumatik itu terjadi, kemungkinan kondisi mental seseorang tidak berada dalam keadaan siap, sehingga akibat buruknya dapat menimbulkan trauma psikologis, dan biasanya akan terus membayangi selama hidup, jika individu tersebut tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan teman-teman terdekatnya. Oleh karena itu, dukungan tersebut sangat penting bagi orang yang trauma, karena dengan itu, seseorang dapat mencoba kembali membangun kepercayaan diri untuk meredakan trauma psikologis yang dialaminya. Menurut salah satu dosen Psikologi menyatakan bahwa, ada lima macam trauma psikologis, yaitu:

- 1). Trauma pengobatan, yaitu trauma yang berhubungan dengan kesehatan. Trauma pengobatan dapat terjadi ketika seseorang mengalami penyakit tertentu, yang mengharuskan dirinya melakukan tindakan bedah atau operasi. Dalam keadaan yang tidak siap, kadang pasien akan mengalami semacam trauma didalam dirinya. Akibat dari trauma psikologis ini, biasanya, pasien menjadi takut untuk ke rumah sakit atau pergi berobat untuk selanjutnya;

- 2). trauma duka Cita, adalah trauma yang terjadi ketika seseorang merasa kehilangan orang yang sangat berarti didalam hidupnya seperti istri, suami, anak, orangtua, kakak atau adiknya. Peristiwa semacam ini, kadang dapat mengakibatkan semacam trauma psikologis. Rasa kehilangan yang dalam dapat membuat seseorang suka mengurung diri sendiri dan menjadi sangat tertutup. Disisi lain trauma psikologis ini juga membuat individu yang mengalaminya sering membayangkan kehadiran orang yang berarti didalam hidupnya. Terkadang kondisi ini juga membuat seseorang suka berhalusinasi dan berbicara seorang diri, seolah sedang berbicara dengan orang yang hilang dalam hidupnya;
- 3). trauma bencana alam adalah trauma yang di akibatkan oleh bencana alam seperti gempa dan tsunami, banjir bandang, tanah lonsor, angin taupan, angin puting beliung, letusan gunung berapi, semua kejadian tersebut memang tidak terduga sama sekali. Dalam hitungan detik saja, bencana alam dapat berubah suatu keadaan kota yang indah menjadi lebih mengerikan. Dalam konteks psikologi keadaan demikian yang terjadi secara tiba-tiba dapat berakibat menimbulkan trauma psikologis bagi sebagian orang. Akibatnya seseorang sering merasa mudah terkejut dan ketakutan ketika mendengar suara keras atau getaran pada tanah tiba-tiba;

- 4). trauma menjadi anak yang diabaikan, adalah trauma yang diakibatkan oleh pengabaian orang tua, seperti anak yang di asuh oleh orang lain, walaupun orang tuanya masih hidup. Sejatinnya sebagai orang tua mengharapkan kehadiran seorang anak. Namun adakalanya karena berbagai macam tuntutan kebutuhan, kedua orang tua menjadi sibuk bekerja dan membiarkan anaknya dirawat oleh orang lain. Kondisi ini mungkin tidak begitu berarti pada orang tua, akan tetapi bagi seorang anak hal ini sangat penting, karena itu kondisi ini dapat menimbulkan semacam trauma psikologis, sang anak merasa diabaikan, di tidak diacuhkan, akibatnya anak sama sekali tidak merasakan kasih sayang dari orang tuanya. Selain itu bentuk pengabaian yang lain adalah tidak menyekolahkan anak, tidak membelikan anak pakaian dan tidak penuh perhatian;
- 5). Complex trauma, biasanya juga disebut dengan PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*). PTSD adalah keadaan dimana mental mengalami serangan panik, karena trauma pada masa lalu akibat mengalami kejadian traumatis yang sangat berat. Akan tetapi, sejumlah orang dengan usia lanjut juga mengidap PTSD setelah menghadapi peristiwa yang menyakitkan atau mengejutkan. Peristiwa tersebut seperti kecelakaan, insiden yang bersangkutan dengan nyawa, atau dalam keadaan perang. Hal ini sangat berpengaruh dalam kelanjutan hidupnya. Namun begitu, PTSD bisa disembuhkan dengan berbagai terapi

penerimaan diri untuk membuat diri menjadi merasa lebih baik di kemudian hari. (<https://dosenpsikologi.com/trauma-psikologis>)

3.4. Penyebab Terjadinya Trauma Psikologis

Sebagaimana dikemukakan di atas, secara umum trauma dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang disengaja, maupun yang tidak disengaja. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut: (a) bencana alam; berupa gempa bumi dahsyat, tsunami, air bah, dan lainnya; (b) berbagai bentuk kecelakaan; (c) teror yang sengaja dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang.

Secara umum, ada beberapa penyebab timbulnya trauma psikologis pada diri seseorang, yaitu:

- 1). Pernah dikhianati. Trauma yang terjadi akibat pengkhianatan juga dapat menjadi salah satu penyebab trauma psikologis. Dan hal ini biasanya terjadi pada teman bisnis atau pasangan hidup yang berkhianat. Salah satu contohnya perselingkuhan dalam suatu perkawinan, penyalahgunaan kepercayaan dalam bisnis. Peristiwa semacam ini dapat mengakibatkan hilangnya rasa percaya kepada siapapun juga;
- 2). pengejekkan dari orang lain. Perlakuan buruk dari orang orang, seperti sering diejek karena fisik atau status ekonomi, juga dapat membuat seseorang merasa kehilangan percaya diri, kondisi ini dapat menyebabkan seseorang akan merasa dirinya tidak berarti bagi orang lain;

- 3). Mendapat perlakuan tidak adil. Seseorang yang sering mendapatkan perlakuan yang tidak adil, baik di rumah, di sekolah, maupun dalam masyarakat, maka ia akan dapat mengalami trauma psikologis;
- 4). Sering dimarahi. Perlakuan sering dimarahi oleh orang lain yang lebih besar juga memberikan dampak trauma bagi seorang anak. Biasanya anak-anak lebih sering dimarahi jika berbuat salah. Hal ini wajar karena bertujuan agar anak tidak mengulangi kesalahan yang sama. Namun yang menjadi trauma adalah saat anak tidak melakukan hal yang salah, namun tetap sering dimarahi dan disalahkan;
- 5). Dikucilkan oleh lingkungan. Perlakuan yang sering dikucilkan oleh teman-teman biasanya akan membuat sedih dan apabila berterusan maka akan seseorang akan mengalami trauma.

3.5. Cara Mengatasi Trauma Psikologis

Peristiwa trauma psikologis yang pernah dialami seseorang, tidak dapat dibiarkan begitu saja. Kondisi semacam ini perlu diatasi dengan tiga tahapan untuk membantu memperbaiki kondisi psikis seorang individu. Berikut ini tahapan mengatasi trauma psikologis, antara lain:

- 1). Stabilisasi. Dalam tahap ini yang perlu dilakukan adalah membangun rasa aman bagi individu yang trauma;
- 2). Berbagi cerita. Dalam tahap ini seseorang diminta untuk bercerita apa saja yang telah membuat ia trauma secara psikologis;

- 3). Membangun kepercayaan. Dalam tahap ini seseorang yang trauma diberi motivasi, membangun kepercayaan diri, melalui perkataan bahwasanya dia masih sangat diperlukan oleh orang lain, bahkan sangat berarti bagi semua orang, dan juga buat ia menyadari tentang apa yang membuat ia trauma, dengan demikian akan melupakan semua peristiwa traumatiknya.

3.6. Symptom Trauma Psikis

Menurut Solehuddin Nasution menyatakan bahwa, symptom trauma psikis ada 10 aspek, yaitu: (1) mengalami kejadian yang buruk dan mengerikan; (2) Sulit tidur dan mudah terbangun; (3) mimpi buruk terhadap hal kejadian yang mengerikan; (4) seperti mengalami kembali peristiwa buruk dan mengerikan; (5) Menghindari tempat, orang, situasi dan hal-hal yang mengingatkan pada peristiwa buruk dan mengerikan; (6) mudah terkejut; (7) Mudah tersinggung dan marah; (8) Sering teringat pengalaman atau kejadian buruk dan mengerikan; (9) Tidak merasakan emosi apapun; (10) Merasa tidak bersemangat dan tidak mempunyai masa depan. Oleh karena itu, trauma yang tidak ditangani dengan benar dan profesional, maka penderita akan mengalami *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

3.7. Penyebab PTSD

Menurut Safaria & Ekasaputra (2009:63) menyatakan bahwa, faktor penyebab PTSD pada individu dapat diklasifikasikan dalam dua aspek, yaitu: internal dan eksternal.

Pertama faktor internal, terdiri dari dua, yaitu: (1) system limbik yang mempunyai tingkat kortisol lebih rendah, serta tingkat *epinephrine* dan *norepinephrine* lebih tinggi dibanding orang normal. Karena menurut *National Institute of Mental Health*, (1999) dalam Safaria & Ekasaputra, (2009:64) menyatakan, Otak system limbik berfungsi bagi penguatan kemampuan organisme, untuk beradaptasi dengan lingkungan dan menghadapi setiap permasalahan yang dialami; (2) peran kognisi, yaitu: cara individu memberi arti terhadap pengalaman traumatis yang dialaminya. Pemberian arti atau makna terhadap sebuah peristiwa traumatik, akan mengarahkan respons individu dalam menghadapi stresor. Penulis lain Bullman & Peterson (1994) dalam Safaria & Ekaputra (2009: 64) dalam sebuah blog berjudul "*Reality Check Counseling*" menyebutnya persepsi. Persepsi individu terhadap insiden keamanan, ketahanan menghadapi masalah, akan mempengaruhi keseriusan PTSD yang dialaminya. Individu yang tidak dapat memberikan makna positif terhadap pengalaman traumatis, akan cenderung mengalami PTSD yang lebih berat dibanding individu yang memberi arti positif terhadap pengalaman traumatis.

Kedua faktor eksternal yang dapat menyebabkan PTSD adalah tingkat keseriusan stresor. Boulware, (1999) dalam Safaria & Ekaputra, (2009: 65) menyatakan bahwa, PTSD terjadi setelah peristiwa traumatik yang parah, baik secara fisik maupun emosional.

3.8. Symptom PTSD

Dalam *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorder* (DSM-IV, 1994) ada tiga klasifikasi gejala PTSD, yaitu: **Pertama**, *Intrusive re-experiencing*, yaitu selalu kembali peristiwa traumatik dalam ingatan penderita. Dengan gejala sebagai berikut: (1) perasaan, pikiran dan persepsi mengenai peristiwa muncul berulang-ulang; (2) sering mimpi buruk terkait peristiwa, (3) pikiran-pikiran traumatik selalu muncul dalam bentuk ilusi, halusinasi dan juga mengalami flashback mengenai peristiwa traumatic; (4) gangguan psikologis yang sangat kuat, ketika menyaksikan sesuatu yang dapat mengingatkannya kembali tentang peristiwa traumatik; (5) terjadi reaktivitas fisik, seperti: menggigil, jantung berdetak kencang, atau panic ketika bertemu sesuatu yang mengingatkannya kembali pada peristiwa traumatik.

Kedua, *Avoidance*, yaitu menghindari sesuatu yang berhubungan dengan traumatik dan perasaan terpecah. Gejalanya: (1) berusaha menghindari situasi, pikiran, aktivitas yang berhubungan dengan peristiwa traumatik; (2) kurangnya perhatian atau partisipasi dalam kegiatan sehari-hari; (3) merasa terasing dari orang lain; (4) membatasi perasaan-perasaan termasuk kasih sayang; (5) perasaan menyerah dan takut pada masa depan, dan juga tidak ada harapan untuk karir, pernikahan, anak-anak atau hidup normal.

Ketiga, *Arousal*, yaitu kesadaran secara berlebihan. Gejalanya: (1) gangguan tidur, atau selalu tidur, (2) mudah marah dan meledak-ledak, (3) sulit berkonsentrasi; (4) kesadaran berlebihan hiper arousal; (5) penggugub

dan mudah terkejut. Selanjutnya dinyatakan bahwa individu yang memiliki kecendrungan PTSD akan terdapat sejumlah kombinasi dari gejala di atas dan akan muncul tiga bulan setelah peristiwa traumatic terjadi.

Menurut Boulware (1999) dalam Safaria & Ekaputra (2009) mengatakan bahwa PTSD memiliki karakter sebagai berikut: (1) flashback, (2) mimpi buruk, (3) kecemasan berlebihan dan fungsi fisik kacau ketika mengingat kejadian, (4) berusaha menghindari situasi, pikiran-pikiran dan aktivitas yang berhubungan dengan peristiwa traumatik, (5) menghindari pembicaraan yang berhubungan dengan trauma, (6) perubahan nafsu makan, (7) depresi, putus asa, hilang harapan, (8) mengalami gangguan tidur atau lebih banyak tidur, (9) mudah marah meledak-ledak, (10) kesulitan menyesuaikan diri dengan situasi normal, (11) perasaan kekosongan emosional, (12) susah berkonsentrasi dan sulit mengingat, (13) terlalu waspada dan berhati-hati, (14) gugup, gelisah dan mudah terkejut, (15) pesimis, mudah menyerah, takut menghadapi masa depan.

Sementara itu, Scott & Stradling (2006: 29) menyatakan bahwa sifat perasaan takut pada PTSD lebih ekstrim dari suatu phobia kecelakaan mobil. Hal itu sebagai akibat dari dua tingkatan dari memori maladaptif, yaitu otak emosional dan system alarm dari amygdala. LeDoux (1998) dalam Scott & Stradling menyatakan bahwa sistem berdasarkan pada amygdala dapat mengakibatkan gangguan fisik, seperti: jantung berdebar, keluar keringat dan berbagai gejala muncul sama dengan trauma aslinya. Karena amygdala dapat menyimpan kenangan di otak tak sadar sehingga sulit menjelaskan mengapa.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa individu penderita PTSD memiliki sejumlah karakter secara kombinasi sebagai efek dan sekaligus gejala dari peristiwa traumatik yang dialami dimasa lalu, yang tersimpan di dalam alam tak sadar, kemudian muncul kembali pada penderita. Symptom tersebut baru dapat dikatakan disoder ketika rentang waktu antara stress yang dialami dengan peristiwa traumatik cukup lama, yaitu tiga bulan atau lebih. Sebaliknya bila stress dialami sebelum rentang waktu tersebut, maka itu merupakan hal yang normal.

Karena itu, PTSD bila tidak di tangani dengan profesional akan berakibat pada karir dan juga kesehatan fisik. Hal ini sesuai dengan pendapat Glasser (1998: 72) yang menyatakan bahwa kondisi fisik manusia berkaitan dengan pikiran, perasaan dan tindakan. Begitu pula Wiramihardaja (2007:97) menyatakan bahwa kesehatan mental berhubungan dengan keadaan mental positif dan keseimbangan psikologis, karena itu PTSD tidak dibiarkan berlarut-larut pada pada diri seseorang karena akan mempengaruhi kesehatan fisik dan juga karirnya.

BAB IV

KONSEP PENANGANAN TRAUMA & PTSD

4.1. Penanganan Trauma

Pasca kejadian traumatik seperti: Bencana Alam, kekerasan, konflik, peperangan dan bentuk-bentuk penyiksaan yang terjadi pada fisik dan mental, akan berdampak sangat dalam, bagi kehidupan manusia, karena dapat menyebabkan luka, dan trauma berkepanjangan dalam kehidupannya. Seperti dampak perang, konflik, kerusuhan dalam masyarakat. Perang telah banyak mengubah manusia menjadi cacat, kejam, takut, bahkan ada yang menyebabkan gila. Semua kejadian-kejadian yang dirasakan dalam kehidupan seseorang, akan mempengaruhi sifat dan prilakunya, dalam kehidupan sehari-hari pasca terjadinya suatu peristiwa menyakitkan. Oleh karena itu, apabila sesuatu terjadi yang sifatnya sangat luar biasa, yang sulit dihubungkan dengan akal sehat, maka pengendalian korban harus ditangani secara dua tahap yaitu: pada masa krisis dan pada masa trauma.

Caplan dalam Everly & Mitchell, (1999) menyatakan bahwa, Intervensi krisis merupakan perawatan yang diberikan pada masa kecemasan untuk kesehatan jiwa, yang sasarannya adalah: (1) mengurangi resiko dari krisis dan trauma yang terjadi, (2) menstabilkan dan mengurangi segera dari kekerasan krisis dan keadaan trauma, dan (3) mempermudah penyembuhan dan pemulihan dari pada masa krisis dan trauma.

4.1.1. Pada Masa Krisis

Caplan dalam Everly, (1999) menyatakan bahwa, suatu krisis pada umumnya digambarkan sebagai satu keadaan, yang mana perasaan dari individu tentang psikologis homeostasis diganggu oleh peristiwa kurang baik, atau yang paling penting penyebab terjadinya stress, mekanisme penanganan yang biasa digunakan oleh individu di masa lalu, untuk membina kembali homeostasis, membuktikan kini tidak efektif. Kegagalan seseorang dalam strategi penanganan, biasanya seperti penyelesaian masalah dengan berbagai mekanisme pertahanan ego, yang sekarang meninggalkan individu di dalam suatu status ego yang *dystonia* (ketidakberdayaan, atau tegang otot) di mana merasa selalu diperhatikan atas kekurangannya, sifat mudah terluka, dan *dysphoria* (depresi yang disertai dengan kecemasan). Akan tetapi bagaimanapun juga krisis ini adalah suatu ancaman kepada kesehatan masyarakat. Untuk itu, satu program mendesak di sana adalah menyediakan dukungan psikologis. Karena krisis dapat menetapkan spetrum dengan nyata dari situasi penanganan krisis yang sejahtera dengan yang tidak.

DSM-IV dalam APA, (1994) menggambarkan berikut ini: (1) 90% daripada warganegara Amerika menunjukkan suatu peristiwa traumatik seumur hidup mereka, (Breslau et al., 1998); (2) resiko keadaan PTSD 13% untuk wanita dan 6% untuk lelaki; (3) Tingkat angka orang bunuh diri kelihatan meningkat hampir lebih 63% pada tahun pertama sejak gempa bumi, peningkatan dari angka pertama 30%, 2 tahun setelah peristiwa

angin taupan, dan meningkat hampir 14% empat tahun setelah banjir (Krug et al., 1998); (4) warga Amerika dari umur 12 tahun atau yang telah berpengalaman 37 juta kejahatan pada tahun 1996 (*Bureau of Justice Statistics*, 1997a); (5) lebih kurang 1 juta orang setiap tahun menjadi korban keganasan dan kejahatan saat bekerja, (Bachman & Forsell, 1994); (6) pada tahun 1994 ruangan gawat darurat rumah sakit Amerika dilakukan lebih kurang 1.4 juta orang manusia untuk kerugian dari kekerasan antar bangsa, (*Bureau of Justice Statistics*, 1997b); (7) pada tahun 1997 ada 304 tindakan daripada pengacau antar bangsa, satu - tiga diteruskan pada target Amerika; (8) didalam suatu contoh pada Ahli pemadam kebakaran di Kota Amerika Serikat, dijumpai bahwa hampir 32% diduga dengan gejala yang konsisten dengan diagnosis PTSD (Beaton, Murphy, & Corneil, 1996).

Menurut Raphael menyatakan bahwa, situasi krisis merupakan suatu kondisi yang dapat mengancam fisik, mental, emosional dan spritual seseorang, di mana ia tidak berdaya menghadapinya. Berbagai aspek yang dapat menyebabkan situasi ini adalah: (a) bencana alam (gempa bumi, tsunami, kebakaran), (b) bencana akibat ulah manusia (kecelakaan dan perang), (c) keganasan dan kerusuhan, (d) kematian atau kehilangan orang yang dicintai, dll. Dalam situasi krisis, hal-hal yang paling mendasar terjadi dan akan dialami oleh korban adalah: (a) tidak terpenuhi kebutuhan dasar karena sulitnya pengangkutan, (b) kehilangan rasa aman, (c) terlalu berduka cita atas kematian dan kehilangan orang-orang terdekat, (d) berjauhan dengan keluarga dalam usaha menyelamatkan diri, (e) pertukaran tempat tinggal karena harus mengungsi, dan (f) gangguan

terhadap kelangsungan hidup, seperti tidak dapat bersekolah, bekerja dan lain-lain). Dalam situasi ini, penanganan yang dapat dilakukan adalah: (a) *Psychological first aid* (pertolongan pertama psikologis), (b) *Triage* (rancangan intervensi), dan (c) *Action* (tindakan).

Pertama, ***Psikological First Aid***. Pertolongan pertama yang dapat dilakukan untuk psikologis adalah memberikan rasa aman dan tempat perlindungan, termasuk rasa nyaman (menyelimuti, memberi minum, memeluk), menyatukan kembali dengan keluarga (bila berjauhan dan mungkin untuk dilakukan), Orientasi tujuan dan aktivitas apa yang sedang dilakukan pada saat kejadian, dan setelah kejadian apakah masih mungkin untuk dilakukan kembali, dan membuat dukungan jejaring pada saat kejadian yang dapat dihubungi, apakah keluarga / rekan-rekan atau siapa saja pada saat kejadian ada bersamanya.

Kedua, ***Triage*** (rancangan intervensi). Dalam persoalan ini ada tiga rencana intervensi yang dapat dilakukan pada ABC *impairment* (gangguan ABC), yaitu:

Pada *triage* I, untuk *Arousal* adalah dengan merespon terhadap stimulus dari luar, kelompok yang beresiko tinggi perlu perhatian lebih, seperti: remaja, anak-anak, karena mereka lebih terkejut, takut, gelisah, panik, dll; pada perilaku irasional, panik, membahayakan diri sendiri dan orang lain; pada *Cognitive* (proses pikir) *blank* (fikiran kosong), disorientasi (linglung), tidak tahu waktu, hari, tempat, nama, jadi hal-hal yang dapat dilakukan adalah: *Decompensation* (pengurangan ketegangan), *Physical health* (kesehatan fisik). *Risk factors* (penilaian faktor resiko).

Pada *triage* II, pertolongan yang dapat diberikan dalam tahap (*ladders*) ini adalah: (1) pada *arousal* yaitu: menenangkan, membantu bernafas, bantuan kecemasan, (2) pada *behaviour* yaitu: memantau agar tetap tenang, memelihara situasi dalam diri, *assesment*, dan (3) pada *cognitive* yaitu: memberi nasehat, menerangkan situasi apa yang sedang atau baru saja terjadi, perhatikan gangguan fisik yang mungkin dialami.

Pada *triage* III, pertolongan yang dapat dilakukan adalah: (1) *decompensation* (usaha mengurangi ketegangan), disini petugas membantu dan mendampingi survivor dalam usahanya untuk menghadapi dan menerima kehilangan orang-orang yang dicintai, mencari apakah ada teman atau keluarga yang lain yang masih dapat dihubungi untuk membantu mendampingi survivor, (2) *Physical health* (kesehatan fisik) melihat dan memperhatikan keparahan luka-luka fisik yang dialami, memberikan pertolongan pertama, membawa ke rumah sakit atau klinik terdekat, dan (3) *Risk factors* (penilaian faktor risiko) petugas melihat, menilai dan waspada akan adanya faktor risiko lain yang dapat memperburuk kondisi survivor (gempa susulan, tsunami, longsor, epilepsi, serangan jantung, dll).

Ketiga, **Action**. Yang dapat dilakukan dalam Action I, adalah: untuk *Arousal* ialah: menenangkan, membantu bernafas, bantuan kecemasan untuk luka ringan dan pendarahan karena beberapa orang dapat menjadi lebih panik ketika melihat darah. Untuk *behaviour* dapat dilakukan memantau agar tetap tenang, memelihara situasi dalam, *assesment* perilaku, kenali bentuk-bentuk perilaku yang tidak sesuai dengan respon

yang umum timbul pada survivor, dan untuk *Cognitive* dapat dilakukan dengan memberi nasehat, menerangkan situasi, memperhatikan gangguan fisik yang mungkin dialami seperti: amnesia, tremor, panik, maka disini yang harus dilakukan adalah menenangkannya.

Dalam *action II*, hal yang dapat dilakukan dalam tahap ini adalah: penilaian dan penyelenggaraan kesehatan mental, dengan melihat apakah survivor mengalami gangguan ABC atau tidak, dan sejauh mana bantuan perawatan dan pemulihan mental yang diperlukannya, siapa yang dapat melakukan, dimana bantuan bisa didapat, beri pengobatan bila diperlukan, meminimalisir faktor resiko tinggi, untuk mencegah terjadinya penurunan keadaan survivor, dan kenali faktor-faktor resiko tinggi, yang dapat menyebabkan dampak buruk lebih banyak bagi survivor, sedapat mungkin kurangi atau hindari mereka dari dampak lanjutan.

Ketika semakin banyak para profesional kesehatan mental di berangkatkan untuk melaksanakan tugas pengendalian kesehatan mental, dalam keadaan kecemasan yang berkaitan dengan bencana akut, pernah sangat berhasil, karena petugas sangat efektif dalam penanganan pada masa kecemasan, disini latihan kusus sangat diperlukan. Intervensi kesehatan mental pada masa kecemasan sangat efektif dari pada psikoterapi tradisional. Koss dan Shiang (1994) menyatakan beberapa bahan yang disimpulkan dari para profesional kesehatan mental, tentang format intervensi psikologis yang ringkas, tanpa harus mengikuti latihan formal, yaitu: perbedaan antara pengendalian intervensi krisis dengan psikoterapi:

Tabel Perbedaan Pengendalian
Intervensi Krisis dengan Psikoterapi

No		Intervensi Krisis	Psikoterapi
1	konteks	Pencegahan	Perbaikan
2	waktu	Segera, Dekat dengan penyebab stres, atau kompensasi akut	Di tunda, atau jauh dari masa penyebab terjadinya dekomposisi akut.
3	Tempat	menutup semua hal yang terkait dengan penyebab stres atau dekomposisi akut. di manapun perlu.	Aman, kerana lingkungan menjamin/ mengamankan
4	lamanya	1-3 sesi secara khas	Sepanjang yang diperlukan
5	Peran pelayan	Aktif dan pengarahan	Membimbing, kerjasama dan menasehati
6	Strategi	Proses kesadaran dan lingkungan penyebab stress	Sumber kesadaran dan ketidaksadaran dari fotogenesis
7	Fokus Sementara	Saat itu juga	Yang telah lalu dan akan datang
8	Harapan Pasien	Arahan dan pengurangan rasa sakit dan dukungan dari pengarah	pengurangan gejala,. pengurangan rasa sakit, pengembangan pribadi, kerja sama/kolaborasi dan bimbingan
9	Tujuan	Menstabilkan, mengurangi kerusakan/pelemahan, kembali ke berfungsi, atau bergerak ke tingkat kepedulian selanjutnya	Pengurangan gejala, pengurangan kerusakan/pelemahan, koreksi fotogenesis, pertumbuhan pribadi, Rekonstruksi pribadi

Bila dilihat dari tabel tersebut di atas, jelas bahwa penanganan krisis itu di lakukan ketika korban baru mengalami peristiwa traumatik, dimana bantuannya harus di lakukan secepat mungkin, sedangkan terapi dilakukan sesuai dengan keperluan klien, bisa jadi menggunakan waktu yang lebih lama.

4.1.2. Pada Masa Trauma

Konsep pengendalian korban pada masa trauma dapat dilakukan dengan berbagai cara, tergantung kepada seberapa parah trauma yang diderita, diantaranya adalah: Bimbingan dan Konseling, Psikoterapi.

4.1.2.1. Bimbingan dan Konseling

Pengendalian yang dilakukan dengan bimbingan dan kaunseling adalah dimana kaunselor mengajak klien yang trauma untuk berbicara secara terbuka, tentang apa saja yang dia rasakan setelah peristiwa traumatic terjadi, dan kemudian dengan argumentatif memasukkan fikiran-fikiran positif yang rasional untuk mengubah persepsi yang ada pada klien dengan teknik kaunseling yang sudah umum di lakukan, yaitu: (1) *Attending*, adalah perilaku menghampiri klien yang didalamnya mengandung beberapa komponen, seperti: kontak mata, bahasa tubuh, dan bahasa lisan yang dapat meningkatkan harga diri, mencipta suasana yang aman dan yang mempermudah ekspresi perasaan klien; (2) Empati, ialah kemampuan kaunselor untuk merasakan apa yang dirasakan klien, merasa dan berfikir bersama klien dan bukan untuk atau tentang klien; (3) Refleksi, adalah teknik untuk memantulkan kembali kepada klien tentang perasaan, fikiran, dan pengalamannya, sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal dan nonverbal; (4) Eksplorasi, merupakan teknik untuk menggali perasaan, fikiran, dan pengalaman klien. Hal ini penting dilakukan karena banyak klien menyimpan rahasia batin, menutup diri, atau tidak mampu mengemukakan pendapatnya, sehingga dia merasa tertekan; (5)

menangkap pesan (*paraphrasing*), adalah teknik untuk menyatakan kembali esensi atau inti ungkapan klien dengan teliti, mendengar pesan utama nya, mengungkapkan kalimat yang mudah dan sederhana, biasanya ditandai dengan kalimat awal: adakah atau nampaknya, dan mengamati respons pelanggan terhadap kaunselor; (6) pertanyaan terbuka (*Opened Question*), yaitu, teknik untuk memancing klien agar mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya; (7) pertanyaan tertutup (*Closed Question*), yaitu pertanyaan yang digunakan biasanya dengan jawaban ringkas seperti ya atau tidak, yang tujuannya untuk mengumpulkan data, menjernihkan atau memperjelas sesuatu, dan menghentikan pembicaraan klien yang melantur atau menyimpang jauh; (8) dorongan minimum (*Minimal Encouragement*), adalah teknik untuk memberikan suatu dorongan langsung yang singkat terhadap apa yang telah dikemukakan klien. Misalnya dengan menggunakan ungkapan: oh, bagaimana, terus, dan ... seterusnya; (9) Interpretasi, yaitu teknik untuk mengulas pemikiran, perasaan dan pengalaman klien dengan merujuk pada teori-teori, bukan pandangan subjektif kaunselor, dengan tujuan untuk memberikan rujukan, pandangan supaya klien memahami dan berubah melalui pemahaman dari hasil rujukan baru tersebut; (10) mengarahkan (*directing*), yaitu: teknik untuk mengajak dan mengarahkan klien melakukan sesuatu; (11) menyimpulkan sementara (*summarizing*), yaitu: teknik untuk menyimpulkan sementara pembicaraan, sehingga arah semakin jelas.

4.1.2.2. Psikoterapi

Psikoterapi adalah pengobatan yang didasarkan pada teknik berbicara dengan orang lain dengan objektif, empati dan tidak menghakimi. Dalam situasi seperti ini, berbicara tentang apa saja isu yang kadang-kadang sangat menyakitkan atau cobaan hidup yang mungkin dilakukan, dengan berbagi masalah dan belajar lebih banyak tentang mereka, untuk mendapatkan kekuatan dan pemahaman dan mungkin dilakukan untuk menangani mereka secara lebih efektif dalam mendapat kedudukan yang penting atas mereka. Psikoterapis dapat menggunakan kombinasi teknik-teknik untuk menangani masalah-masalah seperti: Ketagihan, pengawalan amarah, kecemasan dan depresi, perceraian dan hubungan terpecah belah, tidak napsu makan, masalah keuangan dan kurangnya motivasi, merasa rendah diri, fisik, emosi atau seksual, dan trauma. Psikoterapis memiliki cara kerja yang berbeda tergantung pada latihan mereka. Ini termasuk: humanistik psikoterapi, integratif psikoterapi, psikoterapi dan analisis Jung, transpersonal psikoterapi, psikodinamik psikoterapi, terapi keluarga, hubungan kaunseling, psikoterapi kognitif dan perilaku dan neurolinguistic pengacara.

Gary Craig adalah seorang Jurutera, lulusan *Stanford University* dan dalam kurun waktu 40 tahun lebih mempelajari misteri perilaku manusia, dia juga adalah seorang *master practitioner* dalam *human performance* yaitu *Neuro-Linguistic Programming* (NLP) mengemukakan bagaimana *thought field therapy* (TFT) menjadi *emotional freedom technique* (EFT). Teknik EFT berbeda dengan psikoterapi konvensional, EFT berasumsi

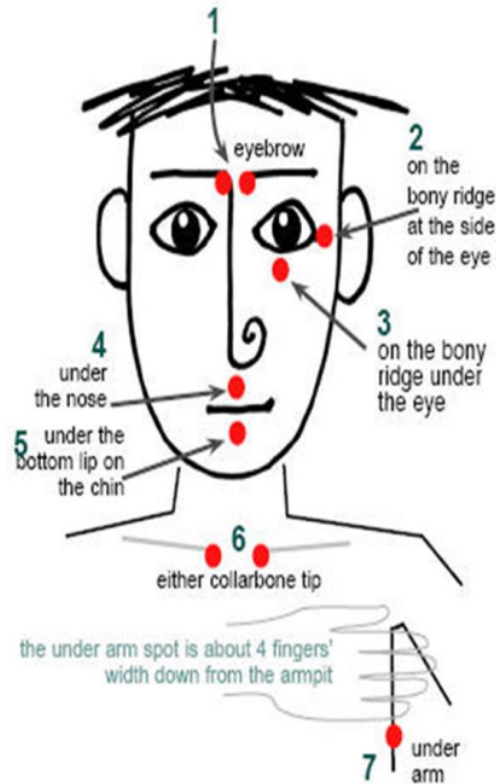
bahwa memang benar ingatan sadar atau tidak sadar tentang masa lalu, dapat membangkitkan gangguan psikologis, tetapi proses ini tidak berjalan secara langsung, melainkan ada "proses antara" yang dinamakan "*disruption of body's energy system*" (terganggunya system energy tubuh) seperti bagan di atas dan inilah sebenarnya yang menyebabkan gangguan atau munculnya emosi negative. Jadi EFT tidak perlu menggali ingatan traumatik masa lalu yang sangat menyakitkan sekali (seperti korban pemerkosaan, trauma perang, trauma tsunami, gempa bumi, mimpi buruk berpanjangan, dan lain-lain) tapi cukup dengan melakukan "*short cut*" dengan memotong mata rantai di atas tepat ditengah-tengahnya. Cukup selaraskan kembali system tenaga tubuh, dengan ketukan ringan (*tapping*), maka emosi negative yang dirasakan akan hilang dengan sendirinya.

Selain itu juga, Bridgette Miller seorang peramal yang sudah bekerja selama 35 tahun, untuk membantu orang-orang di hampir semua wilayah menyatakan bahwa, *Emotional Freedom technique* (EFT) adalah suatu teknik yang dapat mengobati penyembuhan fisik, emosional, masalah dan kinerja. karena asumsinya EFT dapat menghilangkan stres, emosional, dengan kemampuan penyembuhan alami tubuh, seperti akupunktur, teknik memanfaatkan meridian cina, yang terdiri dari jaringan rumit yang berjalan melalui energi tubuh manusia. EFT tidak demikian, tetapi diarahkan pada penyembuhan emosi negatif yang disebabkan gangguan sirkuit energi dalam tubuh. Emosi negatif juga dapat diperoleh dari kesulitan dan kinerja. EFT tidak menggunakan alat-alat seperti jarum pada akupunktur, tetapi memanfaatkan dua proses simultan, yaitu: ketika seseorang berkonsentrasi

pada emosional yang bersifat khusus, fisik, kinerja dan masalah, yang harus diperbaiki, maka tekan titik meridian tertentu pada tubuh dengan ujung jari. Apabila EFT dilakukan dengan benar, maka dapat menggabungkan manfaat dari terapi fisik konvensional, dengan titik meridian tubuh, maka hasilnya lebih cepat memberi solusi atas masalah yang dihadapi. Sejak tahun 2000, orang-orang menyatakan bahwa hasilnya sangat mengejutkan, karena teknik ini sangat mudah dilakukan, mudah dipelajari dan dapat dilakukan dimana saja prosesnya.

Ada sembilan fokus konsentrasi energi pikiran yang ditekan untuk menghilangkan perasaan emosional negatif, fisik dan kinerja serta masalah, yaitu: (1) Bahagian atas kepala, dipersimpangan garis telinga untuk telinga dan garis lain dari hidung kebelakang dari lehernya; (2) bahagian awal alis tepat di atas dan untuk satu sisi dari hidung; (3) Bahagian tulang yang berbatasan dengan taut di luar sudut mata; (4) bahagian tulang di bawah mata satu inci dari bawahnya; (5) bahagian di bawah hidung dan di atas bibir atas; (6) Bahagian pertengahan antara titik dagu dengan dasar bibir; (7) Bahagian persimpangan di mana sternum (dada) selangka dan tulang rusuk pertama bertemu, untuk mencari laksinya: letakkan jari telunjuk pada tekuk yang berbentuk u di pangkal leher dan turunkan jari satu inci ke kiri dan kanan; (8) bahagian sisi tubuh sebelah kiri 4 inci dari bawah ketiak; (9) Bahagian tengah-tengah berdaging diluar tangan yaitu: antara pergelangan tangan dan dasar ibu jari, yang disebut karate memotong titik. Untuk Lebih Jelas lihat gambar di bawah ini:

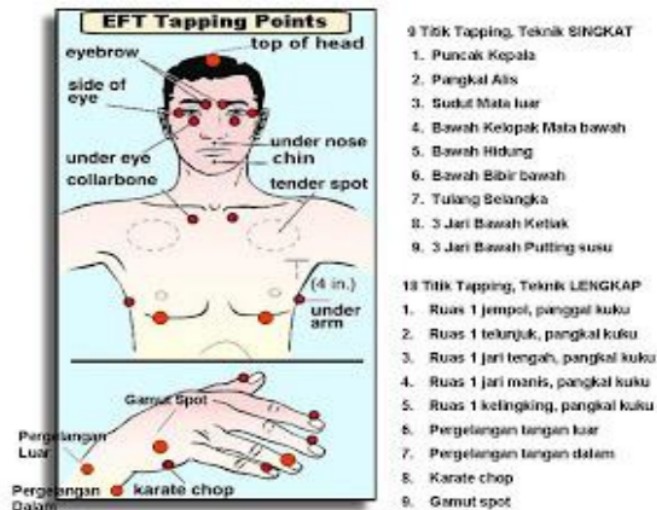
Gambar : titik-titik meridian *Emoional Freedom Technigue* (EFT) menurut Gary Craig



Menurut Anto Gesek, (2009) menyatakan bahwa, masalah fisik umumnya berkaitan dengan faktor psikis, bahkan 80% lebih gangguan energi psikologis menyebabkan emosi/fisik, yang dapat diatasi dengan ketukan ringan (*tapping*) pada titik ki /Ch'ie. Titik prana tersebut berjumlah 18 yang terpilih dari 361 titik dalam 12 jalur energi meridian. Titik tersebut adalah S1-S18, dan S0A (*Sore Spot*) dan S0B (*Karate Chop* = S17). Untuk lebih jelas lihat gambar di bawah ini.

Selanjutnya menurut Anto Gesek, 19 Juni tahun 2009

<http://antogesek.blogspot.com/2009/06/>



Selain itu, sentuhan pada titik-titik tertentu pada tubuh dan otot manusia, serta pengaruhnya pada penyakit fisik dan emosi, sudah diteliti oleh Dr. George Goodheart ahli "*Chiropractic*" (terapi pijatan pada tulang belakang untuk menyembuhkan berbagai penyakit). Ilmu yang dia kembangkan adalah "*applied kinesiology*" yaitu diagnosis penyakit seseorang dengan menyentuh otot-otot tertentu. Mereka berasumsi penyakit dalam organ tubuh manusia seperti jantung, paru-paru, liver dan lain-lain yang berdampak pada melemahnya otot tertentu dan dengan pemeriksaan tersebut, seorang ahli kinesiologi dapat menentukan organ tubuh mana yang sakit. Prinsip inilah yang digunakan oleh Dr. John Diamond Fellow *member of the Royal Australian and New Zealand Collage*

of Psychiantry dan Bekas *Presiden the International Academi of Preventive Medicine* yang mempraktikkan dan menulis tentang hubungan system energy tubuh dengan gangguan psikologi.

Gangguan Stress berat, biasanya muncul satu bulan setelah individu mengalami atau melihat kejadian yang mengancam atau mematikan, cedera parah, kekerasan fisik, dan meresponnya dengan perasaan mendalam atau ketakutan, ketidakmampuan. Diagnosis ini bertujuan untuk mengenal individu yang mengalami gangguan stress pasca-trauma. sebagaimana yang terjadi pada perang dunia pertama yang dikenal dengan istilah "*shell shock*", di mana ada kesamaan reaksi antara para tentara yang menderita geger otak, disebabkan letusan bom atau ranjau dimana penderitaan mereka, telah mempengaruhi sistem sarafnya. Dalam hal ini masyarakat juga dapat mengalami hal yang sama, gangguan stress berat (*Acute Stress Disorder*) akan terlihat dalam waktu singkat, individu akan memperlihatkan gejala gangguan stress pasca trauma (*Post-Traumatic Stress Disorder*) setelah trauma terjadi.

Untuk mendiagnosis gejala ASD (*Acute stress disorder*), memerlukan waktu minimal dua hari sampai 4 minggu, selama satu bulan pasca trauma terjadi. Seseorang bisa digambarkan memiliki gejala ASD, jika gejala gangguan mental lain tidak bisa menjelaskan gejala yang dialami, karena jika gejala itu muncul setelah satu bulan, maka diagnosis berubah menjadi PTSD (*post-Traumatic stress disorder*), dengan gejalanya adalah: (1) respon emosi yang kurang, rasa kesemutan atau mati rasa, (2) Kurang peka pada keadaan sekitar, (3) rasa mengawang, (4) tidak percaya

diri atau merasa menjadi bukan diri sendiri, (5) tidak mampu mengingat kejadian/trauma, (6) meningkatnya kecemasan dan kesulitan, tetap terjaga atau susah tidur, (7) kesulitan merasakan kenikmatan, (8) sering merasakan seakan peristiwa tersebut kembali lagi dalam perasaan dan fikiran, mimpi, ilusi, kilas balik, (9) selalu menghindar dari tekanan fikiran, emosi, pembincaraan, keramaian yang mengingatkannya pada trauma, (10) merasakan stress dengan fungsi social dan keterampilan yang berpasangan dengan afeksi kemampuan penderita dalam pertanyaan tentang keperluan perawatan.

Driscoll, (1992) dalam Langstaff. D, Christie.J,(2000) menyatakan bahwa, Keahlian menangani trauma juga tidak dipelajari secara khusus di kalangan kaunselor. Karena mengurus trauma adalah satu keahlian yang khusus (***specialize***) yang perlu dibangun tanpa menunggu trauma itu ada atau tidak. Di negara-negara maju seperti United Kingdom, Trauma Care belum dibangun, secara terpadu, ia hanya dikaitkan dengan ***unit orthopaedics***. Miller & Miller,(1985), Smith (1985), dalam Langstaff. D & Christie. J,(2000) menyatakan juga, secara tradisional keperihatinan terhadap korban berbagai kecelakaan, dikendalikan secara model pengobatan.

Penanganan trauma seharusnya lebih terpadu atau ***integrated*** dengan ahli-ahli masyarakat dalam bidang tertentu secara holistik. Karena penanganan yang terpadu akan memberi perhatian terus menerus, seperti: pemulihan dalam aspek psikologi, pengurusan pra-rumah sakit, memberi semangat dan kestabilan emosi, dukungan moral, membantu proses

integrasi, untuk kembali kepada kehidupan normal, setelah kecelakaan dengan tokoh masyarakat. Christie.J, (2000) menjelaskan pengurusan trauma harus dibangun secara **continum** dengan melibatkan pakar-pakar kesehatan, NGO, tokoh masyarakat, pekerja sosial, kaunselor, psikolog dan organisasi di tempat kerja serta penglibatan para keluarga.

Konsep penanganan trauma dapat dilakukan dengan berbagai cara. Menurut Rothbaum, et., al, (2012) menyatakan bahwa, pengobatan untuk pemaparan yang berkepanjangan melalui terapi kognitif, lebih efektif daripada *inhibitor reuptake serotonin* yang dipilih atau dari pada tidak ada pengobatan, dalam mencegah gangguan stres pasca-trauma. Ia juga menyatakan bahwa, pengobatan dan pencegahan PTSD dapat dilakukan dengan menghilangkan ketakutan, menghindari penyatuan asosiasi antara rangsangan traumatik dengan reaksi ketakutan, atau menggantinya dengan berhubungan dengan orang lain.

Baranowsky dan Lauer, (2012) menyatakan bahwa ada 3 langkah untuk trauma healing, bagi siapapun yang telah mengalami satu peristiwa besar yang telah mengganggu kehidupan, yaitu: **pertama** dengan membantu orang yang tidak hidup sepenuhnya, karena mereka dihantui oleh pengalaman atau peristiwa traumatis; **Kedua**, memberikan saran yang dapat mengontrol dan mendorong keterlibatannya kembali dengan orang-orang, daripada mengendalikannya; **Ketiga**, membantu mereka menjadi kembali hadir di dunia mereka, dan hidup dengan percaya diri dan rasa sejahtera.

Menurut Stradling, (2001) ada beberapa yang dapat dilakukan untuk penanganan trauma, yaitu: **Pertama**, tingkatkan sensitivitas, kenali gejala trauma pada orang-orang disekeliling, lakukan pendekatan dengan lembut dan penuh kasih sayang, empati, bertindak hati-hati, tawarkan bantuan rujukan kepada professional. **Kedua**, penanganan dari professional (psikolog, psikiater, dan kaunselor) untuk membantu survivor trauma terkait: (1) *Incident Stress Debriefing* (CISD), (2) menceritakan kembali peristiwa traumatik yang dialami secara berstruktur dalam masa 24-72 jam pasca terjadinya peristiwa traumatik, (hal ini, masih diperdebatkan apakah baik untuk digunakan/tidak), (3) kaunseling stress pasca trauma, (4) normalisasi reaksi, (5) membantu proses coping.

Perawatan yang cocok untuk penderita ASD adalah *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT). Theraphy ini mempunyai dua componen: pertama, menolong mengubah pola pikir, atau pemikiran yang ada setelah peristiwa trauma. Kedua, mencoba mengurangi situasi kecemasan dalam kondisi yang mengundang. CBT tidak hanya menahan gejala dari ASD, tetapi juga mencegah seseorang dari gejala PTSD, karena seseorang yang didiagnosa memiliki ASD juga mempunyai potensi PTSD, akan tetapi setelah melalui CBT kemungkinan akan mengecil menjadi 20%. Konsultasi Psikologi dan Kelompok penanganan kecemasan adalah bentuk lain, yang termasuk dalam terapi. Dalam berbagai diskusi psikologi yang akan melibatkan terapi berjangka setelah trauma dan individu dapat "membicarakan semuanya". Dalam kelompok penanganan kecemasan, orang-orang berbagi bagaimana cara melawan kecemasan bersama.

4.2. Penanganan PTSD

Ada banyak model penanggulangan PTSD. NiMH (*National Institute of Mental Health*) menyatakan bahwa: PTSD dapat diobati oleh seorang dokter atau kesehatan mental profesional, yang mempunyai pengalaman dalam merawat orang-orang dengan PTSD. Perawatannya juga termasuk terapi "berbicara", obat-obatan, atau kedua-duanya. Ada 3 cara yang sering dilakukan, yaitu: (1) Bimbingan dan Konseling, (2) Psikoterapi, dan (3) farmakoterapi. Sementara itu, Kaplan, et al, (1997) menyatakan, ada dua macam terapi pengobatan yang dapat dilakukan penderita PTSD, yaitu dengan menggunakan farmakoterapi dan psikoterapi.

4.2.1. Bimbingan dan Konseling

Pendidikan *supportive*, dan konseling juga merupakan upaya lain untuk mengobati PTSD. Konselor ahli mempertimbangkan pentingnya penderita PTSD dan keluarganya, untuk mempelajari gejala dan bermacam *treatment* (terapi dan pengobatan) yang cocok untuk penderita. Walaupun seseorang mempunyai gejala dalam waktu yang lama, maka langkah pertama yang harus dilakukan adalah mengenali *symptom* dan permasalahannya, sehingga mengerti apa yang dapat dilakukan untuk mengatasinya (Anonim, 2005b).

Program layanan Bimbingan dan Konseling dapat dikatakan sudah baik untuk sekarang ini, paling tidak dilihat pada sebutan dulu adalah Bimbingan Penyuluhan yang disingkat dengan BP. Dalam pelaksanaan

program ini tujuan keduanya adalah sama, yaitu berfungsi untuk pencegahan, penyembuhan, pengembangan dan pemeliharaan (*preventive, curative, developmental dan preservative*). Bimbingan dan konseling secara umum dapat dikatakan dua kata yang dapat diartikan terpisah, walaupun terkadang selalu penyebutannya berbarengan.

Menurut Prayitno & Erman Amti (1994: 99) mendefinisikan bimbingan adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh orang yang ahli kepada seseorang, atau kelompok, baik itu anak-anak, remaja, dewasa, bahkan manula, agar orang-orang yang dibimbing dapat mengembangkan kemampuan dirinya sendiri dan mandiri, dengan memanfaatkan potensi diri dan sarana yang ada sesuai dengan norma yang berlaku.

Rochman Natawidjaja (1981) dalam Winkel & Sri Hastuti (2007:29) mendefinisikan bimbingan adalah proses pemberian bantuan kepada individu secara berkesinambungan, agar individu tersebut memahami dirinya, sehingga dia sanggup mengarahkan diri, dan dapat bertindak wajar, sesuai dengan tuntutan dan keadaan keluarga serta masyarakat. Dengan demikian individu dapat mengecap kebahagiaan hidupnya serta dapat memberikan sumbangan yang berarti.

Bimo Walgito (1982: 11) mendefinisikan bimbingan adalah bantuan atau pertolongan yang diberikan pada individu-individu dalam menghindari atau mengatasi kesulitan di dalam kehidupannya, agar individu atau sekumpulan individu dapat mencapai kesejahteraan hidupnya.

Miller (1961) mendefinisikan bimbingan adalah proses bantuan terhadap individu untuk mencapai pemahaman dan pengarahannya yang dibutuhkan untuk melakukan penyesuaian diri secara maksimum di sekolah dan madrasah, keluarga dan masyarakat.

Arthur J. Jones, (1970) mendefinisikan bimbingan sebagai "*The help given by one person to another in making choice and adjustment and in solving problems*" yang artinya adalah bantuan yang diberikan oleh satu orang ke orang lain dalam membuat pilihan dan penyesuaian dan memecahkan masalah. Komentarnya Sofyan S. Willis (2009:11) tentang definisi bimbingan menurut Arthur ini amat sederhana, yaitu bahwa dalam proses bimbingan ada dua orang yaitu pembimbing dan yang dibimbing, dimana pembimbing membantu si terbimbing, sehingga mampu membuat pilihan-pilihan, menyesuaikan diri, dan memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.

Moegiadi (1970) dalam Winkel & Sri Hastuti (2007:29) menyatakan bimbingan adalah suatu proses pemberian bantuan atau pertolongan kepada individu dalam hal: memahami diri sendiri; menghubungkan pemahaman tentang dirinya sendiri dengan lingkungan; memilih, menentukan dan menyusun rencana sesuai dengan konsep dirinya sendiri dan tuntutan dari lingkungan.

Andi Mappiare (1984) dalam Winkel & Sri Hastuti (2007: 35) menyatakan bahwa bimbingan merupakan serangkaian kegiatan paling pokok dalam membantu konseli secara tatap muka, dengan tujuan agar

klien dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap berbagai persoalan atau masalah khusus.

Muhammad Surya (1988) mengutip pendapat Crow & Crow (1960) dalam Tohirin (2008:17) mengatakan bahwa bimbingan adalah bantuan yang diberikan oleh seseorang, baik laki-laki maupun perempuan yang memiliki pribadi yang baik dan berpendidikan memadai, kepada seseorang individu dari setiap usia untuk menolongnya mengembangkan kegiatan-kegiatan hidupnya sendiri, membuat pilihan sendiri dan memikul beban sendiri.

Sedangkan definisi konseling antara lain adalah: (1) Berdnard & Fullmer (1969) mendefinisikan konseling adalah pemahaman dan hubungan individu untuk mengungkapkan kebutuhan-kebutuhan, motivasi dan potensi-potensi yang unik dari individu dan membantu individu yang bersangkutan untuk mengapresiasi ketiga hal tersebut.

Bimo Wagito (1982) menyatakan bahwa konseling adalah bantuan yang diberikan kepada individu dalam memecahkan masalah kehidupannya dengan wawancara, dengan cara yang sesuai dengan keadaan individu yang dihadapinya untuk mencapai hidupnya. Dan beberapa ahli menyatakan bahwa konseling itu ada inti atau jantung hati dari kegiatan bimbingan.

James P. Adam dalam Depdikbud (1976:19) menyatakan bahwa konseling adalah suatu pertalian timbal balik antara dua orang individu konselor dan klien supaya ia lebih baik memahami dirinya dalam

hubungannya dengan masalah hidup yang dihadapinya pada waktu itu dan akan datang.

Smith dalam Shertzer & Stone (1974) menyatakan bahwa konseling itu merupakan suatu proses dimana konselor membantu konseli untuk membuat interpretasi-interpretasi tentang fakta-fakta yang berhubungan dengan pilihan, rencana atau penyesuaian-penyesuaian yang perlu dibuat.

Pepingsky & Pepingsky dalam Shertzer & Stone (1974) menyatakan konseling merupakan interaksi yang terjadi antara dua orang individu, yang disebut dengan konselor dan klien yang terjadi dalam suasana profesional, di lakukan dan dijaga sebagai alat untuk memudahkan perubahan-perubahan dalam tingkahlaku klien.

Berdasarkan pengertian bimbingan dan konseling di atas, maka dapat disimpulkan bahwa bimbingan dan konseling adalah proses layanan bantuan yang diberikan oleh seseorang yang profesional kepada seorang individu (klien) yang memerlukan bantuan agar klien terbebas dari berbagai persoalan dan masalah dalam kehidupannya, sehingga memperoleh kebahagiaan.

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) yang diderita oleh individu akibat peristiwa traumatik adalah salah satu masalah dalam kehidupan individu yang memerlukan penanganan, agar sembuh, karena itu bimbingan dan konseling itu merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk penyembuhannya. Karena dengan bimbingan dan konseling, konselor dapat membantu klien trauma, untuk membangun kembali pemikiran-pemikiran yang terganggu dari efek peristiwa traumatik

yang dialaminya, dengan demikian klien dapat kembali hidup seperti semula.

4.2.2. Psikoterapi

Pengobatan psikoterapi. Para terapis percaya bahwa ada tiga tipe psikoterapi yang dapat digunakan dan efektif untuk penanganan PTSD, yaitu: (1) *anxiety management*, (2) *cognitive therapy*, (3) *exposure therapy*.

Pertama, penanganan dengan *anxiety management*, yaitu: terapis akan mengajarkan beberapa ketrampilan untuk membantu mengatasi gejala PTSD dengan lebih baik melalui: (1) *relaxation training*, yaitu belajar mengontrol ketakutan dan kecemasan secara sistematis dan merelaksasikan kelompok otot - otot utama; (2) *breathing retraining*, yaitu: belajar bernafas dengan perut secara perlahan - lahan, santai dan menghindari bernafas dengan tergesa - gesa yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, bahkan reaksi fisik yang tidak baik seperti jantung berdebar dan sakit kepala; (3) *positive thinking* dan *self-talk*, yaitu: belajar untuk menghilangkan pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran positif, ketika menghadapi hal - hal yang membuat stress (*stresor*); (4) *assertiveness training*, yaitu belajar bagaimana mengekspresikan harapan, opini dan emosi tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain; (5) *thought stopping*, yaitu: belajar bagaimana mengalihkan pikiran ketika sedang memikirkan hal-hal yang membuat stress (Anonim, 2005b).

Kedua, penanganan *cognitive therapy*, yaitu: terapis membantu untuk merubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi

dan mengganggu aktifitas. Misalnya seorang korban kejahatan, mungkin akan menyalahkan diri sendiri karena tidak hati-hati. Tujuan kognitif terapi adalah mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pikiran tersebut tidak rasional untuk melawan pikiran tersebut yang kemudian mengadopsi pikiran yang lebih realistis untuk membantu mencapai emosi yang lebih seimbang (Anonim, 2005b).

Ketiga, penanganan *exposure therapy*, yaitu: para terapis membantu menghadapi situasi yang khusus, orang lain, objek, memori atau emosi yang mengingatkan pada trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistis dalam kehidupannya. Terapi dapat berjalan dengan cara: *exposure in the imagination*, yaitu: bertanya pada penderita untuk mengulang cerita secara detail sampai tidak mengalami hambatan menceritakan; atau *exposure in reality*, yaitu membantu menghadapi situasi yang sekarang aman, tetapi ingin dihindari karena menyebabkan ketakutan yang sangat kuat, (misal: kembali ke rumah setelah terjadi perampokan di rumah). Ketakutan akan bertambah kuat jika berusaha mengingat situasi tersebut, akan tetapi akan berkurang bila melupakannya. Pengulangan situasi yang sama berulang-ulang dan menyadarinya akan membantu situasi lampau yang menakutkan tidak lagi berbahaya dan dapat diatasi (Anonim, 2005b). Di samping itu, didapatkan pula terapi bermain (*play therapy*) yang dapat digunakan dan cocok untuk penyembuhan anak dengan PTSD. Terapis memakai permainan untuk memulai topik yang tidak dapat dimulai secara langsung. Hal ini dapat membantu anak lebih merasa nyaman dalam berproses dengan pengalaman traumatiknya (Anonim, 2005b).

Rose, et al., (2002) menambahkan terapi debriefing juga dapat digunakan untuk mengobati traumatik. Meskipun ada banyak kontroversi terkait dengan hal ini, baik dalam literatur PTSD secara umum, maupun di dalam debriefing yang dipimpin oleh bidan. Cochrane didalam *systematic reviews*-nya merekomendasikan bahwa perlu untuk melakukan debriefing pada kasus korban-korban trauma.

Selain itu, Swalm, (2005) juga menambahkan ada *support group therapy* dan terapi bicara, dimana seluruh peserta merupakan penderita PTSD yang mempunyai pengalaman serupa (misalnya korban bencana tsunami, korban gempa bumi) dimana dalam proses terapi tersebut mereka saling menceritakan tentang pengalaman traumatis yang pernah dialami, dan kemudian saling memberi penguatan satu sama lain. Karena berdasarkan penelitian dapat membuktikan bahwa terapi saling berbagi cerita mengenai trauma, mampu memperbaiki kondisi jiwa penderita. Karena dengan berbagi, bisa meringankan beban pikiran dan kejiwaan yang dipendam. Bertukar cerita, membuat penderita merasa senasib, bahkan merasa dirinya lebih baik dari orang lain. Kondisi ini memicu seseorang untuk bangkit dari trauma yang diderita dan melawan kecemasan (Anonim, 2005b).

Di lain pihak, sampai saat ini masih didapatkan beberapa tipe psikoterapi lain. Misalnya, *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR), *hypnotherapy* dan psikodinamik psikoterapi, yang sering digunakan untuk terapi PTSD dan kadang sangat membantu bagi sebagian penderita (Anonim, 2005b).

Lise, (2007) menyatakan penanganan PTSD juga dapat dilakukan melalui kognitif terapi atau terapi tingkah laku dengan psikiatri, psikolog terlatih, atau profesional lain, mereka dapat membantu perubahan emosi, pemikiran, dan tingkah laku yang dikaitkan dengan PTSD dan juga dapat membantu menguruskan panik, kemarahan, dan kebimbangan. Begitu juga dengan obat-obatan tertentu, dapat mengurangi gejala seperti keresahan, impulsivity, kemurungan, dan insomnia dan saat dalam keadaan mendesak dapat menggunakan alkohol dan obat-obatan lain. Selain itu, kelompok terapis juga dapat membantu penderita belajar untuk berkomunikasi tentang perasaan mereka terkait trauma agar mendapatkan serangkaian dukungan dari keluarga dan kawan-kawan supaya memperoleh kesefahaman semasa pemulihan.

4.2.3. Farmakoterapi

Pengobatan dengan farmakoterapi adalah perawatan yang dilakukan dengan memberi obat-obatan seperti anti-depressants kepada penderita, karena dapat mengurangi kecemasan, depresi, dan insomnia yang sering dialami penderita dengan PTSD, dan dalam beberapa kasus, mereka dapat membantu meringankan penderitaan matirasa dan emosional yang disebabkan oleh kenangan traumatis. Beberapa jenis anti depresan telah memberikan sumbangan terhadap perbaikan di sebahagian besar penderita (tetapi tidak semua) uji klinis, dan beberapa obat-obatan kelas-kelas lain telah menunjukkan janji. FDA telah menyetujui dua obat, *paroxetine* dan *sertraline*, untuk digunakan dalam perawatan PTSD,

meskipun diketahui tidak ada obat yang telah terbukti untuk menyembuhkan PTSD, yang jelas obat-obatan tersebut telah mengurangi gejala yang timbul pada korban, sehingga memerlukan psikoterapi.

Selain itu, pengobatan farmakoterapi ini, hanya dalam hal kelanjutan pengobatan klain yang sudah dikenal. Terapi anti depressive, pada gangguan stres pasca traumatik, namun ini masih kontroversial, seperti obat yang biasa digunakan yaitu: *benzodiazepin*, *litium*, *camcolit* dan zat pemblok beta – seperti *propranolol*, *klonidin*, dan *karbamazepin*. Obat tersebut biasanya diresepkan sebagai obat yang sudah diberikan sejak lama dan kini dilanjutkan sesuai yang diprogramkan, dengan pengecualian, yaitu: *benzodiazepin* contoh, *estazolam* 0,5-1 mg per os, *Oksanazepam* 10-30 mg per os, *Diazepam* (valium) 5-10 mg per os, *Klonazepam* 0,25-0,5 mg per os, atau *Lorazepam* 1-2 mg per os atau IM– juga dapat digunakan dalam UGD atau kamar praktek terhadap ansietas yang gawat dan agitasi yang timbul bersama gangguan stres pasca traumatik tersebut.

4.2.4. Model Intervensi Piramida Masyarakat Pasca Konflik Berkekerasan.

NIMH (t.t.) menyatakan penanganan utama bagi penderita PTSD adalah melalui psikoterapi ("berbicara") terapi obat-obatan, atau keduanya. Semua orang adalah berbeda, jadi penanganannya juga tidak sama antara satu orang dengan orang yang lainnya, hal ini penting, bagi siapa saja yang menjaga dan merawat orang dengan PTSD sebagai bekal untuk penjagaan kesehatan mental yang dialami. Banyak juga orang mencoba dengan perawatan yang berbeda untuk mendapatkan cara yang efektif

untuk penanganan gejala yang muncul, karena jika seseorang mengalami trauma yang bepanjangan, maka akan menjadi PTSD. Dan gejala lain yang sering terjadi berkepanjangan adalah gangguan panik, kemurungn, penyalahgunaan narkoba, merasa ingin bunuh diri.

Psikoterapi adalah terapi "berbicara". Ia melibatkan profesional kesehatan mental untuk merawat penyakit mental, dapat dilakukan secara individu atau kelompok. Percakapan terapi perawatan untuk PTSD biasanya berlangsung selama 6 -12 minggu, tetapi bisa jadi memakan waktu lebih lama. Hasil kajian menunjukkan bahwa dukungan dari keluarga dan kawan-kawan dapat menjadi bahagian penting dalam terapi. Banyak jenis psikoterapi untuk membantu orang dengan PTSD. Dokter atau ahli terapi dapat menggabungkan terapi yang berbeda, tergantung kepada keperluan setiap orang, salah satu yang dapat dilakukan adalah Cognitif Behavior therapy (CBT). Dalam terapi ini ada beberapa bahagian, yaitu:

Pertama, terapi pemaparan. Terapi ini membantu orang untuk mengatasi dan mengendalikan ketakutan yang menghadapkan mereka pada trauma yang dialami dengan cara yang aman, dengan menggunakan alat pencitraan mental, menulis, atau kunjungan ke tempat di mana peristiwa itu terjadi, dengan membantu menghadapkan perasaan orang dengan PTSD. Restrukturisasi kognitif. Terapi ini membantu mengingat peristiwa yang membuat ingatan buruk yang terkadang mereka merasa bersalah dan malu pada apa yang terjadi. Pada penderita PTSD terapi ini adalah melihat kembali peristiwa yang terjadi dengan cara yang realistis.

Kedua, latihan tekanan inokulasi. Terapi ini mencoba untuk mengurangi gejala PTSD dengan mengajarkan orang bagaimana untuk meredakan keresahan. Seperti penyusunan kembali kognitif, perawatan ini membantu orang banyak melihat kenangan mereka dengan cara yang sehat. Perawatan jenis lain juga dapat membantu orang dengan PTSD, hanya perlu berbicara tentang semua pilihan perawatan dengan ahli terapi mereka. Selain itu, dokter juga dapat menetapkan obat jenis lain untuk mengurangi rasa sakit pada penderita PTSD, seperti: (1) Benzodiazepin. Obat ini dapat diberikan untuk membantu orang beristirahat dan tidur; (2) Antipsikotik. Obat – obatan ini biasanya diberikan kepada orang dengan gangguan mental yang lain, seperti skizofrenia; (3) Antidepresan lain. Seperti sertraline dan paroxetine, fluoxetine anti depresan (Prozac) dan Citalopram (Celexa) dapat membantu orang dengan PTSD untuk mengurangi ketengan atau sedih. Bagi orang dengan PTSD yang juga mempunyai gangguan kebingungan lain atau kemurungan, anti depresan mungkin bisa berguna dalam mengurangi gejala penyakit ini.

4.2.5. Konseling Pendekatan Teori Pilihan (*Caounseling with choice theory*)

Dalam teori pilihan menjelaskan bahwa individu adalah yang memilih semua yang dilakukan, termasuk penderitaan yang dirasakan, karena orang lain tidak dapat membuat individu menderita dan bahagia. Yang bisa didapatkan dari mereka adalah informasi. Tetapi informasi yang didapat tidak bisa membuat individu melakukan atau merasakan apa apa, kalau bukan individu yang memilihnya dan melaksankannya. Informasi pergi ke

otak dan diproses, kemudian diputuskan apa yang akan diputuskan untuk dilaksanakan. Dengan demikian, artinya semua tindakan dan pikiran itu individu yang memilihnya. Dan secara tidak langsung berpengaruh pada semua perasaan dan fisik individu.

Glasser (1998:3) menyatakan lebih lanjut tentang "*As bad as you may feel, much of what goes on in your body when you are in pain or sick is the indirect result of the actions and thoughts you choose or have chosen every day of your life*" yang diartikan adalah seburuk apapun yang rasakan seseorang, sebagian besar dari apa yang terjadi di tubuh seseorang, ketika kesakitan atau rasa sakit adalah akibat tidak langsung dari tindakan dan pikiran yang dipilih setiap hari dalam hidup seseorang. Selain itu, ia juga menunjukkan bagaimana dan mengapa individu membuat pilihan-pilihan yang menyakitkan, bahkan gila, dan bagaimana individu membuat yang lebih baik.

Selanjutnya Glasser menyatakan bahwa teori pilihan mengajarkan bahwa individu lebih banyak mengajarkan bahwa ia jauh lebih banyak mengendalikan hidup dari yang disadarinya. Sayangnya banyaknya pengendalian yang tidak efektif. Contohnya anda merasa kesal dengan anak anda, maka anda memilih untuk berteriak dan mengancam dan membuat hal-hal yang menyebabkan menjadi lebih buruk, tidak lebih baik. Mengambil pengendalian yang efektif berarti membuat pilihan yang lebih baik, seperti berhubungan dengan anak-anak dan orang lain.

BAB IX

PERBEDAAN TRAUMA DAN PENANGANANNYA ANTARA SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA

Konflik bersenjata yang terjadi di selatan Thailand dan Aceh Indonesia, adalah dua peristiwa yang sama penyebutannya, akan tetapi wilayah dan orientasi dan kasus-kasusnya kemungkinan akan berbeda, dan otomatis peristiwa traumatiknya antara keduanya diduga juga berbeda, untuk itu dilakukan penelitian yang mendalam terkait hal tersebut.

9.1. Deskripsi Perbedaan Trauma dan Penanganan

Berdasarkan hasil deskripsi, dari hasil wawancara peneliti dengan para korban, LSM dan Pemerintah sebagai subjek penelitian, maka peneliti menganalisis sebagai berikut:

Pertama, hasil analisis kesimpulan dari deskripsi data tentang perbedaan trauma korban konflik bersenjata, menurut peneliti adalah sebagai berikut:

“ Trauma yang dialami korban konflik bersenjata di Aceh Indonesia (Kota Banda Aceh, Aceh Besar), dengan Selatan Thailand (Songkla, Yala, Naratiwat dan Pattani), sedikit berbeda, dari segi bentuk bentuk trauma, trauma di Aceh ada tiga bentuk, yaitu fisik, psikis dan sexual, sedangkan di Selatan Thailand hanya ada dua bentuk trauma, yaitu fisik dan psikis. Akan tetapi dari segi gejala yang dimunculkan dalam perilaku, perkataan dan perbuatan adalah sama, baik di Selathan Tahailand maupun di Aceh Indonesia. Korban sama –sama memperlihatkan gejala yang sama yaitu: sulit tidur, sering mimpi buruk, cemas berlebihan, perasaan takut, benci, marah, kesal, menghindar, bila melihat tentara”.

Kedua, hasil analisis dari kesimpulan hasil wawancara terkait dengan perbedaan penanganan trauma di Selatan Thailand (Songkla, Yala,

Naratiwat dan Pattani) dengan Aceh Indonesia (Kota Banda Aceh dan Aceh Besar) maka dapat dinyatakan sebagai berikut:

“Secara garis besar, perbedaan penanganan trauma terhadap korban konflik bersenjata di Aceh Indonesia dengan wilayah Selatan Thailand dapat dikatakan berbeda secara signifikan. Hal ini dapat dilihat dari penanganan trauma fisik. Di Aceh Indonesia, tidak ada pengadilan pada masa Darurat Operasional Militer (DOM) 1 dan 2, orang meninggal, kalau ada mayatnya dikubur, orang yang hilang tidak ada yang mencari, diperkosa dibiarkan, tetapi setelah MoU Helsinki dan di Sahnya UUPA, maka semua trauma fisik korban mendapatkan penanganan, seperti: korban dirusak dan dibakar rumahnya, maka diberikan bantuan rumah, orang yang meninggal karena ditembak dibayar diyat pada ahli warisnya, anak korban ada yang mendapatkan beasiswa, korban yang masih cedera diberi pengobatan kesehatan, walaupun semua itu belum maksimal, tetapi ada penanganannya, baik dari LSM, maupun pemerintah. Sedangkan di Selatan Thailand, sampai sekarang masih konflik dan masih sering, masyarakat dan tentara terbunuh, dan mereka yang di tangkap, di kurung di kem tentara, maupun di penjara, ada proses pengadilan, dan bila putusan pengadilan tidak bersalah, maka korban diberikan uang konvensasi 400 bath sehari yang dikalikan dengan masa di tahan dalam kem maupun penjara. Dan mereka yang korban juga tidak tahu apakah pejuang atau rakyat biasa, karena tidak ada yang bertanggung jawab. Kalau di Aceh jelas ada GAM namanya”

Berdasarkan deskripsi di atas, maka dapat disimpulkan, bahwa perbedaan trauma di Aceh Indonesia dengan Selatan Thailand adalah berbeda dari bentuk bentuk trauma, di Aceh ada tiga bentuk, yaitu: trauma fisik, trauma psikis dan trauma seksual, sedangkan di Selatan thailand hanya ada dua bentuk trauma, yaitu fisik dan psikis. Dari penanganan trauma fisik, juga berbeda satu sama lain, di Aceh semasa DOM 1-2 tidak ada pengadilan salah benar, yang ada, masa konflik semua orang yang terbunuh dan ada mayat di kubur, orang hilang tidak dapat dicari, keluarga GAM mengungsi, yang diperkosa dibiarkan, sampai pada MoU Helsinki dan sahnya UUPA, setelah itu baru ada penanganan melalui berbagai bantuan

LSM dan pemerintah melalui BRA dan KKR. Sedangkan di selatan Thailand dalam masa konflik, ada pengadilan siapa yang salah dan benar. Korban yang mengalami trauma fisik diperiksa kalau dia bersalah, maka dia akan dipenjara, dan bila tidak, mereka akan dibayar dalam bentuk uang konvensi perhari 400 bath yang dikalikan dengan masa yang dihabiskan di kem dan penjara.

9.2. Analisis

Berdasarkan kesimpulan dari deskripsi di atas, maka dapat dinyatakan bahwa, perbedaan trauma di Aceh Indonesia dengan Selatan Thailand adalah berbeda dari bentuk bentuk trauma, di Aceh ada tiga bentuk, yaitu: trauma fisik, trauma psikis dan trauma seksual, sedangkan di Selatan thailand hanya ada dua bentuk trauma, yaitu fisik dan psikis. Dari penanganan trauma fisik, juga berbeda satu sama lain, di Aceh semasa DOM 1-2 tidak ada pengadilan salah benar, yang ada, masa konflik semua orang yang terbunuh dan ada mayat di kubur, orang hilang tidak dapat dicari, keluarga GAM mengungsi, yang diperkosa dibiarkan, sampai pada MoU Helsinki dan disahnya UUPA, setelah itu baru ada penanganan melalui berbagai bantuan LSM dan pemerintah melalui BRA dan KKR. Sedangkan di selatan Thailand dalam masa konflik, ada pengadilan siapa yang salah dan benar. Korban yang mengalami trauma fisik diperiksa kalau dia bersalah, maka akan dipenjara, dan bila tidak, mereka akan dibayar dalam bentuk uang konvensi perhari 400 bath yang dikalikan dengan masa yang dihabiskan di kem dan penjara.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka peneliti menyatakan bahwa Perbedaan trauma fisik pada korban di selatan Thailand dan Aceh Indonesia, memang sesuatu hal yang sangat wajar, karena dari segi wilayah, budaya, tingkat pendidikan, pemahaman masyarakat adalah berbeda. Walaupun secara konflik bersenjata mungkin sama, karena sama-sama ingin suatu keadilan dari pemerintah, yang selama ini tidak adil memperlakukan warganya, baik secara ekonomi, budaya dan agama, akan tetapi bentuk traumatiknya tetaplah akan berbeda, karena perilaku tentara dalam menangani konflik itu berbeda. Di Selatan Thailand terkait konflik sepenuhnya di pegang oleh militer, kalau ada tersangka, mereka dapat langsung menangkap dan kalau melawan di tembak. Yang di tangkap dibawa ke kem tentara, itu jelas ada tempatnya dan keluarga dapat menjenguk dan mengantar nasi di kem, sementara di Aceh Indonesia, masa DOM 1 dan 2 Orang hilang, di tangkap tidak tahu mengusut kemana, dan kepada siapa harus minta tolong, Contoh ada seorang teman peneliti, dia ditangkap karena di duga membantu GAM, maka sejak saat itu tidak tahu kemana, sampai setelah setahun lebih baru di antar barang-barangnya kepada istri, dan sejak saat itu dia dinyatakan telah meninggal.

Peristiwa Traumatik yang terjadi pada korban seperti penderaan, luka fisik yang nampak, tidak begitu jelas pada korban di Selatan Thailand, karena menurut salah satu korban yang di tangkap dan di bawa kem tentara, ketika mereka disepak, di injak dan di tinju, tentara menggunakan alas triplek, ketika di strom dengan listrik, mereka menggunakan handuk basah yang kemudian di masukkan ke dubur dan dialiri arus listrik.

Sehingga ketika ada yang meninggal di dalam kem, luka fisik tidak terlihat sama sekali. Berbeda dengan di Aceh, semua yang ditangkap dan disiksa, secara fisik dapat dilihat jelas, seperti sultana api rokok, bekas luka bakar dari lelehan plastik dibakar, bekas bacokan, bekas di paku, giginya dicabut dengan tang, sehingga sampai sekarang dia tidak ada lagi satupun gigi, sekarang menggunakan gigi palsu, bahkan ada yang sampai sekarang cacat. Selain itu, di selatan Thailand tidak ada perkosaan pada korban perempuan, yang ada ditembak sedang hamil besar. Akan tetapi di Aceh, ada korban yang diperkosa didepan ayah ibunya, dan ada juga anak yang disuruh memperkosa ibunya, sehingga sampai sekarang mengalami sakit jiwa. Dan dari pernyataan salah seorang korban yang bernama (RA) waktu suami ditembak, Dia sedang hamil besar saat itu, di bawa masuk ke dalam kamar dan ditelanjangi, kemudian disiram dengan minyak bensin, dari rambut sampai badan, kemudian pistol dimasukkan ke dalam mulut dan juga ke dalam kemaluan, dan disuruh mengaku bahwa suaminya sebagai orang GAM, kemudian ada juga perempuan yang ditangkap di kem, setiap jam 10 pagi dan 4 sore, ditelanjangi dan disuruh bermain poli. Yang lebih biadab lagi, ada perempuan yang dimasukkan kedalam ban yang di susun, kemudian di bakar hidup-hidup, dan ada lagi yang dicincang kecil-kecil dikasih untuk makanan anjing mereka. Dengan kondisi penyiksaan fisik seperti itu, bagaimana psikologis korban yang melihat hal tersebut, dan dia masih hidup sampai sekarang, karena itu sangat diperlukan berbagai dukungan dari berbagai pihak, karena sampai sekarang belum ada

penanganan yang spesifik untuk pemulihan trauma psikologis mereka. (penyataan ini sudah pernah di tayangkan di youtube).

Memang pasca MoU Helsinki, dan dengan disahkannya Undang-Undang Peralihan Aceh (UUPA), secara fisik, para korban di Aceh telah ditangani melalui program pemerintah yang diberikan mandat kepada BRA sejak tahun 2006 sampai sekarang dan KKR, akan tetapi penanganan dan pemulihan trauma belum terjamah sama sekali. Begitu juga di Selatan Thailand, secara fisik juga sudah ditangani, walaupun belum maksimal, ini mungkin karena masih konflik sampai sekarang. Jadi dalam konteks ini, peneliti sangat mengharapkan kepada semua pihak terutama LSM dan Pemerintah, yang memiliki kekuatan untuk memberikan bantuan kepada korban yang sampai sekarang masih trauma di dalam kehidupannya, dengan berbagai teknik dan cara yang profesional.

Perbedaan trauma psikologis, juga terlihat jelas antara korban konflik di Aceh dengan Selatan Thailand. Hal ini sangat wajar, karena trauma psikologis sangat dipengaruhi oleh konstruksi, persepsi, motivasi dan keinginan kuat dari individu, dalam setiap wilayah. Seperti korban anggota GAM, yang menganggap bahwa, apapun dilakukan adalah suatu perjuangan, maka semua penyiksaan yang terjadi kepadanya, itu adalah resiko yang harus Dia terima, akan tetapi bagi korban yang bukan GAM, mereka menganggap penderaan itu adalah suatu kebiadaban, sehingga tingkat dendam itu melebihi, kepada pelaku (tentara), dan orang-orang yang seperti inilah yang traumanya akan lebih lama dan permanen, karena mereka tidak bisa terima penyiksaan tersebut.

Dalam konteks ini harus dipahami, bahwa perbedaan traumatik di setiap bidang trauma dan sumber daya manusia, sangat dipengaruhi oleh konstruksi budaya yang dibangun di setiap wilayah. Dipelajari bahwa suku Aceh, dengan suku di selatan Thailand akan memiliki persepsi berbeda dalam berbagai cara hidup dan kehidupan, termasuk bagaimana pola coping, yang mereka kembangkan di lingkungan. Perbedaan ini juga dipengaruhi oleh intensitas dari peristiwa traumatis yang terjadi, jumlah korban dan bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga, lingkungan dan para penguasa. Semakin baik dukungan sosial, maka semakin rendah respons terhadap trauma. Begitu juga dengan trauma seksual, mereka akan terus teringat apapun yang pernah diterima ketika penyiksaan, karena korban perkosaan ada yang memiliki anak, dan juga ada disfungsi seksual.

Demikian pula, perbedaan sumber trauma, seperti konflik yang terjadi, di selatan Thailand dan Aceh, ketika diperiksa lebih dekat, adalah dua sumber peristiwa yang sangat berbeda dalam konteks. Menurut salah satu ketua mukim di Peneere Selatan Thailand, Dia menyatakan bahwa, Aceh sudah jelas konfliknya dengan siapa, tuntutan apa, tetapi selatan Thailand tidak jelas, dan tuntutan apa juga tidak jelas, maka mereka hanya dianggap pemberontak kerajaan saja, tetapi Aceh jelas, sehingga mungkin lebih mudah untuk membuat negosiasi (perdamaian). Selatan Thailand kekerasan terhadap orang yang diduga terlibat dalam pemberontakan ditangkap dan jelas dibawa kemana dan diinterogasi, tetapi masa DOM di Aceh, orang ditangkap besok sudah ditemukan di dalam goni dan sebagainya, jadi sebenarnya tingkat penderitaan Aceh itu lebih parah

berbanding selatan Thailand, korban yang ditangkap kadang langsung digorok lehernya di dekat rumah, sungguh mengerikan. Peristiwa traumatis inilah yang juga membuat tingkat kebencian korban kepada tentara juga berbeda, walaupun reaksinya sama yaitu: benci melihat tentara. Hal ini juga diperkuat dari hasil wawancara peneliti pada 7 May 2012 di Pattani Thailand, mereka menyatakan bahwa ingin membalas apa pun yang telah dilakukan tentara terhadap keluarga mereka, walaupun mereka sangat takut ketika mereka bertemu tentara. Pengalaman itu juga dialami remaja di Aceh. Menurut mereka, konflik telah memusnahkan semua harapan dan masa depan mereka, jadi harus dibalas dengan cara apapun, maka sampai sekarang penderitaan yang melanggar HAM tetap akan dituntut oleh masyarakat Aceh.

Ryan, (1995) menyatakan, bahwa setiap individu memiliki kebutuhan psikologis, terlepas dari budaya, ras, jenis kelamin dan negara. Ketimpangan salah satu kebutuhan psikologis, akan mempengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan, misalnya lingkungan yang menyediakan peluang efisiensi dan otonomi, tetapi pada saat yang sama, tidak menyadari kebutuhan individu. Konteks sosial ini menghasilkan konflik kebutuhan psikologis yang menyebabkan pemisahan diri dan psikopatologi. Selain itu, Ryan & Deci (2000) menyatakan bahwa ada tiga kebutuhan psikologis dasar bersifat universal. Ini berarti bahwa kebutuhan psikologis dasar, berubah sepanjang hidup berdasarkan definisi kesejahteraan dan gaya hidup yang berbeda-beda sesuai dengan budaya.

Jika dilihat dari jenis kelamin, pria dan wanita berbeda, tetapi efek trauma, tingkat trauma, yang dialami korban tidak demikian. Pernyataan ini konsisten dengan hasil wawancara dengan korban, yang mana responden pria dan perempuan hampir identik, mereka berdua merasakan ketakutan yang ekstrem, merasa sedih, cemas dan marah, tetapi respons pria dan wanita jauh berbeda. Ini bisa dilihat dari perilaku yang ditunjukkan, ketika kemarahan wanita kurang agresif dibandingkan pria. Contoh seorang wanita mengatakan kemarahan, tetapi wajah dan reaksi tubuh tidak menunjukkan kemarahan (halus), tetapi pemuda laki-laki ketika marah menunjukkan perilaku memberontak, ini dapat dilihat dengan melihat wajah dan telinga, mata memerah dan tangan mengepal dan gemetar. Dan kemarahan seperti itu akan membahayakan kesehatan fisik, karena dapat menaikkan hipertensi.

Berdasarkan pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa secara kualitatif perbedaan trauma yang terjadi pada korban konflik di Aceh dan Selatan Thailand adalah berbeda pada bentuk traumatiknya, baik fisik, psikologis dan seksual. Akan tetapi gejala yang dimunculkan pasca konflik adalah sama, yaitu sulit tidur, jantung berdegub keras ketika melihat benda-benda yang ada hubungan pada saat penderaan terjadi, seperti wayer listrik, baju loreng kalau di Aceh, dan di Selatan Thailand warna hitam. Dari segi penanganan juga berbeda, di Aceh, korban konflik diberi mandat kepada BRA dan KKR untuk membuat program apa saja yang harus dilakukan untuk pemulihan, dan sampai sekarang program tersebut hanya sebatas pada penanganan secara fisik, itupun juga belum maksimal,

karena data dan dana, sehingga masih banyak korban yang belum mendapat bantuan apun baik dari pemerintah maupun LSM. Sedangkan di Selatan Thailand, penanganan dilakukan dengan mensiasat semua korban baik yang ditangkap, dan yang meninggal dan dipustuskan oleh pengadilan, bila tidak bersalah mereka diberi uang komvensasi. Tentang trauma juga belum ada penanganan secara profesional. Sehingga masih banyak korban yang sampai hari ini masih trauma dengan memunculkan gejala sulit tidur, mimpi buruk, ketakutan berlebihan, kecemasan.

BAB V

**BENTUK-BENTUK TRAUMA
YANG DI ALAMI KORBAN KONFLIK BERSENJATA
DI SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA**

Seperti yang telah di bahas dalam bab sebelumnya, bahwa trauma adalah suatu perasaan sakit luarbiasa yang di alami oleh seseorang yang pernah mengalami, menyaksikan peristiwa menyakitkan, seperti: penganiayaan, penyiksaan, ancaman, teror, perkosaan, dan lain-lain, sehingga meninggal efek yang dalam, dan sulit untuk dilupakan. Perasaan ini bila tidak disembuhkan akan berdampak pada pikiran, perilaku dan tindakan. Karena itu, banyak para peneliti ingin mengetahui lebih dalam terkait bentuk-bentuk trauma yang di alami korban akibat konflik bersenjata, seperti Selatan Thailand dan Aceh Indonesia, yang cukup lama mengalami konflik bersenjata. Untuk lebih jelas lihat gambaran hasil penelitian yang dilakukan di bawah ini.

5.1. Gambaran Bentuk-Bentuk Trauma yang di Alami Korban di Selatan Thailand

Dari hasil wawancara dengan korban yang dilakukan di empat wilayah Selatan Thailand, yaitu: Yala, Narathiwat, Songkla dan Pattani dapat dideskripsikan sebagai berikut:

Pertama, hasil wawancara dengan ibuk KZ di Kampung Kuala Tanjung, Kabupaten Nong Cit Provinsi Patani, dia mengatakan:

“ Suaminya meninggal 4 Des 2015 setelah di tahan di kamp tentara selama 24 hari. Sebelum suami saya di kepong, tentara dan polisi sudah datang kerumah dua kali. Suami saya di tangkap tengah malam pada saat semua keluarga sedang tidur, dengan cara di kepong dengan tuduhan ia adalah sebagai komandan kompi pemberontak. Pada saat ditangkap anak

saya yang bongsu sedang tidur, sedangkan yang berumur 19 Tahun berada di Luar rumah sehingga dia tidak melihat ketika ayahnya di tangkap, dan sampai meninggal dia baru bertemu kembali, karena sewaktu di kamp dia tidak pernah menjenguk takut di tangkap juga. Pada hari ke 24 saya di panggil katanya suami sudah meninggal karena sakit demam, dan sesampai saya di kamp suami saya sudah dibawa ke Rumah sakit untuk di Xray, hasilnya dikatakan meninggal dengan normal. Tetapi kami sekeluarga tidak percaya karena di baju suami ada gumpalan darah, dadanya berwarna biru lembam, matanya juga ada gumpalan darah, dan itu tidak ada hari pada tgl 23 Desember ketika saya mengantar nasi dan dia sehat-sehat saja, tidak demam seperti yang di sampaikan tentara, dan kasus ini sudah di perjuangkan tetapi keputusan pengadilan meninggal normal. Sekarang saya sering mimpi buruk, dalam mimpi sering jumpa suami, sehingga sulit tidur, takut dan merasa benci melihat askar. Semua ini kerana sering mengingat kembali ketika rumah kami di kepug, mereka tentara memasuki rumah dengan bersenjata laras panjang, dengan baju hitam, dan mereka bertopeng, mereka meneriaki bapak dengan kata kata, keluar kau, ayo cepat keluar, akhirnya Bapak keluar dan mereka memegangnya sampai ke dalam mobil, Sejak saat itu, bapak di tahan di kamp askar selama 24 hari. Saya bertemu bapak hanya waktu mengantar nasi dan sampai akhirnya beliau meninggal dalam kamp tersebut, dan pada awal bapak meninggal saya stres, depresi selama hampir 6 bulan, tetapi karena ada NGO sering datang menjenguk saya, maka saya sudah sehat sampai sekarang”.

Kedua, Hasil wawancara dengan EA dan Rkh Istri korban di Kampung Pasir Putih, di Patani, mereka menyatakan:

“suami saya di ambil jam 2 malam dengan mendobrak pintu, tentara masuk 12 orang dan menarik paksa suami saya, dan membawa suami saya masuk mobil tentara, setengah tentara masih dirumah mencari –cari sesuatu saya tidak tahu apa yang dicari, tetapi saya akhirnya tahu bahwa ada uang di lemari 2000 bat dan mereka mengambilnya. Setelah malam itu anak saya terus menangis ingin melihat ayahnya di kamp tentara, tetapi kami selama 2 minggu tidak boleh mengantar nasi dari rumah, saya tidak tahu kenapa. Karena Saya kata suaminya, selama dua minggu itu di siksa terus seperti: di sepak di telinga dengan sepatu askar, di masukkan ke dalam kolam air, disepak dipunggung sampai saya tersungkur dan bangun lagi disepak lagi, di Injak dada saya dengan terlebih dulu di letakkan triplek di atas itu, di injak berkali-kali, dan sekarang saya kurang dapat mendengar, kepala sering pusing, akhirnya istri saya bawa saya berobat,

karena saya tidak bisa tidur, sekarang saya tergantung dengan obat tidur. Selama 30 hari di kamp tentara kemudian saya dilepaskan. Dan selama 4 bulan saya di rumah, kemudian di ambil lagi dan juga di bawa ke kamp tentara, tetapi di sana tidak lagi disiksa hanya di wawancara saja selama 20 hari, kemudian saya dilepaskan kemabali. Sekarang saya sering sekali merasa sesak di dada, telinga pekak kurang mendengar, sulit tidur, suka mimpi buruk, waktu tidur seperti ada yang datang akhirnya saya duduk saja sampai kadang jam 4 pagi, sekarang saya rutin minum obat dan sudah mulai kerja dekat rumah torek getah".

Ketiga, hasil wawancara dengan CL, dari kampung Pasir Puteh , Kecamatan Paku, Kabupaten Tueng Yang Deng, Provinsi Patani. Dia menyatakan:

"Saya di tangkap pertama sekali pada tahun 2014 yang di bawa ke kamp tentara, hari pertama saya disiksa dengan cara tangan diikat kebelakang dan kemudian disepak dengan sepatu boot, dan di tampar di telinga, dan selama seminggu setiap hari kepala saya di masukkan kedalam pelastik dan di tenggelamkan kedalam bak air, seminggu kemudian selama delapan jam saya di masukkan ke dalam ruang Es, dan juga handuk di basahi kemudian di masukkan kedalam dubur, lalu di cok dengan listrik. Pokoknya selama 2 minggu penuh saya terus di siksa di kamp tentara. Kemudian saya di bawa ke penjara, tetapi sebelum di bawa saya di Xray, di rumah sakit saya di wawancara tetapi saya tidak mengatakan apa- apa takut terjadi masalah lagi, para dokter dan perawat bertanya saya menjawab tidak sakit, walaupun sebenarnya saya selalu merasa nyeri di dada, kemudian saya dibawa kepenjara, disana saya tidak disiksa, kemudian keluarga menyewa pengacara dan hasil putusan pengadilan saya di bebaskan. Pada tahun ini 2018 saya ditangkap lagi, oleh tentara yang lain, tetapi mereka lebih baik dari yang tangkap pertama, dan pada tahun ini saya tidak lama di dalam kamp tentara, dan juga tidak begitu di siksa hanya setiap hari dia menanyai hal yang sama apa saya terlibat di dalam pemberontakan, tetapi karena saya memang tidak bersalah maka saya dibebaskan, dan sekarang kami membentuk organisasi yang di dalamnya adalah para korban yang ditangkap padahal mereka tidak bersalah".

Keempat, hasil wawancara dengan PP di Kampung Resang, Kecamatan Tanah Puteh, Kabupaten Banangsta, Provinsi Yala, Dia menceritakan:

“ Tok imam adalah imam mesjid, pada hari dia di tembak beliau baru saja pulang dari mesjid dan ditembak di depan pintu kedai, pada masa itu baba panggilan mereka untuk tok imam juga bekerja sebagai pedagang, dan insya Allah kedai kami ramai pembeli. Ketika baba di tembak anak saya masa itu berjumlah enam orang, ada umur 18, 13, 12, 10, 6, dan 2 Tahun, dan saya juga masa itu sedang hamil 9 bulan. Sewaktu baba di tembak saya pingsang dan di bawa krumah sakit, saya tidak lihat ketika baba di kebumikan. Sekarang anak-anak saya susah hidup, karena mereka di kucilkan di Sekolah, di lingkungan, dan yang lebih parah lagi, kedai kami yang dulu ramai pembeli sekarang sudah tidak ada lagi, karena mereka tidak mau membeli pada pemberontak, anak yang Sekolah di SMU sudah tidak pergi lagi karena selalu dikatakan anak penjahat. Anak saya yang sulung pernah dihadap oleh orang yang bertutup muka sehingga dia menjadi stres dan pemurung, selalu berkurung di dalam kamar saja. Kehidupan kami setelah baba meninggal terus merasa sulit karena semua masyarakat dulu sering berkunjung setelah baba meninggal tidak satupun datang lagi, termasuk kepala desa dan orang-orang sekitar, kami hidup seperti dalam ancaman, karena sebulan setelah baba meninggal, tentara ngekos di sebelah kedai kami, katanya untuk memata-matai kami, saya tidak tahu apa kesalahan baba. Sekarang kami hidup dengan menjual jagung dipinggir jalan yang pembelinya bukan orang kampung, tapi saya sudah ikhlas, karena saya juga telah meminta pada kepala Desa untuk meminta hak kami, karena menurut kerajaan orang yang terkorban di bayar 500 000 bat, tetapi kami juga tidak mendapatkan, karena kematian baba tidak terdaftar kata polis wilayah kami tinggal. Hari ini saya sangat senang karena ibuk bapak datang berkunjung kerumah saya, yang selama ini tidak pernah ada yang datang setelah baba meninggal, kami hidup seperti dalam hutan ngak ada kerabat, hanya ada NGO yang mengunjungi kami, anak saya yang SMU di bawa ke psikolog, walaupun sekarang tetap tidak mau sekolah lagi. Sekarang yang kami rasakan kami seperti dalam ancaman, ketakutan anak-anak stres dan depresi, yang no 2 bahkan sering bicara sendiri, kulitnya menjadi putih karena tidak kena matahari, apa yang harus kami buat, saya sekarang sudah ikhlas, semua ini kehendak Allah, walaupun saya tidak kuat, tetap harus berupaya untuk menghidupkan anak-anak saya. Yang lucu anak saya yang lahir ketika baba meninggal

asal nampak tentara di melemparkan apa saja yang ada pada tangannya sambil berteriak marah, karena umurnya masih 4 tahun jadi lucu”.

Kelima, Hasil wawancara dengan CM Ayah dari tiga orang putra yang meninggal karena di tembak, di Kampung Belukar Perak, Kecamatan Peluka Samok, Kabupaten Bachok, Provinsi Narathiwat. Dia menceritakan bersama isterinya, yaitu:

“ saya cerita peristiwanya, pada juni tahun 2011, Tentara Siam datang mengepung rumah kakak ipar saya, ia adalah seorang pejuang, sudah sering tentara siam datang untuk mencari Dia, tetapi tidak ditemukan. Dan setiap ada pertempuran di kampong terdekat, ada yang meninggal karena tertembak, maka setelah itu, tentara siam langsung menuju ke rumah dan mencari kakak ipar, karena tidak di temukan maka di tangkaplah saya, dengan cara di kepung jam 4 malam dan kemudian di bawa ke kamp tentara selama 2 minggu dan disana disiksa, dengan cara beragam yaitu: satu malam dikurung di ruang sempit seperti kulkas, pernah juga kepala di masukkan pelastik sehingga sulit bernapas, di sepak, di tinju oleh banyak tentara. Setelah itu kemudian saya dibawa ke penjara. Setelah di sana saya menyewa pengacara dan karena saya tidak bersalah akhirnya pengadilan memutuskan diebaskan, dalam proses ini saya tiga kali naik pengadilan dan ketiganya saya menang. Karena itu, mungkin tentara siam marah, maka setelah saya keluar dari penjara ada teman dari kantor kerajaan, yang mengatakan bahwa hati-hati karena saya diawasi. Seminggu kemudian, saya dan keluarga yaitu: istri, anak yang berumur 6 tahun, 9 tahun dan 11 tahun pergi sembahyang magrib dan isya ke mesjid dan ketika pulang, Istri dan anak anak langsung menuju dan membuka pintu, tetapi tiba-tiba ditembak secara membabi buta sehingga anak saya yang berumur 9 tahun meninggal di depan pintu, anak yang 6 tahun meninggal di pangkuan istri saya, yang pada saat itu dia juga tertembak di tangan kanannya, kemudian tentara masuk kerumah mengejar istri dan anak saya, dia tidak melihat istri saya, tetapi dia mengejar anak saya yang berumur 11 tahun yang lari dari dalam rumah kemudian turun ke belakang dan akhirnya di bawah pohon pisang anak saya meninggal, sedangkan saya pada saat itu sedang memakirkan kereta, begitu saya dengar tembakan saya lari dan bersembunyi, sehingga besok harinya baru orang kampung berdatangan kerumah, dan istri saya dibawa kerumah sakit. Saya melaporkan kepada polisi kerajaan bahwa yang menembak adalah tentara yang berbaju hitam. Akhirnya hasil penanganan kasus ini adalah dengan

pembayaran konvensasi setiap anak yang meninggal di bayar 500.000 bat per satu orang anak. Sedangkan saya dan istri dibayar 750.000 bat per orang. Setelah itu setiap bulan saya di kunjungi oleh tentara, apalagi kalau ada pertempuran, maka mereka langsung kerumah melihat apakah saya ada di rumah atau tidak. Sejak saat itu, kami meninggalkan rumah tersebut dan membangun rumah ini dari hasil uang yang diberikan itu. Tetapi sampai sekarang, saya selalu bermimpi buruk, sulit tidur, asal ada tentara hati saya tidak tenang, jantung berdegup kencang, anak saya yang tua sekarang berada di turki, karena saya tidak izinkan dia pulang, karena takut di ambil oleh tentara. Jadi kalau dipikir kami ini hidup dalam rasa cemas yang terus menerus, apalagi pemberontakan ini belum berakhir. Kami memang ikhlas, karena anak meninggal itu takdir yang di beri Allah kepada kami, kami harus sabar itulah yang membuat kami mungkin sampai sekarang sehat walau dalam ketakutan, kami di sering dikunjungi oleh LSM,”.

Berdasarkan hasil deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa peristiwa traumatik yang di alami korban konflik bersenjata, semuanya sudah meninggalkan luka yang sangat dalam, pada fisik dan psikis, hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara semua korban sekarang sering mengalami mimpi buruk, sulit tidur, rasa takut yang berlebihan bila melihat tentara, perasaan marah, benci dan juga kesal, semua itu menunjukkan *symptom* trauma. Dengan demikian dapat dikatakan bentuk-bentuk trauma yang dialami korban adalah trauma fisik dan psikis.

5.2.. Bentuk-Bentuk Trauma Yang Di Alami Korban di Aceh Indonesia

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan korban, terkait bentuk-bentuk trauma yang dialaminya, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut:

Pertama, wawancara dengan FTR, Desa Lamkrat, dia adalah informan GAM bidang logistik, dia mengatakan:

“Saya di tangkap di rumah, sedang menggunting baju, karena saya memang kuliah di tataboga, dan di bawa ke polres, sebelum di bawa mamak dan saya sudah terlebih dulu tanya jawab dengan tentara dan polisi, mamak saya bersikeras meminta kepada polisi untuk tidak membawa saya, kalau dibawa juga, maka saya juga harus ikut, itu kata mamak. Maka akhirnya mamak saya ikut sampai ke polres. Saya di tahan tetapi tidak disiksa, selama di tahan yang paling stres adalah mamak, hingga sakit demam dan bicara sendiri. Kemudian Abang saya sampai putih kulitnya, karena bersembunyi di rumah nenek dan tidak pernah keluar, takut di tangkap. Mamak dan ayah semasa saya di tahan setiap hari datang mengantarkan nasi, dan mencari tahu kapan saya bisa keluar. Selama saya di tahan selama itu pula keluarga saya terutama mamak dan ayah abang tidak bisa hidup tenang terus cemas, ketakutan, dan bahkan sering mimpi buruk, terbayang terus penyiksaan, padahal saya sudah katakan bahwa saya tidak disiksa. Yang disiksa adalah teman saya, dia adalah pasukan inong balee, yang lebih dulu tertangkap dari pada saya, di tubuhnya penuh luka sultan api rokok, dan sering di panggil keruang tentara, dia tidak mau mengatakan apa yang dilakukan tentara sewaktu di kamarnya, yang dia katakan adalah semoga kamu tidak mengalami apa saja yang telah saya rasakan di dalam penjara ini. Saya memang sedikit takut, tetapi saya telah berjanji di dalam hati saya, bahwa ini adalah resiko yang sudah saya pilih, saya hanya khawatir kepada ibu yang setiap hari mencari bantuan untuk pengurusan kebebasan saya. Akhirnya dengan pengurusan, kemudian saya di tebus dengan uang sebanyak 15 juta”

Kedua, hasil wawancara dengan (NSL) (Gajah Putih), Dia adalah tentara GAM, lepasan dari Pelatihan di Libiya:

“saya terus bergriya di hutan setelah nama saya menjadi target pencaharian tentara dan polisi, dan saya bertahan hidup dengan teman-teman di hutan dengan kiriman bahan makanan dari infoman bidang logistik. Selama saya bergriya di hutan ada 3 kali baku tembak dengan tentara, tetapi saya selalu lolos, kali keempat saya tertembak dengan lima peluru di bahu, dada, pinggang dan paha, aneh peluru itu tidak tembus keluar, tetapi meletus di dalam tubuh saya, secara rasional saya seharusnya sudah meninggal, karena tidak ada pertolongan dan bantuan medis, akan tetapi saya masih hidup sampai sekarang, Allah betul-betul maha besar, kalau belum waktunya mati, maka tidak akan pernah mati walaupun mungkin 10 peluru ha ha. Tetapi sekarang semua pengalaman di hutan dan perang terus membuat saya sulit sekali tidur, dan tidak tahu selalu ada perasaan was-was yang saya sendiri tidak mengerti, kadang sedang duduk dengan teman-teman di kedai kopi tiba-tiba seperti ada yang melintas di pikiran saya, setelah itu saya langsung gugup dan beringat. Saya mungkin merasa bersalah pada orang-orang yang pernah saya tembak, sehingga mengganggu pikiran saya. Memang kenangan itu sulit

sekali di lupakan walaupun saya terus berusaha, apalagi setiap hujan, petir badan saya terus merasa ngilu, jadi bagaimana bisa melupakan. Saya sudah pernah berobat ke Malaysia dengan bantuan program BRA, untuk melihat apakah masih ada pelurunya di dalam, hasil ronsen malah tidak ada sama sekali, padahal bekas peluru ada, tim dokter disana juga heran. Mereka bertanya apakah peluru sudah pernah di keluarkan, saya jawab belum. Anekan..”

Ketiga, hasil wawancara dengan (TMd), Kampung montasik, Dia mengatakan bahwa:

“Saya masih belum lupa peristiwa hari itu, saat saya di tangkap dan ditutup mata di masukkan ke dalam mobil, di bawa kesalah satu bangunan di Pasar Aceh, itu menurut perasaan saya, karena rasanya lokasi itu tidak asing, sesampai di bangunan tersebut, tangan di ikat dengan wayer listrik yang agak besar, dan terus ditanyai sambil disiksa, sampai saya mengaku bahwa saya memang orang GAM, kemudian setelah mengaku, dipaksakan lagi untuk menyebutkan teman-teman lain, karena tidak menyebutkan maka digantung terbalik juga dengan tali wayer itu. Dan saya terus di pukul juga dengan wayer tersebut, maka sampai sekarang jantung berdegup keras bila melihat tali wayer yang tergantung atau terletak di lantai. Badan saat itu babak belur, lembam di mana-mana, akhirnya saya di putuskan bersalah dan di penjara, kemudian mendapat amnesti dan bebas setelah MoU Helsinki”

Berdasarkan hasil deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa korban dari konflik bersenjata telah meninggalkan trauma, dalam bentuk fisik dan psikis. Dalam bentuk fisik, luka akibat senjata tajam, luka kena peluru, luka kena paku, luka akibat benda tumpul, luka jepitan tang dan luka sulutan api, sehingga berbekas sampai sekarang. Sedangkan bentuk trauma psikis adalah ancaman, teror, perkosaan, pelecehan, pemaksaan dan ketakutan dan lain-lain yang membuat mental shock, sehingga sampai sekarang mudah cemas, jantung berdegup kencang bila melihat alat-alat yang sama, yang digunakan untuk penyiksaan, sering mimpi buruk.

5.3. Analisis

Berdasarkan gambaran data di atas, maka dapat dikatakan bahwa peristiwa traumatik yang dialami korban konflik bersenjata, telah meninggalkan luka yang sangat dalam pada fisik dan psikis, hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara, secara fisik, masih meninggal luka bekas penyiksaan dan tembakan. Sedangkan secara psikis semua korban sekarang sering mengalami mimpi buruk, sulit tidur, rasa takut yang berlebihan bila melihat tentara, perasaan marah, benci dan juga kesal tanpa sebab, semua itu menunjukkan *symptom* trauma.

Pertama, dilihat dari trauma fisik yang dialami dan di perlihatkan korban kepada peneliti, secara verbal dapat dirasakan ketidaknyamanan korban, hal ini dilihat dari mimik wajah dan keringat yang mengalir di dahi, serta perubahan rona di wajah, menunjukkan tanpa disadari walaupun mereka tidak mengatakan, korban teringat dengan peristiwa traumatik tersebut. Perubahan itu semua, menurut peneliti merupakan sesuatu yang sangat wajar, karena secara normal saja, misalkan seseorang pernah sakit dan operasi, pasti bekas luka operasi tersebut akan mengingatkan kembali kepada peristiwa tersebut. Akan tetapi, ketika bekas luka fisik tersebut, ketika dilihat dan menimbulkan getaran dan berkeringat, maka itu hal yang tidak wajar, dan ini bisa dikatakan korban trauma dalam skala validitas.

Menurut Briere (1995) untuk melihat trauma pada seseorang, dapat dilihat dari dua skala, yaitu: validitas dan klinis. Skala validitas dapat dilihat dengan 3 indikator, yaitu: *Atypical Response* (ATR), *Response Level* (RL) dan *Inconsistence* (INC). Skala validitas adalah skala untuk melihat

seseorang trauma atau tidak, sedang skala klinis adalah untuk melihat trauma yang di alami itu masuk ke dalam dimensi mana, apakah gangguan emosi (*Dysphoric mood*), Stres pasca trauma (*Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), Disfungsi Seksual (*Sexual Dysfunction*) atau Disfungsi Diri (*Self Dysfunction*).

Korban yang merespon sesuatu dengan berlebihan, seperti memperlihatkan bekas luka yang ada padanya, dengan reaksi berlebihan, hal tersebut menunjukkan bahwa dia berbeda dengan orang lain yang mengalami luka yang sama, tetapi tidak bereaksi berlebihan, maka orang yang bereaksi berlebihan dianggap mengalami trauma. Reaksi berlebihan yang diperlihatkan korban dalam skala validitas disebut dengan istilah *Atypical Response* (ATR). Dalam Kamus Inggris Indonesia, kata *atypical* diartikan dengan tidak khas, tidak teratur, tidak normal. Chaplin (2001) mengatakan, kata *Atypical* dapat diartikan sesuatu yang tidak khas, tidak beraturan, tidak normal, atau mempunyai perbedaan yang sangat jelas, dalam sifat-sifat dan karakteristik yang diperlihatkan oleh seseorang. *Atypical* juga dapat diartikan dalam suatu skor dari distribusi yang menyimpang secara menyolok dari rata-rata orang banyak. Juga dapat digunakan untuk menentukan perilaku seseorang, yang lebih menonjol dan lebih kentara dari banyak orang seusianya. Sedangkan kata respon adalah proses otot atau kelenjar yang muncul, karena rangsangan, atau dapat juga dikatakan, seperti keringat yang muncul tiba-tiba karena suatu pertanyaan yang perlu jawaban, tetapi mengingatkan dia kepada peristiwa traumatik,

sehingga merasa ketakutan, cemas atau keluar keringat, kondisi tersebut tidak terjadi pada orang lain atau orang normal.

Terkait dengan hal tersebut di atas, Nevid (2005) menyatakan bahwa, salah satu kriteria yang digunakan untuk menentukan, apakah perilaku itu dikatakan normal atau abnormal, adalah dengan cara memperhatikan apakah perilaku tersebut menyimpang dari standar tingkah laku atau norma sosial, yang dapat diterima oleh orang banyak. Selain itu, reaksi korban yang sampai sekarang masih merasa takut, benci, marah, kesal, secara berlebihan terhadap tentara yang dilihat, ini juga menunjukkan tingkat responnya di luar batas normal dari standar perilaku sehat pada seseorang, yang dalam istilah Briere disebut dengan *Response Level* (RL). Begitu pula, ketika korban tidak bisa konsisten dengan jawaban – jawaban yang diberikan kepada peneliti, selain itu juga terkesan tidak fokus, karena mereka melihat kiri kanan ketika ingin memberi jawaban, dan bahkan seperti berbisik. Perilaku ini juga menunjukkan gejala trauma yang dialami, dan hal ini disebut dengan *inconsistent* (INC) dalam alat ukur *trauma symptom inventory* (TSI).

Berdasarkan data tersebut di atas, dapat dinyatakan bahwa, subjek merespon secara berlebihan, mereka dianggap memiliki kesulitan yang diasosiasikan dengan berkurangnya rentang jarak perhatian atau gejala disosiatif. Menurut Caplin (1995) mengartikan kata *dissociation* (dissosiasi, pemisahan, menjauhkan diri, tidak mau bersatu) adalah pemisahan satu pola atau proses psikological yang kompleks, sebagai satu kesatuan dari struktur kepribadian, yang kemudian dapat berfungsi bebas,

otonom dari struktur lainnya. Keperibadian majemuk atau kepribadian terbelah (*multiple personality, splitted personality*) ini menggambarkan gejala dissosiasi dalam bentuk ekstrem atau klinis.

Secara konsep, dissosiasi memiliki beberapa tingkatan seperti: *hysteria, amnesia, dan schizofrenia*. Jongsma dan Paterson (1995) menyatakan perilaku dissosiatif, seperti merasa memiliki kepribadian ganda yang mengawal prilakunya, dimana dalam satu episode tiba-tiba tidak mengingat hal-hal yang penting di dalam kehidupannya, bahkan ada yang lupa pada dirinya, karena terkait dengan peristiwa traumatik yang dialaminya, dan sangat menyakitkan, sehingga otaknya memaksa dia untuk melupakan tentang ingatan tersebut, dan dia melupakannya.

Selain hal tersebut di atas, Nevid (2005) mengatakan gangguan dissosiatif adalah bentuk suatu kumpulan gangguan, yang ditandai oleh suatu kekacauan atau dissosiasi dari fungsi identitas, ingatan, atau kesadaran. Sedangkan gangguan identitas dissosiatif adalah suatu gangguan dissosiasi, dimana seseorang memiliki dua atau lebih kepribadian yang berbeda. Sebab terjadi *dissociation* adalah trauma masa lampau, masa berduka, ngeri, sedih yang terlalu lama (berkepanjangan), kecederaan emosi karena terlalu takut, kegagalan dalam hidup, dinafikan hak (*rejection*) atau penderaan, kecederaan saraf/kecelakaan atau faktor organik (keturunan), kebimbangan melampau terhadap sesuatu peristiwa dan kenangan pahit. Dalam sejumlah kasus yang dilaporkan kepribadian yang berganti pada seseorang dengan kepribadian ganda, memiliki reaksi

dan pandangan tersendiri atau berbeda kepribadian pada orang yang sama.

Dari deskripsi dan pembahasan di atas, maka dapat dikatakan bentuk-bentuk trauma fisik dan psikis yang dialami korban di Selatan Thailand (Patani, Naratiwat, Songkla dan Yala) dan Aceh Besar, Kota Banda Aceh (Indonesia), masih memunculkan gejala trauma, yang memerlukan penanganan secara psikologis, seperti sulit tidur, cemas yang berlebihan, ketakutan tanpa alasan, stress, histeria. Dari gejala tersebut menandakan bahwa belum ada penanganan secara spesifik, terkait trauma korban, baik dari LSM, Pemerintah maupun dari keluarga korban itu sendiri, karena kalau sudah ditangani, gejala tersebut pasti sudah berkurang, apalagi rentang peristiwa traumatik dengan hari wawancara itu, sudah berlangsung lama. hal ini penting karena bila tidak ditangani akan berdampak buruk pada korban. Taniza (2007) menyatakan bahwa, trauma yang dialami oleh seseorang, bila tidak di tangani dengan profesional, akan mengalami stres yang berlebihan, karena masih sulit menerima peristiwa traumatik tersebut. Oleh karena itu mereka harus mendapatkan dukungan dari berbagai pihak seperti: keluarga, LSM dan Pemerintah, terutama terkait dengan pemulihan trauma.

BAB VI
DUKUNGAN LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT (LSM)
PADA KORBAN KONFLIK BERSENJATA

6.1. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) Pada Korban Konflik Bersenjata di Selatan Thailand

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada pengurus Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), yang bergerak dalam bidang penanganan konflik yaitu: (1) LSM Nusantara, yang bertempat di kecamatan Sateng, Kabupaten Muang, Provinsi Yala; (2) HAP LSM, yang bertempat di kecamatan Sateng, Kabupaten Muang, Provinsi Yala; (3) Wartani, bertempat Kecamatan Kroung Pinang, Kabupaten Kroung Pinang, Provinsi Yala; (4) INSouth LSM, Kecamatan Rusamile, Kabupaten Muang, Provinsi Pattani; (5) JASAD LSM, bertempat Kecamatan Tabing, Kabupaten Saiburi, Provinsi Patani; (6) LSM *Hearthy* di Kecamatan Sabayoi, Kabupaten Sabayoi, Provinsi Songkla; (7) LSM Bunga Raya.

Pertama, hasil wawancara dengan pengurus LSM Nusantara (PF), terkait dengan dukungan mereka terhadap korban konflik bersenjata, yaitu:

" Saya dan teman –teman membantu anak yatim dari korban konflik, biasa dan fakir miskin, dan yang paling utama adalah anak yatim piatu. Dulu awal-awal kami mendirikan LSM ini adalah menangani anak yatim dan piatu korban konflik bersenjata berupa tempat tinggal, beasiswa untuk sekolah TK, SD dan sekolah Menengah. Bantuan psikologis tidak ada dari yayasan, tetapi kami membantu mereka yang sudah remaja ikut seminar psikologi, kami tidak memiliki program khusus, karena kami adalah LSM independen, tidak bekerja sama dengan pemerintah, walaupun ada itu yang sesuai dengan visi LSM kami. Yayasan kami hanya mampu menampung anak yatim lebih kurang 15 orang, dan sekarang mereka berjumlah 13 orang, dulu anak yatim pernah di adopsi, akan tetapi mereka memperlakukan anak tersebut tidak adil, maka kami ambil kembali, dan ada juga anak-anak yatim yang tinggal dirumahnya, tetapi pembiayaan dilakukan oleh pihak yayasan Nusantara. Pernah ada satu kasus, anak

yatim yang kami ambil itu adalah korban penembakan dia berumur 4 tahun, selama seminggu di rumah yayasan Nusantara, dia setiap hari mengasah pisau, sekarang umurnya sudah delapan tahun, suka menyendiri. Keseluruhan anak yatim yang dibantu berjumlah 196 orang dengan karakteristik ada tinggal di asrama, rumah sendiri, Dana yang diberikan per bulan untuk anak SD 900 bath, SMP dan SMP 1500 bath, ada juga sampai universitas juga kami hanya mampu memberikan 1500 bath, Uang tersebut kami dapatkan hasil sedekah dari masyarakat, ada yang mereka langsung datang dan menyumbang, ada pula melalui kotak amal yang kami letakkan di depan-depan toko yang ramai pengunjung, dan juga kami jualan jilbab dan kupiah, ada juga koperasi simpan pinjam, yang keanggotaanya sekarang sudah 40 orang, Sedangkan dari uang donatur dari NGO luar, seperti Save the Children, Dannish Turkey, dll kami gunakan untuk program. Dalam hal ini, kami tidak ingin meminta pada pemerintah, takut nanti kami tidak bisa independen lagi. Selain itu juga ada bantuan medis, karena anak-anak yang tinggal di asrama yayasan ada yang trauma berat dan yang terlihat tidak sama dengan anak lain, kami merujuk kepada dokter dan psikiater, dan anak-nak lain juga diberikan setiap minggu boleh pulang satu kali kerumahnya”.

Kedua, hasil wawancara dengan LSM HAP (Hak Azazi Perikemanusiaan), (CI, dan PN), terkait, dengan dukungan mereka terhadap korban konflik bersenjata, yaitu:

“ Kami secara umum bergerak dalam bidang pemulihan Hak azazi manusia pasca 125 kasus sejak 2013 -2018 dengan Pemerintah. HAP bekerja sama dengan Turkey dengan menangani 90 kasus, yaitu: kunjungan keluarga, seminar. Kasus yang tidak di tangani adalah kasus pribadi dan gerakan. Sedangkan trauma kami hanya membantu merujuk mereka kepada dokter Rumah Sakit. Pada tahun 2017 ada 16 orang yang sudah sembuh dan hidup normal di dalam masyarakat. HAP lebih inten bergerak menangani dalam kasus penyiksaan. Yang di bantu adalah mencari pengacara, mencari link dalam kerajaan dan mengunjungi kerumah- rumah korban, membela hak-hak mereka ketika terjadi kekerasan. Cara mendapatkan data tentang korban kekerasan HAP mendapat data dari bank Data UN Bangkok, melalui National Human Rights Commission of Thailand. Dari 90 kasus yang di tangani 50 sudah selesai, dan kasus juga ada yang berulang. Sedangkan korban yang trauma, di rujuk kedokter, psikiater. Dalam kasus trauma ada satu korban anak gadis sakit jiwa dan sudah dipulihkan oleh tim dokter dari rumah sakit kerajaan. Pada tahun 2013 – 2015 HAP mengolompokkan korban melalui wawancara agar dapat melihat kondisi psikologis dan fisik mereka, kemudian dibuat program memanggil dokter, psikiater, kunjungan rumah 3 kali dalam sebulan, korban yang sedang di tangani diberikan sertifikat bahwa dia sedang dalam pengobatan, ini penting sebagai jaminan, untuk

menghindari penyiksaan. Selain itu program HAP adalah sosialisasi hukum kepada masyarakat, terutama pada korban dan keluarganya. Untuk tahun 2019 rencananya HAP akan memasukkan program penanganan Psikologis, karena pada tahun 2018 HAP telah menyusun kurikulum tentang pemulihan trauma pada, dokter, janda, pemuda dan keluarga korban. HAP memiliki 8 misi, yaitu: (1) menolong keluarga tentang HAM melalui pendampingan dengan pengacara, psikiater, net working dengan kerajaan, (2) Kunjungan keluarga, (3) Pelatihan /workshop, (4) Bulan ramadhan buat iftar dekat mesjid di empat daerah yaitu; Yala, Narathiwat, Songkla dan Patani; (5) membuat buku hasil laporan, dan pada tahun 2014 buku yang berbentuk laporan ini di tarik kebalik oleh pemerintah, karena dilarang publikasi. Korban kena tembak ada juga perempuan, tetapi pelakunya belum jelas, sehingga sulit untuk di bantu. Sekarang rata-rata setiap bulan ada 15 kasus yang mengadu ke HAP. Pendanaan untuk tiga program hanya 280000 bath untuk pengobatan dan empwer, 1.200.000 bath Hearty Support Group dalam bidang bank data, CrCF (Cross Cultural Foundation) Overall evaluation”.

Ketiga, Hasil wawancara dengan Wartani, LSM yang bergerak tentang informasi publik, bertempat di Desa Krueng Pinang Rephee, Provinsi Yala, (E AH) Dia mengatakan, yaitu:

“ Lembaga ini kami dirikan di awali dengan banyaknya kasus yang terjadi di dalam masyarakat, yang kadang – informasinya beredar tidak dengan sebenarnya, masyarakat jadi simpang siur menerima informasi, karena saya adalah seorang wartawan, saya banyak mendapatkan informasi yang sebenarnya, maka untuk tidak menyesatkan masyarakat, kami dirikan WARTANI ini. Wartani memiliki program mencari data dan fakta yang otentik yang terjadi dalam kasus-kasus konflik, kemudian kami informasikan ke publik melalui media massa seperti koran, berita TV, media sosial. Selain itu juga membantu mencari informasi tentang korban yang hilang, yang ditangkap dan dibawa kemana apakah kepenjara atau ke kamp tentara, dan setelah dapat informasi, maka kami beritakan dalam media massa. Hal ini kami anggap penting, karena kalau publik sudah tahu bisa membantu meringankan penyiksaan atau pembohongan informasi. Selain itu juga, membantu kegiatan pemuda kampung tentang bahaya Narkoba, melalui workshop, melatih menjadi reporter dll. Jadi secara umum Wartani ini adalah tempat pengaduan masyarakat ”.

Keempat, hasil wawancara dengan Ketua Yayasan Intelektual Southem Thailand (INSAUTH), Jaringan Masyarakat Sipil untuk

kedamaian Patani (Cap), Islamic Council, yang bertempat di tiga provinsi dan 4 Daerah, yaitu: (1) Patani, (2) Narathiwat, (3) Yala, Yaitu:

“ Saya memulai lembaga ini, di awali karena banyak masyarakat korban dari empat provinsi di Selatan Thailand ini, tidak tahu harus melakukan apa dan bagaimana untuk menangani berbagai kasus yang ada seperti, masalah dadah dan pejuang, yang telah banyak mengorbankan masyarakat, karena pada masa itu banyak guru TK, SD, SMU dan Pesantren di tangkap, di tembak dan mereka tidak tahu salahnya apa. Makanya saya membuka yayasan ini, dengan harapan dapat membantu mereka untuk mencari berbagai solusi yang diperlukan. Pada 3 bulan pertama yayasan ini bergerak hanya pada persoalan politik dan pendidikan, karena ada sekolah TK yang dianggap Zona merah oleh pemerintah, sehingga dari 200 Sekolah yang ada, tinggal 60 yang masih di buka yang lain di tutup, dan guru-gurunya juga dianggap bermasalah. Maka pada saat itu, Insouth melatih guru-guru untuk memahami politik, ADM pendidikan, strategi pendidikan, kepemimpinan. Dan setelah itu, mereka yang telah dilatih mendirikan LSM sendiri yang bernama Jaringan Guru Sekolah Melayu (JARUM) pada tahun 2016 yang beranggotakan 15 orang. Jaringan ini melakukan aksi protes pada Pemerintah karena ada seorang Guru yang sedang hamil di tembak, selain itu juga mereka mengunjungi keluarga korban untuk memberi dukungan moral. Karena banyak korban yang dianggap tidak bersalah dan itu pelanggaran HAM, dan mereka tidak tahu harus melaporkan kemana, maka sejak saat itu lahirlah beberapa LSM baru, yaitu: Jamin di Patani, Padang di Narathiwat, dan JOP (Justice For Peace) di Yala. Dan Insouth sebagai Nara sumber untuk ketiga LSM ini. Semua LSM ini bergerak dalam bidang membantu masyarakat korban, walaupun hanya sekedar mendukung secara moral, karena LSM ini tidak di bantu oleh pemerintah, jadi mereka para korban yang salah tangkap itu membangun jaringan dengan fokusnya adalah yang trauma mereka merujuk kepada dokter Rumah sakit, yang pelanggaran HAM mereka merujuk ke LSM HAP dan mereka saling diskursi untuk menghilangkan stres dengan berkumpul sesama yang mengalami nasib yang sama. Dan itu kami Insouth selalu mengawasi mereka”.

Kelima, hasil wawancara dengan ketua LSM Jaringan Mangsa Dari Undang-Undang Darurat (JASAD), bertempat di Kecamatan Tabing, Kabupaten Saiburi , Provinsi Patani, (EA), yaitu:

“Kami, membangun jaringan ini, di awali dengan banyaknya korban yang melapor ke InSouth, untuk masalah penangkapan yang tidak tahu salah apa, dan selalu dilepas dengan alasan salah tangkap, tetapi kami telah disiksa waktu penangkapan tersebut, jadi kami menuntut keadilan pada pemerintah, karena itu kami melapor ke InSouth, dan kami diberi

training tentang pengetahuan Hukum, Leadership, dan masalah kesehatan, awalnya jaringan ini masih di bawah InSouth kemudian setelah di training kami dianggap mampu menjalankan jaringan ini. Sekarang kami sudah memiliki anggota tetap yang inten melakukan diskusi. Anggota jaringan ini adalah orang-orang yang pernah ditangkap, dan bahkan yang berulang kali di tangkap dan disiksa di kamp tentara. Kegiatan kami salah satunya adalah mencari keadilan atas tindak kesalahan penangkapan kami, dan kami saling berbagi cerita untuk mengurangi rasa sakit yang kami alami, dan kami beruntung apapun yang kami kurang faham kami di bantu oleh InSouth"

Keenam, hasil wawancara dengan Ketua LSM *Hearthy* di Kecamatan Sabayoi, Kabupaten Sabayoi, Provinsi Songkla, Puan Kun (AH), Dia menyatakan:

*"Sejak tahun 2010, kami membantu wanita yang bermasalah dengan keamanan nasional, merawat trauma, dan program penyehatan mental. Dana kami berasal dari berbagai pihak, ada juga hasil kerjasama dengan LSM Malaysia dalam hal pemulihan trauma, dengan mendatangkan dokter dari Malaysia. Korban di data terlebih dahulu kemudian di kunjungi dan di ajak untuk mengikut program kami yang bekerja sama dengan profesor dari salah satu universiti semenjak tahun 2015 dengan membuat program 2 kali selama setahun, dalam hal pemulihan trauma. Mereka juga mengikuti perkembangan kesehatan korban, mengevaluasi masalah, membantu penyehatan mental, mengunjungi kerumah korban. Organisasi ini di awali dengan penangkapan salah satu keluarga saya, dimana dalam usaha pembebasannya sangat sulit, sehingga timbul keinginan saya bila melalui organisasi mungkin akan lebih mudah, karena saya yakin tidak hanya saya yang mengalami persolan tersebut juga masih ada masyarakat, maka dengan bantuan keluarga saya mendirikan LSM *Hearlthy* ini dengan fokus trauma healing. Kami mendampingi korban yang mengalami PTSD. Selain itu juga memberikan beasiswa pada korban. Sejak saat berdirinya LSM ini samapai sekarang Saya dan keluarga selalu berada dalam ancaman, dan kegiatan saya terus di awasi oleh pihak kerajaan".*

Ketujuh, hasil wawancara dengan ketua LSM Bunga Raya, yang bertempat di Kecamatan Rusamile, Kabupaten Muang, Provinsi Patani, (EH), dia menyatakan bahwa:

" Bunga raya Group adalah sebuah organisasi NGO yang melaksanakan aktiviti pendidikan dan pembangunan masyarakat Melayu Patani, Selatan Thailand. Fokus utama kami ialah untuk mempromosi

pendidikan dan membantu golongan asnaf fakir dan miskin di 5 Wilayah melayu muslim di Selatan Thailand. Organisasi ini ditubuhkan pada tahun 2007 ketika berlaku pergolakan di Hujung Selatan Thailand. Pertubuhan Bunga raya Group telah melaksanakan program kecemerlangan pendidikan sebagai satu projek jangka panjang di 10 buah kampung di Wilayah Patani, bermula pada tahun 2014 sehingga sekarang (2019). Untuk lebih jelas tentang program yang sudah kami lakukan lihat dokumen dari Bunga Raya”.

Hasil telaahan dari dokumen “Ringkasan Laporan Kinerja Proyek Grup Bhu Nga Raya Untuk pendidikan Tahun 2013 – 2018. Dari implementasi proyek berkaitan dengan promosi dan pengembangan di mata nomor 15. Sekolah Jaringan (Sekolah Melayu Bestari) Dari Bhu Nga Raya Group, untuk studi tersebut bisa mengikuti sesuai rencana, dapat dilihat dari ringkasan singkat yaitu: (1) Pengembangan guru: dalam program ini Bunga Raya membuat pelatihan untuk potensi dan kualitas guru dalam topik yang ditentukan, seperti menjadi guru profesional yang berpotensi penuh untuk mengajar yang di integrasikan ke sekolah-sekolah biasa, memberikan pengajaran tentang studi perdamaian, mengajarkan bahasa melayu pada tenaga administrasi dan keuangan, dan lain-lain. (2) Pengembangan kurikulum: dalam program ini, Sekolah yang berpartisipasi akan menerapkan kurikulum KSPI, yang merupakan kursus standar di Pusat Koordinasi Tadika, di lima provinsi perbatasan selatan dan kantor pendidikan swasta. Selain itu, kami telah melakukan pelatihan untuk mengimplementasikan kurikulum. Persiapan manual kursus Persiapan buku untuk mengembangkan kemampuan bahasa Melayu dan bahasa Melayu lokal (Yawi); (3) Penelitian dan evaluasi: dalam program ini, sepanjang kegiatan proyek, Kami telah mengumpulkan data kinerja sebagai pola dan standar. Dan melakukan penelitian dasar tentang keberhasilan dan peningkatan kinerja yang mengajar keamanan masyarakat, perkembangan potensi anak; (4) Kunjungan studi, magang dan hubungan pendidikan luar negeri: dalam program ini, Ada kunjungan studi ke manajemen studi di Daerah Administratif, Khusus Aceh Indonesia, untuk mendapatkan ringkasan pembelajaran dan poin-poin yang dapat disesuaikan dan diterapkan di sekolah-sekolah di wilayah perbatasan selatan sebagai berikut: (4.1) Dalam proses belajar mengajar: Aceh telah melalui situasi kekerasan dan hilangnya perang dalam beberapa tahun terakhir. Membuat pengalaman dan ide-ide dalam manajemen pendidikan untuk menekan dan mencegah hal-hal yang mungkin terjadi lagi di masa depan; Dengan menambahkan pembelajaran yang diperlukan bagi anak-anak untuk belajar dan memahami, memperbaiki dan mengelola konflik sesuai dengan tingkat dan kesesuaian; Dalam kurikulum inti Pemerintah daerah Aceh memiliki jumlah jam belajar tambahan; Dalam kursus agama, Bahasa dan budaya lokal; Studi bencana alam Dan belajar damai yang telah disetujui pemerintah pusat Indonesia; (4.2) Dalam hal guru: Memiliki kursus pelatihan tentang kursus baru ini (KSPI) dengan serius dan tertib, bersama dengan sejumlah besar sekolah negeri dan sekolah swasta, Aceh telah mempersiapkan para guru, bukan hanya

tentang menggunakan kursus baru ini, tetapi telah melanjutkan pelatihan untuk mengembangkan potensi guru dan telah menyelenggarakan kegiatan untuk mengajar di kursus baru juga; (4.3) Penyesuaian dan aplikasi untuk pendidikan tadika di wilayah perbatasan selatan: Karena Aceh mirip dengan banyak daerah perbatasan selatan, Membuat Fakultas Pendidikan terkesan dengan hasil dan kesimpulan utama, bahwa pertemuan tersebut diharapkan dapat berlaku sebagai berikut: (4.3. 1) Ada rencana operasi sistematis dan standar untuk pengajaran dan pembelajaran sekolah; (4.3. 2) Memasukkan Kegiatan Pendidikan Perdamaian dalam Program Belajar Mengajar; (4. 3.3) bangunan itu cek bumbu dukungan Noonan dari pemerintah serius dalam mengajar; (4 .3.4) penciptaan keterlibatan masyarakat dalam pendidikan Tadika; (5 .3.5) membangun kemitraan antara sekolah dan Tadika sekolah dasar negeri di wilayah itu; (6 .3.6) jaringan dan lain-lain. Dari hasil studi banding di Aceh telah merespons dan siap untuk membangun kerja sama dengan Grup Bhunga Raya sebagai berikut: (a) kuota pendidikan gratis, untuk kelompok bunga rampai Resep obat untuk menyediakan siswa di Jaringan Sekolah Bantari, untuk belajar di sekolah menengah di sekolah yang menerima siswa Patani, kelompok belajar yang dikirim ke Bunga Raya siswa pada tahun ajaran 2018 -2019 ada 4 Orang; (b) Pertukaran guru dalam proyek Bhunga Raya, untuk melatih dan mempelajari proses belajar mengajar seperti tersebut di atas dalam jangka waktu satu semester, Kelompok Bhu Nga Raya membawa guru-guru sukarelawan Aceh, Indonesia dan Malaysia, 3 model Untuk mengajar bahasa Melayu di tengah Dan pendidikan perdamaian untuk anak-anak, siswa, guru dan masyarakat dan akan tampil di semester kedua tahun ini; (c) menjadi mentor pada Dinas Pendidikan Aceh dan Jaringan perusahaan di Aceh untuk memeriksa master yang baik. Menurut kesepakatan kelompok Bhu Nga Raya, akan ada perwakilan guru di jaringan sekolah Bantari untuk menonton kerja atau praktik jangka panjang di Aceh, Indonesia selama satu semester; (d) dan kerjasama lainnya Bhu Nga Raya Group for Education memiliki hubungan yang baik dengan organisasi pendidikan dan organisasi lain di luar negeri. Di masa lalu, ada karya kolaboratif yang diselenggarakan seperti: pusat pelatihan bahasa Melayu, Pelatihan administrasi dan keuangan, Pelatihan dan konseling psikologi guru, Pertukaran budaya dll".

Berdasarkan hasil deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan LSM terhadap korban cukup banyak, dalam perbaikan materil, fisik, seperti, dukungan bantuan modal usaha, bantuan hukum dalam hal memfasilitasi mencari keadilan, bantuan keuangan dari Pemerintah dalam bentuk konvensasi, tetapi dalam hal psikologis sangat

minim, mereka hanya merujuk korban kepada psikiater, itupun sangat situasional bukan program berkelanjutan.

6.2. Dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) untuk Korban Konflik Bersenjata di Aceh Indonesia

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan pengurus Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), maka dapat dilihat sebagai berikut:

Pertama, hasil wawancara dengan Direktur Eksekutif FPHAM Aceh (SB) melalui email, Dia menyatakan bahwa:

"Ibu Kusmawati Yth. Lima pertanyaan Ibu saya jawab dengan menerangkan dulu program dan atau kegiatan FPHAM, yang didirikan pada 17 Juli 1998 untuk mempromosikan Hak Asasi Manusia (HAM). Strategi yang kami pakai: membentuk bidang riset, bidang data dan investigasi, dan bidang advokasi. Saya fokus pada Investigasi yang selama sekitar setahun saya menjadi kepala bidangnya sebelum kemudian menjabat sebagai Direktur Eksekutif FPHAM. Investigasi berkait pada asumsi bahwa banyak pelanggaran HAM pada masa operasi militer di Aceh. Fokus investigasi di beberapa kecamatan di Kabupaten Pidie, Aceh Utara dan Aceh Timur pada 1999 dan 2000. Investigasi melibatkan sekitar 40an relawan yang kebanyakan adalah mahasiswa. Mereka ini dilatih terlebih dahulu tentang bagaimana melakukan investigasi dan bagaimana membuat laporan hasil investigasi. Kegiatan investigasi itu adalah bentuk bantuan langsung FPHAM kepada korban dari dugaan pelanggaran HAM. Melalui kegiatan investigasi, kami mendengar apa saja yang dialami korban. Dengan mendengar, maka korban merasa bahwa ada orang lain yang memberikan perhatian kepada mereka. Saat mereka merasa didengar, maka ada proses healing trauma di dalamnya. Dengan mendengar, FPHAM juga menjadi tahu tentang bentuk-bentuk perlakuan yang melanggar HAM mereka, bagaimana dampak kepada mereka dan apa yang dilakukan untuk mengurangi dampak tersebut. Melalui investigasi, FPHAM juga merumuskan program advokasi untuk membantu para korban dan atau keluarganya. Korban-korban pelecehan seksual, diteruskan kepada beberapa LSM yang kemudian mendampingi mereka. Korban-korban karena kekerasan fisik dirujuk kepada puskesmas, dan juga kepada satu organisasi volunteer beberapa dokter yang ada di Banda Aceh. Ada juga korban-korban yang harus dirujuk ke Banda Aceh untuk perawatan lebih lanjut. Data jumlah korban diberikan kepada pemerintah dan juga

dipublikasikan dalam berbagai kesempatan. Saya tak lagi mampu mengingat bentuk-bentuk penderitaan yang dialami para korban karena hal tersebut sudah lama berlangsung, lebih kurang 20 tahun yang lalu. Mungkin bisa dibaca buku Aceh Bersimbah Darah yang ditulis oleh Al Chaidar, dosen Unimal Lhokseumawe. Dalam buku tersebut ditulis tentang kasus-kasus yang dialami dan dampak kepada korban. Buku lain yang bisa dibaca adalah FAKTA BICARA, diterbitkan oleh Koalisi NGO HAM dan KonTras Aceh. Bisa juga mewawancarai teman2 yang bekerja di KKR Aceh. Mereka memiliki data tentang dampak pelanggaran HAM dulu kepada para korban. Ibu bisa juga mewawancarai langsung para korban dengan bantuan KKR Aceh. Selama 2 tahun pertama FPHAM melaksanakan kegiatan investigasi dan advokasi pelanggaran HAM dari 1998-2000, sumber dana FPHAM adalah dari donasi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan. Masa-masa setelah itu FPHAM mendapat dukungan dari USAID, AUSAID, Pemerintah Inggris, UNDP, dan Yayasan Satu Nama. Salam SB.”

Kedua, hasil wawancara dengan ketua LSM Flower (RRS) tentang dukungan mereka, untuk korban konflik di Aceh, maka hasilnya sebagai berikut:

“Flower bergerak dalam program kesehatan, kepemimpinan perempuan dan pemberdayaan ekonomi tingkat komunitas. Kami berfikir bahwa korban konflik secara kesehatan, ekonomi dan tanggung jawab keluarga adalah sesuatu yang paling urgen, di dalam melanjutkan hidup dan kehidupan mereka, oleh karena itu, kami mencoba membantu hal tersebut, dengan membuat kelompok, kelompok kecil untuk memberdayakan potensi mereka. Karena pasca konflik banyak sekali janda yang menjadi korban dan harus menghidupkan keluarganya. Dalam bidang kesehatan, kami fokus pada kesehatan seksual dan reproduksi, dengan melakukan berbagai sosialisasi; dalam pemberdayaan ekonomi, kami melatih dan mengupayakan modal usaha dari berbagai donatur lokal, nasional maupun internasional; dalam bidang kepemimpinan kami melatih korban untuk dapat menjadi pemimpin yang baik untuk keluarga dan bahkan untuk publik, karena kami beranggapan mereka harus kuat, berani, dan memiliki wawasan yang luas, sehingga ada nilai tawar di dalam kehidupan mereka, dengan demikian tidak ada istilah mereka tidak berdaya, terkucilkan dan sebagainya, karena secara stereotip masih banyak masyarakat menganggap janda itu tidak berdaya, harus dikasihani, sehingga banyak orang mengambil keuntungan dengan kondisi tersebut. Sedangkan masalah penanganan trauma, kami bekerjasama dengan BP3A dalam pemulihan, dengan merujuk pada psikolog mereka. Itu saja yang kami lakukan untuk membantu korban konflik, dan kebutuhan 2 orang EO kami adalah janda korban konflik, dan sekarang kami sedang mencoba

untuk membuat satu wadah pada tingkat Desa untuk pelayanan masyarakat”

Ketiga, hasil wawancara dengan ketua LSM RUPK, dia menyatakan bahwa dukungan yang pernah mereka berikan pada korban konflik sebagai berikut:

“RPUK lahir pada tahun 1999, yang melatarbelakangi lahir lembaga ini, adalah pengungsian besar-besaran di Lhosemawe, dimana banyak perempuan dan anak-anak harus meninggalkan rumahnya, sehingga tempat tinggal dan sekolahnya menjadi tidak menentu, maka RPUK mengambil bagian membantu mereka pada masa emergensi berbentuk bantuan logistik, alat-alat bersalin, karena pada masa itu perempuan dan anak-anak hidup terancam. Selain itu, para pengungsi kehilangan harta benda dan mata pencaharian mereka, maka RPUK membantu mereka dalam hal pendampingan ekonomi, agar mereka bisa menghidupi keluarganya. Selain itu juga, mereka hidup dalam pengungsian, sudah pasti secara sosial mereka sulit berinteraksi, maka RPUK juga melakukan pendampingan psikososial, dengan membuka ruang-ruang tempat mereka berbagi semua masalah yang mereka hadapi, dengan melatih relawan-relawan untuk bantuan tersebut. Sedangkan untuk anak, RPUK membuat taman bermain dan sekolah alternatif yang bersertifikat. Artinya dalam konflik dan pasca MoU Helsinki RPUK terus melakukan pendampingan kepada masyarakat korban konflik, dengan berbagai program, kecuali program pemulihan traumatik, kami baru melakukan pendampingan seadanya dengan bantuan relawan yang dilatih, karena sulit menemukan psikolog dan konselor profesional di komunitas. Untuk lebih jelas dapat dilihat dari visi misinya RpuK, yaitu: VISI: Terwujudnya masyarakat yang berkeadilan secara sosial, struktural dan gender. Sedangkan MISI nya adalah: (1) Melakukan pengorganisasian untuk memperkuat posisi tawar perempuan terhadap Negara, aparaturnya Negara dan budaya yang mendominasi dan menindas; (2) Mendorong lahirnya kebijakan yang adil gender yang menjamin pemenuhan hak-haknya perempuan sebagai warga negara; (3) Mendorong tumbuhnya perilaku kerelawanan khususnya di kalangan generasi muda sebagai agen perubahan dalam pemenuhan hak-hak perempuan; (4) Meningkatkan solidaritas dan sumber daya perkumpulan dan public untuk memperkuat profesionalitas dan kemandirian organisasi”.

Berdasarkan deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan LSM kepada korban konflik, baik FPHAM, Flower maupun RpuK, sudah sangat banyak dalam hal materiel seperti: bantuan logistik pada masa emergensi, pendampingan ekonomi, pendampingan psikososial, pendampingan HAM. Secara fisik kebutuhan korban walaupun tidak maksimal tetapi cukup untuk menopang hidup, akan tetapi dalam bantuan dan pendampingan korban yang trauma, akibat konflik masih sangat minim, bahkan bisa dikatakan hampir tidak ada. Padahal dukungan tersebut sangat urgen untuk korban melanjutkan hidup.

6.3. Analisis

Berdasarkan gambaran data di atas, maka dapat dikatakan bahwa dukungan LSM terhadap korban cukup banyak, dalam perbaikan materil, fisik, seperti, dukungan bantuan modal usaha, bantuan hukum dalam hal mencari keadilan, bantuan memfasilitasi korban untuk mendapatkan keuangan dalam bentuk konvensasi pemerintah, akan tetapi dalam hal bantuan psikologis sangat minim, mereka hanya merujuk kepada psikiater itupun sangat situasional, bukan program spesifik dan berkelanjutan. Padahal penanganan trauma jauh lebih lama waktunya dibandingkan dengan penanganan masa krisis.

Pada masa krisis, penanganan bantuan kepada korban dalam peristiwa traumatik dilakukan ketika baru terjadi, seperti bantuan makan, tempat tinggal dan kebutuhan dasar fisik lainnya. Akan tetapi penanganan trauma sering dilakukan setelah 6 bulan peristiwa traumatik terjadi. Caplan

dalam Everly & Mitchell, (1999) mengatakan Intervensi krisis merupakan bantuan yang diberikan pada masa kecemasan untuk kesehatan jiwa, yang sasarannya adalah: (1) mengurangi risiko dari krisis dan trauma yang terjadi, (2) menstabilkan dan mengurangi segera dari kekerasan krisis dan keadaan trauma, dan (3) mempermudah penyembuhan dan pemulihan pada masa krisis dan trauma. Penangan yang baik pada masa krisis dapat menggambarkan kondisi trauma yang ekstrim atau tidak.

Secara spesifik, Caplan dalam Everly (1999) mengatakan bahwa, krisis itu adalah gambaran dari suatu keadaan psikologis homeostasis individu, yang terganggu karena suatu peristiwa traumatik, sehingga menyebabkan stress, karena mekanisme pertahanan tidak biasa digunakan. Kegagalan seseorang dalam mengawal berbagai pertahanan ego, akan membawa individu kepada pertahanan ego yang distornia (ketidakberdayaan, ketegangan otot) sehingga mudah terluka, disphoria, depresi dan kecemasan. Karena krisis itu adalah suatu ancaman kepada kesehatan jiwa masyarakat, maka semua bantuan mendesak, harus dilakukan untuk bantuan psikologis. Karena dalam masa krisis hal-hal yang paling mendasar terjadi dan dialami oleh korban seperti: (a) persyaratan bahan dasar tidak terpenuhi karena terputusnya rantai distribusi, sulitnya transportasi, (b) hilangnya rasa aman, (c) kesedihan atas kematian dan kehilangan orang terdekat, (d)) pertukaran tempat tinggal karena mereka harus mengungsi, dan (f) gangguan untuk bertahan hidup seperti tidak dapat pergi ke sekolah, bekerja dll). Dalam situasi ini, layanan yang dapat

dilakukan adalah: (a) Pertolongan pertama psikologis, (b) Triage (rencana intervensi), dan (c) Aksi (aksi).

Di Selatan Thailand, dukungan LSM pada korban ada dilakukan pada masa krisis seperti home visit, bantuan makan sekedarnya. Karena korban di selatan Patani, Yala, Naratiwat dan Songla, masyarakat tidak dapat membantu dalam bentuk apapun, sebelum jelas korban bersalah atau tidak, karena ada beberapa keluarga yang dikucilkan di dalam masyarakat, sebab mereka takut kejadian yang sama akan menimpa mereka bila memberi dukungan, karena itu korban secara psikologis semakin stres, bahkan ada anak mereka yang sudah depresi, untuk menghindari hal tersebut, maka pasca peristiwa traumatik dukungan sosial masyarakat itu sangat dibutuhkan untuk mengurangi gangguan psikologis.

Fatimah dan Suryani (2002) menunjukkan bahwa, dengan dukungan sosial masyarakat sekitar, individu akan lebih percaya diri menghadapi kehidupan, jika masalah bantuan dan dukungan dapat diperoleh dari mereka, ini akan membantu individu meningkatkan kemampuan mereka, untuk menangani konflik dan tekanannya ada di dalam. Selain itu, dukungan sosial juga memberi individu kesempatan untuk mencari bimbingan serta saran, yang dapat digunakan untuk mengatasi stres. Pendapat ini sesuai dengan Caplan dan Killilea (1976) yang menyatakan bahwa dukungan sosial dapat membantu individu mengatasi stres melalui tiga cara, yaitu: meningkatkan kontrol emosional, memberi arahan dan bimbingan tentang masalah yang dihadapi dan memberikan umpan balik tentang perilaku individu, yang dapat diterima dari lembaga masyarakat

yang formal, seperti: unit konseling yang ada di departemen, atau dari sistem informal seperti keluarga. Jadi dalam konteks ini, yang harus dipahami bahwa perbedaan traumatis di setiap bidang, trauma dan sumber daya seks yang terjadi pada korban, sangat dipengaruhi oleh dukungan sosial, pemahaman peristiwa traumatik, dan konstruksi budaya yang dibangun di setiap wilayah.

Hanizah (2008) mencatat bahwa, dukungan sosial yang kuat dapat mengurangi tingkat stres. Karena sebagai makhluk sosial, manusia hidup saling membutuhkan satu sama lain. Kebutuhan ini memberikan rasa dukungan dalam mengurangi stres. Dan kehadiran dukungan sosial yang kuat juga dapat memberikan saran yang bermanfaat. Sementara itu, House (1981) menyatakan dukungan sosial yang berasal dari jaringan dukungan sosial, dapat meningkatkan kepercayaan diri, komitmen, kompetensi, terutama ketika berhadapan dengan krisis. Karena menurut Raphael, menyatakan bahwa situasi krisis adalah situasi yang dapat mengancam fisik, mental, emosional dan spritual seseorang, di mana ia tidak berdaya untuk menghadapinya. Berbagai aspek yang dapat menyebabkan situasi ini adalah: (a) bencana alam (gempa bumi, tsunami, kebakaran), (b) bencana yang disebabkan oleh manusia, (c) kekerasan dan kerusakan, (d) kehilangan orang yang dicintai, dll.

Berdasarkan pembahasan data tersebut di atas, maka dapat dikatakan sebenarnya dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) itu, sangat penting di dalam kehidupan korban, karena dapat mengurangi berbagai resiko dari trauma fisik dan psikis. Dari trauma fisik, pada masa

krisis, korban dibantu oleh LSM ketika semua anggota masyarakat lainnya tidak berdaya melakukan, karena tidak memiliki keberanian dan kekuatan yang legal, tetapi secara organisasi mungkin itu akan lebih mudah, sehingga bantuan LSM itu adalah kekuatan untuk korban konflik baik fisik maupun psikologis.

BAB VII

DUKUNGAN PEMERINTAH TERHADAP KORBAN KONFLIK BERSENJATA

7.1. Dukungan Pemerintah Selatan Thailand dan Aceh Indonesia Terhadap Korban Konflik Bersenjata

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan Pemerintah terkait dukungannya pada korban. Maka yang diwawancarai adalah: (1) Kepala Desa, (2) Kepala Kecamatan, (3) Bupati. Hasil wawancaranya sebagai berikut:

Pertama, hasil wawancara dengan beberapa Kepala Desa, yang mewakili wilayah di selatan Thailand, yaitu:

Hasil wawancara dengan Kepala Desa (K1) (Tok Nebeh) Kecamatan Krueng Pinang, Kabupaten Krueng Pinang, Provinsi Yala, dia menyatakan bahwa:

“Dalam konflik ini ada Undang Undang Khusus (Yang melanggar hak rakyat) kepala desa tidak bisa ikut campur, kalau ada warga yang di tangkap tidak boleh mencegah atau menanyakan, hanya melihat saja. Tetapi ketika sudah di bebaskan baru bisa mendampingi, mencari pengacara, membawa ke dokter dan lain-lain. Ketika korban di dalam penjara saya sebagai kepala desa hanya mengunjungi sebagai pribadi, dan masyarakat juga tidak boleh membantunya, karena dianggap pejuang. Dan korban itu adalah musuh kerajaan, jadi mereka tidak bisa dibantu oleh siapapun, karena kepala desa adalah kaki tangan kerajaan untuk tingkat desa. Kalau untuk membantu anak korban, hanya menggunakan uang pribadi, dan yang trauma saya meminta NGO untuk membantunya dalam hal mencari keadilan. Selain itu yang saya bisa lakukan adalah meminta kepada pihak kecamatan untuk tidak memata-matai keluarga korban, dan saya melatih skill mereka untuk bertahan hidup kalau suaminya di tangkap atau di penjara. Itupun setelah korban di putuskan bersalah. Tetapi kalau masih dalam tahanan tentara atau di kem, saya tidak bisa berbuat apa. Dalam kampung saya, keluarga korban tidak di kucilkan, bahkan ada satu kasus suaminya dipenjara seumur hidup, maka istrinya dipekerjakan dalam usaha, Desa agar bisa menghidupi keluarganya. Karena saya selain kepala

desa, juga wartawan, mungkin karena itu saya sedikit lebih berani dari pada kepala desa yang lain. Jadi bisa dikatakan bahwa bantuan kepala desa untuk korban konflik bersenjata tidak ada, kecuali secara pribadi, itu ada, dengan meminta warga membantu memberi dukungan agar mereka tidak merasa sendiri”.

Hasil wawancara dengan Kepala Desa Tgk Pauh, (MZ), (Tok Nebeh)

Dia mengatakan bahwa:

“ Di kampung ini, kalau ada orang yang ditangkap karena di kepung, kepala desa tidak boleh ikut campur, walaupun tidak ada dokumen penangkapan, karena berlaku Undang- Undang Darurat, tentara boleh menangkap siapa saja yang dicurigai dan biasanya setelah itu rumah yang dikepung terus di awasi, karena itu semua warga tidak berani membantu. Saya sebagai kepala desa ketika ada penangkapan hanya diminta untuk menyaksikan sebagai saksi. Orang kampung yang di tangkap diperiksa DNA, nanti orang-orang yang ada kaitan dgn DNA tersebut di tangkap semua. Kepala desa bisa membantu setelah lepas dari penangkapan, seperti membantu mencari pengacara, dan membawa kedokter, dan bila mereka tidak terbukti bersalah mereka mendapat uang konpensasi sebesar 300 bath perhari. Tetapi yang heran rata-rata korban yang di tangkap dan setelah dilepas perilakunya sedikit berubah, mata mereka seperti mencari sesuatu, jarang mau duduk bersama orang-orang, dan ada yang mengurung diri di dalam rumah saja. Warga kampung ini, sudah biasa di kepung, karena dari sejarah warga banyak menuntut pada kerajaan untuk minta keadilan, karena membiarkan kapal kapal besar penangkap ikan masuk, padahal mata pencaharian masyarakat adalah menangkap ikan, jadi dengan masuknya kapal tersebut penghasilan mereka jadi berkurang, maka warga sering memberonta. Tetapi dalam hal ini kepala desa tetap tidak boleh ikut campur. Jadi secara umum dalam komplik ini, saya sebagai kepala desa kampung pauh tidak mendukung apa-apa”.

Hasil wawancara dengan Kepala Desa Noeng Cik, (MP) (Tok

Nebeh) Dia mengatakan bahwa:

“Korban adalah musuh kerajaan, jadi kalau di tangkap kepala Desa tidak boleh membantu secara terang-terangan, karena orang yang membantu di anggap mendukung pemerintah, Kepala desa adalah bagian dari pemerintah, tugasnya semua membantu program pemerintah, jadi kalau ada yang di curigai dan di tangkap, saya hanya melihat saja, tetapi keluarga korban, istri, anak yang trauma dirujuk ke Rumah Sakit, mencari pengacara bekerjasama dengan LSM. Tetapi kades ada juga membantu dengan meminta sumbangan kepada warga dalam hal keuangan keluarga korban, ketika suaminya di penjara. Dan biasanya keluarga korban di mata-matai oleh tentara, jadi siapa yang membantu

cepat ketahuan, makanya banyak kepala desa, kalau kasus dengan tentara tidak mau ikut campur. Di kampung kami masyarakat tidak mengucilkan keluarga korban, karena saya mengatakan bahwa mereka di tangkap itu belum tentu bersalah”.

Kedua, Hasil wawancara dengan Kepala kecamatan (CI), Dia menyatakan bahwa:

“Dalam hal konflik ini, kepala Desa memang tidak dibenarkan mencampuri, baik itu dalam penangkapan maupun urusan-urusan pembebasan, karena tugas kepala desa adalah membantu pemerintah, sementara itu, di kecamatan ini, saya sebagai Penghulu (istilah mukim di Aceh) di Provinsi Naratiwat, semasa konflik, dibenarkan untuk memiliki relawan sebanyak 47 orang yang sudah dilatih dan diberi senjata laras panjang untuk membantu tugas-tugas saya di lapangan, dan saya sendiri juga memiliki senjata laras panjang dan pistol yang selalu saya bawa kemanapun pergi. Kami di benarkan untuk menembak apabila ada sesuatu yang mengancam warga. Selama saya menjabat saya sudah banyak membantu warga yang kesulitan dalam hal-hal pencarian data, terkait korban yang hilang dan yang di tangkap. Selama ini, memang belum ada dari anggota relawan yang menembak, tetapi mereka selalu siap di lapangan ketika diperlukan, contoh hari ini, ketika saya kedatangan tamu, mereka sudah datang untuk jaga-jaga. Memang dalam operasional saya sedikit kekawatiran, karena boleh jadi orang yang membuat kerusuhan adalah orang yang memiliki senjata, tetapi semuanya saya serahkan kepada Allah, niat kita menolong tetapi bila ada kecelakaan akibat memegang senjata, itu saya anggap takdir Tuhan. Secara umum tugas kami para kepala desa adalah membantu program pemerintah, tetapi terkait dengan konflik kami tidak dibenarkan mencampurinya”.

Ketiga, Hasil wawancara dengan Bupati provinsi Patani, kabupaten Penareh, Dia menyatakan:

“Penanganan korban yang dilakukan oleh pemerintah adalah dengan memberi bantuan berupa beasiswa, uang dan kunjungan kerumah. Semua ini telah ada dalam undang-undang, yang bekerjasama dengan kecamatan dan kepala desa, sedangkan untuk korban konflik bisa langsung di tangani oleh bupati, selain itu juga pemerintah telah membentuk organisasi yang bernama Youngya, yang bergerak pada tingkat kampung, bersama dengan aparat desa. Dalam penanganan trauma pemerintah membuat program studi tour (rekreasi, wisata), terapi seni, di rujuk ke psikiater sebulan sekali sampai sembuh. Selain itu korban yang keluar dari penjara juga di bantu uang dengan perhitungan satu hari 400 bath kemudian dikali dengan masa yang di habiskan dalam tahanan, maka jumlah kadang-kadang berkisar 30.000 – 100.000 bath, dan juga

mengevaluasi semua yang dilakukan camat, kepala desa dan organisasi yongya”.

Berdasarkan deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan pemerintah kepada korban tidak ada, karena semua orang yang ditangkap itu adalah musuh pemerintah, sampai dia tidak terbukti bersalah, jadi dalam masa itu, semua kepala desa tidak dibenarkan membantu, baik moril maupun materil. Akan tetapi secara pribadi tergantung keberanian kepala desa masing-masing daerah. Tetapi ketika korban dinyatakan tidak bersalah, maka pemerintah memberikan uang konvensasi, sesuai masa tahanan, yang dikalikan dengan 400 bath perharinya.

7.2. Dukungan Pemerintah Untuk Korban Konflik Bersenjata di Aceh Indonesia

Untuk mendapatkan data terkait dukungan pemerintah peneliti mewawancarai Ketua BRA, Mantan Deputy BRA (2007-2009) dan Komisioner KKR.

Pertama, hasil wawancara dengan Ketua BRA 2018 (MY), Dia mengatakan bahwa:

“Secara khusus, Pemerintah Aceh dan Dewan Perwakilan Rakyat (DPRA) telah melahirkan Qanun Aceh No 6 Tahun 2015, tentang pemberian mandat kepada Badan Reintegrasi Aceh (BRA) untuk menjalankan program reintegrasi di dalam masyarakat, dengan dua tugas utama, yaitu: pertama, menjalankan kegiatan reintegrasi mantan pasukan GAM, Tapol dan Napol ke dalam masyarakat, melalui perbaikan ekonomi, sosial, rehabilitasi, serta menyediakan lahan pertanian dan lapangan pekerjaan atau jaminan sosial yang layak. Kedua, mengawasi dan melaksanakan program-program penguatan perdamaian yang meliputi: penyiapan masyarakat dalam mitigasi pencegahan konflik; pengarusutamaan perdamaian dalam rangka pembangunan Aceh; Transformasi pengalaman dalam kegiatan perdamaian kepada aparaturnya Pemerintah, serta menyusun “rout map” tentang rencana aksi pembangunan perdamaian Aceh. Ketua BRA diangkat dan diberhentikan oleh Gubernur berdasarkan usulan dari Komite Peralihan Aceh (KPA). Anggaran BRA juga di

ambil dari RAPBA, untuk tahun 2018 ini ada 18 Miliar alokasi anggaran untuk program dan operasional kantor. Selama saya menjabat ketua baru, saya lakukan satu program dalam rangka menjaga perdamaian dan pelaksanaan penguatan reintegrasi melalui acara seminar, yang diikuti oleh Anggota BRA, Instansi /SKPA terkait, KPA pusat, wilayah, Perwakilan MUNA, Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR). Karena saya menganggap hari itu adalah hari dimulainya kembali perjuangan bangsa Aceh, untuk mensejahterkan masyarakat dari berbagai aspek, baik ekonomi, politik, budaya, hukum dan keamanan dan kedamaian. Seminar itu juga diharapkan dapat memperkuat perdamaian dan reintegrasi sebagaimana dimaksud di dalam MoU Helsinki dan UUPA untuk mendukung pembangunan Aceh damai dan hebat. Jadi sebenarnya dukungan pemerintah sangat banyak untuk para korban melalui BRA pasca MoU dilakukan”.

Kedua, Hasil wawancara dengan deputi BRA tahun 2007 s/d 2009 Dr Asmawati Hasan, M.Si yang banyak membantu penanganan korban konflik, Dia menyatakan bahwa:

“Dulu semasa saya di BRA ada beberapa program untuk memberikan dukungan pada korban yaitu: (1)program kesehatan: dalam program ini, korban yang terluka, secara fisik diberikan pengobatan sampai ke Luar Negeri seperti malaysia; (2) membangun rumah: ada sekitar 8000 rumah yang dibangun untuk korban yang rumahnya dibakar, dirusak; (3) memberikan diyat pada ahliwaris korban yang meninggal, untuk Kota banda Aceh hanya berjumlah 4 orang, dari 4 Kecamatan, sedangkan untuk Aceh Besar, sebanyak 502 orang dari 21 Kecamatan, dengan jumlah uang diyat sebanyak Rp 6.000.000 perorang; (4) ada bantuan modal usaha untuk korban dan kombatan; (5) program training vocational dan edukasi tentang pendidikan damai; (6) Bantuan pendidikan untuk anak-anak korban sebesar Rp 1.800 perorang. Sedangkan program untuk penanganan trauma tidak ada”.

Ketiga, hasil wawancara dengan Komisioner Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR) Pokja Reparasi Pemulihan (FD), Dia menyatakan bahwa:

“KKR, seharusnya sudah terbentuk dan dijalankan pasca MoU Helsinki dan UUPA. Namun karena beberapa hal, baru lahir tahun 2016. Fokus programnya adalah pada korban pelanggaran HAM. Sejak Tahun 2017-2018 sudah ada 800 orang korban yang telah diambil pernyataannya oleh petugas pengambil pernyataan (PP). Dari jumlah tersebut 400 orang sudah dipastikan terjadi pelanggaran HAM, dan mereka sudah dipastikan mengalami banyak peristiwa traumatik pada konflik, yang perlu dilakukan reparasi segera, sedangkan yang lain karena data belum habis di entri, maka belum bisa di perifikasi, mereka masuk dalam korban pelanggaran HAM atau tidak. Dalam melakukan pengambilan pernyataan, KKR di danai dari bantuan NGO Asing melalui NGO TIFA. Dari data yang telah di ambil pernyataan, dan sudah di klarifikasi

mengalami gangguan fisik (pendengaran terganggu) sebanyak 6 orang, gangguan jiwa 1 orang, trauma psikologis 4 orang ini dilihat dari ketika diambil pernyataan tiba-tiba histeris, gangguan fisik yang masih mengalami benda asing di dalam tubuhnya sebanyak 18 orang di satu wilayah. Data korban yang sudah masuk di KKR lebih kurang 100.000 orang, dari berbagai sumber NGO seperti KontraS, LBH APIK, Pasca, JARI, AMNESTI, dll, mereka belum diperifikasi, apakah korban konflik dan pelanggaran HAM, belum bisa dipastikan, yang jelas kami akan terus mengambil pernyataan berdasarkan data yang masuk. Program yang kami jalankan sekarang adalah pemulihan psikologis, bekerjasama dengan LSM PULIH, dan telah kami kategorikan pada gangguan psikologis korban ada tiga, yaitu gangguan psikologis sebelum diambil pernyataan, gangguan psikologis ketika sedang pengambilan pernyataan, dan gangguan psikologis pasca pengambilan pernyataan. Selain itu, program pemulihan ekonomi. KKR di danai oleh pemerintah melalui RAPBA di bawah BRA. Tahun 2016 tidak ada dana, Tahun 2017 dana operasional kantor dan gaji sebanyak 5 miliar, tahun 2018 sebanyak 4.4 miliar, dan tahun 2019 sebanyak 4.3 miliar. Kegiatan lain yang telah kami lakukan berupa seminar dan workshop pertahun 2-3 kali. Yang unikny beberapa tenaga PP KKR mengalami stres, cemas, setelah mengambil pernyataan.”.

Berdasarkan deskripsi data di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan pemerintah, melalui Badan Reintegrasi Aceh (BRA) terhadap korban secara fisik, ada beberapa bentuk bantuan, tepatnya pada masa krisis, itupun belum maksimal, seperti yang diharapkan. Contoh pembangunan rumah yang rusak dan terbakar, hanya dibangun lebih kurang 8000 rumah seluruh Aceh, padahal korban puluhan ribu, pembayaran diyat juga sama, hanya terbayar lebih kurang 16.440 orang seluruh Aceh, padahal berdasarkan data yang datang kepada KKR melalui berbagai NGO lebih kurang diperkirakan 100 ribu lebih korban konflik yang harus mendapatkan bantuan yang sama. Program kesehatan juga hanya orang yang datang melapor saja yang dirujuk sampai kemalaysia, itupun banyak yang tidak tuntas, misalnya dari pernyataan korban saya hanya sekali diperiksa di sana. Sekarang saya masih ngilu kalau hujan, artinya belum tuntas penyakit saya akibat kena tembakan. Pendidikan damai juga hanya dilakukan lebih kurang 8 kali, dan pesertanya juga tidak banyak. Artinya masih banyak korban yang masih

memerlukan bantuan dari pemerintah, terutama pada masa trauma ini. Bantuan lain dari pemerintah adalah adanya program KKR yang baru didirikan tahun 2016, dengan fokus kerja adalah Korban pelanggaran HAM. Lembaga ini juga di danai oleh pemerintah walaupun sekarang masih hanya sedikit untuk operasional kantor dan gaji, yaitu: tahun 2017 sebanyak 5 milyar, 2018 sebanyak 4.4 miliar, dan tahun 2019 ini sebanyak 4.3 miliar

7.3. Analisis

Berdasarkan deskripsi data di atas, terkait dukungan pemerintah kepada korban konflik, dapat dikatakan bahwa, secara teknis di Selatan Thailand (Yala, Naratiwat, songkla dan Pattani) dibagi dalam dua kategori, yaitu: korban yang ditangkap dan belum ada putusan pengadilan, bantuan pemerintah tidak ada sama sekali, karena semua orang yang ditangkap itu adalah musuh pemerintah, sampai dia tidak terbukti bersalah. Dan korban yang sudah ada putusan pengadilan, dan dinyatakan tidak bersalah, maka dibantu dana sebagai bentuk kompensasi. Dalam masa menunggu pengadilan, semua kepala desa tidak dibenarkan membantu, baik moril maupun materil. Akan tetapi secara pribadi tergantung keberanian kepala desa masing-masing daerah. Tetapi ketika dia dinyatakan tidak bersalah, maka pemerintah memberikan uang konvensasi sesuai masa tahanan, yang dikalikan dengan 400 bath perharinya. Selain itu, pemerintah membentuk organisasi masyarakat yang bertugas melakukan program pemerintah terkait data korban, penanganan psikologis dengan membuat

rekreasi, terapi seni bagi anak-anak korban, akan tetapi belum maksimal karena masih banyak yang belum terakamodir.

Bantuan pemerintah berupa uang konvensi, di Selatan Thailand, menurut peneliti belum begitu tepat, karena para korban konflik itu secara fisik dan psikologis masalah yang di hadapi, sangat kompleks dan kalau hanya bantuan tersebut yang diberikan sangat tidak setuju, ada hal lainnya yang harus didukung oleh pemerintah dalam hal bantuan, seperti: pemulihan nama baik, menghukum tentara pelanggaran HAM, pemulihan trauma, memudahkan pelayanan hukum untuk masyarakat mendapatkan keadilan, menangkap orang-orang yang di anggap bersalah, dll

Hal ini, berbeda dengan Aceh Indonesia (Kota Banda Aceh dan Aceh Besar), korban konflik bersenjata, dibantu oleh pemerintah setelah pasca MoU Helsinki dan UUPA selesai. Dengan membentuk Badan Reintegrasi Aceh (BRA) untuk mendata semua korban, kemudian baru memberikan bantuan berupa: rumah, uang diyat, bantuan kesehatan, program pendidikan damai, beasiswa dan bantuan modal usaha. Dan pemerintah juga harus membentuk Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR) untuk mendata korban yang terjadi pelanggaran HAM. Semua bantuan tersebut telah berjalan, walaupun juga masih belum maksimal dalam implementasinya, contohnya saja, KKR baru terbentuk tahun 2016, yang seharusnya sejak UUPA telah disahkan.

Untuk masalah konflik bersenjata, menurut peneliti ada tiga aspek yang memerlukan dukungan pemerintah, baik itu di Selatan Thailand (Yala, Naratiwat, Songkla dan Pattani), dah Aceh Indonesia (Kota Banda Aceh

dan Aceh Besar), yaitu: **Pertama**, dukungan dalam bentuk Fisik, berupa sandang dan pangan, rumah aman bagi korban pada masa krisis; **Kedua**, bantuan Psikologis melalui program pemulihan secara komprehensif dan terpadu dari berbagai pihak yang terkait; **Ketiga** dari aspek hukum seperti: pemulihan nama baik, mengadili pelaku pelanggaran HAM dan sebagainya.

7.3.1. Dukungan Pemerintah Dalam Bentuk Fisik

Seperti yang sudah di jelaskan di atas, bahwa pasca peristiwa traumatik, korban perlu penanganan pada masa krisis dan juga trauma. Untuk itu maka, dalam masa krisis, bantuan fisik seperti sandang dan pangan merupakan kebutuhan dasar manusia, yang harus terpenuhi. Murray dalam Alwisol (2007) menyatakan bahwa, kebutuhan (*need*) adalah konstruk kekuatan otak yang mengorganisir bermacam proses, seperti: berpikir, persepsi, berbuat dan mengubah keadaan yang ada dan tidak memuaskan, dapat membangkitkan proses internal, walaupun lebih sering dirangsang oleh faktor lingkungan, dan *need* biasanya dibarengi dengan perasaan atau emosi khusus yang memiliki cara khusus untuk mengekspresikan dalam suatu permasalahan.

Menurut Maslaw, dalam NS Kasiati dan Ni Wayan,R (2016) menyatakan, setiap manusia memiliki lima hirakhi *need* yang sama dan bersifat heterogen, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhannyapun menjadi berbeda, tergantung bagaimana melihat prioritas dan menyesuaikan dalam pemenuhannya. Dalam hal ini, ada 5 aspek

kebutuhan dasar manusia secara hirarkhi, yaitu: (1) kebutuhan fisiologis, (2) rasa aman, (3) kasih sayang, (4) penghargaan dan (5) aktualisasi diri.

Pertama, kebutuhan fisiologis: secara umum kebutuhan ini adalah suatu hal dasar, yang tidak dapat dipisahkan dari setiap hidup manusia, karena ia bersifat homeostatik atau kebutuhan yang menjaga keseimbangan unsur –unsur fisik, seperti: makan, minum, gula, protein, garam, seks, istirahat dan lain lain. Selain itu, kebutuhan fisiologis ini, sangat berpengaruh pada semua unsur lain di dalam tubuh, karena secara absolut, bila seseorang lapar dan haus, maka semua hal lain dianggap tidak penting. Karena itu, sering di dalam kehidupan ini, ketika hasrat lapar dan haus tidak bisa dipenuhi oleh seseorang individu, maka bisa saja terjadi kejahatan yang bersifat traumatis.

Selain daripada itu, Maslow dalam Syamsu Yusuf dan Juntika N (2007) juga menyatakan bahwa, manusia itu adalah makhluk yang berhasrat dan sulit mencapai tingkat kepuasan yang sempurna, karena itu sangat terbatas. Apabila dia sudah mencapai satu hasrat, maka akan muncul hasrat yang lainnya, jadi artinya manusia itu sulit merasa puas dengan apa yang sudah dimiliki, sehingga tidak heran, pada zaman serba canggih ini, banyak sekali unsur kejahatan dan ancaman traumatis, baik untuk anak, remaja bahkan orang tua sekalipun, kecuali orang-orang yang beriman dan bertaqwa, karena dia selalu bersyukur dengan apa yang dia punyai, tidak menuruti hawa nafsunya.

Contoh lain yang dapat dilihat, ketika seseorang tidak dapat memenuhi rasa lapar dan haus pada pengungsi Rohingya, ke Aceh,

mereka rela membunuh sesama, untuk saling berebut makanan, dan yang paling tragis, mereka dapat membunuh anak nya sendiri. Hal ini secara psikologis merupakan reaksi ekstrem karena kehilangan akal sehat dan kejernihan berfikir. Maka dalam kontek ini makan dan minum adalah sumber hidup dan kehidupan bagi fisik manusia dan juga unsur yang mempengaruhi psikologisnya.

Kedua, **Kebutuhan Rasa Aman (Safety)**, hal ini merupakan tingkatan kedua hirarkhi *need* manusia. Semua orang ingin hidup damai, tenteram, stabil, teratur, bebas, tanpa ada rasa takut, cemas, terancam dalam hidupnya. Kebutuhan rasa aman ini sudah diperlihatkan sejak manusia masih bayi, dengan menangis bila merasa sakit, dan berteriak bila merasa terancam dan bahaya, karena itu sebaik mungkin menjaga lingkungan tetap aman dari segala bentuk kekacauan, konflik dan berbagai persoalan, agar tumbuh kembang dan kehidupan anak, terjaga dengan baik. Karena bila anak dari kecil tidak memiliki rasa aman, maka kehidupan masa akan datang, anak akan tumbuh menjadi anak yang cupu, labil, rendah diri dan berbagai masalah akan timbul dalam kehidupannya. Oleh karena itu, menjaga lingkungan stabil, terprotek, struktur hukum yang jelas, teratur, bebas dari berbagai ancaman dan bahaya adalah tugas dari pemerintah. Karena mereka adalah orang yang diberi mandat untuk mensejahterakan rakyatnya. Dengan demikian konflik berpanjangan di dalam satu wilayah atau negara harus segera di atasi dan dibuat undang – undang yang tegas yang mampu memproteksi hak-hak korban.

Jadi tidak benar, kalau penanganan dan dukungan pemerintah hanya sebatas pada masa krisis, tetapi juga pada masa trauma harus didukung dengan berbagai program, agar korban dapat melanjutkan hidup dengan kondisi psikologis yang aman dari segala bentuk trauma. Karena kekuatan bangsa tergantung pada kekuatan fisik dan psikologis, bila kedua ini telah hancur, maka kekuatanpun menjadi hilang. Dengan demikian ketahanan dan pertahanan bangsa akan melemah.

Ketiga, Dicintai dan mencintai (belonging dan Love) adalah tingkatan ketiga dari hirarki *need* Maslow. Duane Schultz (1991) menyatakan bahwa, orang sangat peka dengan kesendirian, pengasingan, di tolak dalam lingkungan, kehilangan sahabat, kehilangan cinta, oleh sebab itu, kebutuhan terkait cinta ini, akan terus penting sepanjang hidup manusia. Dalam konteks ini, Maslow menolak pandangan Freud tentang cinta adalah sublimasi dari insting seks, menurutnya cinta tidak sinonim dengan seks, cinta adalah hubungan yang sehat antara sepasang manusia yang memiliki perasaan saling menghormati, menghargai dan mempercayai. Baginya, cinta dan seks adalah dua hal yang sangat berbeda. Cinta dalam kebutuhan ini adalah cinta yang matang, sehingga dengan perasaan itu, orang bisa bahagia dalam menjalani hidupnya. Sebab dicintai dan di terima adalah jalan menuju hidup sehat dan bahagia. Dan sebaliknya tanpa cinta, manusia akan mengalami kekosongan, ketiadaan, kesia-siaan dan juga kemarahan dan derita.

Berdasarkan konsep di atas, maka bila korban konflik bersenjata, merasa diasingkan, tidak diterima di dalam lingkungan, hal ini lebih parah

sakitnya berbanding kena senjata. Oleh karena itu, pada masa krisis dan masa trauma, semua korban memerlukan dukungan dari semua pihak, tidak terkecuali pemerintah. Jadi tidak benar kalau ada korban baru dibantu pada saat dia tidak bersalah, karena keluarga kadang-kadang murni orang yang tidak tahu apa apa, tetapi mereka sering kena imbas, baik dalam bentuk fisik, maupun psikis.

Keempat, kebutuhan penghargaan diri (*Self Esteem*) merupakan tingkatan keempat dari hirarkhi *need* Maslow. Menurut Syamsu dan Juntika (2007) menyatakan, ada dua jenis penghargaan (*self respect*) yang dibutuhkan manusia, yaitu: (1) penghargaan diri sendiri, seperti: kebutuhan kekuatan, penguasaan, kompetensi, prestasi, kepercayaan diri, kemandirian dan kebebasan. Orang membutuhkan pengetahuan tentang dirinya sendiri, bahwa dirinya berharga, memiliki kemampuan untuk menguasai tugas dan tantangan hidup: (2) mendapatkan penghargaan dari orang lain, seperti: kebutuhan prestise, status, ketenaran, dominasi, menjadi orang penting, di terima dan apresiasi. Orang membutuhkan bahwa dirinya dikenal dan dinilai baik oleh orang lain.

Berdasarkan konsep di atas, maka bayangkan kalau korban tidak dihargai, tidak memiliki kekuatan, keupayaan didalam hidupnya, apa lagi yang bisa dilakukan, maka tidak heran, akhirnya korban stres dan trauma, bahkan bisa mengalami PTSD. Brewin, et, al. (2000) menyatakan, faktor-faktor yang berisiko untuk mengalami PTSD adalah hidup dalam peristiwa trauma dan bahaya, mempunyai sejarah sakit mental, mendapat cedera, melihat orang cedera atau terbunuh, perasaan seram, tidak berdaya, atau

ketakutan yang melampau, tidak mendapat dukungan sosial, setelah peristiwa traumatik, mendapat tekanan tambahan pasca kejadian, seperti kesakitan kehilangan orang yang dikasihi, dan kecederaan, atau kehilangan kerja, rumah, dan sebagainya. Sementara itu, sebaliknya, Charney (2004) menyatakan faktor yang dapat mengurangi resiko PTSD adalah: Mencari dukungan dari orang lain, seperti teman-teman, sahabat dan keluarga, mencari grup dukungan setelah peristiwa traumatik seperti LSM, perasaan yang baik mengenai tindakan sendiri dalam menghadapi bahaya, mempunyai strategi menghadapi keadaan yang buruk, atau mendapatkan pembelajaran daripada nya, karena sebahagian mampu untuk bertindak dan menyelesaikan secara efektif masalahnya, walaupun perasaan takut.

Everly (1993) berpendapat bahwa, untuk benar-benar memahami sifat trauma psikologis dan PTSD, maka seseorang perlu mengkaji wujud dua faktor pilihan psikologi dan fenomena biologi. Sedangkan Flannery (1994), menyatakan tiga fungsi domain manusia, yang mempengaruhi kesehatan, baik fisik maupun mental, penguasaan yang baik, menyanyangi orang lain, menentukan tujuan hidup yang bermakna dan penguasaan lingkungan sekitar yang baik, yang merujuk tidak hanya kepada kepentingan seorang. Beberapa pakar mengatakan bahwa trauma psikologis mengacu, pada dampak dari stresor ekstrim dan insiden kritis pada fungsi biologis dan psikologis individu. Proses dan akibatnya menjadi subjek kajian dan pengawasan ekstensif, selama lima tahun terakhir. (Wilson & Raphael, 1993; APA, 1994; Flannery, 1994; Pynos, 1994;

Sommer&Williams, 1994; Tom,1994b; Everly & Latting, 1995; Vander Kolk et al, 1996; Beall,1997; Dean, 1997; Daniel,1998; Roth & Friedman, 1998; Yahuda,1998).

Pasca peristiwa traumatik, biasanya akan menunjukkan berbagai gejala di luar kebiasaan orang pada umumnya. Anak-anak yang mengalami trauma dan hidup dalam lingkungan yang mengancam atau berbahaya, mereka mungkin mengalami trauma berkepanjangan, yang dapat menghasilkan PTSD dan ketika berhadapan dengan trauma baru, mereka akan merespons sesuai dengan pengalaman masa lalu mereka, sebagai sumber kekuatan untuk dapat mengatasinya. Kejadian berulang dari kehilangan atau kepahitan dalam diri seseorang, akan meningkatkan kemampuan untuk mengelola kesedihan dan kepahitan fisik dan mental. Biasanya efek psikologis akan ada seperti: pengucilan diri, menghindari untuk membela diri, dari mengingat kembali secara rinci, apa yang telah terjadi, terlalu berhati-hati tentang hal-hal yang tampaknya, akan menjadi tragedi dan menjadikannya trauma.

Sebagai contoh anak-anak yang tinggal di zona perang, selalu menyadari suara senjata api, bahkan ketika mereka sedang tidur atau bermain, selain itu botol air mineral kosong berbunyi, ketika diinjak, membunyikan seperti ledakan, akan membuat anak melarikan diri atau berbaring dan tengkurap untuk menghindari tembakan, karena dalam benaknya, setiap suara ledakan pasti dari tembakan. Karena itu, korban harus dibantu untuk menghilangkan pikiran yang menghantui mereka, seperti suara senjata api, agar merasa bebas sampai mereka menjadi

dewasa, bahkan jika perang telah berakhir atau telah pindah ketempat yang aman. Orang yang hidup dengan pengalaman traumatis akan sering, mengalami kilas balik perasaan dari peristiwa yang terjadi. Trauma ini bisa dikatakan sangat berbahaya ketika diderita individu, kelompok atau bangsa.

Kelima, aktualisasi diri, merupakan kebutuhan dasar pada tingkatan akhir dari *basic need* Maslow. Semua orang membutuhkan aktualisasi diri, seperti menunjukan bakat dan minatnya serta potensi yang dimiliki dalam setiap kesempatan. Alwisol (2008) menyatakan aktualisasi diri adalah suatu keinginan memperoleh kepuasan diri sendiri (*self fulfilment*), dengan menyadari semua potensi dirinya, dan mampu mencapai apapun yang diinginkan dalam hidupnya. Korban konflik, akan sangat sulit untuk mencapai kepuasan diri, kalau pada masa krisis tidak ada dukungan, baik dari keluarga, teman dan kerabat dekat, LSM, terutama dukungan pemerintah dalam hal memberikan bantuan baik secara fisik maupun psikologis.

7.3.2. Dukungan Pemerintah Terhadap Psikologis

Di dalam kehidupan manusia, susah, senang, adalah suatu dinamika hidup dan kehidupan, tergantung bagaimana orang memaknai hidup itu sendiri. Selain itu hidup juga suatu pilihan, yang kadang kala tidak disadari pilihan apa yang telah di buat di dalam kehidupan ini. Kadang hidup manusia juga takdir yang selalu membayangi, ada yang mendapatkan takdir yang baik dan ada pula mendapatkan takdir yang buruk, dan ini

memang tidak bisa ditebak. Akan tetapi satu yang harus disadari, bahwa tidak ada di dalam dunia ini, manusia yang ingin menderita di dalam hidupnya, oleh karena itu, apapun akan dilakukan untuk pencapaian kebahagiaan itu, karena sejahtera, bahagia adalah salah satu unsur psikologis manusia, yang dapat di deteksi dengan gejala gejala yang diperlihatkan di dalam perilaku, perbuatan dan perkataan.

Bila seseorang tidak bahagia, maka akan terlihat pada kondisi fisiknya, seperti, orang stres akan mondar mandir, seperti sterika, ketakutan akan keluar keringat, cemas akan terlihat pucat, marah akan terlihat tangan mengepal, mata tajam, muka berona merah padam. Begitu pula senang, akan terlihat dari senyum diwajah, gembira, muka berona merah muda dan bercahaya, itulah psikologis yang dapat di lihat dari gejala yang ada. Jadi bila seseorang yang telah mengalami peristiwa traumatik, seperti ancaman bahaya, teror, maka akan berdampak secara fisik dan psikologis yang disebut dengan luka (trauma) pada fisik yang langsung dapat dilihat seperti: memar, mengeluarkan darah, sedangkan pada psikologis luka yang dialami akan memperlihatkan kecemasan, ketakutan, menghindar dan lain-lain.

Oleh karena itu, korban konflik bersenjata di Aceh maupun di Selatan Thailand, adalah seorang manusia yang juga ingin hidup senang, gembira, tidak ada ketakutan, tidak ada ancaman, karena itu memerlukan dukungan pemerintah untuk penanganan psikologis, dengan bantuan ahli profesional, seperti: Psikiater, psikolog, konselor dan sosial suport, akibat peristiwa traumatik di dalam kehidupannya. Karena bila tidak dilakukan

secara komprehensif dan terpadu, selamanya perasaan trauma akan terkunci di dalam saraf yang akan membuat korban menjadi PTSD, seperti halnya korban yang diambil pernyataannya dalam kasus trauma, mereka ada yang histeris tiba-tiba, ada pula setelah seminggu mereka histeris, dan ada pula sebelum diambil pernyataannya oleh anggota Pengambil pernyataan (PP). Ini menunjukkan korban trauma berat dan bahkan sudah klinis yang harus ditangani segera.

Menurut LSM Pulih, menyatakan bahwa, seseorang yang pernah mengalami peristiwa traumatik atau peristiwa yang menyakitkan di dalam hidupnya, seperti kehilangan orang yang dicintai, atau karena suatu bencana yang menimbulkan trauma psikologis dan emosional. Perubahan yang drastis di dalam hidup korban, akan memaksa dia menjadi trauma psikis, dan biasanya tidak ada jalan selain dihadapi dan ditangani. Untuk itu dukungan pemerintah diperlukan, karena penanganan trauma memerlukan waktu yang lama dan biaya besar. Seperti beberapa terapi di bawah ini, yang dapat dilakukan untuk pemulihan trauma, yaitu:

Pertama, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), terapi ini mencoba menggabungkan elemen dari terapi *cognitive behavior* (CBT) dengan gerakan mata dan bentuk ritme lainnya, serta stimulasi ke kiri dan ke kanan. Dengan cara ini, dianggap sangat efektif untuk melepaskan memori traumatis, agar dapat dihadapi dan disingkirkan. Kedua, terapi somatik, dengan sensasi pada tubuh sebagai fokusnya, karena ini akan berhasil untuk melepaskan gemeteran, tangis, ataupun pelepasan fisik lainnya. Ketiga, *Cognitive behavior therapy* (CBT) dapat

membantu proses mengevaluasi pikiran dan perasaan tentang trauma. Terapi ini tidak mengobati fisik, karena itu sangat bagus bila dikombinasikan dengan dua terapi di atas.

Akan tetapi, apabila ada saudara yang mengalami trauma, tetapi tidak ingin melakukan terapi, maka dapat dilakukan beberapa langkah sebagai berikut: (a) jangan berikan kesempatan pada korban, untuk menarik diri dari interaksi sosial, karena makin sering berkomunikasi, membantu korban dalam pemulihan trauma, (b) arahkan korban untuk tidak menolak semua bantuan, baik itu secara profesional maupun teman dan keluarga, (c) Arahkan korban untuk aktif dalam kegiatan sosial, walaupun dia tidak menyukainya, (d) arahkan korban untuk bergabung dengan kelompok orang-orang yang mengalami nasib yang sama, agar Dia tidak merasa sendirian, (e) arahkan korban untuk menjadi relawan, agar dapat menghilangkan perasaan tidak berdaya, karena dengan menolong orang lain, korban merasa kuat dan berguna, (f) arahkan korban untuk tetap melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya, (g) arahkan korban untuk membagi dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari yang dianggap berat, dalam bentuk skala kecil, agar mudah menyelesaikan, karena keberhasilan melakukan sesuatu akan membuat dia senang, dan merasa memiliki kekuatan, (h) Bantu korban menemukan aktivitas yang bisa mengalihkan perasaan traumanya, (i) arahkan korban untuk tidak menghindari perasaan yang dirasakan mengenai trauma, karena itu merupakan proses kedukaannya, (j) arahkan korban untuk beristirahat yang cukup, dan hindarkan dia menggunakan obat-obatan dan alkohol.

Mengobati luka psikologis, tidak semudah mengobati luka fisik, karena itu perlu dukungan dan biaya untuk melakukannya, apalagi di Aceh dan dan Selatan Thailand, korban yang trauma itu tidak sedikit, karena konflik bersenjata telah membuat banyak masyarakat yang mengalami trauma fisik, psikis, dan seksual yang perlu penanganan secara intensif dan berkesinambungan, agar tidak menjadi PTSD.

7.3.3. Dukungan Pemerintah Terhadap Perlindungan Hukum

Korban konflik bersenjata memerlukan bantuan hukum untuk membantu mendapatkan hak-haknya secara legal, berdasarkan undang-undang yang telah ada. Menurut Setiono, (2004) mengartikan perlindungan hukum adalah tindakan atau upaya untuk melindungi masyarakat, dari perbuatan sewenang-wenang oleh penguasa, yang tidak sesuai dengan aturan hukum, untuk mewujudkan ketertiban dan ketentraman, sehingga memungkinkan manusia untuk menikmati hidupnya sebagai manusia. Sementara itu, Satjipto Raharjo (2006) mengartikan perlindungan hukum adalah upaya memberikan pengayoman kepada hak asasi manusia, yang dirugikan oleh orang lain, dan perlindungan tersebut diberikan kepada masyarakat, agar mereka dapat menikmati semua hak-hak yang diberikan oleh hukum, atau dengan kata lain, perlindungan hukum adalah berbagai upaya hukum yang harus diberikan oleh aparat penegak hukum, untuk memberikan rasa aman, baik secara pikiran maupun fisik, dari semua ancaman pihak lain.

Oleh karena itu, peneliti sangat tidak setuju pada pemerintah, yang menganggap korban konflik bersenjata adalah kecelakaan semata, sehingga tidak perlu di tangani secara berkesinambungan dan terpadu. Pemerintah seharusnya melakukan upaya perlindungan hukum pada semua korban, tanpa membedakan satu sama lain, dalam mendapatkan hak-haknya yang telah disampaikan dalam undang-undang. Seperti di Aceh, dalam MoU Helsinki dan UUPA. Korban harus mendapatkan semua perlindungan hukum. Yang melanggar HAM di tindak, yang sakit di obati yang trauma di pulihkan, karena kelangsungan hidup adalah hak semua bangsa. Karena itu, pemerintah jangan hanya memberikan uang komvensasi yang tidak seberapa itu, karena yang penting adalah keadilan sesuai aturan perundangan.

Muchsin (2003) menyatakan perlindungan hukum adalah kegiatan untuk melindungi individu dengan menyesuaikan hubungan nilai-nilai atau kaidah-kaidah yang menjelma dalam sikap dan tindakan, dalam menciptakan ketertiban dalam pergaulan hidup antar sesama manusia. Menurutnya, perlindungan hukum dapat di bedakan menjadi dua, yaitu: (1) perlindungan hukum preventif, yaitu perlindungan yang diberikan pemerintah, dengan tujuan mencegah sebelum terjadi pelanggaran; (2) perlindungan hukum represif, yaitu perlindungan yang diberikan pemerintah berupa sanksi seperti denda, penjara dan hukuman.

Berdasarkan deskripsi dan pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan pemerintah dalam membantu pemulihan trauma pada korban konflik bersenjata, baik di Aceh Indonesia, maupun

Selatan Thailand adalah sangat diperlukan, akan tetapi justru itu belum maksimal dilakukan, bahkan tidak ada, khususnya untuk trauma, padahal semua warga, memiliki hak untuk hidup sehat secara fisik dan psikis, karena itu, pemerintah harus mengupayakan apapun untuk pemulihan trauma masyarakat, terutama korban yang secara fisik dan psikis sudah pada tahap klinis.

BAB VIII

PENANGANAN TRAUMA YANG SUDAH DILAKUKAN KEPADA KORBAN KONFLIK BERSENJATA DI SELATAN THAILAND DAN ACEH INDONESIA

Konflik bersenjata yang terjadi, baik di Aceh Indonesia maupun Selatan Thailand, telah menyisakan banyak rasa sakit pada korban, baik secara fisik maupun psikis, dan ini memerlukan penangan yang profesional, agar korban dapat terhindar dari *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) yang dapat melemahkan bangsa. Karena itu penting untuk melihat apakah wilayah tersebut korbannya telah mendapatkan penanganan trauma atau belum, baik dari keluarga, LSM maupun pemerintah.

8.1. Penanganan Trauma Yang Pernah di Terima Korban Konflik Bersenjata di Selatan Thailand

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan korban, pengurus LSM dan Pemerintah, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut:

Pertama, hasil wawancara dengan 5 orang korban di Provinsi Patani, Naratiwat, Yala dan Songkla, terkait dengan penanganan trauma, mereka semua mengatakan hal yang sama, yaitu:

“Semua korban dan keluarga yang trauma, setelah penembakan, penangkapan, penyiksaan, dari kamp tentara dan penjara, tidak mendapat penanganan apapun, secara psikologis, baik dari keluarga, maupun pemerintah tidak ada sama sekali, yang ada dari LSM, ketika awal-awal musibah, membawa korban ke rumah sakit, dan anak-anak yang mengalami stress ada juga konsultasi dengan pihak dokter dan psikiater, itu hanya sekali saja, tetapi penangan intensif juga tidak ada”.

Kedua, hasil wawancara dengan 7 lembaga swadaya (LSM), mereka juga menyatakan hal yang sama, yaitu:

“Kami belum pernah menangani trauma secara spesifik, akan tetapi ada bantuan seperti anak-anak yang ada di LSM Nusantara, mereka yang berperilaku berbeda dengan anak lain, kami rujuk ke Rumah sakit, dan melakukan wawancara, oleh psikiater, tetapi juga belum semuanya, dan bukan program. Jadi secara keseluruhan penanganan trauma yang berkelanjutan atau dengan program khusus tidak ada, hal ini juga yang di sampaikan oleh LSM Healthy, mereka hanya melakukan pelatihan trauma pada korban, itupun dibantu oleh beberapa profesor dari perguruan tinggi malaysia, dan ini tidak rutin dilakukan”.

Ketiga, Hasil wawancara dengan 4 orang kepala Desa, juga mengatakan hal yang sama, yaitu:

“Kami sebagai perpanjangan tangan pemerintah, terkait dengan warga yang korban dan keluarganya, tidak bisa melakukan apapun, karena kami memang tidak boleh ikut campur, kecuali mereka sudah dinyatakan bebas dan tidak bersalah, itu kami rujuk ke LSM, tetapi untuk penanganan trauma memang tidak ada, yang ada hanya pemberian uang kompensasi. Itupun belum standar, ada yang mendapatkan ada pula yang tidak”.

Berdasarkan deskripsi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa penanganan trauma pada korban dan keluarganya, baik dari keluarga, Pemerintah maupun lembaga swadaya masyarakat (LSM) belum ada yang konkrit, bahkan dari pemerintah sama sekali tidak ada penanganan, yang ada hanya pembayaran uang kompensasi, bagi yang meninggal dan tidak bersalah, sedangkan dari LSM mereka hanya merujuk ke rumah sakit, dan yang parah depresinya di rujuk ke Psikiater. Jadi secara umum dapat dikatakan belum ada penanganan trauma baik secara biasa maupun oleh profesional.

8.2. Penanganan Trauma Yang Pernah di Terima Korban Konflik Bersenjata di Aceh Indonesia

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan korban konflik bersenjata, LSM dan Pemerintah, terkait dengan penanganan trauma yang pernah dilakukan, padanya, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut:

Pertama, hasil wawancara dengan beberapa korban, baik di Kota Banda Aceh dan Aceh Besar, hasilnya dideskripsikan dapat disimpulkan sebagai berikut:

“ Hampir semua korban mengatakan bahwa pasca konflik bersenjata, mereka hanya mendapatkan bantuan secara fisik, seperti ada yang mendapatkan rumah, uang diyat, uang amnesti dan ada juga uang beasiswa untuk anak, bantuan kesehatan, pendidikan damai, itupun tidak semua mendapatkan, sangat tergantung situasi dan kondisi, dekat dan jauhnya. Sedangkan untuk bantuan trauma tidak ada sama sekali”.

Kedua, hasil wawancara dengan beberapa LSM, tentang penanganan trauma yang pernah mereka lakukan, maka dapat dideskripsikan sebagai berikut:

“Dari kesimpulan beberapa hasil wawancara dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), maka dapat dikatakan bahwa penanganan trauma secara spesifik belum ada dilakukan, tetapi secara umum, seperti pelatihan trauma healing, ada beberapa LSM yang telah melakukan, seperti pulih, plower, FPHAM mengatakan mereka melakukan investigasi pada korban dengan harapan dapat menjadi salah satu pendekatan untuk healing trauma, tetapi bukan program penanganan trauma. Dengan demikian dapat dinyatakan secara spesifik belum ada penanganan trauma dilakukan pada korban”.

Ketiga, hasil wawancara dengan pemerintah melalui BRA dan KKR yang diberi mandat untuk penanganan korban konflik, maka dapat dikatakan sebagai berikut:

“Dari kesimpulan hasil wawancara dengan ketua BRA, salah satu mantan Deputy BRA, Komisioner pokja Reparasi KKR, maka dapat dikatakan untuk penanganan trauma memang belum pernah dilakukan,

tetapi secara organisasi pihak pemerintah pernah bekerja sama dengan LSM pulih untuk penanganan trauma psikologis korban yang terdata dan terjangkau, tetapi lebih dari pada itu belum ada penanganan sama sekali, karena pemerintah hanya fokus pada penanganan fisik seperti bantuan sandang dan pangan. Akan tetapi program KKR ke depan insya Allah akan ada, karena 400 orang dari 800 orang yang telah diambil pernyataannya, sudah dipastikan trauma berat dan perlu reparasi segera”

Berdasarkan hasil kesimpulan deskripsi data di atas, maka dapat dikatakan bahwa penanganan trauma yang pernah diterima korban, sebenarnya sama sekali belum ada, baik di Selatan Thailand maupun Aceh Indonesia, baik dari keluarga korban sendiri, LSM maupun pemerintah.

8.3. Analisis

Berdasarkan kesimpulan hasil deskripsi data di atas, maka dapat dikatakan bahwa, penanganan trauma yang pernah diterima korban, sebenarnya sama sekali belum ada, baik di Selatan Thailand maupun Aceh Indonesia, baik dari keluarga korban sendiri, LSM maupun pemerintah.

Penanganan trauma pada korban tidaklah mudah, apalagi pada masa krisis, dimana semua orang sibuk mendukung, bagaimana pemenuhan papan, sandang dan pangan untuk korban, dalam rangka kelangsungan hidup di tempat- tempat pengungsian. Jadi tidak heran kalau masalah psikologis korban sering terabaikan. Maslaw menyatakan bahwa, sandang, pangan adalah kebutuhan dasar dalam hiarkhi *need* manusia, yang harus dipenuhi, kalau tidak, maka banyak persoalan yang akan timbul, efek dari kelaparan, kehausan, ketidakpuasan biologis. Oleh karena

sebab itu, penanganan trauma psikologis lupa baik keluarga, masyarakat, LSM maupun pemerintah.

Everly et al (1999) menyatakan bahwa, ada beberapa gejala umum trauma psikologis dan PTSD, yaitu: Pertama, Gejala *Intrusive* meliputi: (a) dapat mengalami peristiwa dalam gambar, pikiran, ingatan, mimpi buruk, (b) akting dan perasaan seolah-olah peristiwa itu kembali, (c) secara simbolis mengingat penderitaan yang dihadapi. Kedua, Penghindaran meliputi: (a) menghindari tempat simbolis dan pikiran trauma, (b) mengalami kesulitan mengingat peristiwa, (c) kehilangan minat dalam kegiatan penting, (d) tidak merasakan masa depan. Ketiga, Gejala gairah meliputi: (a) kewaspadaan yang berlebihan, (b) respon yang berlebihan, (c) gangguan tidur, (d) kesulitan berkonsentrasi, dan (e) kemarahan atau ledakan kemarahan.

Wiliams dan Poijula, (2002) menyatakan beberapa gejala PTSD: Jika reaksi terhadap peristiwa trauma , bertahan selama beberapa waktu atau terjadi setidaknya 6 bulan setelah individu mengalami suatu peristiwa, itu berarti sudah PTSD. Lebih lanjut, gejala lain yang telah di adaptasi dengan DSM-IV, yang dikeluarkan APA (1994) adalah: pertama, seseorang dikatakan memiliki peristiwa traumatik, ketika dua kasus berikut terjadi, ia merasa, menjadi saksi, dihadapkan pada suatu peristiwa, terlibat dalam ancaman kematian atau kecelakaan serius, atau ancaman terhadap fisik orang atau orang lain. Responsnya adalah ketakutan, perasaan ingin membalas, kengerian, atau persepsi peristiwa yang membuat seseorang dalam emosi. Kedua, jika Individu berulang kali merekonstruksi peristiwa tersebut, sehingga mereka dapat mengingat kembali koleksi peristiwa yang menyedihkan, digambarkan dalam pemikiran dan persepsi. Sering mengalami mimpi dan stres

yang berulang. berperilaku seolah-olah peristiwa traumatik kembali, dan hidup dalam halusinasi atau kilas balik. Ketiga, individu tersebut secara terus-menerus menolak benda /peristiwa yang berkaitan dengan peristiwa traumatik, jadi usahakan untuk menghindari pikiran, perasaan dan percakapan yang terkait dengan trauma, atau bahkan menghindari tempat, kegiatan yang dapat mengingatkan pada trauma. Selain itu, individu tidak dapat mengingat aspek-aspek penting dari dirinya, ketertarikan, partisipasi dan aktivitas menjadi berkurang, dan merasa bebas dan terisolasi dari orang lain.

Yahuda, (2002) menyatakan karakteristik untuk menentukan telah mengalami peristiwa traumatik, ketika dapat memicu ketakutan, ketidakberdayaan, kengerian yang dapat menyebabkan respons terhadap ancaman, cedera dan kematian. Orang-orang yang terpapar pada peristiwa-peristiwa ini, berisiko tinggi untuk mengalami PTSD, terutama depresi, gangguan panik, gangguan kecemasan, dan penyalahgunaan obat-obatan, dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami peristiwa traumatik. Hal ini, juga akan mengalami gejala somatik dan penyakit fisik, terutama hipertensi, asma, dan sindrom nyeri kronis.

Carter dan Byrne (tt..) menyatakan bahwa PTSD adalah kelainan yang mengikuti trauma parah yang dialami oleh seseorang, yang dalam upayanya untuk pulih, mengembangkan kembali gejala yang dialami, menghindari kejutan. Meskipun gejala-gejala ini adalah bagian dari proses pemulihan, namun, jika mereka bertahan lama, dapat menjadi maladaptif bagi seseorang yang mengalaminya dan sekitarnya. NIMH (2005) menyatakan bahwa, PTSD adalah penyakit nyata. Orang bisa mendapatkan PTSD setelah hidup melalui pengalaman yang menjengkelkan atau menakutkan.

Seseorang dapat mengalami PTSD setelah mengalami peristiwa seperti: Pelecehan atau pelecehan seksual; Dipukul atau dirusak oleh seseorang di keluarga korban dari penjahat yang kejam; Dalam kecelakaan pesawat atau mobil; Dalam badai, tornado, atau kebakaran; Dalam pertempuran; Dalam peristiwa dimana seseorang akan berpikir mungkin akan terbunuh, atau setelah melihat salah satu peristiwa. Jika menderita PTSD, gejalanya sering mengalami mimpi buruk atau pikiran menakutkan tentang pengalamannya, berusaha menjauhkan diri dari apapun yang mengingatkan kembali tentang pengalaman dan mungkin marah, tidak percaya atau peduli pada orang lain. selalu bisa berada dimana saja untuk mendapatkan bahaya. Kadang merasa sangat frustrasi ketika sesuatu terjadi tiba-tiba atau tanpa peringatan.

Dampak yang ditimbulkan akibat sering mengalami trauma, akan menimbulkan reaksi pada penderita, yaitu: (1) PTSR (Reaksi Stres Pascatrauma) atau Gangguan Stres Pascatrauma (PTSD). Secara umum stres disebabkan oleh beberapa hal. Untuk anak-anak dan remaja menurut buku Seri Pelatihan Dukungan Psikososial pada *Manual of Crisis Intervention Technique* yang diuraikan dalam PMI (2008) menyatakan bahwa, stres terutama disebabkan oleh beberapa faktor: (1) kematian orang yang dicintai, (2) cedera atau cacat fisik, (3) memikirkan bencana atau krisis, (4) orang yang terluka atau cacat fisik, (5) kehilangan mainan favorit, (6) perkelahian orang tua, (7) kemiskinan, (8) tes, (9) hukuman fisik dari guru, dan (10) jauh dari rumah.

Untuk mengidentifikasi reaksi stres dan intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan usia, untuk fisik, mental, emosional, dan perilaku seseorang. Pertama, reaksi fisik, adalah gangguan yang dialami dalam fungsi tubuh seperti: mati rasa

(lumpuh, tidak bisa merasakan sensasi sakit), sulit tidur, gangguan pernapasan, jantung berdebar, kencing di tempat tidur. Kedua, reaksi mental adalah gangguan yang paling umum dalam proses berpikir, dimana sering terjadi, mimpi berulang tentang peristiwa traumatik, selalu mengingat peristiwa-peristiwa itu, tidak mengingat aspek-aspek penting yang berkaitan dengan peristiwa, kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari, tidak percaya diri, merasa tidak berdaya dan putus asa tentang masa depan. Ketiga, reaksi emosional, dalam aspek ini, reaksi yang terjadi adalah gangguan terhadap perasaan alami seperti: cemas, takut, gugup, marah dan merasa bersalah, merasakan ketakutan lagi setelah beberapa waktu berlalu, mengenang hal-hal kecil yang mengalami stres negatif, kesepian bahkan saat bersama orang lain, kehilangan emosi, terutama emosi positif seperti cinta dan kebahagiaan. Keempat, Reaksi perilaku, yaitu menghindari situasi yang dapat mengingatkan peristiwa, dan dapat menghidupkan kembali peristiwa traumatis, dengan kemarahan dan agresi, perubahan perilaku yang drastis dan kadang-kadang berlangsung setelah kejadian.

Sedangkan untuk reaksi umum pada periode pasca trauma sangat dipengaruhi oleh beberapa aspek, seperti: Jenis peristiwa traumatis yang dialami, usia seseorang pada saat mengalami peristiwa traumatis, kepribadian seseorang, tingkat bahaya yang ditimbulkan pada kehidupan seseorang atau lingkungan orang lain, terkait erat dengan itu. tersedia untuk seseorang. Terkait dengan ini, ada dua tahap trauma usia yang paling rentan, yaitu (1) usia anak-anak berisiko tinggi untuk munculnya gejala traumatik, (2) pada usia remaja, kerentanan yang ditimbulkan jauh lebih tinggi daripada anak-anak. Karena pada masa ini adalah masa transisi yang dialami ketika anak mulai melarikan diri dari orang tuanya dan mulai ingin

mandiri. Williams dan Poijula (2002) menyatakan reaksi trauma: seseorang dapat merasa shock, merasa ketakutan atau merasa nyata atau tidak nyata; Merasa mati rasa, kaku seolah-olah tubuh itu merasa melayang. Oleh karena itu, penanganan trauma sering dilakukan ketika masa krisis telah berlalu, dengan cara: (1) Psikoterapi, (2) Konseling Trauma, (3) Farmakoterapi.

Rothbaum et al (2012) menyatakan bahwa, pengobatan untuk paparan jangka panjang melalui terapi kognitif lebih efektif, daripada inhibitor reuptake serotonin tertentu atau dari pada tidak ada pengobatan dalam mencegah gangguan stres pasca-trauma. Selain itu juga menyatakan bahwa pengobatan dan pencegahan PTSD, mungkin menghilangkan ketakutan, menghindari penyatuan asosiasi antara rangsangan traumatik dan reaksi ketakutan, atau mengganti hubungan dengan orang lain. Oleh karena itu, para peneliti menduga bahwa paparan stimulasi yang berkepanjangan tak lama setelah peristiwa traumatis akan memblokir PTSD.

Baranowsky dan Lauer (2012) menyatakan, tiga langkah untuk penyembuhan trauma bagi siapa saja yang telah mengalami peristiwa hebat, yang telah mengganggu kehidupan, ditulis dalam bahasa ini adalah panduan yang bagus untuk membantu orang yang tidak sepenuhnya hidup, karena dihantui oleh pengalaman atau peristiwa traumatis. Rancangan yang dapat menumbuhkan kontrol lebih besar adalah melibatkan kembali orang-orang, daripada mengendalikannya. Yang lebih penting lagi, membantu mereka masuk kembali ke dalam dunia mereka, dan hidup dengan keyakinan dan rasa kesejahteraan. Sebagai seorang terapis, bekerja dengan orang-orang setiap hari yang telah hidup melalui berbagai pengalaman traumatis; Saya akan sangat merekomendasikan buku ini. Latihan sederhana dan efektif dan mereka dapat membuat perbedaan besar bagi jiwa-jiwa

yang mungkin atau mungkin tidak ingin memasuki layanan konseling profesional. Ini pada dasarnya dapat membantu orang menyatukan kembali hidup mereka.

Untuk pencegahan korban perang dan kekerasan traumatik yang didefinisikan oleh Stradling ada beberapa hal yang harus dilakukan: Pertama, tingkatkan kepekaan, kenali gejala traumatis pada orang-orang di sekitarnya, pendekatan dengan kasih sayang yang lembut dan penuh kasih, empati, bertindak hati-hati, menawarkan bantuan referensi untuk para profesional. Kedua, respons profesional (psikolog, psikiater, dan konselor) untuk membantu para penyintas terkait trauma: (1) Pembekalan Stres Insiden (CISD), (2) menceritakan peristiwa traumatis secara terstruktur dalam 24-72 jam setelah peristiwa traumatis, (ini masih diperdebatkan apakah itu baik untuk digunakan / tidak), (3) konseling stres pasca trauma, (4) normalisasi reaksi, (5) membantu proses koping. Sementara itu, Kaplan et al (1997) menyatakan bahwa ada dua macam terapi pengobatan yang dapat dilakukan oleh pasien PTSD, yaitu menggunakan farmakoterapi dan psikoterapi.

Pengobatan farmakoterapi pertama dapat menjadi terapi obat hanya dalam kasus perawatan berkelanjutan dari pasien terkenal. Terapi anti-depresi pada kelompok stres pasca-trauma masih kontroversial. Obat-obatan yang biasa digunakan adalah benzodiazepin, litium, camcolites dan beta blocker - seperti propranolol, clonidine, dan carbamazepine. Obat ini biasanya diresepkan sebagai obat yang telah lama diberikan dan sekarang dilanjutkan seperti yang telah diprogram, dengan pengecualian, contohnya benzodiazepine, estazolam 0,5-1 mg per os, Oksanazepam 10-30 mg per os, Diazepam (valium) 5-10 mg per os, 0,25-0,5 mg per ons, atau Lorazepam 1-2 mg per os atau IM- juga dapat digunakan di UGD atau ruang praktik terhadap kantung ansie yang parah dan agitasi yang timbul

dengan gangguan stres pasca trauma. Kedua, perawatan psikoterapi. Para terapis percaya bahwa ada tiga jenis psikoterapi yang dapat digunakan dan efektif untuk menangani PTSD, yaitu: manajemen kecemasan, terapi kognitif, terapi paparan.

Dalam manajemen kecemasan, terapis akan mengajarkan beberapa keterampilan untuk membantu mengatasi gejala PTSD dengan lebih baik melalui: (1) pelatihan relaksasi, yang secara sistematis mengendalikan ketakutan dan kecemasan serta meredakan kelompok otot utama; (2) pelatihan pernapasan, yaitu belajar bernapas perlahan, rileks, dan hindari bernapas dengan terburu-buru yang menciptakan perasaan tidak nyaman, bahkan reaksi fisik yang buruk seperti detak jantung dan sakit kepala; (3) berpikir positif dan berbicara sendiri, yaitu belajar menghilangkan pikiran negatif dan menggantikannya dengan pikiran positif, ketika berhadapan dengan hal-hal yang membuat stres (stresor); (4) pelatihan asertif, yaitu belajar bagaimana mengekspresikan harapan, pendapat, dan emosi tanpa menyalahkan atau merugikan orang lain; (5) pemikiran berhenti, yaitu belajar bagaimana mengalihkan pikiran, ketika memikirkan hal-hal yang membuat stres (Anonim, 2005b).

Berdasarkan konsep penanganan trauma di atas, maka tidak heran kalau korban tidak mendapatkan penanganan, baik dari keluarga, LSM, Pemerintah, karena secara profesional penanganan psikoterapi harus ditangani oleh ahli terapis, penanganan konseling harus ditangani oleh konselor profesional atau psikolog, dan penanganan farmakoterapi harus ditangani oleh psikiater. Karena dengan itu kemungkinan pemulihan trauma akan cepat pada korban konflik, sebab bila sesuatu ditangani oleh orang yang bukan ahlinya, maka akan menambah kesulitan dalam

hidup korban. Karena itu, belum ada penanganan yang disediakan oleh LSM, Pemerintah baik di Selatan Thailand maupun di Aceh Indonesia.

BAB X

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

10.1. Gambaran Umum Daerah Selatan Thailand

Dalam sub bahagian ini, akan digambarkan 2 aspek terkait dengan wilayah yang dijadikan lokasi penelitian di Thailand Selatan, yaitu: (1) gambaran Geografis dan Demografis, (2) gambaran Pendidikan, Ekonomi, Sosial dan Agama.

10.1.1 Geografis dan Demografis

Menurut Staban Taksin (1986) Secara geografis wilayah Thailand Selatan terletak di Semenanjung Tanah Melayu yang dulunya dikenal dengan Semenanjung Emas, kawasan ini berada di antara garis lintang 110 42'-50 37' dan garis bujur 980-1020. Menurut *Office of the Prime Minister* (1980) menyatakan pula bentuk buminya adalah bujur memanjang, jarak antara Utara ke Selatan 600 km dengan kawasan yang paling luas 250 km dan yang kecil 64 km. Luas keseluruhan adalah 70.715.15 km persegi atau 13.78% dari keseluruhan luas Thailand. Menurut data dari Kantor Statistik Nasional, Thailand (2002) dinyatakan bahwa , Selatan Thailand terdiri dari lima propinsi yaitu: (1) patani, (2) Yala, (3) Narathiwat, (4) Sartun, dan (5) Songkla dengan total jumlah penduduk 6.326.732.

Menurut Wikipedia, (2015) Kawasan Thailand Selatan ini memiliki panjang wilayah 600 km, lebar antara 50–200 km dan luas sekitar 70.189 km². Posisinya terletak antara 6-11 derajat Lintang Utara dan 93–102

derajat Bujur Timur, serta mempunyai dua musim yaitu panas dan hujan. Thailand Selatan memiliki 14 provinsi, yaitu: Pattani, Yala, Narathiwat, Phuket, Ranong, Surat Thani, Phthalung, Krabi, Phang-Nga, Nakhon Si Thammarat, Chumphon, Songkhla, Satun, dan Trang. Provinsi Nakhon SiThammarat adalah provinsi terbesar dengan luas 9.943 km². Kedua adalah Surattani kemudian Provinsi Songkhla dengan luas sekitar 7.394 km². Jumlah penduduk di Thailand Selatan sekitar 8.665.359 jiwa atau 13% dari penduduk Thailand.

10.1.2. Aspek Pendidikan, Ekonomi, Sosial dan Agama

Dalam sub bahagian ini akan di bahas empat aspek, yaitu gambaran tentang: (1) pendidikan, (2) Ekonomi, (3) Sosial dan (4) Agama.

10.1.2.1. Gambaran Tentang Pendidikan

Dari sensus penduduk, Thailand (2000) dinyatakan bahwa, sejak Islam datang dan berkembang di Selatan Thailand, pendidikan agama Islam telah banyak dilakukan dikalangan masyarakat khususnya dalam bentuk pengajian Al-quran yang merupakan suatu kewajiban bagi setiap umat Islam. Kegiatan pengajian ini dilaksanakan di masjid, di madrasah atau di rumah-rumah guru ngaji yang terdapat di setiap kampung. Guru al-Quran, dipanggil "Tok Guru al-Quran", mendapat penghormatan yang tinggi dalam masyarakat. Mereka mengajar dengan suka rela tanpa mengharap bayaran.

Tulisan yang digunakan dalam pembelajaran adalah tulisan Jawi dari dulu sampai sekarang. Selain dari tempat-tempat belajar al-Qur"an

sebagaimana disebut di atas, pendidikan Al-quran juga dilaksanakan di pondok-pondok pesantren. Di wilayah Selatan, pondok menjadi institusi pendidikan terpenting dan bahkan telah menjadi pusat pendidikan Agama yang terbesar di kawasan Selatan, termasuk di semenanjung tanah Melayu. Pondok telah menjadi model pendidikan yang memperoleh sambutan yang hangat dari masyarakat di Wilayah Selatan. Selain berperan sebagai wadah institusi pendidikan yang sangat berpengaruh ditengah masyarakat. Pondok juga berfungsi sebagai benteng dalam mempertahankan agama dan budaya penduduk Muslim setempat.

Para pelajar pondok (santri) mengamalkan cara hidup sehari-hari secara bersama-sama dan seragam. Mereka sama-sama berkain sarung, berbaju Melayu, berkupiah putih, dan sama-sama menggunakan tulisan Jawi dan buku-buku Jawi. Situasi inilah yang menjadikan pondok sebagai institusi yang mengikat masyarakat Islam di Selatan Thailand, dan menyatukan mereka dalam suatu bentuk budaya tersendiri, yang menampilkan ciri ke-Melayuan dan ke-Islaman. Pondok juga memiliki peranan yang sangat besar dalam membangun dan membina calon-calon pemimpin masyarakat. Mereka yang tamat dari pendidikan pondok, umumnya dipilih sebagai pimpinan masyarakat, khususnya jabatan keagamaan seperti imam, khatib, bilal, para pengurus mesjid dan paling kurang menjadi tokoh masyarakat yang kedudukannya sangat dihormati dalam interaksi sosial masyarakat.

Di pihak lain, pendidikan formal, seperti pendirian sekolah di Patani pada Tahun 1889 yang dibangun oleh Pemerintah, mulai diterapkan di

tengah masyarakat Muslim di Selatan, sejak pemerintahan Raja Culalunkon atau Rama. Pada mulanya, pendidikan ini tidak mendapat sambutan yang positif dikalangan masyarakat Islam. Namun demikian, pada Tahun 1921, Pemerintah mengeluarkan Undang-Undang yang mewajibkan seluruh penduduk untuk bersekolah dari tingkat sekolah rendah sampai pada tingkat IV melalui berbagai sosialisasi, akan tetapi masyarakat Islam masih belum tertarik untuk mengirimkan anaknya bersekolah di lembaga pendidikan tersebut.

Menurut statistik Tahun 1966, jumlah yang tamat kelas empat hanya sedikit, yaitu: 13.63% saja, hal ini disebabkan masyarakat masih sangat terikat dengan pendidikan pondok. Oleh karena itu, pada awal Tahun 1960-an lembaga pendidikan pondok diharuskan untuk didaftarkan sebagai institusi pendidikan dibawah pemerintah. Dan pada Tahun 1966, pemerintah kembali membuat peraturan, bahwa setiap institusi pendidikan agama diwajibkan terdaftar di Pemerintah di bawah akta sekolah swasta yang mengajar Agama Islam. Sejak saat itu perkembangan pendidikan di wilayah Selatan mengalami perubahan, dari yang semula berupa pondok yang bebas, beralih menjadi madrasah yang sistematis. Dalam praktek, Madrasah (Sekolah Agama) menjadi institusi pendidikan gabungan antara Agama dengan non agama. Guru non agama dikirim oleh pihak pemerintah untuk mengajar di sekolah Agama. Selain itu, Pemerintah juga memberi bantuan keuangan tahunan kepada sekolah-sekolah Agama yang memenuhi syarat dan peraturan yang

ditetapkan, berdasarkan jumlah pelajar yang belajar di setiap sekolah yang ada.

Ahmad Umar Chapakia (2002) menyatakan pada akhir Tahun 1970-an, sekolah Agama yang mempunyai dua aliran pendidikan mulai diminati masyarakat. Banyak para orang tua yang mengirimkan anaknya untuk belajar di sekolah-sekolah tersebut, dengan alasan sekolah-sekolah ini memiliki guru yang kompeten dan merupakan alumni dari sekolah sekolah terkenal yang memiliki ilmu agama dan umum. Akibatnya pondok dan sekolah kecil kurang mendapat perhatian dan sebagian besar mengalami kemerosotan. Kenyataan ini dapat dilihat dalam data statistik Tahun 1981, di Patani terdapat sebanyak 349 buah sekolah swasta (Sekolah Agama Rakyat) yang terdaftar. Tetapi yang betul-betul menjalankan pendidikan dan pengajaran hanya 199 sekolah. Dari jumlah ini, hanya 77 sekolah yang menjalankan pendidikan Agama saja, sedangkan selebihnya, sebanyak 122 sekolah, melaksanakan sistem pendidikan ganda, yakni pendidikan agama dan pendidikan umum. Sejak awal 1980-an minat masyarakat terhadap sekolah yang memiliki pengajaran agama dan umum sangat diminati karena mempunyai fasilitas lengkap dan tenaga pengajar yang kompeten lulusan dari luar negeri yang di sebut dengan panggilan ustaz. Sekolah-sekolah Agama yang demikian ini pada umumnya berpusat pada tiga wilayah yakni: Patani, Yala dan Narathiwat dengan jumlah pelajar rata-rata melebihi dari 1.000 orang.

Karena pesatnya perkembangan sistem pendidikan di 3 wilayah provinsi tersebut, maka para pelajar yang berada di luar provinsi banyak

yang tertarik untuk menuntut ilmu di kota-kota tersebut. Kedatangan para pelajar dari luar ini selanjutnya memperkuat jalinan hubungan antar penduduk Muslim yang tinggal di wilayah yang berlainan. Perkembangan ini menyebabkan pihak pemerintah mengambil perhatian khusus dengan mengadakan sukatan pelajaran pengajian Islam di sekolah kebangsaan dan juga pada tingkat Universitas.

Di luar dari institusi-institusi pendidikan yang telah diterangkan di atas, masih ada lagi institusi pendidikan Islam yang tidak formal dan di luar pengawasan pemerintah, yaitu: pendidikan anak-anak yang disebut “Tadikan” dan pendidikan masyarakat umum, yang berlangsung di masjid-masjid dalam bentuk majlis-majlis pengajian yang memiliki jadwal pertemuan yang tetap, baik secara mingguan, bulanan maupun tahunan. Forum-forum pengajian itu memiliki metode dan sistem tertentu yang mengacu kepada pendidikan luar sekolah. Kedua institusi pendidikan ini akhir-akhir ini mulai menampilkan kontribusinya yang besar dalam pembinaan pengetahuan agama Islam dalam masyarakat Islam di seluruh wilayah Thailand bagian Selatan. Berbeda dengan institusi-institusi pendidikan yang dikelola oleh pemerintah dan swasta, lembaga pendidikan yang baru ini justru dikelola oleh masjid dan banyak diminati oleh penduduk sekitar.

10.1.2.2. Gambaran Tentang Ekonomi

Secara ekonomi, wilayah selatan ini merupakan penyumbang utama, untuk pendapatan Negara Thailand. Ahmad Umar Chapakia (2002) menyatakan bahwa, kawasan Selatan adalah suatu kawasan yang

subur dan kaya dengan bahan-bahan mentah. Wilayah ini menjadi penyumbang utama bagi pendapatan Negara. Hutannya sangat kaya dengan berbagai macam jenis kayu, berbagai bahan pertambangan terutama logam dan timah. Selain dari itu, juga menduduki posisi penting dalam memproduksi hasil pertanian, seperti tanaman padi dan getah. Sedangkan wilayah perairannya, yakni di laut Cina Selatan dan laut Andaman, merupakan wilayah terpenting yang menjadi sumber perikanan.

Meski wilayah Selatan memiliki kekayaan dan sumber alam yang begitu melimpah, namun kedudukan ekonomi dan tingkat pendapatan dikalangan masyarakat masih sangat rendah dibanding dengan wilayah lain di seluruh Negara. Berdasarkan data statistik terakhir, pendapatan perkapita bagi penduduk wilayah songkhla adalah sebesar US\$ 579.74, Patani sebesar US\$ 315.70, Yala US\$ 604.65 Narathiwat US\$ 512.26. Kehidupan ekonomi masyarakat Muslim yang tinggal di pulau-pulau kecil di perairan pantai laut Cina Selatan Timur dan laut Andaman di Barat, lebih memprihatinkan lagi. Di pulau-pulau itu, penduduk setempat menggantungkan hidupnya dengan bertani, berkebun atau menangkap ikan di laut. Para nelayan ini umumnya terdiri dari para nelayan kecil yang melibatkan keluarga sebagai tenaga kerja inti. Mereka mencari ikan dilaut dengan menggunakan perahu kayu yang ukuran panjangnya tidak lebih dari 10 meter dan menggunakan alat penangkap ikan secara tradisional. Jarak tempuh mereka pun sangat terbatas tidak melebihi 5km dari tepian pantai mengingat mesin yang mereka gunakan umumnya mesin yang berkekuatan 30cc.

Masalah utama yang dihadapi oleh nelayan di daerah ini adalah kehadiran kapal nelayan asing yang besar dan memiliki alat penangkapan modern yang datang dari kawasan Tengah dan Utara. Kapal-kapal besar tersebut masuk ke perairan ini dengan menggunakan alat dan cara yang dilarang oleh undang-undang. Mereka menggunakan pukat modern yang mampu menguras semua ikan-ikan yang ada di dalam laut, tanpa membedakan ikan-ikan yang besar ataupun kecil. Tidak jarang kapal itu juga menggunakan bom dan gas kimia yang mengancam kelestarian biota laut yang ada di wilayah tersebut. Untuk menghalangi masuknya kapal-kapal tersebut para nelayan setempat melakukan perlawanan, mulai dari menembaki hingga melakukan aksi unjuk rasa, menuntut pemerintah untuk ikut andil dalam menindak dan menghukum pelakunya sesuai dengan hukum yang berlaku.

Masalah lain yang terjadi dalam kehidupan para nelayan di wilayah ini, adalah beban hutang kepada kaum pemodal, yang kebanyakan keturunan Cina, atau pun lembaga keuangan yang meminjamkan uang kepada mereka, untuk membeli perahu dan alat-alat penangkap ikan lainnya. Beban-beban hutang itu menyebabkan pekerjaan dan kehidupan mereka terikat dan bergantung kepada kaum pemodal, yang sampai taraf tertentu ikut juga menentukan harga ikan yang mereka peroleh.

Selain dari masalah-masalah tersebut di atas, masyarakat Patani juga menghadapi masalah lain, yakni hadirnya sejumlah perusahaan ternak udang yang juga dimiliki oleh para pemodal asing, yang sengaja masuk ke wilayah tersebut dengan cara menyewa atau membeli tanah di

kawasan Patani. Berdirinya perusahaan-perusahaan ini, telah mempersempit lahan penghidupan masyarakat, yang menyebabkan sebagian mereka terpaksa pergi meninggalkan kampung halaman mereka, dan berpindah ke daerah lain untuk mencari penghidupan yang baru. Banyaknya kaum perempuan yang bekerja dipabrik sardin, yang dibuka dan dikelola oleh para pemodal asing, berpengaruh pula bagi tradisi budaya masyarakat setempat, yang semula pekerja mandiri berubah menjadi buruh di perusahaan asing.

Di bidang pertanian, yang merupakan mata pencaharian masyarakat lokal yang tinggal di wilayah pedalaman, persoalan-persoalan tertentu pun menghadang kesejahteraan ekonomi masyarakat. Pekerjaan menanam padi yang secara umum masih dijalankan dalam bentuk tradisional, hampir sepenuhnya bergantung pada musim hujan. Hasil yang mereka peroleh dari pekerjaan ini pun, sangat terbatas dan tidak mencukupi keperluan hidup sehari-hari. Meski baru-baru ini pemerintah telah meluncurkan proyek pembangunan irigasi, namun masyarakat Islam memandang proyek-proyek itu dengan penuh curiga dan negatif, terutamanya terhadap langkah pemerintah yang memindahkan masyarakat Budha dari kawasan Tengah dan Utara ke wilayah-wilayah Selatan, dan akhirnya membentuk koloni baru, berupa perkampungan masyarakat Budha. Sebenarnya ada juga sebagian masyarakat Patani yang menggeluti usaha perkebunan karet, namun karena lahan yang mereka miliki sangat sempit, maka hasil yang diperoleh pun tidak begitu memadai. Akibatnya banyak diantara mereka justru memilih menjadi

buruh di kebun karet milik orang Cina, yang mempunyai banyak modal dan menggunakan teknologi baru.

Persoalan lain yang juga mengganggu pikiran masyarakat Muslim Thai Selatan, khususnya yang berada di kawasan Sempadan, adalah Pemerintah membuka areal hutan dan gunung yang ada di wilayah setempat dan merubahnya menjadi kawasan perkebunan karet. Lahan-lahan milik pemerintah di wilayah tersebut diberikan kepada penduduk, dimana tiap-tiap keluarga yang terpilih diberi tanah selebar 25 rai (4.5 hektar) untuk diolah menjadi kebun karet, dan untuk mendirikan perkampungan yang dinamakan Nikhom. Bagi masyarakat Muslim setempat, proyek ini lebih banyak unsur politis, ketimbang manfaat ekonomisnya karena sebahagian besar tanah proyek, itu dimiliki oleh masyarakat Budha, yang datang dari luar daerah menjadi golongan dominan diperkampungan nikhom itu. Kondisi dan situasi yang tidak kondusif inilah yang mendorong ratusan ribu anggota keluarga masyarakat Muslim Patani, untuk berhijrah dari tempat mereka di Selatan, memasuki negara seperti Malaysia dan Arab untuk mendapatkan penghidupan yang lebih layak.

10.1.2.3. Gambaran Tentang Sosial

Secara sosial dapat dikatakan bahwa penduduk Muslim di Selatan Thailand meski secara nasional minoritas, namun memiliki posisi penting dan strategis dalam menopang keamanan dan kestabilan politik pemerintahan di wilayah Selatan. Ini dikarenakan masyarakat Muslim umumnya berpusat di wilayah-wilayah perbatasan antara negara Thailand

dengan negara tetangga, khususnya Malaysia, yaitu: di wilayah Patani, yala, Narathiwat, dan Stul. Dari sisi sosiologi, masyarakat di empat wilayah tersebut berada di kawasan Desa, di mana mereka memiliki tradisi dan budaya mereka sendiri, dengan ikatan sosial yang sangat kuat dan dipayungi oleh semangat kegotongroyongan yang tinggi, khususnya dalam menghadapi perkara yang berkaitan dengan kepentingan bersama seperti mendirikan masjid dan sekolah.

Meski secara nasional masyarakat Muslim di negara Thailand merupakan kaum minoritas namun, di wilayah Selatan, mereka adalah kelompok mayoritas dan menempati daerah-daerah tertentu. seperti di provinsi Sonkhla, wilayah di mana jumlah umat Islam hanya 20 % saja dari total penduduk setempat, namun karena mereka berkelompok dan berpusat di di wilayah tertentu, misalnya di Jena, natewi, tepa, dan sebayo, kondisi ini menjadikan mereka menjadi kelompok dominan di wilayah tersebut.

10.1.2.4. Gambaran Tentang Agama

Menurut sejarah dikatakan bahwa di bumi Selatan Thailand pertengahan abad ke 18, pernah berdiri satu negeri yang bernama "Patani Darussalam" yang kemudian di abad 19 negeri ini menjadi pusat penyebaran agama Islam di Asia Tenggara. Sebagai negeri yang pernah menjadi sentral dakwah, Patani telah memberikan kontribusi yang sangat signifikan dalam melahirkan ulama-ulama besar, yang karyanya masih dapat dijumpai sampai sekarang.

Di lihat dari tipologi aliran keagamaan yang berkembang, Ahmad Umar Chapakia, (1902- 2002) menyatakan bahwa mayoritas Muslim Patani terdiri dari kaum Sunni yang bermazhab Syafi'i dan Hambali. Mereka merupakan penganut agama Islam yang ta'at dalam melaksanakan perintah agama. Nuansa-nuansa keagamaan dapat ditemui dalam kehidupan masyarakat sehari-hari, baik dalam konteks hubungan antara individu dengan individu yang lain maupun hingga pengamalan nilai-nilai budaya masyarakat. Tempat-tempat ibadah senantiasa penuh oleh jamaah dan kegiatan-kegiatan pengajian agama pun terus berkembang dari waktu ke waktu. Fanatisme masyarakat terhadap agama Islam sangat tinggi, sehingga setiap isu-isu yang berkaitan dengan agama muncul, maka masyarakat langsung meresponnya secara intens. Sikap dan kecenderungan masyarakat yang responsif ini terkadang dimanfaatkan oleh para politisi untuk memperoleh dukungan sosial atau untuk menopang kepentingan politis tertentu.⁹

Dari segi praktek pengamalan agama, masyarakat muslim Patani terbagi dalam 2 (dua) kecenderungan. Sebagian teguh melaksanakan tradisi keagamaan yang diwarisi secara turun menurun dari generasi terdahulu, sementara sebagian lagi, terutama kaum muda, lebih memilih mengamalkan agama secara murni tanpa dipengaruhi oleh tradisi ataupun budaya setempat. Kecenderungan yang terakhir ini muncul setelah banyak mahasiswa-mahasiswa Patani, yang belajar di Timur Tengah pulang kembali ke kampung halamannya, sambil membawa pemikiran

dan pengetahuan keagamaan yang mereka peroleh selama belajar di luar negeri.

Kepulangan mereka membawa pengaruh bagi pengamalan ajaran agama di Patani. Para pelajar ini sering mengkritik praktek-praktek pengamalan tertentu dan berupaya mendorong masyarakat untuk meninggalkan tradisi-tradisi keagamaan yang mereka anggap tidak memiliki dasar syari'at yang jelas. Usaha para pembaharu ini kemudian memperoleh tentangan dari kelompok tradisionalis yang kemudian melahirkan dua jenis kecenderungan/ aliran yakni golongan Tua dan golongan Muda. Pada sisi hubungan antar umat beragama, dapat dikatakan bahwa perbedaan agama, bahasa dan budaya antara masyarakat Melayu Patani yang mayoritas muslim dengan Masyarakat Buddhis Thai, telah menciptakan sekat kultural yang kokoh dan sulit untuk ditembus. Masyarakat Muslim yang berada dalam posisi minoritas terkesan cenderung mengisolasi diri karena mengalami kesulitan dalam beradaptasi.

Ada sejumlah faktor yang mendorong mereka untuk mengambil sikap yang demikian; Pertama, karena kebanyakan mereka (terutama yang tinggal di daerah rural seperti Pattani, Yala dan Narathiwat) hanya dapat berbicara sedikit bahasa Thai atau tidak bisa sama sekali. Ini membuat mereka tidak mampu berkomunikasi dengan kaum Cina dan Thai Buddha. Kedua, berdasarkan keyakinan agama, kaum Melayu Patani secara militan menolak perilaku sosial yang berkaitan dengan kedua kelompok tersebut. Misalnya mereka tidak dibolehkan menghadiri

perayaan agama lain atau menikah dengan penganut agama lain. Ketiga, ketakutan kaum Melayu Patani bahwa interaksi dengan Thai Buddhis akan mengakibatkan anak-anak mereka menerima budaya Thai melalui proses asimilasi dan berakibat terkikisnya tradisi Melayu serta nilai-nilai ajaran agama Islam yang telah hidup dan dipertahankan dalam masyarakat selama berabad-abad lamanya.

Masyarakat Buddhis Thailand dengan masyarakat Muslim Patani sepertinya memang sulit untuk dipadukan. Sebagaimana dimaklumi antara kedua agama itu memiliki ajaran yang bukan saja berbeda, tetapi secara lebih jauh justru bertentangan secara diametral. Sebagai suatu contoh, agama Islam melarang umatnya untuk melakukan penyembahan kepada suatu dzat selain Allah, sementara ajaran Buddha, justru menempatkan penyembahan arwah leluhur dan penguasa alam ghaib sebagai salah satu bagian yang tidak terpisahkan dalam tradisi penyembahan keagamaannya. Begitu juga dengan masalah makanan, agama Islam melarang umatnya untuk mengonsumsi daging babi, sementara agama Buddha justru membolehkan.

Dua contoh perbedaan di atas, ditambah lagi masih banyak perbedaan-perbedaan yang lain, membuat masyarakat Muslim Patani terpisah secara kultural dari mayoritas warga Thailand, yang ini sedikit banyak ada pengaruhnya dalam pergaulan sosial sehari-hari. Mayoritas penduduk Muslim berdiam di empat provinsi: Pattani, Yala, Narathiwat dan Setun, yaitu sekitar 14% di perkotaan, dan 86% di pedesaan.

Sedangkan di Songkhla, Muslim sekitar 19%, (minoritas), sementara umat Buddha 76.6% .

Menurut Helmiati, (2011) menyatakan bahwa, Negara Thailand mayoritas (80%) penduduknya beragama budha, dan masyarakat muslim diperkirakan berjumlah 15% atau jauh lebih sedikit. Mayoritas penduduk muslim ini, berada di selatan Thailand, khususnya dipropinsi Pattani, Yala dan Narathiwat. Ketiga propinsi ini sangat mewarnai dinamika di Thailand Selatan, hal ini disebabkan tradisi Muslim di wilayah tersebut telah mengakar sejak zaman Sri Vijaya yang menguasai wilayah Asia Tenggara, termasuk Thailand selatan. Selama masa integrasi, Patani ini merupakan istilah untuk 4 (empat) provinsi yang penduduknya adalah mayoritas Muslim. Disini, masyarakat Thai Buddhis mendapat perhatian khusus dari pemerintah, dan mendominasi sebagai pemimpin utama dalam lembaga-lembaga pemerintah Thailand Selatan. Selain masyarakat Buddhis Thai, adapula etnis minoritas lain, yaitu China, yang kebanyakan tinggal di perkotaan dan berprofesi sebagai pedagang. Mereka umumnya tinggal di kawasan pecinan tepatnya di Kabupaten Betong, provinsi Yala. Sementara penduduk etnis Thai di pedesaan, kehidupan ekonomi dan profesi mereka sama dengan kebanyakan Muslim, yakni sebagai petani, nelayan, atau pedagang kecil. Songkhla adalah propinsi terbesar di Thailand Selatan, Wilayah ini memiliki bandara internasional dan menjadi pusat perdagangan di Wilayah Selatan Thailand. Di kota provinsi ini, masyarakat Buddha etnis Thai kebanyakan tinggal, dan meskipun mereka minoritas di daerah itu, namun mereka termasuk kelompok ekonomi

menengah dan memiliki profesi sebagai pegawai pemerintah atau pengusaha.

10.2. Gambaran Umum Aceh Indonesia

Dalam sub bahagian ini akan dideskripsikan gambaran umum tentang propvinsi Aceh, dan Kota Banda Aceh dan Aceh Besar, berdasarkan data BPS (2018), yaitu: (1) gambaran Provinsi Aceh, (2) Gambaran Kota Banda Aceh, (3) Gambaran Aceh Besar.

10.2.1. Gambaran Geografis dan Demografis Provinsi Aceh

Luas Provinsi Aceh 5.677.081 ha, dengan hutan sebagai lahan terluas yang mencapai 2.290.874 ha, diikuti lahan perkebunan rakyat seluas 800.553 ha. Sedangkan lahan industri mempunyai luas terkecil yaitu 3.928 ha. Lokasi suaka alam/objek wisata alam di Provinsi Aceh ada di delapan lokasi, yaitu: (1) Taman Buru Linge Isaq, (2) Cagar Alam Serbajadi, (3)Taman Nasional Gunung Leuser, (4) Taman Wisata dan Taman Laut Pulau Weh Sabang, (5) Cagar Alam Jantho, (6) Hutan untuk Latihan Gajah (PLG), (7) Taman Wisata Laut Kepulauan Banyak, dan (8) Suaka Margasatwa Rawa Singkil.

Letak Geografis : Letak/Location 01o 58' 37,2" - 06o 04' 33,6" LU/NL 94o 57' 57,6" - 98o 17' 13,2" BT/EL. Luas Wilayah/Area 56 770,81 km2, Ketinggian Rata-Rata 125 M di Atas Permukaan Laut. Batas Wilayah: Sebelah Utara berbatasan dengan Selat Malaka, Sebelah Selatan berbatasan dengan Propinsi Sumatera Utara, Sebelah Timur berbatasan dengan Selat Malaka, Sebelah Barat berbatasan dengan

Samudera Indonesia. Satu-satunya hubungan darat hanyalah dengan Provinsi Sumatera Utara, sehingga memiliki ketergantungan yang cukup tinggi dengan Provinsi Sumatera Utara.

Cakupan wilayah 119 Pulau, 35 gunung, 73 Sungai Utama, 18 Kabupaten yaitu: (1) Simelue, (2) Aceh Singkil, (3) Aceh Selatan, (4) Aceh Tenggara, (5) Aceh Timur, (6) Aceh Tengah, (7) Aceh Barat, (8) Aceh Besar, (9) Pidie, (10) Bireun, (11) Aceh Utara, (12) Aceh Barat Daya, (13) Gayo Luwes, (14) Aceh Tamiang, (15) Nagan Raya, (16) Aceh Jaya, (17) Bener Meriah, (18) Pidie Jaya. Dan 5 Kota, yaitu: (1) Kota Banda Aceh, (2) Kota Sabang, (3) Kota Lhoksemaue, (4) Kota Langsa dan (5) Subulussalam. 289 Kecamatan, 778 Mukim, dan 6493 Gampong. (<https://acehprov.go.id/profil/read/2014/01/30/11/geografis-aceh.html>).

10.2.1.1. Gambaran Kota Banda Aceh

Dalam sub bahagian ini akan dibahas 6 aspek data, terkait Kota Banda Aceh, yaitu: (1) Geografis, (2) Kependudukan, (3) ketenagakerjaan, (4) Pendidikan, (5) Kesehatan, (6) Agama dan Sosial lainnya:

10.2.1.1a. Geografis

Secara astronomis, Kota Banda Aceh terletak antara 050 16'15"– 050 36'16" Lintang Utara dan 950 16'15"– 950 22'35" Bujur Timur dan berada di belahan bumi bagian utara. Berdasarkan posisi geografisnya, Kota Banda Aceh memiliki batas batas: Sebelah Utara, berbatasan dengan Selat Malaka; Selatan, berbatasan dengan Kabupaten Aceh Besar; Sebarat Barat, berbatasan dengan Samudera Hindia; Sebelah

Timur berbatasan dengan Kabupaten Aceh Besar ; selain itu, Kota Banda Aceh berada di ujung utara Pulau Sumatera, sekaligus menjadi wilayah paling barat dari Pulau Sumatera. Permukaan tanah di Kota Banda Aceh rata-rata berada di ketinggian 0,80 meter di atas permukaan laut.

10.2.1.1c. Kependudukan

Data jumlah penduduk di Kota Banda Aceh dari hasil proyeksi, yaitu: sebesar 259.913 jiwa pada tahun 2017, dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,96 % dari tahun sebelumnya. Penduduk laki-laki sebanyak 133.728 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 126.185. Kecamatan Kuta Alam mempunyai jumlah penduduk yang paling besar, yaitu 51.614 jiwa, diikuti Kecamatan Syiah Kuala 37.193 jiwa dan Kecamatan Baiturrahman 36.721 jiwa. (Tabel 3.1.1). Kepadatan penduduk Kota Banda Aceh tahun 2017 adalah 4.236 jiwa setiap 1 km² . Kecamatan Baiturrahman memiliki kepadatan penduduk tertinggi, yaitu: 8.088 jiwa/km² . Sedangkan Kecamatan Kuta Raja, memiliki kepadatan penduduk terendah adalah 2.565 jiwa/km². Secara sex ratio menunjukkan bahwa penduduk laki-laki lebih banyak dari penduduk perempuan, hal ini dapat dilihat dari setiap 100 penduduk perempuan terdapat 106 penduduk laki-laki.

Jumlah penduduk asing berdasarkan izin tinggal terbatas di Kota Banda Aceh 2017 yaitu 703 orang. Penduduk asing terbanyak berasal dari warga Negara Malaysia yaitu 422 orang. Sementara jumlah penduduk asing berdasarkan izin tinggal tetap di Kota Banda Aceh yaitu 17 orang dan penduduk yang terbanyak berasal dari warga Negara Taiwan.

10.2.1.1d. Ketenagakerjaan

Jumlah angkatan kerja di Kota Banda Aceh, tahun 2017 sejumlah 119.439 jiwa. Dimana terdapat yang bekerja sejumlah 110.184 jiwa dan pengangguran sejumlah 9.255 jiwa. Sementara yang termasuk bukan angkatan kerja sejumlah 78.157 jiwa. Angka ini diperoleh dari Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS), yang rutin dilakukan oleh Badan Pusat Statistik setiap semester dalam satu tahun. Tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) sejumlah 60,45 persen dan tingkat pengangguran terbuka sejumlah 7,75 persen. Jumlah pencari kerja yang terdaftar pada tahun 2017 sejumlah 1.155 orang. Hal ini menunjukkan kenaikan dari tahun sebelumnya sejumlah 440 orang, dengan kelompok umur tertinggi sebagai pencari kerja, sejumlah 689 orang di umur 30-44 dan kelompok umur terendah, sejumlah 29 orang di umur 45-54. Balai Latihan Kerja merupakan instansi pemerintah, yang menyediakan fasilitas pelatihan untuk siswa-siswa yang ingin melakukan latihan kerja mandiri. Di tahun 2017, siswa yang mengikuti pelatihan kerja sejumlah 1.546 orang.

10.2.1.1e. Pendidikan

Salah satu faktor utama keberhasilan pembangunan disuatu Negara, adalah tersedianya cukup Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas. Merujuk pada amanat UUD 1945 beserta amandemennya (pasal 31 ayat 2), maka melalui jalur pendidikan, pemerintah secara konsisten berupaya meningkatkan SDM Penduduk Indonesia. Peningkatan kualitas Pendidikan yang pada akhirnya akan meningkatkan

kualitas SDM yang tangguh, dapat bersaing di era globalisasi dan mampu mendorong perekonomian berbasis kerakyatan. Peningkatan Kualitas SDM sekarang ini lebih difokuskan pada pemberian kesempatan seluas-luasnya kepada penduduk kelompok usia sekolah (7- 24 tahun), untuk mengecap pendidikan. Ketersediaan sarana dan prasarana pendidikan, akan sangat menunjang dalam meningkatkan kualitas pendidikan.

Secara keseluruhan data tentang jumlah sekolah, murid , dan guru dari tingkat taman kanak-kanak (TK), sekolah dasar (SD), sekolah menengah pertama (SMP), sekolah menengah atas (SMA) hingga sekolah menengah kejuruan (SMK) yang bersumber dari Dinas Pendidikan Kota Banda Aceh. Berdasarkan catatan Dinas Pendidikan pada tahun ajaran 2017/2018, terjadi peningkatan jumlah sekolah TK sebanyak 10 unit, SD sebanyak 1 unit, SMP sebanyak 14 unit, dari tahun sebelumnya. Berdasarkan tabel, dengan jumlah lulusan siswa di sekolah tingkat SD, SMP, SMA hingga SMK ada yang sama , dan ada juga yang menurun dibandingkan tahun sebelumnya. Sementara untuk siswa yang putus sekolah sudah tidak ada lagi di tahun 2017. Ini menunjukkan bahwa program pemerintah di bidang pendidikan sudah berjalan dan terealisasi dengan baik.

10.2.1.1f. Kesehatan

Pembangunan bidang kesehatan meliputi seluruh siklus atau tahapan kehidupan manusia. Bila pembangunan kehidupan berjalan baik, maka secara langsung maupun tidak langsung, akan meningkatkan kesejahteraan rakyat. Mempertimbangkan bahwa pembangunan bidang

kesehatan merupakan bagian yang sangat penting, dari ajang peningkatan SDM penduduk Indonesia, maka program-program kesehatan, telah dimulai atau bahkan lebih diprioritaskan pada generasi penerus, khusus calon bayi dan anak dibawah lima tahun (balita), Pentingnya pembangunan bidang kesehatan ini, tercermin dari deklarasi Millenium Development Goals (MDGs) yang mana lebih sepertiga indikator menyangkut bidang kesehatan.

Di Kota Banda Aceh, terdapat 13 unit Rumah Sakit (Umum + Swasta), 7 unit Rumah Bersalin, 11 unit Puskesmas, 27 unit Puskesmas Pembantu, 34 unit Polindes/Poskesdes, 113 unit Posyandu, 46 unit Klinik/Balai Kesehatan. Ini menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan di Kota Banda Aceh, sudah sangat memadai, dan untuk tenaga kesehatan di masing- masing fasilitas tersebut, telah sesuai dengan kualifikasi pendidikan ahli yang ditamatkan. Untuk fasilitas Puskesmas, masyarakat dapat menikmati layanan kesehatan terdekat di kecamatan masing-masing, karena Puskesmas berada di setiap kecamatan di Kota Banda Aceh. Jaminan kesehatan yang masih banyak digunakan masyarakat Kota Banda Aceh, saat berobat ke puskesmas, yaitu: JKA sebanyak 291.271 orang, Askes sebanyak 111.107 orang, jamkesmas sebanyak 92.364 orang, JKN sebanyak 33.161 orang , dan umum sebanyak 24.733 orang. Sebagian besar balita di Kota Banda Aceh, telah mendapat Imunisasi lengkap di puskesmas setempat berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Banda Aceh.

10.2.1.1g. Agama dan Sosial

Setiap warga Negara Indonesia, memiliki hak yang sama dalam hal memeluk agama yang dianutnya. Untuk itu, tugas utama, pemerintah adalah menyediakan fasilitas ibadah, yang memadai bagi setiap warganya, yang beragama. Berdasarkan data dari dinas Kementrian Agama Kota Banda Aceh, tempat ibadah masjid sejumlah 104 unit, meunasah/mushalla 193 unit, gereja protestan 2 unit, gereja katolik 1 unit, kuil 1 unit dan klenteng 1 unit. Bagi umat Islam berangkat haji adalah rukun islam yang kelima. Oleh karenanya setiap tahun telah tercatat jumlah jamaah haji di Kota Banda Aceh. Untuk tahun 2017 tercatat 633 jamaah haji, yang siap untuk diberangkatkan ke Kota Makkah. Jumlah warga di Kota Banda Aceh yang tercatat nikah di KUA sebanyak 1.584 orang. Sementara jumlah perkara diterima Mahkamah Syar'iyah kelas I-A berupa itsbat nikah, sebanyak 47 orang, dispensasi kawin 1 orang, izin poligami sebanyak 1 orang, wali adhal sebanyak 1 orang, cerai talak sebanyak 96 orang, cerai gugat sebanyak 190 orang dan harta bersama sebanyak 7 orang.

Kemiskinan terus menjadi perhatian khusus bagi pemerintah dalam meningkatkan program pembangunan di masa yang akan datang. Dalam hal ini, pemerintah memiliki program-program yang telah terealisasi di masing-masing kecamatan di Kota Banda Aceh, berupa bantuan non tunai PKH, sejumlah Rp.4.745.000.000, bantuan bahan kue dan barang jualan di kios, sejumlah 960 dan bantuan modal usaha (Kelompok usaha

bersama) sejumlah 400. Data diperoleh dari Dinas Sosial Kota Banda Aceh tahun 2017.

10.2.1.1h. Kemiskinan dan Pembangunan Daerah

Penduduk miskin Tahun 2017 sebanyak 7,44 % dengan indeks kedalam kemiskinan 1,54 dan indeks keparahan kemiskinan 0,48. Indeks pembangunan manusia sejumlah 83,95 dengan komponen penyusunnya yaitu angka harapan hidup saat lahir sejumlah 70,96, angka harapan lama sekolah 17,10, rata-rata lam sekolah 12,59 dan pengeluaran perkapita yang disesuaikan 15.917. Dalam hal mengentaskan kemiskinan ini. Pemerintah telah merealisasikan penyaluran beras untuk rumah tangga per kecamatan di Kota Banda Aceh sebanyak 1.219.680 Kg

10.2.1.2. Gambaran Aceh Besar

Dalam sub bahagian ini akan dibahas 6 aspek data, terkait Kabupaten Aceh Besar, menurut Data BPS Tahun 2018, yaitu: (1) Geografis, (2) Kependudukan, (3) ketenagakerjaan, (4) Pendidikan, (5) Kesehatan, (6) Agama dan Sosial lainnya:

10.2.1.2a. Geografis

Secara Geografis, Kabupaten Aceh Besar terletak antara 5° 2'– 5°,8' Lintang Utara dan 95°80' – 95°,88' Bujur Timur. Dengan batas Wilayahnya adalah: Sebelah Utara berbatasan dengan Selat Malaka; Sebelah selatan berbatasan dengan Aceh Jaya; Sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Pidie; Sebelah Timur berbatasan dengan Samudera Indonesia. Luas wilayah Aceh Besar 2,969,00 Km² , yang

mencakup 23 Kecamatan, 68 Mukim dan 604 Desa. Jarak antara pusat-pusat kecamatan dengan pusat kabupaten sangat bervariasi. Kecamatan Lhoong merupakan daerah yang paling jauh, yaitu berjarak 106 km dengan pusat ibukota kabupaten (ibukota terletak di Kecamatan Kota Jantho).

Kabupaten Aceh Besar juga memiliki Kawasan Hutan, baik berupa Kawasan Lindung, maupun Kawasan Budidaya. Kawasan Lindung memiliki luas 171.367,22 hektar, dimana Hutan Lindung merupakan areal terluas yaitu mencapai 41,08 persen dari luas kawasan lindung yang ada atau seluas 70.402,49 hektar. Kemudian disusul dengan Hutan Produksi seluas 68.594,43 hektar. Sedangkan Kawasan Budidaya yang merupakan Hutan Produksi Tetap memiliki luas 41,28 hektar.

Iklim Kabupaten Aceh Besar terletak dekat dengan garis khatulistiwa, sehingga wilayah ini tergolong beriklim tropis. Pada tahun 2017, suhu udara rata-rata berkisar antara 25,8°C – 28,6°C. Struktur Tanah dan Penggunaan Lahan yang terdapat di kabupaten Aceh Besar, berupa tanah jenis Podzolid Merah Kuning, yaitu sekitar 31,55 % dari seluruh jenis tanah yang ada di Kabupaten ini. Jika dilihat menurut klasifikasi lereng, dapat dikatakan bahwa 44,35 % wilayah Kabupaten Aceh Besar, memiliki kelas lereng 40% lebih dan pada kelas lereng 0 - 2% hanya 14,28 %. Lahan kritis yang ada di Kabupaten Aceh Besar tahun 2014, memiliki luas 7.819 hektar, untuk lahan kritis dalam kawasan hutan. Sementara keadaan wilayah yang terkena erosi diperkirakan sekitar 3,59 % dari seluruh wilayah yang ada di Kabupaten Aceh Besar.

10.2.1.2b. Kependudukan

Jumlah penduduk Kabupaten Aceh Besar menurut hasil estimasi tahun 2017 adalah 409.109 jiwa. Penduduk laki-laki berjumlah 209.593 jiwa dan penduduk perempuan berjumlah 199.516 jiwa dengan sex ratio 105. Jika dilihat dari jumlah penduduk di tingkat kecamatan, kecamatan yang paling banyak jumlah penduduknya adalah Kecamatan Darul Imarah yang berjumlah 54.264 jiwa, sedangkan kecamatan yang paling sedikit jumlah penduduknya adalah Kecamatan Leupung yaitu sebanyak 2.978 jiwa. Walaupun penduduk terbanyak terdapat di Kecamatan Darul Imarah, Kecamatan Krueng Barona Jaya ternyata menjadi Kecamatan terpadat. Ada sekitar 2.362 jiwa/km² di Kecamatan Krueng Barona Jaya. Darul Imarah menjadi kecamatan terpadat kedua dengan rata-rata 2.229 jiwa/km². Sedangkan yang terjarang terdapat di Kecamatan Kota Jantho yaitu hanya 17 jiwa/km². Perkiraan penduduk pada pertengahan tahun menurut kelompok umur di Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2017 yang paling banyak berada pada selang umur 0–4 tahun yaitu berjumlah 47.365 jiwa, dimana jumlah laki-laki sebanyak 24.328 jiwa dan perempuan 23.037 jiwa. Sedangkan kelompok umur yang jumlah penduduknya paling sedikit berada pada rentang usia 65+ tahun, tepatnya pada rentang 70 - 74 tahun, yang hanya berjumlah 4.474 jiwa, dimana jumlah laki-laki lebih sedikit daripada jumlah perempuan yaitu 1.930 jiwa laki-laki dan 2.544 jiwa perempuan.

Jumlah penduduk Aceh besar berdasarkan persentase kelompok umur dapat dideskripsikan sebagai berikut: (1) Umur 0-9 tahun: laki-laki

20.88% dan perempuan 20,76%; (2) umur 10 -19 tahun: laki-laki 17.41% dan Perempuan 16,94%; (3) 20 – 29 Tahun: laki-laki 19,56% dan perempuan 19.03%; (4) 30 -39 tahun: laki-laki 16,14 % dan perempuan 16.15%' (5) 40 -49 tahun: 11.89% dan Perempuan 11.65%; (6) 60 ke atas: laki-laki 6.50% dan perempuan 7.63%. Lahan kritis yang ada di Kabupaten Aceh Besar, tahun 2014 memiliki luas 7.819 hektar untuk kawasan hutan. Sementara keadaan wilayah yang terkena erosi diperkirakan sekitar 3,59 % dari seluruh wilayah yang ada di Kabupaten Aceh Besar.

10.2.1.2c. Ketenagakerjaan

Jumlah pencari kerja yang terdaftar di Dinas Sosial, Tenaga Kerja, dan Transmigrasi Pemerintah Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2016 adalah sebanyak 555 orang, dimana jumlah pencari kerja laki-laki lebih banyak daripada perempuan. Jika dilihat dari jumlah pencari kerja yang terdaftar menurut jenjang pendidikan, yang mendominasi adalah tingkat pendidikan S1/D4 dengan jumlah 197 orang. Kemudian tingkat pendidikan SMU/Sederajat sebanyak 196 orang.

10.2.1.2d. Pendidikan

Jumlah Sekolah Dasar (SD) di Kabupaten Aceh Besar, pada tahun 2017 ada sebanyak 210 sekolah, dimana sebanyak 9 sekolah, dikelola oleh pihak swasta, dan sisanya berstatus negeri. Jumlah guru yang ada sebanyak 2.753 orang dan jumlah murid yang terdaftar sejumlah 29.959 orang, dengan kondisi ruang kelas terdapat 52 kelas yang ternyata rusak

berat, 1.073 kelas rusak, dan sisanya sebanyak 377 kelas dalam kondisi baik. Pada tahun ini tercatat pula jumlah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) sebanyak 71 sekolah, dengan jumlah guru sebanyak 1.348 orang dan 11.893 orang murid. Sedangkan untuk tingkat Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) jumlahnya ada sebanyak 52 sekolah, dan 16 diantaranya merupakan sekolah swasta. Jumlah tenaga pendidik untuk tingkat SLTA sebanyak 1.379 orang dan murid yang terdaftar sebanyak 10.005 orang.

Aceh Besar, secara umum persentase Penduduk yang berumur 15 tahun keatas, yang dapat membaca dan menulis adalah: Dapat membaca huruf latin laki-laki 99.26%, huruf lainnya 24,33%, melek huruf 99.37%. Sedangkan perempuan dapat membaca huruf latin 97.62%, huruf lainnya 27.24%, dan Melek huruf 98.09%. Persentase penduduk berumur 5 tahun ke atas menurut karakteristik dan status pendidikan tahun 2018, adalah: (1) Belum pernah bersekolah laki-laki 3.88%, perempuan 4%; (2) Masih bersekolah Laki-laki tingkat SD/ sederajat 13.31%, perempuan 14.79; SMP/Sederajat laki-laki 5.39 %, perempuan 3.80%; SMA/ Ke atas laki-laki 11.30%, Perempuan 12.28%; (3) tidak bersekolah lagi laki-laki 66.11%, perempuan 65.14%.

10.2.1.2e. Agama

Masyarakat Aceh Besar pada umumnya terkenal masih kental dengan kehidupan beragama, begitu pula kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, senantiasa menjadi pedoman dalam kehidupan bermasyarakat, mengatasi berbagai masalah sosial budaya yang dapat

menghambat kemajuan berbangsa dan bernegara. Adapun sarana tempat peribadatan umat beragama Islam, di Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2017, berjumlah 163 mesjid dan 633 meunasah, dimana seluruh kecamatan yang ada di Kabupaten Aceh Besar memiliki sarana tersebut. Jumlah mesjid yang paling banyak terdapat di kecamatan Indrapuri dan Darul Imarah yaitu berjumlah 15 mesjid.

10.2.1.2f. Sosial Kemasyarakatan

Persoalan sosial kemasyarakatan tidak hanya terjadi di wilayah Kabupaten Aceh Besar, tapi di setiap sudut suatu daerah, pasti terjadi permasalahan sosial kemasyarakatan, baik berupa hal yang kecil maupun permasalahan kompleks sekalipun. Permasalahan ini bisa terjadi dimana saja bahkan keberadaannya seperti tidak ada habisnya, hingga sepanjang perjalanan sejarah manusia. Permasalahan sosial yang terjadi di Kabupaten Aceh Besar pada tahun 2015 didominasi oleh permasalahan fakir miskin sebanyak 36.737 kasus, kemudian disusul dengan masalah Masyarakat yang Tinggal di Daerah Rawan Banjir, yaitu sebanyak 6.088 kasus (Data Tahun 2017 tidak tersedia). Kasus bencana alam yang terjadi pada tahun 2017 paling banyak adalah bencana kebakaran yang terjadi sebanyak 29 kejadian. Selain itu, bencana alam angin topan juga terjadi di beberapa kecamatan, yaitu sebanyak 2 kejadian serta banjir sebanyak 8 kejadian. Kerugian yang ditimbulkan akibat bencana alam tersebut memakan 4 korban jiwa. Kemudian Panti Asuhan yang terdapat di Kabupaten Aceh Besar baik yang dikelola oleh pemerintah maupun

swasta berjumlah 24 panti asuhan, yang memiliki kapasitas seluruhnya 1.700 orang dengan jumlah anak asuh sebanyak 1.448 orang.

10.2.1.2h Kesehatan

Ketersediaan sarana kesehatan berupa Rumah Sakit, Puskesmas, dan lainnya, merupakan faktor utama untuk menunjang kualitas kehidupan masyarakat menjadi lebih baik. Untuk itu sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Aceh Besar, pada tahun 2017 telah tersebar di seluruh kecamatan, dengan jumlah puskesmas sebanyak 28 buah, PUSTU sebanyak 69 buah, Poskesdes 295 buah dan Posyandu berjumlah 656 buah. Tenaga kesehatan baik dokter, perawat dan bidan maupun tenaga medis, juga telah menempati seluruh kecamatan di Kabupaten Aceh Besar. Tenaga dokter ada sebanyak 124 orang, dengan rincian: dokter spesialis 13 orang, dokter umum sebanyak 88 orang, dan dokter gigi 23 orang.

Adapun jumlah perawat dan bidan sebanyak 1.231 orang, farmasi 54 orang, kesehatan lingkungan 75 orang, gizi 63 orang, kesehatan masyarakat 165 orang, tenaga medis 124 orang dan teknisi medis berjumlah 95 orang. Sehingga keseluruhan jumlah personil kesehatan menurut unit kerja pada tahun 2017 sebanyak 1.807 orang. Jumlah penduduk yang mendapat imunisasi BCG adalah sebanyak 9.347 orang, DPT HB3 dan DPT-H8-H163 8.693 orang. Untuk imunisasi polio sebanyak 8.882 dan imunisasi campak berjumlah 8.601 orang. Kasus penyakit menular di Kabupaten Aceh Besar tahun 2017 yang paling banyak terjadi adalah kasus penyakit Diare, sebanyak 4.370 kasus,

kemudian disusul dengan TB Paru 3.640 kasus, DBD sebanyak 389 kasus, pneumonia 199 kasus, dan malaria 30 kasus. Sedangkan yang paling sedikit terjadi adalah kasus penyakit kusta, yaitu sekitar 14 kasus. Adapun jumlah kematian ibu maternal baik saat hamil, bersalin maupun masa nifas seluruhnya berjumlah 5 kematian. Sedangkan kematian bayi sebanyak 89 kematian dari 3.861 jumlah kelahiran bayi.

BAB XI

PENUTUP

Sebagai bahan bacaan dan pembelajaran, buku ini akan memberikan gambaran perbedaan konflik bersenjata, efek yang ditimbulkan, penanganan yang dilakukan, bantuan yang tersedia, adalah suatu bentuk upaya yang tidak sia-sia, walaupun kadangkala belum sesuai dengan kebutuhan, akan tetapi dalam kasus trauma, apapun bentuk dukungan yang diberikan akan membantu pemulihan korban.

Karena itu, berdasarkan deskripsi dan analisis data penelitian, maka peneliti dapat menyatakan bahwa, trauma dan penanganannya di Aceh dan Selatan Thailand adalah berbeda dari bentuk-bentuk traumanya, tetapi penanganannya sama pada setiap gejalanya. Pernyataan ini di dasari dari temuan penelitian yaitu:

Pertama, di lihat dari bentuk-bentuk trauma yang terjadi di Aceh dan Selatan Thailand adalah berbeda, yaitu: di Aceh ada tiga bentuk trauma yang sangat menyakitkan seperti: (1) Trauma fisik: luka tembak, pembacokan, tusukan, pembakaran, dll; (2) Trauma psikis diancam, di teror, dipaparkan pada trauma menyakitkan seperti menonton penyincangan manusia, menonton orang lain disiksa, dll; (3) Trauma sexual, pemerkosaan, pelecehan, penderaan alat kelamin dll. Sedangkan di Selatan Thailand bentuk trauma hanya dua, yaitu: trauma fisik dan psikis saja: (1) Trauma fisik akibat penderaan seperti: telinga rusak, sehingga

tidak dapat mendengar lagi, ada luka tembakan, sesak napas; (2) Trauma psikis, korban diancam, diawasi, dikucilkan dalam masyarakat.

Kedua, dilihat dari dukungan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), di selatan Thailand terhadap korban cukup banyak, dalam perbaikan materil, fisik, tetapi dalam bidang trauma sangat minim, seperti; (1) LSM Nusantara, berfokus pada bantuan anak yatim dan fakir miskin dengan memberikan beasiswa, membantu mereka ikut seminar psikologi, membantu tempat tinggal bagi anak yatim piatu, tidak ada tentang trauma; (2) LSM HAP berfokus pada pemulihan hak asasi manusia, dengan memfasilitasi korban untuk mendapatkan keadilan dan hak-haknya, seperti pengacara, uang kompensasi, sosialisasi hukum, sedangkan untuk trauma, mereka bekerjasama dengan merujuk kepada para medis; (3) LSM Wartani bergerak dalam bidang informasi publik, membantu mencari korban yang hilang, juga tidak ada penanganan trauma; (4) LSM Insauth, membantu bidang pendidikan karena banyak guru TK, SD dan SMU menjadi korban penembakan dan penangkapan, dan juga membantu melahirkan berbagai LSM untuk kemanusiaan, seperti Jaringan Guru Sekolah Melayu (JARUM), agar mereka dapat membela korpnya sendiri, Jamin, JOB dsb, disini juga tidak ada program terkait trauma.(5) Jaringan korban Undang-Undang Darurat (JASAD), bergerak untuk pembelaan korban yang berulang ditangkap untuk mencari keadilan, juga mereka tidak menangani trauma; (6) LSM Hearlthy, yang bergerak dalam bidang trauma healing untuk perempuan bermasalah dengan keamanan nasional, yang bekerja dengan salah satu universitas di Malaysia, penanganannya masih

sebatas pelatihan-pelatihan untuk penanganan trauma pasca ditangkap di kem, belum spesifik dan terfokus dan (7) LSM Bunga Raya, yang bergerak untuk memfasilitasi pendidikan untuk fakir miskin, inisiasi perbaikan kurikulum, untuk memasukkan matapelajaran tentang perdamaian di sekolah-sekolah.

Sedangkan di Aceh, dukungan terhadap korban juga sangat banyak dan beragam, tergantung pada Fokus LSMnya bergerak dalam bidang apa. FPHAM fokus kegiatannya adalah bidang riset, data, investigasi dan advokasi, karena dengan melakukan investigasi, setidaknya korban merasa mereka ada yang memperhatikan dan mendengarkan tentang keluhannya, dan ini merupakan salah satu proses healing trauma. Flower fokus bantuannya pada kesehatan, penguatan kapasitas perempuan dan pemberdayaan ekonomi, dengan program tersebut korban akan terbantu dalam penghidupan keluarga, dengan membentuk kelompok- kelompok usaha di dalam komunitas. Lembaga RPUK berfokus pada: (1) pendampingan perempuan dan anak: dengan memperkuat kapasitas mereka melalui berbagai pelatihan, untuk anak membuka pendidikan alternatif bersertifikat, pada saat konflik banyak sekolah yang terbakar; (2) pemulihan ekonomi, karena pasca konflik, korban banyak kehilangan harta benda, maka RPUK membantu modal usaha berbentuk benda seperti usaha ternak, maka memberikan kambing, sesuai dengan kebutuhan; (3) pemulihan psikososial, RPUK membantu keterampilan, membuka ruang-ruang untuk bercerita semua masalah yang dihadapi korban, merancang suport group, dan bagi anak di buat tempat bermain dengan membuat

catatan sebelum dan sesudah (pasca pendampingan); (4) Pendampingan trauma, dilakukan oleh pendamping yang sudah dilatih RPUK, program ini sedikit sulit karena memerlukan tenaga profesional. Jadi secara umum dapat dikatakan bahwa penanganan trauma di Aceh dan di Selatan thailand masih sangat minim, bahkan bisa dikatakan belum ada secara profesional.

Ketiga, dilihat dari dukungan pemerintah, pada korban konflik di Selatan Thailand dan Di Aceh, juga berbeda dalam pelaksanaan, seperti: (1) Di Selatan Thailand dukungan pemerintah di berikan kepada korban, setelah proses pengadilan yang memastikan mereka bersalah atau tidak, kalau bersalah, maka mereka tidak mendapatkan dukungan apapun, tetapi bila tidak bersalah, maka mereka dibayar uang konvensasi sebanyak 400 bath perhari, yang dikalikan masa tahanan, baik di kem tentara maupun di penjara. Sedangkan di Aceh, dukungan pemerintah baru diberikan setelah pasca MoU Helsinki dan telah disahkannya Undang-Undang Peralihan Aceh (UUPA), melalui lembaga mandat yang dibentuk oleh negara yaitu: Badan Reintegrasi Aceh (BRA) dan juga Komisi Kebenaran dan Rekonsiliasi (KKR). Bantuan yang diberikan berupa rumah, uang diyat, beasiswa, kesehatan, bantuan modal usaha, dan pelatihan pendidikan damai. Untuk trauma belum ada penanganan secara profesional. Jadi dapat dikatakan secara umum kedua wilayah tersebut pemerintah belum memberi dukungan dalam hal pemulihan trauma, pada hal ini sangat penting, untuk kelanjutan hidup korban, karena masyarakat trauma akan

melemah secara intelektual dan daya serap dalam berbagai aspek juga melemah, dengan demikian bangsa juga lemah.

Keempat, dilihat dari penanganan trauma yang dilakukan, baik di selatan Thailand, maupun di Aceh Indonesia, belum dapat dikatakan sudah pernah, karena penanganan trauma yang pernah dilakukan di Selatan Thailand hanya sekali merujuk kepada psikiater, dan memberi trauma healing dengan melakukan pelatihan terkait psikologis korban, itupun hanya satu lembaga yang spesifik yaitu LSM Healthty, khusus pada perempuan korban keamanan nasional, kalau dari LSM lain hanya bersifat rujukan. Sedangkan di Aceh, penanganan trauma secara spesifik juga belum pernah mereka terima, tetapi pendampingan dengan membuka ruang untuk mereka bercerita, itu sudah merupakan salah satu proses dari healing trauma, dan baru sebatas itu, yang lain belum pernah.

Kelima, dilihat dari perbedaan trauma dan penanganannya, antara Selatan Thailand dan Aceh Indonesia, yang berbeda dari bentuk-bentuk trauma, bentuk-bentuk penanganan dan dukungan, baik dari LSM dan Pemerintah, hal ini merupakan hal yang wajar, karena dari segi wilayah, budaya, agama, demografis juga berbeda, namun bila dilihat dari gejala yang muncul pada korban itu sama, yaitu sama sama korban menyatakan sulit tidur, jantung berdegub kencang bila melihat benda-benda yang sama, ketika peristiwa traumatik terjadi, rasa benci kepada tentara, sering mimpi buruk, itu artinya untuk pemulihan dan penanganan trauma bisa dilakukan dengan cara yang sama di Selatan Thailand dan di Aceh.

Oleh karena itu, peneliti menyatakan secara tegas: pertama pemerintah Selatan Thailand dan Aceh Indonesia, harusnya membantu pemulihan trauma korban dan keluarganya, melalui penyediaan unit-unit layanan psikologi dan konseling, untuk upaya pemulihan kesehatan psikis, agar sehat jiwa dan raga, karena itu merupakan hak mereka sebagai warga negara. Kedua, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), harus membantu pemerintah dalam upaya mendapatkan data terpilah terkait korban konflik bersenjata, sehingga memudahkan pemulihan, dan penanganan sesuai kondisi dan situasi korban. Ketiga, masyarakat harus selalu memberi dukungan kepada warga yang musibah, terlepas mereka bersalah atau tidak, karena efek yang terjadi bukan hanya pada korban, tetapi juga keluarganya. Keempat, korban yang trauma, harus responsif dalam mencari berbagai pengobatan, baik secara profesional maupun group psikososial, agar menjadi warga yang sehat, tanpa harus menunggu inisiatif dari orang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, "Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b
- American Psychiatric Association (APA) (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*, 4th edn, American Psychiatric Association, Washington.
- , (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed.*, textrev. Washington DC: Author.
- Abu Achmadi, dan Cholid Narbuko, (2007) *Metodologi Penelitian*, Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Alwisol. (2008) *Psikologi Kepribadian*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Ahmad Umar Chapakia, (2002) *Politik Masyarakat Islam di Selatan Thailand 1902-2002*, (Malaysia : University Kebangsaan Malaysia UKM, 2002), h. 39-42.
- Baranowsky Anna & Teresa Laure (2012) *What Is PTSD? 3 Steps to Healing Trauma*, Kelly Patton, LMHC, <http://www.KellyPatton.com>, *Live Your Life On Purpose! Tampa/St. Pete FL*
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000) *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. J Consult Clin Psychol. (5):748-66
- Briere. J. (1995) *Trauma Symptom Inventory*, USA: Psychological Assessment Resources Inc.
- By Bridgette Miller. <https://www.mindbodygreen.com/0-25231/how-to-use-tapping-to-solve-any-emotional-or-physical-issue.html>
<http://eftbekasi.blogspot.com/2009/06/gamut-prosedur.html>
- BPS: Kota Banda Aceh Dalam Angka 2018
- BPS: Aceh Besar dalam Angka 2018
- Cristie, J. (2000). *Trauma Care, A Team Approach*. Oxford Aukland: Batter Worth Heinemen.

- Carter. N. (1991) *Disaster management: A disaster manager's handbook*, Manila : ADB.
- Charney DS (2004) *Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress*. Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2):195-216
- Chaplin, J. (2001). *Kamus Lengkap Psikologi (terj.Dr Kartini Kartono)*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Cavanagh.M. (1982)*The caunseling Experience: A Theoritical and Practical Approach*. Monterey: Book/Cole Publishing Campany
- Caplan, G & Killilea,M (1976) *Support System Mutual Help*. New York: Grune & straton.
- Choy, K. C. (1998). *Kamus Perwira Bahasa Melayu-Bahasa Inggris: Latest Malay-English Dictionary*. Penerbitan Daya BHD.
- Everly, G.S., Jr. (1993). *Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress*. Integrative Physiology and Behavioral Science, 28, 270-278
- Everly, G.S., Jr., & Lating, J.M. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in Post-Traumatic Stress*. New York: Plenum
- Everly & Mitchell, (1999) *Critical Incident Stress Management (CISM); approach are discussed*.International Journal of Emergency Mental Health, 2: 135-140
- Flannery, R.B., Jr. (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York: Crossroad Press
- Fatimah Omar & Suryani Supardi (2002) *Peranan Sokongan Sosial dan Sokongan Pribadi Dalam Menangani Tekanan Kerja Di Kalangan Anggota Polis*, Pasca Sidang Seminar Psikologi- Psima 2000 (2),121-129.
- Goleman, D. (2000). *Emotional Intellegence*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Helmiati, (2011) *Sejarah Asia Tenggara*, Yogyakarta:Nusa, Media, h. 231-232. (Staban Taksin 1986.)
- House, J.S.(1981) *Measurement and Concepts of Social Support*, New York: Academic Press , inc.
- Hughes, J. (1991) *An Outline of Modern Psychiatry* (3rd Edition), John Wiley & Sons, Chichester.

- IOM- DSMH, T. I. (2006). *Hasil Penelitian Kebutuhan Psikososial & Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh*. Banda Aceh: IOM Aceh.
- IOM- DSMH, T. I. (2007). *Hasil Penelitian lanjutan Kebutuhan Psikososial & Kesehatan Mental Masyarakat Akibat Konflik ABRI dan GAM di Aceh*. Banda Aceh: IOM Aceh.
- Jarnawi (2007), *Konseling Trauma Untuk Anak Korban Kekerasan*, IAIN Ar-Raniry Bekerjasama dengan CV AK Group
- Jongsma ,A.E & Peterson L.M (1995) *Practice Planners: the Complete Adult Psycho Therapy Treatment Planner*, Second Edition, Canada: John Wiley & Sons. Inc.
- Kaplan,H.I., B. J. Sadock, J.A. Grebb (1997), *Sinopsis Psikiatri:Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis,2*.Jakarta: Binarupa Aksara
- Koss,M & Shiang, J (1994) *Research on Brief Psychotherapy*. In A. Bergin and S.Garfield (Eds). *Handbooks of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 664-700). NY: John Wiley.
- Kusmawati Hatta. (2009). *Perbedaan Bentuk-Bentuk Trauma Pada Remaja Mangsa Konflik, Gempa dan Tsunami (Kajian pada Anak SMU Aceh Besar)*. Banda Aceh: Pusat Penelitian IAIN Ar-Raniry.
- Lang staff D, & Christie. J, (2000) *Trauma Care. A Team Approach*, Edited, Oxford Aucland: Butterworth Hinemen.
- Lise M. Stevens, MA (2007) *Post Traumatic Stress Disorder*, 588 JAMA, August 1, 2007-Vol 298, No. 5.
- MSF-Holland (2001), *Manual for the Training of Psychosocial Assistants*. Lebanon .9
- Mental Health Channel, (2004), *Posttraumatic Stress Dissorder (PTSD)*, *Healthcommunities.Com*, Inc., Tersedia di <http://www.mentalhealthchannel.net>
- Muchsin. (2003) *Perlindungan dan Kepastian Hukum bagi Investor di Indonesia*. Surakarta. Universitas Sebelas Maret.
- Morris Rosenberg (1968) *The Logic of Survey Analysis*. Publisher, Basic Books

- Masril (2012) *Konseling Post Traumatic Stress Disorder Dengan Pendekatan Terapi Realitas*. Prosiding International Seminar & workshop Post Traumatic Counseling, 6-7 Juni 2012 di STAIN Batusangkar, hlm 184
- NS. Kasiati, Ni Wayan Rosmalawati, (2016) *Kebutuhan Dasar Manusia* . Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, hal .4
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2005) *Post Traumatic Stress Disorder*, U.S
- Nevid,S.J., Rathus, A.S., Greene B (2005) *Psikologi Abnormal*, Alih Bahasa TIM Fakultas psikologi UI, Edisi Kelima Jilid I, Jakarta: Erlangga.
- PMI (2008) *Manual Teknisi Intervensi Krisis*, Seri Pelatihan Program Dukungan Psikososial, Jakarta, PMI Pusat.
- Rose, S, J. Bisson & S. Wessely, "*Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Review*," dalam *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art No.CD000560, 2002
- Roan ,W.,(2003) *Melupakan Kenangan Meng -Hapus Trauma dalam Intisari*, <http://www.jaga-jaga.com/anljakTerkini.php?ida=65234>, diakses 4 Mei 2005.
- Rothbaum BO et al. (2012) *Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure*. Biol Psychiatry 2012, Dec 1; 72:957
- Ryan, R.M (1995) *Psychological Needs and The Facilitation of Integartion Processes*. Jour of Personality, 63, 397-435.
- Swalm, D., (2005) *Tabs-Childbirth and Emotional Trauma: Why it's Important to Talk T alk Talk*, Associate Head of Dept of Psychological Medicine for Women, King Edward Memorial Hospital, Subiaco 6008, Western Australia, " www.trauma-center.org, diakses 04 Mei 2005
- Shapiro, F (1999) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, Protocols, and Procedures (2nd ed.)*, New York: Guilford Press.
- Syamsu Yusuf, dan Juntika Nurihsan,(2007) *Teori Kepribadian*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya. Hal 158

- , (2011) *Teori Kepribadian*, Bandung: Remaja Rosdakarya, hlm. 153-154.
- Setiono. (2004) *Rule of Law* (Supremasi Hukum). Surakarta. Magister Ilmu Hukum Program Pascasarjana Universitas Sebelas Maret. hal. 3
- Satjipto Rahardjo, (2006) *Ilmu Hukum*, Citra Aditya Bakti, Bandung
- Stredling, G & Scott, J. (2001). *Counseling for Post Traumatik Stress Disorder*. London: Sage Publications
- Siti Taniza Toha, et al (2007) *Pasca Trauma Tsunami: Satu Kajian Kes di Kuala Muda dan Langkawi Kedah, Malaysia*, Jurnal Psikologi dan Kaunseling, November 2007, Bilangan 1.84-116.
- Sugiyono (2013) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, CV.Bandung. Cetakan ke 19
- Syarifah Hanizah, et al, (2008) *Tahap Anxiety dan Hubungan nya dengan Rangkaian Sokongan Sosial, Personaliti dan Kecerdasan Emosi (EQ) Dalam Kalangan Pensyarah Di Institute Peendidikan Guru Malaysia*, Prosiding Seminar Psikologi dan Kaunseling Kebangsaan kali ke 3. PEKA.
- Safarina, Triantoro & Ekasaputra, Nofrans (2009) *Manajemen Emosi: Sebuah Panduan Cerdas Bagaimana Mengolola emosi positif dalam hidup Anda*, Jakarta: bumi Aksara.185.
- Singarimbun, Masri dan Sofian Effendi (1989) *Metode Penelitian Survey*. LP3ES. Jakarta
- Tri Kurnia Nurhayati, (2005) *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, hlm 395
- Trippany, R.L., White Kress, V.E dan Wilcoxon, S.A, (2004) *Preventing Vicarious Trauma: What Counselors Should Know When Working With Trauma Survivors*. Journal of Counseling & Development, Vol 82,pp 31-37. (Tersedia: j.b5z.net/i/u/2043019/i/SocialPhobia.pdf. Akses: 15 Mei 2012. Akses: 15 Mei 2012).
- Vikram, P (2003). *Where There Is No Psychiatrist*. Bell & Bain Limited. UK.
- Webb, B.N. (2004) *Mass Trauma and Violence Helping Family and Children Cope*. Edited, New York: The Guilford Press.
- Winarno Surakhmad (1980) *Pengantar Interaksi Mengajar-Belajar Dasar-Dasar dan Teknik metodologi Pengajaran*, Remaja Rosdakarya Bandung.

Williams M.B & Poijula S (2002) *The PTSD Workbook: Simple, Effective Tehnicque for Overcoming Traumatic Stress Symptoms*, Oakland: New Harbinger Publications, Inc

Wikipedia, (2015) <https://id.wikipedia.org/wiki/2015>

WHO,(2003).*Mental Health in Emergencies*, Geneva: WHO.
(http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf).

Yahuda, R (2002) *Post-Traumatic Stress Disorder*, The New England, Journal Of Medicine, Vol 346, No 2, Januari 10-2002.
www.nejm.org

Yule,W. (1999) *Post –Traumatic Stress Disorder: Concept and Therapy*. Baffins Lane, Chichester, England: Jhon & Sons

ORIGINALITY REPORT

20%
SIMILARITY INDEX

19%
INTERNET SOURCES

3%
PUBLICATIONS

7%
STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%
★ qdoc.tips
Internet Source

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 25 words

FINAL GRADE

/0

GENERAL COMMENTS

Instructor

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54

PAGE 55

PAGE 56

PAGE 57

PAGE 58

PAGE 59

PAGE 60

PAGE 61

PAGE 62

PAGE 63

PAGE 64

PAGE 65

PAGE 66

PAGE 67

PAGE 68

PAGE 69

PAGE 70

PAGE 71

PAGE 72

PAGE 73

PAGE 74

PAGE 75

PAGE 76

PAGE 77

PAGE 78

PAGE 79

PAGE 80

PAGE 81

PAGE 82

PAGE 83

PAGE 84

PAGE 85

PAGE 86

PAGE 87

PAGE 88

PAGE 89

PAGE 90

PAGE 91

PAGE 92

PAGE 93

PAGE 94

PAGE 95

PAGE 96

PAGE 97

PAGE 98

PAGE 99

PAGE 100

PAGE 101

PAGE 102

PAGE 103

PAGE 104

PAGE 105

PAGE 106

PAGE 107

PAGE 108

PAGE 109

PAGE 110

PAGE 111

PAGE 112

PAGE 113

PAGE 114

PAGE 115

PAGE 116

PAGE 117

PAGE 118

PAGE 119

PAGE 120

PAGE 121

PAGE 122

PAGE 123

PAGE 124

PAGE 125

PAGE 126

PAGE 127

PAGE 128

PAGE 129

PAGE 130

PAGE 131

PAGE 132

PAGE 133

PAGE 134

PAGE 135

PAGE 136

PAGE 137

PAGE 138

PAGE 139

PAGE 140

PAGE 141

PAGE 142

PAGE 143

PAGE 144

PAGE 145

PAGE 146

PAGE 147

PAGE 148

PAGE 149

PAGE 150

PAGE 151

PAGE 152

PAGE 153

PAGE 154

PAGE 155

PAGE 156

PAGE 157

PAGE 158

PAGE 159

PAGE 160

PAGE 161

PAGE 162

PAGE 163

PAGE 164

PAGE 165

PAGE 166

PAGE 167

PAGE 168

PAGE 169

PAGE 170

PAGE 171

PAGE 172

PAGE 173

PAGE 174

PAGE 175

PAGE 176

PAGE 177

PAGE 178

PAGE 179

PAGE 180

PAGE 181

PAGE 182

PAGE 183

PAGE 184

PAGE 185

PAGE 186

PAGE 187

PAGE 188

PAGE 189

PAGE 190

PAGE 191

PAGE 192

PAGE 193

PAGE 194

PAGE 195

PAGE 196

PAGE 197

PAGE 198

PAGE 199

PAGE 200

PAGE 201

PAGE 202

PAGE 203

PAGE 204

PAGE 205

PAGE 206

PAGE 207

PAGE 208

PAGE 209

PAGE 210

PAGE 211

PAGE 212

PAGE 213

PAGE 214

PAGE 215

PAGE 216