



**TRAUMA DALAM KALANGAN GURU
BIMBINGAN KONSELING SERTA GURU AGAMA
PADA SEKOLAH LANJUTAN ATAS DI KOTA BANDA ACEH
PASCA GEMPA DAN TSUNAMI**

Oleh :

**Dra. Kusmawati Hatta, M.Pd, Ph.D
NIP: 196412201984122001**

**Sumber Dana:
DIPA UIN Ar-Raniry Tahun 2014**

**PUSAT PENELITIAN DAN PENERBITAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT UIN AR-RANIRY
DARUSSALAM - BANDA ACEH
2014**



**TRAUMA DALAM KALANGAN GURU
BIMBINGAN KONSELING SERTA GURU AGAMA
PADA SEKOLAH LANJUTAN ATAS DI KOTA BANDA ACEH
PASCA GEMPA DAN TSUNAMI**

Oleh :

Dra. Kusmawati Hatta, M.Pd, Ph.D
NIP: 196412201984122001

Sumber Dana:
DIPA UIN Ar-Raniry Tahun 2014

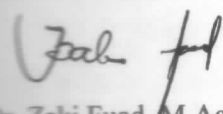
**PUSAT PENELITIAN DAN PENERBITAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN
KEPADA MASYARAKAT UIN AR-RANIRY
DARUSSALAM - BANDA ACEH
2014**

**LEMBAR IDENTITAS DAN PENGESAHAN LAPORAN
AKHIR HASIL PENELITIAN INDIVIDUAL**

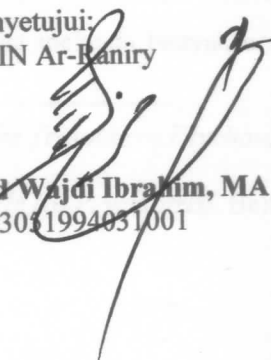
1. a. Judul Penelitian : Trauma Dalam Kalangan Guru Bimbingan dan Konseling Serta Guru Agama Pada Sekolah Lanjutan Atas (SLTA) di Kota Banda Aceh Pasca Gempa dan Tsunami
- b. Kaitan dengan Mata Kuliah : Teori Konseling dan Psikoterapi
- c. Macam Penelitian : Terapan
- d. Kategori Penelitian : Individual
2. Peneliti
- a. Nama : Dra. Kusmawati Hatta, M.Pd, Ph.D
- b. Pangkat/Golongan/NIP : Pembina (IV/a)
196412201984122001
- c. Jabatan Fungsional : Lektor Kepala /IV/a
- d. Fakultas/Jurusan : Dakwah dan Komunikasi
- e. Perguruan Tinggi : UIN Ar-Raniry
3. Lama Penelitian : 4 (empat) bulan
4. Biaya yang diperlukan : Rp. 15.000.000

Darussalam, 23 Oktober 2014
Peneliti,

Mengetahui:
Kepala Pusat Penelitian dan
Penerbitan UIN Ar-Raniry


Dr. Zaki Fuad, M.Ag
NIP. 196403141992031003

Dra. Kusmawati Hatta, M.Pd, Ph.D
NIP. 196412201984122001

Menyetujui:
/ Rektor UIN Ar-Raniry

Prof. Dr. H. Farid Wajdi Ibrahim, MA
NIP. 196103031994031001

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Kota Banda Aceh merupakan ibukota dari propinsi Aceh dan merupakan salah satu wilayah yang mengalami gempa dan tsunami yang paling parah. Peristiwa tersebut akan berdampak pada anak-anak, remaja dan juga orang dewasa tidak terkecuali guru-guru di SLTA Kota Banda Aceh dengan tingkat yang berbeda-beda tergantung seberapa besar peristiwa tersebut di alaminya.

Pada masa gempa dan tsunami terjadi banyak masyarakat mengalami peristiwa traumatik yang akan membuat mereka trauma. Holland menyatakan trauma adalah suatu peristiwa yang bersifat mengejutkan dan tidak disangka, situasi yang tidak biasa (diluar keseharian), menimbulkan rasa tidak berdaya, mengancam kehidupan, baik secara fisik maupun emosional¹. Sedangkan peristiwa traumatik Patel menyatakan suatu peristiwa yang menyebabkan ketakutan dalam kehidupan seseorang dan menimbulkan stress yang negative².

Ada beberapa jenis trauma yang dikenal, yaitu : (1) trauma personal biasanya disebabkan oleh perkosaan, kematian orang yang paling dicintai, korban perampokan dan kekerasan lainnya, perang dan keganasan, (2) trauma mayor biasanya disebabkan bencana alam, kebakaran, dll. Trauma ini umumnya melanda banyak orang dalam

¹ MSF-Holland (2001), *Manual for the Training of Psychosocial Assistants*.

² Patel, Vikram (2003). *Where There Is No Psychiatrist*. Bell & Bain Limited. UK.

waktu yang sama. See G. Everly Jr and JM Lating (eds) menyatakan bahwa trauma adalah peristiwa-peristiwa di luar kelaziman 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 seperti ancaman integritas fisik yang dirasa seseorang dari seseorang yang sangat dekat. Pasca peristiwa traumatik, kejutan-kejutan yang keras akan menyebabkan berlakunya tekanan traumatik, dan mekanisme tekanan ini akan menguasai individu sehingga merasakan sesuatu tanpa pengharapan³.

Shapiro 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.⁴

Goleman mengutip pernyataan Spencer Eth seorang psikiater anak yang mengambil pakar PTSD anak, menyatakan bahwa, trauma itu adalah masuknya ingatan tentang keganasan yang menjadi focus utama, berupa pukulan, tusukan sebilah pisau, tembakan senjata. Ingatan merupakan pengalaman persepsi yang hebat terhadap

³ Everly & Mitchell, (1999) Critical Incident Stress Management (CISM); approach are discussed. International Journal of Emergency Mental Health, 2: 135-140.

⁴ Shapiro, F *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basis principle, Protocol and Procedures*, New York: Guilford Press. tahun 1999.

penampakan. Sehingga korban yang kadang diam, tiba-tiba histeris bila mendengar bunyi, atau bau mesiu, jeritan, muncratnya darah, mahupun terdengar sirene polisi⁵. Selain itu juga, gangguan psikologi akibat kejadian traumatik, pada dasarnya timbul karena terlalu mudahnya amigdala tergugah (stelan *amigdala* yang terlalu rendah). Chaplin menjelaskan bahwa *amigdala* merupakan suatu zat abu-abu yang terdapat dalam otak besar, fungsinya berasosiasi dengan pengawalan terhadap tingkah laku agresif⁶.

Bila di lihat dari beberapa pendapat pakar mengenai trauma maka sangat penting dilakukan penelitian ini agar masyarakat terutama kalangan guru yang menjadi ujung tombak dalam memanusiakan manusia di SLTA Kota Banda Aceh dapat dilihat apakah mereka mengalami trauma atau tidak, kalau ada berada pada level apa, sehingga dapat ditanggulangi secara cepat. Karena untuk menangani maslah orang maka orang tersbut harus bebas dari maslah, tetapi bila mereka sendiri trauma bagaimana ia akan membantu siswa dalam penyelesaian maslahnya, karena itu guru harus memiliki fisik dan mental yang sehat, kalau mereka terus- menerus mengalami trauma maka secara emosional membuat mereka labil, agresif dan dapat mengalami kerusakan pada kortek otak. Oleh karena itu, maka penelitian ini memang harus dilakukan karena hasilnya dapat bermanfaat bagi semua orang, terutama pemerintah dapat menjadi bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan untuk perkembangan mutu dan kualitas anak didik pada tingkat SLTA.

⁵ Goleman *Emotional Intelligence*. Jakarta, Gramedia Pustaka Utama. Thn2000 Hal 284 .

⁶ Chaplin, *Kamus Psikologi* Penerjemah Kartini Karono, Jakarta, Rajawali Pers, Thn 2001, hal 23

Akhirnya dengan menyadari keterbatasan dan kekurangan dalam penulisan dan perumusan ide, analisis dan interpretasi dalam laporan ini, penulis menyerahkan sepenuhnya kepada Allah SWT, kerana apapun bentuk kebenaran dan kesempurnaan hanyalah milik - Nya semata, jadi untuk itu kritikan, saran dari semua pihak sangat diharapkan, agar tulisan ini dapat dibaca dan difahami secara baik dan dapat bermanfaat untuk semua orang yang memerlukan, dan juga dapat menjadi ibadah kepada Allah SWT. Amin.

Banda Aceh, Tgl 24 Oktober 2014

Peneliti

ABSTRAK

Gempa dan tsunami yang terjadi pada tanggal 26 Desember Tahun 2004 di Kota Banda Aceh diduga banyak masyarakat tidak terkecuali guru-guru di Sekolah Lanjutan Atas (SLTA) akan mengalami dampak dari peristiwa tersebut yang dirumuskan dalam 5 hipotesis. Hasil penelitian ini dinyatakan bahwa (Ha) 1. Di terima, karena hasil analisis memang masih terjadi symptom traumatis sampai saat ini dalam kalangan guru BK dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh. (Ho) 2 di terima karena tingkat trauma yang terjadi pada kalangan guru BK dan Agama rata-rata berada pada tingkat rendah. Ho.3 diterima karena tidak terdapat perbedaan yang signifikan respon skala validity dan klinikal dalam kalangan guru BK dan Agama antara wilayah dan jenis kelamin. (Ho) 4 ada yang diterima ada yang ditolak karena beberapa skala ada yang berkorelasi dan ada yang tidak. (Ho) 5 ada yang diterima ada pula yang ditolak, karena dapatan menunjukkan ada berpengaruh dan ada yang tidak kepada wilayah dan jenis kelamin. Penelitian ini menggunakan instrumen *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yang sudah di adaptasikan dalam bahasa Indonesia dan sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Penelitian ini sangat penting dilakukan karena guru BK dan guru Agama biasanya adalah orang yang paling bertanggung jawab untuk menyelesaikan berbagai masalah siswa, kalau mereka trauma maka ini menjadi mustahil dilakukan, karena secara teoritis orang-orang yang mengalami peristiwa traumatik dalam kehidupannya secara fisik dan psikis akan terganggu dan sering disebut dengan trauma. Definisi trauma adalah suatu peristiwa yang menyebabkan ketakutan dalam kehidupan seseorang dan menimbulkan stress yang negative. Ada beberapa jenis trauma yang dikenal, yaitu : (1) trauma personal (korban perkosaan, kematian orang tercinta, korban kejahatan, dll) Perang dan keganasan, (2) trauma mayor (bencana alam, kebakaran, dll), trauma mayor umumnya menyebabkan trauma pada sejumlah besar orang pada masa yang sama seperti peristiwa tsunami. Trauma dapat terjadi pada siapa saja baik anak-anak, remaja, dewasa dan orang tua. Orang yang mengalami trauma biasanya akan merusak zat abu-abu yang ada dalam otak sehingga pesan yang sampai ke amygdala jadi terganggu. Oleh karena itu, orang yang mengalami trauma sering merespon sesuatu secara berlebihan, dan bertindak tidak sesuai dengan perilaku orang kebanyakan.

Penjelasan Singkatan

P	Probabiliti	25
<	Kurang daripada	
>	Lebih daripada	25
M	Mean	
N	Jumlah Sampel	26
SS	Derajah Kebesaran Tatal	27
TSI	Tauma Symptom Inventory	41
ATR	Atypical Response	42
RL	Response Level	42
INC	Inconsistent Response	42
AA	Anxious Arousal	42
D	Depression	42
AI	Anger Irritability	42
IE	Intrusive Experience	42
DA	Defensive Avoidance	52
DIS	Dissociation	53
SC	Sexual Consens	53
DSB	Dysfunctional Sexual Behavior	53
ISR	Inpaired Self Reference	53
TRB	Tension Reduction Behavior	53
NIMH	National Institute Mental Health	53

Daftar Tabel

Table 2.1. Perbedaan Pengendalian Intervensi Krisis dengan Psikoterapi	25
Tabel 3.1. Instrumen kajian TSI, untuk Aspek Pengukuran Skala Validitas dan No pertanyaannya	35
Tabel 3.2: Intrumen TSI, Aspek Pengukuran gejala Klinis dan No Pertanyaan questioner berdasarkan dimensi masing-masing	36
Tabel 3.3. Profil responden dilihat dari umur dan jumlah orang	37
Tabel 3.4 Kekuatan nilai Perkalian Korelasi	41
Tabel 4.1 Profil Responden	44
Tabel 4.2 .Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan	46
Tabel 4.3. Tahap Respon Skala validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jenis Kelamin	47
Tabel 4.4. Tingkat Respon Skala klinikal di lihat secara keseluruhan	50
Tabel 4.5. Hasil Ujian ANOVA dampak Trauma Pada Skala Validiti Indikator ATR. RL dan INC Berdasarkan Wilayah, Jenis kelamin.	52
Tabel 4.6. Hasil Ujian ANOVA dampak Trauma Pada Skala Klinikal Pada 4 Dimensi dilihat dari Wilayah dan Jenis kelamin	53
Tabel 4.7. Hubungan Skala Validity dengan Wilayah, Jenis Kelamin dan skala Klinikal <i>Trauma Symtom Inventory</i>	55
Tabel 4.8. Pengaruh Wilayah dan Jenis Kelamin ke Atas Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC	57
Tabel 4.9. Pengaruh Wilayah, Jenis Kelamin Ke atas respon Skala Klinikal pada empat dimensi Skala Klinikal	58

DAFTAR ISI

Pengantar	i
Abstrak	v
Penjelasan Singkatan	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Isi	viii
Bab I. Pendahuluan	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Hipotesis	5
C. Rumusan Masalah	6
D. Tujuan Penelitian	7
E. Manfaat dan Kegunaan Penelitian	8
F. Definisi Operasional	9
G. Sistematika Penulisan	12
Bab II. Landasan Konseptual	13
A. Definisi Trauma	13
B. Sebab-Sebab Trauma	16
C. Tahap Trauma	17
D. Konsep Penanganan Trauma	22
D.1. Pada Masa Krisis	23
D.2. Pada Masa Trauma	30
Bab III. Metodologi Penelitian	43
A. Metode Kajian	43
B. Objek dan Subjek Penelitian	43
C. Teknik Pemilihan Responden	44
D. Instrumen Kajian	44
E. Profil Responden	47
F. Teknik Analisis Data	48
F.1. Analisis Deskriptif	49
F.2. Analisis Inferensi	49
F.3. Konsep Alfa Cronbach	49
Bab IV. Deskripsi Data Dan Pembahasan	53
A. Deskripsi Data hasil Kajian	53
A.1. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.1&Ha.1)	53

A.2. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.2-Ha.2)	58
A.3. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.3-Ha.3)	61
A.4. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.4-Ha.4)	63
A.5. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.5-Ha.5)	66
B. Pembahasan Hasil Kajian	69
B.1. Pembahasan Skala Validity Berdasarkan Hasil Ujian Hipotesis Pada Indikator ATR, RL dan INC Dalam Kalangan Guru BK dan Agama pada SLTA Berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin	69
B.2. Pembahasan Skala Klinikal Berdasarkan Hasil Ujian Hipotesis Pada 4 Dimensi TSI dilihat Berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin	75
B.2.1. Pembahasan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 –Ha.2 s/d Ho.5-Ha.5) Keatas dimensi Dysphoric Mood Indikator AA, D dan AI	75
B.2.2 Pembahasan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Skala Klinikal Dimen (PTSD) Keatas Kalangan Guru BK dan Agama di SLTA Berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin.	89
B. 2.3. Deskriptif Hasil Ujian Hipotesis Skala Klinikal Dimensi <i>Sexual Dysfunction</i> dalam Kalangan Guru BK dan Agama di SLTA Berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin.	97

B.2.4. Deskripsi Hasil Ujian Hipotesis Skala Klinikal Dimensi <i>Self Dysfunction</i> Dalam Kalangan Guru BK dan Agama Berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin	100
--	-----

Bab V. Hasil Penelitian Dan Rekomendasi 107

A. Hasil Penelitian	107
B. Rekomendasi	109

Daftar Rujukan	111
----------------	-----

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Trauma ialah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri yang dapat menimpa siapa saja apakah itu individu maupun kelompok masyarakat, ia tidak mengenal bangsa, tingkat sosioekonomi, tempat tinggal atau faktor-faktor demografi yang lain. Setiap peristiwa yang terjadi itu mungkin menjadi tragedi ngeri kepada seseorang 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.

Langstaff.D & Christie.J, (2000) menyatakan trauma sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang yang memberi dampak kepada fisik dan psikologi sehingga membawa kepada kehidupan seperti menurunnya tingkat produktivitas dan aktivitas keseharian. Selain dari pada itu juga dapat menurunkan tingkat kesehatan serta mengganggu sistem saraf dan pemikiran sehingga

menyebabkan kematian¹. Trauma dapat 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 (Webb 2004)². Trauma bencana alam juga merupakan peristiwa pahit dan mengerikan yang dapat terjadi seperti gempa bumi, tanah lonsor, angin taufan seperti Tornado, Hurricane, Tsunami, hujan salju dan lain-lain yang dapat menimpa sekelompok masyarakat, komunitas atau sesebuah negara. Kejadian Trauma seperti ini dikenal sebagai *Mass Traumatic* karena dialami oleh sekelompok besar masyarakat, seperti: (1) Kejadian 11 September 2001 di Bandar Raya New York (Webb 2004)³, (2) Kejadian Gempa Bumi di Bantul Yogyakarta Indonesia pada 26 Mei 2006 dan (3) Tragedi Tsunami yang dialami pada 26 Disember 2004, oleh sebahagian besar masyarakat Asia Tenggara, terutamanya adalah Aceh. Tragedi tersebut telah berdampak kepada semua aspek baik fisik, mental, dan sosial kemasyarakatan, karena dengan banyak nyawa yang hilang, harta benda, infra struktur yang rusak telah membuat banyak masyarakat mengalami stres pasca kejadian tersebut dan reaksi tersebut sampai sekarang masih sering muncul, hal ini dapat dilihat dari respon masyarakat ketika

¹ Langstaff .D, & Christie.J, (2000) *Trauma Care. A Team Approach*, Edited., Oxford Aukland: Butterworth Heinemen

² Webb, B.N. (2004) *Mass Trauma and Volence. Helping Family and Children Cope. Edited*, New York: The Guilford Press

³ Ibid

berbunyi alat deteksi tsunami, semua orang berlarian dan bahkan ada yang tidak menyadari mereka tidak berpakaian langsung berlarian mencari tempat yang aman dan selamat. Reaksi ini dapat dikatakan sebagai bentuk trauma karena sudah pernah mengalami tsunami yang sangat dahsyat yang meninggalkan dampak yang sangat dalam bagi semua korban, tidak terkecuali guru Bimbingan dan Kaunseling dan Agama.

Secara umum guru Bimbingan dan Kaunseling idealnya dapat melakukan coping dengan baik bila terjadi trauma didalam dirinya, namun dalam kenyataan tidak semua orang mampu mengkopling peristiwa tersebut secara positif, sehingga mereka sampai sekarang masih mengalami ketakutan yang luar biasa bila ada gempa, suara angin, dan suara-suara yang mengingatkan mereka pada peristiwa tsunami berlangsung, mereka langsung berlari mencari tempat yang aman. Begitu juga dengan guru Agama yang seharusnya mereka lebih mampu mengawal apapun yang datangnya dari Allah karena memahami agama lebih baik dari orang lain. Namun dalam kenyataanya juga sama, hal ini dapat dilihat ketika serine Tsunami berbunyi semua guru tidak terkecuali guru Agama semua berlarian keluar tanpa memperdulikan keselamatan anak didik mereka. Peristiwa tersebut juga dapat dilihat ketika guru sedang mengajar tiba-tiba gempa, maka mereka duluan yang berlari keluar, anak-anak tidak mereka perdulikan, hal ini menunjukkan mereka masih sangat trauma dengan peristiwa tersebut.

Selain itu trauma juga dapat terjadi karena peristiwa pahit yang menyakiti kepada fisik atau mental yang menyebabkan kerusakan kepada tubuh atau kejutan pada pikiran. Pasca trauma sering timbul kecemasan dan kebimbangan yang melampau yang menyebabkan gangguan emosi yang akut. Biasanya reaksi yang muncul adalah *coping* pada emosi, tingkahlaku dan pemikiran dan jika tidak dirawat secara intensif akan menyebabkan seseorang mengalami gangguan pasca trauma sehingga hilang pola 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 penelitian ini sangat penting dilakukan karena guru Bimbingan Kaunseling dan Agama adalah guru yang paling berperan dalam menangani masalah siswa yang mengalami berbagai masalah, namun bila mereka mengalami tingkat trauma yang tinggi, maka layanan kaunseling yang dilakukan akan tidak berguna karena tidak mungkin orang yang trauma menangani masalah trauma.

B. Rumusan Hipotesis

Berdasarkan persoalan tersebut di atas maka dalam penelitian ini dirumuskan hipotesis yaitu:

Ho.1. Gempa dan Tsunami yang terjadi 26 Desember tahun 2004 tidak berdampak trauma kepada kalangan guru Bimbingan Konseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh.

Ha.1. Gempa dan Tsunami yang terjadi 26 Desember tahun 2004 berdampak trauma kepada kalangan guru Bimbingan Konseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh

Ho.2. Trauma yang di alami Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami berada tingkat rendah.

Ha.2. Trauma yang di alami Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami berada tingkat tinggi

Ho.3. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan respon trauma guru BK dan guru Agama pada skala validity dan klinikal dilihat dari jenis kelamin wilayah di Kota Banda Aceh.

Ha.3. terdapat perbedaan yang signifikan respon trauma guru BK dan guru Agama pada skala validity dan klinikal dilihat dari jenis kelamin wilayah di Kota Banda Aceh

Ho.4. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara trauma yang dialami guru Agama dan Guru Bimbingan Konseling dengan Sekolah SLTA tempat ia mengajar dan jenis kelamin pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh.

Ha.4. Terdapat hubungan yang signifikan antara trauma Guru Agama dan

Guru Bimbingan Kaunseling dengan sekolah SLTA tempat ia mengajar dan jenis kelamin pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh.

Ho.5. Tempat sekolah, jenis kelamin tidak berpengaruh signifikan pada trauma yang dialami guru Agama dan guru BK pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh.

Ha.5. Tempat sekolah dan jenis kelamin berpengaruh signifikan pada trauma yang dialami guru Agama dan guru BK pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan hipotesis di atas, maka secara umum penelitian ini difokuskan “ Bagaimana trauma Guru Bimbingan Kaunseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh Pasca Gempa dan Tsunami”. Sedangkan secara khusus penelitian ini di rumuskan dalam beberapa pertanyaan yaitu:

1. Apakah gempa dan tsunami yang terjadi pada 26 Desember 2004 telah berdampak trauma pada kalangan guru Bimbingan Konseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh
2. Bagaimana tingkat trauma yang di alami Guru Bimbingan Kauseling dan Guru Agama di SLTA di Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami.
3. Bagaimana perbedaan tingkat trauma yang dialami guru BK dan guru Agama dilihat dari wilayah dan jenis kelamin.
4. Bagaimana hubungan trauma yang dialami Guru BK dan Guru Agama dengan Sekolah tempat mereka mengajar dan jenis kelamin pasca gempa dan tsunami Kota Banda Aceh
5. Bagaimana pengaruh wilayah dan jenis kelamin terhadap tingkat trauma yang di alami guru Bimbingan konseling dan guru Agama di SLTA Kota Banda Aceh Pasca Gempa dan tsunami.

D. Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui trauma guru Bimbingan dan Kaunseling dan Guru Agama pasca gempa dan tsunami SLTA di Kota Banda Aceh. Sedangkan secara khusus penelitian ini bertujuan untuk mengetahui:

1. Dampak gempa dan tsunami pada kalangan guru Bimbingan Konseling dan Agama di SLTA Kota banda Aceh.

2. Tingkat trauma yang dialami kalangan guru Bimbingan Konseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami.
3. Perbedaan tingkat trauma yang dialami guru BK dan guru Agama dilihat dari wilayah dan jenis kelamin.
4. Hubungan trauma yang dialami kalangan guru BK dan Agama dengan tempat sekolah pasca gempa dan tsunami di SLTA Kota Banda Aceh.
5. Pengaruh Sekolah terhadap tingkat trauma guru Bimbingan Konseling dan guru Agama pasca gempa dan tsunami di Aceh.

Hal ini penting karena guru adalah ujung tombak bagi generasi muda dalam membantu membangun, membina dan mencerdaskan siswa agar menjadi generasi yang kuat dan berkualitas secara fisik dan intelektual. Oleh karena itu guru dituntut harus lebih sehat, kuat, agar mampu mewujudkan cita-citanya. Namun bila ia sakit, lemah dan trauma di takutkan akan mempengaruhi pikiran dan perilaku, dengan demikian pola pengajaran pembinaan dan konseling yang dilakukan juga akan terganggu, hal ini dapat merugikan siswa karena proses PBM jadi tidak efektif karena mereka sendiri dalam kondisi sakit dan perlu bantuan profesional.

E. Manfaat dan Kegunaan Penelitian

Secara umum kegunaan penelitian ini adalah untuk mendapatkan data yang konkrit terkait dengan trauma yang mungkin saja dialami oleh semua orang terutama guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama yang dalam proses belajar mengajar (PBM) mereka adalah ujung tombak dalam menyelesaikan kasus-

kasus yang dialami siswa. Sedangkan secara khusus hasil penelitian ini berguna untuk bahan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan terkait dengan pengembangan siswa. Begitu juga manfaat penelitian ini secara umum hasilnya dapat dijadikan rujukan bagi peneliti lain dan juga dapat dapat mengasah terutama peneliti sendiri, karena semakin sering melakukan penelitian maka secara keilmuan dan ketajaman dalam menganalisis semakin tercapai dan terbentuk dengan baik, dengan demikian dapat memudahkan untuk melakukan penelitian lanjutan.

F. Definisi Operasional

Untuk menghindari kesalahan pengertian dalam memaknai beberapa istilah dalam penelitian ini, maka ada dua variabel yang akan didefinisikan secara operasional yaitu : (1) Trauma Dalam Kalangan Guru Bimbingan & Konseling dan Agama, (2) Sekolah lanjutan Atas (SLTA) di Kota Banda Aceh.

F.1. Trauma Dalam Kalangan Guru Bimbingan & Konseling dan Agama

Ada beberapa istilah yang sering digunakan dalam kajian ini dan akan diterangkan dari segi definisi untuk menjelaskan makna yang akan digunakan penyelidikan yang dijalankan. Penjelasan makna istilah tersebut adalah seperti berikut:

Pertama, Cavanagh (1982) mengartikan trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka atau

perasaan sakit⁴. *Mental Health Channel*, (2004) mendefinisikan trauma sebagai suatu luka atau perasaan sakit berat akibat suatu kejadian luar biasa yang menimpa seseorang langsung maupun tidak langsung, baik luka fizikal maupun psikis ataupun kombinasi dari keduanya⁵. Cristie (2000) trauma adalah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri boleh menimpa sesiapa sahaja samaada individu ataupun kumpulan masyarakat, tidak mengira bangsa, taraf sosial ekonomi, lokasi tempat tinggal atau faktor demografi lainnya⁶. Choy (1998) menyatakan trauma adalah kecederaan fizikal akibat sesuatu kemalangan atau gangguan mental akibat sesuatu pengalaman pahit (*traumatic*)⁷. Jarnawi (2007) menyatakan bahawa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merosakkan keseimbangan kehidupan manusia⁸. Goleman (2000) mengutip pernyataan Sigmund Freud bahawa apabila seseorang telah mengalami trauma, maka seluruh kehidupannya

⁴ Cavanagh.M. (1982). . *The caunseling Experience : A Theoritcal and Practical Approach*. Monterey: Book/Cole Publishing Campany

⁵ Mental Health Channel, (2004), *Posttraumatic Stress Dissorder (PTSD)*, http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_rescue_workers.html, diakses 04 Mei 2005a

⁶ Cristie, J. (2000). *Trauma Care,A Team Approach*. Oxford Aukland: Batter Worth Heinemen.

⁷ Choy, K. C. (1998). *Kamus Perwira Bahasa Melayu-Bahasa Inggris: Latest Malay-English Dictionary*. Penerbitan Daya BHD.

⁸ Jarnawi (2007), *Konseling Trauma Untuk Anak Korban Kekerasan*, IAIN Ar-Raniry Bekerjasama dengan CV AK Group

akan terhenti dan orang tersebut tidak akan lagi memikirkan masa kini dan masa hadapan, melainkan secara kekal kehidupan yang dijalannya terserap untuk memikirkan masa lalu⁹. Shapiro (1999) juga menyatakan bahawa trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolohan maklumat psikis otak¹⁰. Keseimbangan ini menghalang pengolohan maklumat untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf. **Kedua**, guru Bimbingan & Konseling adalah guru yang bertugas melayani dan menyelesaikan berbagai problematika dan bertanggung jawab penuh kepada perkembangan dari siswa secara formal. Begitu pula guru agama adalah guru yang bertanggung jawab untuk menyadarkan siswa akan perkembangan mental spritualnya baik dan benar.

Jadi trauma dalam kalangan guru Bimbingan & Konseling dan Agama adalah peristiwa yang mengejutkan, menyedihkan, mengancam, diluar batas kemampuan dan kelaziman yang dialami seseorang pasca kejadian traumatic dan telah berdampak kepada sistem saraf sehingga mengganggu keseimbangan psikis otak yang memunculkan symptom tidak

⁹ Goleman, D. (2000). *Emotional Intellegence*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

¹⁰ Shapiro, F (tahun 1999) *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basis principle, Protocol and Proecedres*, New York: Guilford Press

lazim dalam perilaku seperti sering mengalami terkejut secara tiba-tiba, mimpi buruk, sedih berlebihan, cemas berlebihan, bimbang yang melampau, stres, depresi dan PTSD dan di alami oleh guru BK dan Agama.

F.2. Sekolah Lanjutan Atas (SLTA) di Kota Banda Aceh

Sekolah Lanjutan Atas (SLTA) adalah sekolah sekolah-sekolah yang berada pada tingkat menengah seperti SMU, MAS MAN . Sedangkan Kota Banda Aceh adalah salah satu wilayah dari provinsi Aceh dan menjadi ibukota dari provinsi tersebut. Jadi Sekolah lanjutan atas di kota banda Aceh dalam penelitian ini adalah sekolah tingkat menengah yang berada di dalam wilayah Kota Banda Aceh.

G. Sistematika Penulisan

Dalam membuat laporan hasil penelitian ini, penulis sepenuhnya mengikuti panduan penulisan yang dikeluarkan oleh lembaga penelitian, yang terdiri dari lima bab yaitu: Bab I merangkumi latar belakang masalah, rumusan hipotesis, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat dan kegunaan penelitian, definisi operasional dan sistematika penulisan. Bab II akan berisi semua konsep yang terkait dengan trauma dan penanganannya. Bab III berisi metodologi penelitian terkait tempat, subjek dan objek kajian, teknik pengambilan data, teknik analisis data. Bab IV merangkumi deskripsi data penelitian dan pembahasan yang di analisis berdasarkan kajian konseptual. Bab V merangkumi hasil penelitian dan rekomendasi.

BAB II

LANDASAN KONSEPTUAL

A. Definisi Trauma

Shapiro (1999) menyatakan trauma merupakan pengalaman hidup yang mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolahan informasi psikologi otak. Keseimbangan ini menghalang pemprosesan maklumat untuk meneruskan proses tersebut dalam mencapai suatu adaptif, sehingga persepsi, emosi, keyakinan dan makna yang diperolehi dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam sistem saraf¹¹. Jarnawi, (2007) menyatakan bahawa trauma merupakan gangguan psikologi yang sangat berbahaya dan mampu merusak keseimbangan kehidupan manusia¹². Cavanagh dalam Mental Health Channel (2004) menyatakan tentang pengertian trauma adalah suatu peristiwa yang luar biasa yang menimbulkan luka dan perasaan sakit, tetapi juga sering diartikan sebagai suatu luka atau perasaan sakit berat akibat sesuatu 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 lain¹³.

¹¹ Shapiro, F (tahun 1999) *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basis principle, Protocol and Procedures*, New York: Guilford Press.

¹² Jarnawi (2007), *Konseling Trauma Untuk Anak Korban Kekerasan*, IAIN Ar-Raniry Bekerjasama dengan CV AK Group

¹³ Cavanagh.M. (1982). . *The caunseling Experience : A Theoritical and Practical Approach*. Monterey: Book/Cole Publishing Campany

American Psychiatric Association (APA) (2000) dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM.IV-TR)*, menyatakan ledakan trauma merupakan salah satu atau dua daripada berikut, yaitu: (1) seseorang yang mengalami, menyaksikan atau berhadapan dengan kejadian ngeri yang menyebabkan kematian, kecederaan serius atau mengancam fisik diri atau orang lain, (2) respon individu terhadap ketakutan, rasa tidak ada harapan, horror (kanak-kanak mungkin mengalami kekacauan tingkahlaku)¹⁴. Webb (2004) menyatakan bahawa: (1) trauma diartikan sebagai kesakitan yang dialami oleh seseorang yang dapat memberi dampak kepada fisik dan psikologis seseorang sehingga membawa efek kepada kehidupan seperti menurunnya tahap produktifitas dan aktivitas seharian, (2) trauma terjadi karena peristiwa pahit pada fisik maupun mental yang menyebabkan kerusakan serta merta kepada tubuh atau kejutan pada otak, (3) trauma terjadi karena terdapat kecemasan yang terlalu atau kecemasan yang traumatik oleh efek fisik dan psikologis yang dapat menyebabkan gangguan emosi yang dicetuskan oleh peristiwa pahit yang akut, (4) trauma adalah peningkatan gejala tekanan (stress) yang menyebabkan gangguan emosi kepada kanak-kanak atau pelajar sekolah sehingga menyebabkan perubahan tingkahlaku, emosi dan pemikiran, (5) trauma juga dikatakan sebagai kecederaan tubuh yang disebabkan oleh tenaga fisik dari luar seperti tembakan, kebakaran, kemalangan, serangan senjata tajam, luka akibat bergaduh, dirogol, kecuaian

¹⁴ APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed., textrev.* Washington DC: Author

teknologi dan sebagainya¹⁵. Sementara itu seorang psikiater di Jakarta, Roan (2003) menyatakan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau shock. Sedangkan trauma psikis dalam psikologi diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak, akibat peristiwa di lingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar¹⁶. Everly & Lating, (1995) menyatakan bahwa trauma adalah peristiwa-peristiwa di luar kebiasaan pengalaman manusia pada umumnya, yang terlihat sangat nyata dan jelas dan menyedihkan,¹⁷ sehingga menimbulkan reaksi ketakutan yang hebat, ketidak berdayaan, seram dan lain-lain. Kategori trauma biasanya seperti ancaman integritas fisik yang dirasakan seseorang 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 sesuatu tanpa pengharapan.

Keahlian mengurus 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

¹⁵ Webb, B.N. (2004) *Mass Trauma and Volence. Helping Family and Children Cope. Edited*, New York: The Guilford Press.

¹⁶ Roan, W., (2003) *Melupakan Kenangan Meng -Hapus Trauma dalam Intisari*, <http://www.jaga-jaga.com/anljak> Terkini. php? ida= 65234, diakses 4 Mei 2005.

¹⁷ Everly, G.S., Jr., & Lating, J.M. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in Post- Traumatic Stress*. New York: Plenum

nya dikaitkan dengan *unit orthopaedics* (Driscoll, 1992 dalam Langstaff. D, Christie.J, 2000)¹⁸. Secara tradisional perhatian terhadap korban berbagai kecelakaan yang dikendalikan secara model perobatan (Miller & Miller, 1985, Smith 1985, dalam Langstaff.D & Christie.J,2000)¹⁹.

Penanganan trauma seharusnya lebih terpadu atau *integrated* dengan ahli-ahli masyarakat dalam bidang-bidang tertentu secara holistik. Ini karena penanganan trauma dan pasca trauma yang terpadu akan memberi perhatian yang terus menerus seperti pemulihan dalam aspek psikologi, pengurusan prarumasakit, memberi semangat dan kestabilan emosi, dukungan moral, membantu proses integrasi untuk kembali kepada kehidupan normal setelah kecelakaan dengan ahli masyarakat. Christie.J,(2000) menjelaskan penanganan trauma harus dibangun secara *continuum* dengan melibatkan pakar-pakar kesehatan, NGO, ahli masyarakat, pekerja sosial, kaunselor, psikolog dan organisasi di tempat kerja serta penglibatan para keluarga²⁰.

B. Sebab-Sebab Trauma

Trauma adalah insiden dan pasca trauma adalah peningkatan gejala tekanan yang menyebabkan gangguan emosi kepada orang dewasa dan kanak-kanak yang menyebabkan perubahan tingkah laku, emosi dan pemikiran. Antara aspek atau kejadian-kejadian yang menyebabkan terjadinya trauma dan pasca trauma di kalangan orang

¹⁸Langstaff .D, & Christie.J, (2000) *Trauma Care. A Team Approach*, Edited., Oxford Aukland: Butterworth Heinemen

¹⁹Ibid

²⁰Cristie, J. (2000). *Trauma Care,A Team Approach*. Oxford Aukland: Batter Worth Heinemen

dewasa dan kanak-kanak ialah: (1) Mengalami bencana alam seperti gempa bumi, kebakaran, angin tofan, banjir, kejadian tanah longsor, pecahnya bendungan dan lain-lain, (2) Mengalami kecelakaan kenderaan seperti kapal terbang, keretapi, bus, kapal, feri, dan kecelakaan jalan raya dan lain-lain, (3) Bencana teknologi seperti kebocoran pabrik kimia, nuclear, pencemaran alam, pembuangan toksik dan lain-lain, (4) Bencana di ruang angkasa (*space craft*) seperti satelite, ujian-ujian oleh saintis di angkasa lepas, lautan, padang pasir dan hutan, (5) Tragedi tembakan, penculikan, menunggu proses pengebumian (yang berkait dengan undang-undang), pengalaman menjadi preman, di penjara dan lain-lain, (6) Terrorisme / kekerasan / pembunuhan massa, kekerasan dalam peperangan.

C. Tahap Trauma

Setiap individu yang mengalami trauma mempunyai tiga fase yaitu fase *servere*, fase kronik dan fase penyesuaian. Menurut Noreen Tehrani (2004), telah mengklasifikasikan trauma seperti berikut dan setiap fase mempunyai beberapa kriteria untuk respon tertentu²¹:

Pertama, Fase *Servere* adalah keadaan serius dan respon semerta ketika trauma baru terjadi secara tiba-tiba. Contohnya ketika individu itu mengalami atau menyaksikan peristiwa yang pahit atau menghadapi ancaman kematian atau kecederaan. Individu akan merasa takut dan merasa ngeri sehingga tidak berdaya. Pada masa ini pukulan emosi yang dihadapi begitu hebat dan secara tiba-tiba. Individu merasa tidak percaya kepada orang lain dan kepada dunia

²¹ Noreen Tehrani (2004) *Workplace Trauma, Concepts, Assesment and Interventions*, Hove and New York: Brunner- Routledge

lar sehingga menyebabkan konflik yang dalam. Aliran trauma di peringkat ini terjadi karena peristiwa yang dialami atau disaksikan terjadi secara tiba-tiba tanpa tanda-tanda awal.

Kedua, Fase Kronik, Peringkat ini berawal dari mulai kejadian atau serangan sehingga beberapa minggu setelah kejadian. Pada mulanya ia dirasakan serius tetapi menjadi kronik apabila menyebabkan gangguan emosi yang mendalam dan berlarutan sehingga berbulan-bulan bahkan adakalanya bertahun-tahun. Individu akan mengalami ketakutan luarbiasa secara berulang-ulang dalam ingatan (*flashback*). Ketakutan dan kecemasan yang dialami adalah khusus kepada peristiwa yang menjadi penyebab kejadian trauma (Mat Saat, 2004)²². Misalnya jika trauma Tsunami, *korban* akan takut melihat ombak, angin atau pantai. Bagi keluarga korban tragedi 11 September serta masyarakat barat merasa takut ke negara-negara Islam dan Arab, malah takut untuk melakukan penerbangan. Fase ini begitu tajam selama dua minggu hingga sebulan. *Korban* merasa bersalah, malu, fikiran kacau dan merasa sedih serta murung. Anggota badan mereka merasa kebas dan kadang kala hilang ingatan atau mudah terlupa. Ini adalah hasil kejadian yang mengejutkan dan tidak diangka-sangka. Sehingga tingkat kecemasan menjadi tinggi, bahkan ada diantara mereka yang mudah marah dan mengasingkan diri dari orang lain (Christie.J,2000)²³.

Selain itu Fase kronik ini terjadi selain dalam ingatan *korban* mungkin mengalami kematian atau kehilangan anggota keluarga,

²² Mat Saat Baki (2004) *Senarai Semak Trauma, Manual Pengurusan Trauma*, tidak diterbitkan

²³ Christie Opcit.

luar sehingga menyebabkan konflik yang dalam. Aliran trauma di peringkat ini terjadi karena peristiwa yang dialami atau disaksikan terjadi secara tiba-tiba tanpa tanda-tanda awal.

Kedua, Fase Kronik, Peringkat ini berawal dari mulai kejadian atau serangan sehingga beberapa minggu setelah kejadian. Pada mulanya ia dirasakan serius tetapi menjadi kronik apabila menyebabkan gangguan emosi yang mendalam dan berlarutan sehingga berbulan-bulan bahkan adakalanya bertahun-tahun. Individu akan mengalami ketakutan luarbiasa secara berulang-ulang dalam ingatan (*flashback*). Ketakutan dan kecemasan yang dialami adalah khusus kepada peristiwa yang menjadi penyebab kejadian trauma (Mat Saat, 2004)²². Misalnya jika trauma Tsunami, *korban* akan takut melihat ombak, angin atau pantai. Bagi keluarga korban tragedi 11 September serta masyarakat barat merasa takut ke negara-negara Islam dan Arab, malah takut untuk melakukan penerbangan. Fase ini begitu tajam selama dua minggu hingga sebulan. *Korban* merasa bersalah, malu, fikiran kacau dan merasa sedih serta murung. Anggota badan mereka merasa kebas dan kadang kala hilang ingatan atau mudah terlupa. Ini adalah hasil kejadian yang mengejutkan dan tidak disangka-sangka. Sehingga tingkat kecemasan menjadi tinggi, bahkan ada diantara mereka yang mudah marah dan mengasingkan diri dari orang lain (Christie.J,2000)²³.

Selain itu Fase kronik ini terjadi selain dalam ingatan *korban* mungkin mengalami kematian atau kehilangan anggota keluarga,

²² Mat Saat Baki (2004) *Senarai Semak Trauma, Manual Pengurusan Trauma*, tidak diterbitkan

²³ Christie Opcit.

kehilangan harta benda dan kecacatan anggota tubuh sehingga trauma mereka berlipat ganda karena sudah jatuh ditimpa tangga. Kesedihan yang mendalam bukan saja terhadap diri tetapi terhadap keseluruhan hidupnya. Pada saat **korban** menerima respon dari kecederaan dan kesengsaraan yang dialaminya malah otot-otot dan sistem saraf badan mempengaruhi psikologi dan emosi mereka. Ahli keluarganya orang yang terdekat menerima tempasnya. Pada masa ini, bukan saja dokter, perawat, ahli bedah plastik dan pakar **orthopaedics** tetapi keluarga yang dapat mengawal korban yang trauma.

Setelah beberapa minggu atau bulan, **korban** akan berada dalam fase penyesuaian. Dalam peringkat ini **korban** masih lagi mengalami kemurungan, rasa tidak selamat dan merasa kehilangan. Kemurungan dapat menyebabkan mereka hilang pengkawalan diri dalam kehidupan. Ada kalanya mereka menidakkan kesan trauma dengan berpura-pura sudah pulih atau sembuh seolah-olah sudah seperti sedia kala. Proses **bargaining** ini harus dikendalikan dengan bijak oleh doktor dan ahli-ahli dalam **trauma care** karena **korban** dapat mencoba melarikan diri dari rumahsakit atau pergi bertugas seperti biasa tetapi sebenarnya belum pulih. Pada masa ini **korban** mempunyai tendensi mengasingkan diri dari hubungan sosial, mengalami perubahan pola tidur, sering marah, mudah menjerit dan menyakkan perasaan. Dalam peringkat **bargaining** mereka coba mengisi waktu untuk menghilangkan kesunyian dan penderitaan. Ada kalanya aktivitas yang dilakukan itu ada yang positif dan negatif. Contohnya pergi bersukaria di caffe-caffe, minum alkohol, balapan atau menjadi fobia dengan sesuatu perkara yang ada kaitan dengan insiden trauma. Pada peringkat ini, **korban** akan mengalami gejala-

gejala seperti kecemasan terus-menerus, tidak berdaya untuk meneruskan kehidupan, ketakutan yang terus-menerus, mengalami perubahan perasaan dengan tiba-tiba. Mereka juga akan mengalami gejala psikosomatik seperti sakit-sakit badan dan otot, sakit kepala, lesu dan *fatigue*. Bagi korban kecelakaan atau perkosaan, mereka terasa sakit dibahagian yang diserang (pada vagina) atau kesakitan pada anggota yang mengalami kecelakaan.

Ketiga, **Fase Penyesuaian**, juga dikenal sebagai proses integrasi antara trauma dengan kehidupan sehari-hari. Individu tersebut tidak lagi memfokuskan kepada trauma yang dihadapi tetapi lebih berusaha menumpukan kepada kehidupan seperti sediakala walaupun terpaksa melalui beberapa proses penyesuaian. Penyesuaian yang perlu dihadapi bergantung kepada tahap kehilangan yang dihadapi. contoh: **Kasus pertama** Seorang individu kehilangan tangan sebelah kanan. Maka ada 7 aspek yang harus dilakukan yaitu: (1) Proses penyesuaian ialah, bagaimana hendak hidup dengan tangan kiri, (2) Apakah langkah atau rawatan yang akan dilalui; (3) Tempat rawatan/latihan menggunakan tangan kiri; (4) Siapa mahu dirujuk; (5) Penerimaan keluarga/pasangan; (6) Penerimaan majikan; (7) Penerimaan rakan sekerja. **Kasus kedua**, seseorang kehilangan harta benda/ rumah tempat tinggal. maka ada 5 aspek yang dapat dilakukan yaitu: (1) Proses penyesuaian tinggal dirumah transit (khemah/dewan/stadium dll); (2) Menerima hakikat kehilangan hartabenda dan tempat tinggal, (3) Kepada siapa hendak merujuk/meminta bantuan keperluan dasar untuk hidup ; (4) Pada masa kini bagaimana *korban* dapat melalui kehidupan tanpa dibayangi oleh pengalaman pahit yang menimpa, (5) Malah perubahan

tingkahlaku dan perasaan mereka juga kearah yang lebih positif dan adaptif.

Proses penyesuaian ini bergantung kepada personaliti, *self esteem* mereka disamping dukungan keluarga, pakar kesehatan, psikiatri, psikolog, kaunselor, ahli masyarakat yang memberi pertolongan terhadap trauma (*trauma care*) kepada mereka. Adakalanya *korban* tidak mendapat *trauma care* yang sepatutnya, tetapi mereka pulih dengan cepat karena personalitinya yang unggul seperti kemampuannya menghadapi berbagai cobaan dalam hidup dan penanggulangan *flashback* yang efektif. Sistem sokongan yang padu dari ahli keluarga dan rekan-rekan yang selalu mengingatkan tentang fokus kehidupan adalah sangat membantu. Fase penyesuaian mungkin tidak terjadi kepada *korban* dalam jangka masa yang singkat tetapi mengambil waktu lebih dari enam bulan bahkan ada yang bertahun. Fase ini dikatakan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), (American Psychiatric Association 1994)²⁴.

Menurut Tehrani (2004) respon trauma akan menjelaskan kekuatan trauma yang dialami agar tidak menjadi PTSD. Beliau menyatakan terdapat dua *barrier* yaitu : *Barrier satu*, bergantung kepada imunisasi trauma yang ada dalam diri seseorang yang terbina melalui kesediaan mental dan kekuatan seseorang berhadapan dengan kesusahan, cobaan dan halangan dalam hidup. Mungkin seseorang itu pernah mengalami peristiwa pahit atau kesusahan sebelum sesuatu peristiwa besar terjadi. Misalnya dalam hidup masyarakat nelayan di

²⁴ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: The Author

tepi pantai, mereka telah biasa melihat ombak besar, angin kencang dan air pasang. Apabila tragedi Tsunami terjadi mereka mudah melakukan penyesuaian apabila terjadi kemusnahan harta benda dalam hidupnya. *Barrier dua*, adalah PTSD dan akan berhasil jika seseorang telah berhasil melepas *barrier* 1. Semua bergantung kepada kekuatan personaliti, kemauan untuk pulih, keefektifan penanganan trauma, dukungan teman sekerja/sebaya, *debriefing* dan sesi kaunseling (Tehrani 2004)²⁵.

D. Konsep Penanganan Trauma

Pasca kejadian traumatik seperti: Bencana Alam, kekerasan, konflik, peperangan dan bentuk-bentuk penyiksaan yang terjadi pada fisik dan mental, akan meninggalkan dampak yang sangat besar dalam kehidupan manusia, karena ia dapat menyebabkan luka, dan trauma yang berkepanjangan seperti dampak perang, konflik, kerusuhan dan sebagainya. 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 hari-hari pasca berlakunya suatu peristiwa menyakitkan. Oleh karena itu, apabila sesuatu terjadi yang sifatnya sangat luar biasa, yang sukar dihubungi dengan akal sehat, maka pengendalian korban harus ditangani secara dua tahap yaitu; pada masa krisis dan pada masa trauma.

Caplan dalam Everly & Mitchell (1999), Intervensi krisis merupakan penanganan yang diberikan pada masa kecemasan untuk kesehatan jiwa, yang sasarannya adalah untuk: (1) mengurangi resiko

²⁵ Noreen Tehrani Opcit

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. Krisis boleh menetapkan spektrum dengan nyata dari situasi krisis yang nyaman dan tentram kepada kejadian trauma yang ekstrim sebagai gambaran²⁶.

D.1. Pada Masa Krisis

Caplan dalam Everly, G. S. (1999) menyatakan bahawa suatu krisis pada umumnya digambarkan sebagai satu keadaan yang mana perasaan dari individu tentang psikologi homeostasis diganggu oleh peristiwa kurang baik, atau yang paling penting penyebab terjadinya stress, mekanisme pengkawalan yang biasa digunakan oleh individu di masa lalu untuk membina kembali homeostasis, membuktikan hal tersebut kini tidak efektif. Kegagalan seseorang dalam strategi kawalan, biasanya seperti penyelesaian masalah dan berbagai mekanisme pertahanan ego yang sekarang meninggalkan individu di dalam suatu status ego yang dystonia (ketiadaan gaya, atau tegang otot) di mana merasa selalu diperhatikan atas kekurangannya, sifat mudah terluka, dan *dysphoria* (depresi yang disertai dengan kecemasan). Akan tetapi bagaimana pun juga krisis ini adalah suatu ancaman kepada kesehatan masyarakat²⁷.

Untuk itu, program mendesak yang dapat dilakukan adalah menyediakan system dukungan psikolog. Krisis boleh menetapkan

²⁶ Everly & Mitchell, (1999) *Critical Incident Stress Management (CISM); approach are discussed*. International Journal of Emergency Mental Health, 2: 135-140.

²⁷ Ibid

spetrum dengan nyata dari situasi krisis yang nyaman kepada krisis yang melampaui seperti gambaran oleh DSM-IV (APA, 1994) berikut ini: (1) 90% daripada warganegara Amerika menunjukkan suatu peristiwa traumatik seumur hidup mereka, (Breslau, et al., 1998)²⁸; (2) risiko keadaan PTSD 13% untuk wanita dan 6% untuk lelaki; (3) Angka peringkat orang bunuh diri kelihatan meningkat hampir lebih 63% pada tahun pertama sejak gempa bumi, peningkatan dari angka pertama 30%, 2 tahun setelah angin taupan, dan meningkat hampir 14%, 4 tahun setelah banjir (Krug, et al., 1998)²⁹; (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)³⁰; (6) pada tahun 1994 ruangan gawat darurat rumah sakit Amerika dilakukan lebih kurang 1.4 juta orang manusia untuk kerugian dari kekerasan antarbangsa, (Bureau of Justice Statistics, 1997 b); (7) pada tahun 1997 ada 304 tindakan daripada pengacau antarbangsa, satu - tiga di teruskan pada target Amerika; (8) di dalam suatu contoh pada Ahli pemadam api di bandar Amerika Syarikat, dijumpai bahwa hampir

²⁸ Breslau N, Kessler RC, Chilcoat Schultz LR, Davis GC, Andreski P. (1998) *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. Arch Gen psychiatry;55:626-32

²⁹ Krug, E.G., Kresnow, M., Peddicord, J., Dahlberg, L. (1998) *Suicide After Natural Disaster*. New England Journal of Medicine, 338, 373-378

³⁰ Backman, L., & Forsell, Y (1994) *Episodic Memory Functioning in a Community-Based Sample of Old Adults With Major Depression: Utilization of Cognitive Support*. Journal of Abnormal Psychology, 103, 361-370

32% ditaksir dengan gejala yang konsisten dengan suatu keputusan diagnosis PTSD. , (Beaton, Murphy, & Corneil, 1996)³¹.

Menurut Raphael, menyatakan bahwa, situasi krisis merupakan situasi 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 (kemalangan dan perang), (c) keganasan dan rusuhan, (d) kematian atau kehilangan orang yang dicintai, dll. Dalam situasi krisis, hal-hal yang paling mendasar terjadi dan akan dialami oleh korban adalah: (a) keperluan material dasar tidak dipenuhi akibat terputusnya rantai pengedaran, sulitnya pengangkutan, (b) kehilangan rasa aman, (c) berduka cita atas kematian dan kehilangan orang-orang terdekat, (d) berasingan 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 psikologi), (b) *Triage* (rancangan intervensi), dan (c) *Action* (tindakan).

³¹ Beaton, R., Murphy, S & Corneil, W (1996) *Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder Symptomatology in Professional Urban firefighter in two Countries*. Paper Presented at The International Congress of Occupational Health, Stockholm, Sweden.

(a). Psikological First Aid (Pertolongan Pertama Psikologis)

Pertolongan pertama yang dapat dilakukan untuk psikologi adalah memberikan rasa aman dan tempat perlindungan, termasuk rasa nyaman (menyelimuti, memberi minum, memeluk), penyatuan kembali dengan keluarga (bila berasingan 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 jejaring social yang dapat membantu dan member sokongan pada saat kejadian yang dapat dihubungi, apakah keluarga / rekan-rekan atau sesiapa sahaja yang pada saat kejadian itu ada bersamanya.

(b) Triage (Rancangan Intervensi)

Dalam hal ini ada tiga triage yang dapat dilakukan pada ABC impairment (gangguan ABC) yaitu: **Pertama pada triage I**, untuk *Arousal* (dengan merespon terhadap stimulus dari luar), kelompok risiko tinggi perlu perhatian lebih seperti remaja, kanak-kanak biasanya lebih terkejut, takut, gelisah, panik, dll. Pada *Behaviour* (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* (kesihatan fisik). *Risk factors* (penilaian faktor risiko).

Kedua, pada triage II, pertolongan yang dapat diberikan dalam ladders ini adalah: (1) pada *arousal* yaitu menenangkan, membantu bernafas, bantuan kecemasan, (2) pada *behaviour* yaitu memantau agar tetap tenang, memelihara situasi dalam *assesment*, dan

(3) pada *cognitive* yaitu memberi nasihat, menerangkan situasi dan apa yang sedang atau baru saja terjadi, perhatikan gangguan fisik yang mungkin dialami.

Ketiga, 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) petugas memeriksa 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 memburukkan keadaan survivor (gempa susulan, tsunami, longsor, epilepsi, serangan jantung, dll).

(c). Action

Dalam hal ini ada dua action yang dapat dilakukan yaitu: *Action I* adalah, untuk *Arousal* ialah menenangkan, membantu bernafas, bantuan darurat 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 memberi nasihat, menerangkan situasi, memperhatikan gangguan fisik yang mungkin dialami seperti amnesia, tremor, panik, maka disini yang harus dilakukan adalah menenangkannya.

Sedangkan dalam *action* II yang dapat dilakukan dalam tahap ini adalah: penilaian dan penyelenggaraan kesihatan mental, dengan melihat apakah survivor mengalami gangguan ABC atau tidak, dan sejauh mana bantuan rawatan dan pemulihan mental yang diperlukannya, siapa yang dapat melakukan, di mana bantuan dapat diperoleh, rawatan perobatan (bila diperlukan), meminimalisir faktor risiko tinggi untuk mencegah terjadinya penurunan keadaan survivor, dan kenali faktor-faktor risiko tinggi, yang dapat menyebabkan kesan buruk lebih banyak bagi survivor, sebisa mungkin kurangi atau hindarkan mereka dari dampak lainnya.

Ketika semakin banyak para profesional kesihatan mental di berangkatkan untuk melaksanakan tugas pengendalian kesihatan mental dalam keadaan darurat yang berkaitan dengan bencana akut, pernah sangat berhasil, karena petugas sangat efektif dalam penanganannya pada masa itu, disini latihan kusus sangat diperlukan karena berat ringannya masalah yang diderita survivor sangat bergantung pada keahlian dalam penanganan dari pihak professional dan petugas sosial. Intervensi kesihatan mental pada masa darurat sangat efektif dari pada psikoterapi tradisional. Koss dan Shiang (1994) menyatakan beberapa rumusan bahan yang disimpulkan dari para profesional kesihatan mental, tentang format intervensi psikologi yang ringkas untuk penanganan korban yang mengalami traumatic tanpa harus mengikuti latihan formal dan sering dilakukan oleh pekerja sosial. Penanganan ini dapat dilihat dari perbedaan antara pengendalian intervensi krisis dengan psikoterapi.³² Seperti contoh

³² Koss, M & Shiang, J (1994) *Research on Brief Psychotherapy*. In A. Bergin and S. Garfield (Eds). *Handbooks of Psychotherapy and*

dapat dilihat dari tabel di bawah, yang menjelaskan bahwa penanganan krisis itu dilakukan ketika korban baru mengalami peristiwa traumatik, yang pertolongannya dilakukan secepat mungkin, sedangkan terapi dilakukan sesuai dengan keperluan klien, boleh jadi menggunakan waktu yang lebih lama.

Tabel 2.1. 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, karena 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

D.2. Pada Masa Trauma

Konsep pengendalian korban pada masa trauma dan PTSD dapat dilakukan dengan berbagai cara, tergantung dari seberapa parah trauma yang diderita. NiMH (*National Institute of Mental Health*) Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) dapat diobati oleh seorang dokter atau petugas kesehatan mental profesional yang mempunyai pengalaman dalam merawat orang-orang dengan PTSD. Rawatan mungkin termasuk "berbicara" terapi, obat-obatan, atau kedua-duanya. Ada 3 cara yang sering dilakukan, yaitu: (1) Bimbingan Konseling, (2) Psikoterapi, dan (3) farmakoterapi³³.

a) Bimbingan dan Konseling

Pengendalian yang dilakukan dengan bimbingan kaunseling adalah pengendalian dimana kaunselor mengajak klien yang trauma untuk berbicara secara terbuka apa saja yang ia rasakan setelah peristiwa traumatic terjadi, dan kemudian memasukkan fikiran-fikiran positif yang rasional untuk mengubah persepsi yang ada pada klien dengan teknik kaunseling yang umum dilakukan, yaitu: (1) *Attending*, yaitu perilaku menghampiri klien yang merangkumi komponen kontak mata, bahasa tubuh, dan bahasa lisan yang dapat meningkatkan harga diri, mencipta suasana yang baik 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 pengalaman sebagai hasil pengamatan terhadap perilaku verbal

³³ National Institute of Mental Health (NIMH) (tt) *Post Traumatic Stress Disorder*, U.S. Department of Health and Human Services, national institutes of Health NIH Publication no. 08 6388

dan nonverbal; (4) *Eksplorasi*, merupakan teknik untuk menggali perasaan, pikiran, dan pengalaman pelanggan. Hal ini penting dilakukan karena banyak klien menyimpan rahasia batin, menutup diri, atau tidak mampu mengemukakan pendapatnya, sehingga ia 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) soalan terbuka (*Opened Question*), yaitu teknik untuk memancing klien mau berbicara mengungkapkan perasaan, pengalaman dan pemikirannya; (7) soalan tertutup (*Closed Question*), yaitu soalan yang digunakan biasanya dengan jawaban ringkas seperti ya atau tidak yang tujuannya untuk mengumpulkan informasi, 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 ..., ya ..., Lepas ..., terus Dan ... seterusnya; (9) Interpretasi, yaitu teknik untuk mengulas pemikiran, perasaan dan pengalaman pelanggan 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 pembicaraan semakin jelas.

b) Psikoterapi

Psikoterapi adalah perobatan didasarkan pada teknik berbicara dengan orang lain yang objektif, simpati dan tidak menghakimi. Dalam situasi seperti ini, untuk berbicara tentang apa saja isu yang kadang-kadang sangat menyakitkan atau tantangan hidup yang mungkin dilakukan, dengan berbagi masalah dan belajar lebih banyak tentang mereka, untuk mendapatkan kekuatan dan pemahaman yang mungkin dilakukan untuk menangani mereka secara lebih efektif dan mendapat kedudukan yang penting atas mereka.

Psikoterapis boleh menggunakan kombinasi teknik-teknik untuk menangani masalah-masalah seperti: Ketagihan, pengurangan marah, kecemasan dan depresi, perceraian dan hubungan berpecah belah, kelainan makan, masalah keuangan, kebaikan umum, rugi dan berkabung, kurangnya motivasi, harga diri yang rendah, 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 pengaturcaraan.

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 Programing (NLP)*

mengemukakan bagaimana *thought field therapy* (TFT) menjadi *emotional freedom technique* (EFT). Teknik EFT berbeda dengan *psikoterapy konvensional*, EFT berasumsi bahwa memang benar ingatan sadar atau tidak sadar tentang masa lalu dapat membangkitkan gangguan psikologi, 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 membongkar ingatan traumatik masa lalu yang bila ambil perhatian akan 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 kita dengan ketukan ringan (*tapping*), maka emosi negative yang kita rasakan akan hilang dengan sendirinya.

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 pelbagai penyakit). Ilmu yang dia kembangkan adalah yang disebut "*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 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 selepas individu mengalami atau melihat kejadian yang mengancam atau mematikan, cedera parah, kekerasan fisik pada individu atau lainnya, dan meresponnya dengan perasaan mendalam atau ketakutan, ketidakmampuan atau rasa takut. Diagnosis bertujuan untuk mengenali individu yang akan mengalami gangguan stress pasca-trauma. sebagaimana terjadi pada perang dunia pertama yang kemudian dikenali dengan istilah "*shell shock*", di mana ada kesamaan reaksi diantara para tentera yang menderita geger otak disebabkan letupan bom atau ranjau dan penderitaan mereka mempengaruhi sistem sarafnya. Orang awam juga dapat mengalami hal yang sama, Gangguan stress berat (*Acute Stress Disorder*) akan terlihat dalam masa yang singkat, individu akan memperlihatkan gejala gangguan stress pasca trauma (*post-Traumatic stress disorder*) selepas trauma berlaku.

Gejala / symptom untuk mendiagnosis gejala ASD (*Acute stress disorder*), gejala berlangsung minimal dua hari sampai 4 minggu selama satu bulan pasca trauma berlaku. seseorang bisa digambarkan memiliki gejala ASD jika gejala gangguan mental lain tidak bisa menjelaskan gejala yang dialami. 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) ketidakmampuan mengingat kejadian / trauma, (6) meningkatnya kecemasan dan kesulitan tetap terjaga atau susah tidur, (7) kesulitan merasakan kenikmatan, (8) pengulangan rasa mengalami kejadian dengan pencitraan atau fikiran, mimpi, ilusi, kilas balik, (9) selalu menghindar dari tekanan fikiran, emosi, perbincangan, keramaian yang mengingatkannya pada trauma, (10) merasakan stress dengan fungsi-fungsi; social dan kemahiran yang berpasangan dengan afeksi kemampuan pesakit, dalam soalan dan keperluan rawatan.

Rawatan yang mungkin dilakukan adalah *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) adalah rawatan yang sangat cocok untuk ASD. Therapy ini mempunyai dua komponen: *pertama*, menolong mengubah pola pikir, atau pemikiran yang ada setelah peristiwa trauma. *Kedua*, coba mengurangkan situasi kecemasan dalam keadaan yang mengundang. CBT tidak hanya menahan gejala dari ASD, tapi juga mencegah seseorang dari gejala PTSD. Seseorang yang didiagnosa memiliki ASD juga mempunyai potensi PTSD akan tetapi setelah melalui CBT kemungkinan akan mengecil menjadi 20%. Konsultasi Psikologi dan Kelompok pengurus kecemasan adalah bentuk lain yang termasuk dalam terapi. dalam perundingan psikologi akan melibatkan terapi berjangka seteah trauma dan individu dapat "membicarakan semuanya". Dalam Kelompok Pengurus kecemasan, orang-orang berbagi bagaimana cara melawan kecemasan bersama. bagaimanapun kedua terapi tersebut telah terbukti tidak efektif untuk rawatan ASD .

a) Farmakoterapi

Pengobatan dengan farmakoterapi adalah rawatan yang dilakukan dengan memberi obat-obatan seperti obat anti-depressants kepada pesakit, karena dapat mengurangi kecemasan, depresi, dan insomnia yang sering dialami oleh orang dengan PTSD, dan dalam beberapa kasus, mereka dapat membantu meringankan penderitaan mati rasa dan emosional yang disebabkan oleh kenangan traumatis. Beberapa jenis obat-obatan anti depresi telah memberikan sumbangan terhadap perbaikan di sebahagian besar pesakit (tetapi tidak semua) uji klinis. FDA telah menyetujui dua obat, *paroxetine* dan *sertraline*, untuk digunakan dalam rawatan PTSD. Meskipun tidak ada obat yang telah terbukti untuk menyembuhkan PTSD, yang jelas dapat mengurangi gejala korban setelah menyertai dalam psikoterapi.

Sedangkan menurut Siti Taniza Toha (2007) menyatakan bahwa, untuk penanganan trauma ada beberapa cara yang dapat digunakan yaitu: (1) Peran Teman Sebaya dan ahli keluarga yang tidak mengalami bencana; (2) Konseling; (3) Perobatan Medis³⁴.

(1). Peran Teman Sebaya Dan Sanak Saudara Yang Tidak Mengalami Bencana.

Teman sebaya dan sanak saudara merupakan orang yang paling dekat dengan korban, sehingga setiap saat dapat melakukan perhatian yang lebih dalam membantu menurunkan perasaan cemas dengan cara menyapa, membantu mengingatkan bahwa mereka masih dihargai dan diperlukan di dalam masyarakat, serta menyatakan bahwa

³⁴ Siri 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 1.84-1:16

tragedi suatu itu merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam hidupnya, walaupun demikian responden tetap merasa sedih dan terbayang-bayang tentang kejadian tentang tragedi itu apabila melihat kesan dan tanda-tanda peninggalan harta miliknya setiap kali melalui kawasan tragedi tersebut. Pada saat itulah peran teman sebaya dan sanak saudara dibutuhkan untuk mengurus terjadinya *flashback* pada responden disamping "*grounding technique*" untuk fokus kepada kehidupan yang nyata. Contohnya lontarkan pemikiran mereka tentang tugas dan fungsi: (1) sebagai seorang guru, (2) sebagai seorang anak, (3) bagaimana meneruskan kehidupan dengan serba kekurangan, (4) bagaimana menjaga kesehatan, dan (5) bagaimana untuk mengekalkan kecerdasan dan keberhasilan yang telah dicapai.

Dalam penanganan ini korban harus dibimbing supaya dapat cepat mengalami proses penyesuaian antara trauma dan kehidupan seharian, atau pun mereka mungkin ada yang memerlukan bantuan kemudahan dasar dan keunagan untuk meneruskan kehidupan. Hal ini akan dirujuk kepada badan-badan yang memberi bantuan sosial menyangkut keperluan dasar. Bantuan akan membantu korban meredakan tekanan kepada yang paling minimum. Kemudian juga membantu korban meningkatkan kekuatan *self esteem* dan personaliti dengan mendampingi mereka, serta beri dukungan dari sanak keluarga untuk membantu mereka cepat pulih ke fase integrasi. Jika semua keluarga mengalami trauma, maka pemulihan harus diberi kepada semua anggota keluarga. Terapi bantuan dan sokongan daripada psikolog dan kaunselor adalah diperlukan (mendampingi).

(2) Intervensi dan Kaunseling

Dalam intervensi konseling, Mat Saat Baki dan Noreen Tehrani (2004) menyatakan yang perlu dilakukan terhadap korban ialah: **Pertama**, melakukan debriefing secepat dan sekerap mungkin setelah kejadian trauma berlaku (secepat mungkin hingga beberapa minggu). Hal ini sangat sesuai dilakukan pada kejadian *mass traumatic* (30-100 orang-bergantung tempat) yang dilakukan selama 30 minit hingga 1 jam dalam empat peringkat yaitu; Peringkat 1- penjelajahan dan penjelasan berkaitan tragedi. Peringkat ke 2- penjelajahan dan penerangan dari penguasa tempatan berkaitan tragedi dan bantuan. Peringkat ketiga-menceritakan tentang dampak dan simptom tragedi dan trauma. Peringkat keempat-memberi bantuan dan bimbingan mengurangkan stres dan trauma (*cooping mekanisme*). Ini merupakan *debriefing* bulan pertama dalam tatacara untuk *trauma care* dan dia tidak berdiri dengan sendirinya³⁵.

Kedua, melakukan proses defusi (kelompok kecil-10 orang). Defusi adalah proses psikologikal dan pendidikan (pengembangan) Ia dilakukan bagi memberi ruang diskusi secara struktur di kalangan korban dan kaunselor/moderator. Ia bukan psikoterapi atau sesi kaunseling. Diskusi akan menceritakan tentang pengalaman dan reaksi emosi secara berbagi pengalaman sesama ahli. Defusi dapat dilakukan secepat mungkin antara jarak masa kejadian 8 hingga 24 jam, juga dapat dilakukan selama sejam secara berstruktur. Aktivitasnya juga merupakan lanjutan dari *debriefing*. Kedua-duanya sangat sesuai dilakukan karena klien masih dalam keadaan terkejut dan gugup, mereka memerlukan fakta dan informasi berkaitan tragedi dan apa

³⁵ Noreen Tehrani Opcit

yang harus dilakukan adalah: Berikan pengetahuan kepada *korban* tentang trauma (ceramah, bahan bacaan, brosur dll); Aktivitas "*Play Therapy*"; "*Expressive Art Therapy*"; "*Sand Therapy*"; Bertemu kaunselor/psikiatri (sesi kaunseling individu atau kelompok).

Sesi kaunseling adalah sangat relevan apabila klien telah mengalami tragedi selama dua minggu hingga satu bulan. Bagaimanapun jika klien sudah bersedia, sesi kaunseling dapat dilakukan pada kapan saja tanpa paksaan; Melakukan pemeriksaan perubatan; Ajarkan kepada korban tentang Senaman/ riadah dan releksasi; Ajarkan kepada klien pemakanan yang seimbang (semasa stres elakkan memberi (bantuan makanan) minuman berkafein, banyakan makan serat, sayur-sayuran, bijirin dan buah-buahan) makanan ini boleh mengurangkan stress, alahan dan menjadi pelawas; Rapatkan hubungan kekeluargaan; Terapi sokongan dari ahli komuniti; Lawatan oleh ahli-ahli komuniti yang tidak mengalami bencana; Rujuk klien kepada badan-badan/kerajaan tempatan untuk mendapatkan dana atau keperluan asas untuk membina semula kehidupan.

Ketiga, implikasi kepada unit pelaksana pada organisasi kaunseling yang harus dilakukan adalah: Proaktif terhadap *Trauma care* dan pengurus trauma; perencanaan jangka pendek dan jangka panjang terhadap *trauma care* (*team work*); Mengadakan latihan kepada kaunselor-kaunselor untuk kemahiran kaunseling pasca trauma (penggunaan psikoterapi yang sesuai); Peningkatan ilmu hubungan menolong dan pengurusan trauma; Proses kaunseling individu atau kelompok (kreativiti); Networking dengan profesional yang terlibat dengan *trauma care*; Menerbitkan bahan-bahan bacaan

berkaitan dengan stress dan trauma; Membina modul-modul trauma care dan pemulihan pasca trauma.

Keempat, mengenali fase-fase trauma hingga PTSD. Kaunselor-kaunselor dan ahli psikologi sekolah belum ada, maka guru-BK dan Agama harus memahami fase-fase trauma dari peringkat awal kejadian hinggalah PTSD dan acute PTSD. Pasca trauma dapat dirawat oleh kaunselor dan psikolog tetapi bagi PTSD dan acute PTSD harus dirawat oleh psikiatris. Klien memerlukan obat-obatan bagi kesetabilan emosi, pemikiran dan tingkah laku. Ada rawatan yang memakan waktu hingga 6-12 bulan dan bagi acute PTSD sehingga 12-24 bulan (Foa et al, 1999 dalam Daley C.D, 2001). Setengahnya memerlukan lebih lama lagi.

Pada tahap tersebut klien memerlukan : *Stress Inoculating Training* (SIT). SIT ialah untuk mengurangi rasa bersalah, mengurangi kenangan, kawalan diri, mengurangi perasaan negatif, kesedihan dan kemurungan. SIT menggunakan model behavioral. Intervensi latihan ini menekankan 3 domain dalam *anxiety: psychological symptom, behaviour and cognition*; Kombinasi teknik pernafasan,relaksasi otot dan penurunan pemikiran yang herot berot serta kebimbangan yang melampau; Mengenali dan mengingat apa yang terjadi dan menanamkan keinginan hendak pulih; Dicapadangkan sebanyak 9 sesi. Selepas 9 sesi, teruskan dengan *prolonged exposure*.

Pada tahap *Prolonged Exposure*. Kaunselor, psikolog klinis dan terapis dapat melakukan rawatan ini. Caranya ialah sesi intensif mengingat kembali (*re-enactment*), disini meminta klien memejamkan mata untuk mengingat kembali peristiwa trauma secara

terperinci seperti ia sedang terjadi. Terapis bertindak menyokong dan direktif serta memahami ketakutan yang dikatakan oleh klien. Dengan bantuan secara konfron ingatan, terhadap tragedi dan trauma, klien akan merasai secara sadar, mampu mengawal dan menintegrasikan trauma dalam kehidupan sehari-hari dengan cara *recall* ini tanpa merendahkan emosi klien yang sebelum ini memporak porandakan kehidupannya.

Langkah ini dinamakan sebagai *Exposure-based treatment*. Cara ini menggunakan pengalaman kembali akan menghasilkan keputusan yang sangat dramatic, setelah diulang-ulang secara sistematik dalam beberapa sesi, pengalaman ngeri akan terhapus dan menjadi satu pengalaman biasa. Hal ini karena terapis memberi focus untuk memberanikan klien mencurahkan semula emosi yang penuh dengan kesedihan, ketakutan dan kebimbangan secara direktif. Penanganan emosi ini adalah satu penghargaan bukan suatu pelarian atau coba tidak menghargai pengalaman hidup klien (Barlow 1998).

3). Rawatan Pengobatan

Dalam rawatan menggunakan obat-obatan digunakan untuk menyembuhkan elemen-elemen utama PTSD dan merawat kecelaruan morbid oleh psikiatrik. Rawatan ini digunakan apabila cara psikoterapi tidak berhasil menyembuhkan klien atau digunakan apabila trauma diperingkat *servere dan moderate* atau sudah ada tanda-tanda kecelaruan (*disorder*). obat yang paling awal diberikan ialah *antidepressant* untuk mengurangkan *mood swing*. Pemberian obat-obatan akan berupaya mengurangkan kemurungan, tingkah laku agresif dan pemikiran yang yangtak menentu (*Mood stabilizer*).

Sebagai seorang kaunselor harus juga memahami fungsi dan kesan sampingan obat yang digunakan oleh klien untuk rujukan dan catatan. Contohnya seperti: *Valporic acid*, *Lithium*, *Tricyclic antidepressant*, *Nefazodone*, *Venlafaxinet*.

Kaunselor harus juga mengetahui kesan sampingan obat-obatan terhadap klien supaya psychoterapi selanjutnya dapat disesuaikan. Misalnya jika klien mengalami rasa mengantuk, mencret, gastric atau dunggu. *Psychoterapy* dapat membantu untuk melatih dan penyesuaian badan menerima obat-obatan tersebut. Ada kalanya harus ditukar karena klien mengalami kesan sampingan yang membahayakan. Rujuk atau bawa klien menemui psikiatrik untuk menyatakan tentang kesan sampingan dari obat yang digunakan.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

A. Metode Kajian

Kajian ini dilakukan menggunakan metode survey dengan menggunakan questioner trauma check list, yaitu *Trauma Symptom Inventory (Biere 1995)*, yang telah diadaptasi oleh peneliti pada tahun 2011 dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya pada sekelompok mahasiswa Dakwah IAIN di Kota Banda Aceh. Questioner ini terdiri 2 skala yaitu: validiti skala denan indicator ATR, RL dan INC; klinikal skala yang terdiri dari 4 dimensi yaitu (1) *Dysphoric Mood*, terdiri dari tiga indicator yaitu: AA, D dan AI; (2) *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dengan indicator IE, DA dan DIS; (3) *Dysfunction Sexualden SC dan DSB*, dan (4) *Self Dysfunction* dengan indicator ISR dan TRB³⁶.

B. Objek dan Subjek

Objek dalam kajian ini ada lima yaitu pertama, dampak, tingkat, perbedaan korelasi dan pengaruh trauma yang dialami Guru Bimbingan dan Kaunseling serta Guru Agama yang ada di SLTA Kota Banda Aceh, maka subjek dalam penelitian ini adalah guru Bimbingan dan Kaunseling serta guru Agama di SLTA yang ada di wilayah Kota Banda Aceh.

³⁶ Briere. J (1995) *Trauma Symptom Inventory*, USA: Psychological Assessment Resource Inc.

C. Teknik Pemilihan Responden

Teknik pemilihan responden adalah dengan cara purposif dimana dipilih sesuai dengan tujuan dan karakteristik penelitian yaitu Guru-guru yang dipilih sebagai responden adalah guru Bimbingan dan Kaunseling serta Guru Agama di kalangan SLTA yang mengalami peristiwa gempa dan tsunami pada tanggal 26 Desember Tahun 2004 di Kota Banda Aceh, dengan karakteristiknya antara lain dapat berupa: (1) mengalami gempa, (2) rumah mengalami kerusakan, (3) terkena tsunami, (4) kehilangan salah satu keluarga, (5) sering merasa ketakutan.

D. Instrumen Kajian

Untuk mendapatkan data tentang trauma guru Bimbingan dan Kaunseling serta guru Agama dalam kalangan SLTA di Kota Banda Aceh yang menjadi korban dalam gempa tsunami, peneliti menggunakan instrumen kajian standar, yang telah di populerkan oleh Briere (1995). Instrumen tersebut adalah TSI (*Trauma Symptom Inventory*) yang tujuannya adalah untuk mengukur *Symptomatology Post-Traumatic* kronik dan akut untuk umur 18 tahun ke atas dan juga dirancang untuk mengukur tekanan *post-traumatic disorder (PTSD)* dan konsekuensi psikologi lain tentang peristiwa traumatik, seperti dampak perkosaan, penyalahgunaan narkoba, serangan fisik, pertempuran, kecelakaan, dan bencana alam yang di alami. Alat kajian TSI tersebut merupakan bahan mudah untuk mengukur dua skala trauma yaitu:

Pertama Skala validitas adalah skala untuk mengukur respons responden terkait kecenderungan menyangkal sesuatu hal yang didukung atau tidak didukung oleh orang banyak, juga untuk

mengukur response yang tidak biasa dimunculkan dan tidak konsisten pada jawaban-jawaban yang berpasangan, semakin tinggi responnya maka semakin tinggi tingkat traumanya. Skala ini memiliki tiga indikator, yaitu: (1) *Atypical response* (ATR), *Response Level* (RL), *Inconsistent Response* (INC). Untuk jelasnya lihat tabel 1 dibawah.

Tabel 3.1. Instrumen kajian TSI, untuk Aspek Pengukuran Skala Validitas dan No pertanyaannya.

No	Instrumen TSI	Aspek Pengukuran	Item TSI	No Soalan 1-100
1	Validitas i Skala	1. Kecenderungan Menyangkal Sesuatu yang didukung dan ditolak orang banyak.	ATR	21, 43, 60, 65, 79, 82, 86, 92, 96, 99
		2. Respon tidak tidak biasa	RL	3, 5, 7, 11, 14, 27, 31, 49, 53, 56.
		3. Tingkat Konsistensi Jawaban berpasangan	INC	(5/15),(8/62),(14/17), (23/67), (30/90), (51/54), (52/68), (62/66), (64/100), (84/85).

Keterangan: *Atypical Response*(ATR), *Response Level*(RL), *Inconsistent Response*(INC).

Kedua, skala klinikal adalah skala untuk mengukur respon dari responden terkait perilaku yang sangat kritis sehingga harus ditangani segera mungkin. Skala ini terbagi empat dimensi yaitu: (1) *Dysphoric mood*, terdiri dari tiga indikator yaitu *Anxious Aurosal(AA)*, *Depression (D)*, *Anger Irritability(AI)*; (2) *Post Traumatic tress Disorder (PTSD)* terdiri dari tiga indikator yaitu *Intrusive Experinces (IE)*, *Devensive Avoidance (DA)*, *Dissociation (DIS)*; (3) *Sexual Dysfunction* terdiri dari dua indikator yaitu *Sexual Conserns (SC)*, *Dysfunctional Sexual Behavior (DSB)* dan (4) *Self Dysfunction* terdiri dari dua indikator yaitu *Infaired Self Reference (ISR)*, *Tension Reduction Behavior (TRB)*. Dan juga ada 12 pertanyaa kritikal untuk mengetahui secara jelas perilaku yang harus mendapatkan pertolongan segera yaitu pertanyaan no 19, 25, 28, 30, 40, 48, 50, 58, 65, 90, 92, 99. Untuk lebih jelas lihat tabel bawah ini.

Tabel 3.2: Intrumen TSI, Aspek Pengukuran gejala Klinis dan No Pertanyaan questioner berdasarkan dimensi masing-masing

N o	Intrum en TSI	Aspek Pengukuran	Item TSI	No Soalan 1-100
Clinic al Scala		1. Dysphoric mood	AA	22, 27, 31, 41, 51, 54, 91, 97
			D	7, 13, 17, 30, 64, 90, 98, 100
			AI	3, 15, 34, 35, 37, 45, 57, 63, 93
		2. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)	IE	1, 8, 12, 62, 66, 70, 72, 74.
			DA	2, 4, 23, 59, 67, 83, 87, 89.
			DIS	10, 20, 26, 29, 38, 42, 84, 85, 88
		3. Sexual Dysfunction	SC	9, 33, 39, 47, 52, 61, 68, 77, 96.
			DSB	18, 28, 36, 46, 69, 71, 73, 76, 81
		4. Self Dysfunction	ISR	6, 16, 24, 32, 44, 55, 75, 80
			TRB	25, 35, 36, 45, 46, 48, 69, 78

Keterangan: *Anxious Aurosal(AA)*, *Depression(D)*, *Anger Irritability(AI)*, *Intrusive Experinces(IE)*, *Devensive Avoidance(DA)*, *Dissociation(DIS)*, *Sexual Conserns(SC)*, *Dysfunctional Sexual Behavior(DSB)*, *Infaired Self Reference(ISR)*, *Tension Reduction Behavior(TRB)*.

E. Profil Responden

Questioner ini diedarkan kepada guru Agama dan guru Bk sebanyak 141 set pada 47 SLTA, namun yang kembali hanya 107 set dari 36 SLTA di Seluruh Kota Banda Aceh.

Tabel 3.3. Profil responden dilihat dari umur dan jumlah orang

No	Responden Berdasar Umur	Frekuensi	Persentase %
1	28 tahun	2	1.8
2	29 tahun	2	1.8
3	30 Tahun	6	5.7
4	31 Tahun	6	5.7
5	32 Tahun	8	7.6
6	33 Tahun	2	1.8
7	34 tahun	8	7.6
8	35 tahun	9	8.5
9	36 Tahun	3	2.9
10	37 tahun	2	1.8
11	39 tahun	9	8.5
12	40 tahun	7	6.6
13	41 tahun	3	2.9
14	42 tahun	4	3.7
15	43 tahun	4	3.7
16	44 tahun	1	0.9
17	45 tahun	5	4.7
18	46 tahun	3	2.8

19	47 tahun	3	2.8
20	48 tahun	1	0.9
21	49 tahun	1	0.9
22	50 tahun	1	0.9
23	51 tahun	1	0.9
24	52 tahun	2	1.8
25	53 tahun	5	4.7
26	54 tahun	2	1.8
27	55 tahun	2	1.8
28	56 tahun	1	0.9
29	57 tahun	1	0.9
30	58 tahun	2	1.8
31	59 tahun	1	0.9
	Total	107	100

Responden ini berasal dari 36 Sekolah Menengah Lanjutan Atas (SLTA) yang terdiri dari guru agama dan guru bimbingan dan konseling di Kota Banda Aceh, yang secara keseluruhan sangat beragam dilihat dari usia, untuk lebih jelas lihat table yang dalam deskripsinya memperlihatkan bahwa rentang usia yang paling dominan adalah usia 30- 40 tahun, baik itu perempuan maupun laki-laki, baik guru Agama maupun guru BK.

F. Teknik Analisis Data Penelitian

Prosedur analisis kajian, peneliti menggunakan perisian *SPSS versi .0 for Windows (Statistical Packages for Social Sciences)* yang interaktif untuk menganalisis data kajian yang telah diperoleh. Semua data yang diperoleh dari subjek penelitian akan dianalisis dengan menggunakan statistik.

F.1. Analisis Deskriptif

Statistik Deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan data secara menyeluruh tentang profil responden seperti yang tertera dalam tabel di atas. Statistik deskriptif bertujuan memaparkan perihal data yang diperoleh secara frekuensi dan persentase yang dapat menggambarkan taburan data yang diperoleh dengan lebih jelas.

F.2. Analisis Inferensi

Analisis inferensi digunakan sebagai analisis lanjutan dari analisis deskriptif untuk mendapatkan penganalisaan lebih saintifik dalam melihat hubungan dengan jelas di antara dua jenis variabel bebas dan terikat. Variabel bebas dalam konteks kajian ini ialah Trauma dalam kalangan guru BK dan Guru Agama yang mengajar di SLTA Kota Banda Aceh. Sedangkan variabel terikat adalah tempat Sekolah, sumber trauma. Selain itu, faktor demografi merupakan variabel penyederhana. Statistik inferens melibatkan analisis korelasi Pearson, Anova, arah signifikan telah ditentukan pada aras 0.05 ($p < 0.05$) untuk menerima atau menolak hipotesis-hipotesis nol.

F.3. Konsep Alfa Cronbach

Alat ukur yang digunakan adalah alat ukur yang telah diuji reliabelitas dan validitasnya yang dianalisis dengan menggunakan konsep *alpha Cronbach* dengan penganalisan statistik SPSS versi 13.00. Nilai kepercayaan alpha Cronbach adalah antara 0.00 hingga 1.00. Menurut Nunnally (1978), sekiranya indeks reliabilitasnya (alpha Cronbach) melebihi 0.70 berarti alat ukur tersebut dapat digunakan.

1. Konsep Korelasi Pearson

Keapsahan alat ukur yang digunakan bertujuan untuk melihat sejauh manakah *questioner* itu mengukur apa yang sepatutnya diukur. Keapsahan ini dapat diuji melalui korelasi di antara item dan jumlah skor yang bersangkutan. Ini dapat dilakukan melalui konsep korelasi Pearson (Wiersma 1991; Anastasia dan Urbina 1997)³⁷. Menurut pendapat McLeod (1994) dan Yahaya (2001) perkalian korelasi adalah sesuatu rangkaian yang dapat menunjukkan darajat hubungan antara variabel yaitu hubungan secara positif, negatif atau tidak berhubungan sama sekali. Hubungan di antara kedua-dua variabel itu pula dapat merupakan korelasi yang kuat, pertengahan atau lemah berdasarkan nilai pekalian yang diperoleh melalui pengiraan.

Alias Baba (1999) menjelaskan, pekalian korelasi Pearson adalah sesuai digunakan jika data yang digunakan berbentuk sama dan kaitan antara kedua variabel adalah linear. Untuk mengetahui kekuatan hubungan di antara dua variabel dengan nilai pekalian korelasi $r = 1$, sedangkan perkalian r yang tidak menunjukkan hubungan $r = 0$. Kekuatan perkalian berdasarkan objek kajian bernomor antara -1.0 hingga +1.0 (Miller 1991). Perkalian antara variabel ini ditafsirkan berdasarkan indeks yang dibentuk oleh Davis (1971), yang menjadi rujukan dalam kajian ini untuk menerangkan hubungan bagi nilai 'r'. Nilai korelasi yang berbeda memberi makna yang berbeda pula, begtu juga kesahan *questioner* dan alat ukur³⁸.

³⁷ Wiersma, W. (2000). *Research in education: An Introduction*. Boston: Allyn and

³⁸ Alias Baba (1992) *Statistic Penyelidikan Dalam Pendidikan dan Sains Sosial*, Bangi: Universiti Kebangsaan Malaysia

Selain daripada itu doktor menyatakan nilai korelasi ditunjukkan dalam tabel 3.10 dibawah ini.

Tabel 3.4 Kekuatan nilai Perkalian Korelasi

No	Pekali Korelasi r	Kekuatan korelasi
1	0.91 hingga 1.00 atau - 0.91 hingga -1.00	Sangat kuat
2	0.71 hingga 0.90 atau - 0.71 hingga -0.90	Kuat
3	0.51 hingga 0.70 atau - 0.51 hingga -0.70	Sederhana
4	0.31 hingga 0.50 atau - 0.31 hingga -0.50	Lemah
5	0.01 hingga 0.30 atau - 0.01 hingga -0.30	Sangat lemah
6	0.00	Tiada korelasi

2. Ujian -t

Ujian -t digunakan untuk mengetahui perbezaan di antara skor-skor min yang melibatkan satu variabel bebas. Analisis Ujian-t membenarkan pengujian perbezaan min dilakukan terhadap variabel bersandar berdasarkan data dari dua kelompok secara serentak.

3. Anova

Anova digunakan untuk mengetahui perbezaan di antara skor-skor min yang melibatkan satu variabel bebas. Analisis ANOVA membenarkan pengujian perbezaan min dilakukan terhadap variabel bersandar berdasarkan faktor yang lebih dari dua kelompok secara serentak. Untuk mengetahui pasangan kelompok manakah yang sebenarnya berbeza secara signifikan maka ujian *Post-Hoc* ANOVA dilaksanakan jika terdapat perbezaan min.

4. Analisis Regresi

Heys (1981) menegaskan konsep regresi memudahkan analisis karena ia dapat mengira hubungan serentak antara variabel bersandar dan semua variabel bebas yang lain³⁹. Borg & Gall (1983) dan Alias Baba (1992) menyatakan bahwa teknik regresi berganda adalah satu teknik yang digunakan untuk menentukan hubungan linear antara variabel bebas dengan variabel bersandar. Oleh karena itu variabel bebas harus ditentukan terlebih dahulu sebagai variabel peramal, karena kadangkala terdapat banyak variabel bebas yang kecil adalah diperlukan untuk meramal variabel bersandar dengan efektif disamping mengurangkan kos, masa dan tenaga penyelidikan (Mohd Majid 1990)⁴⁰. Dalam konteks kajian ini, analisis regresi berganda (*Stepwise*) digunakan untuk menguji hipotesis 4 (Ha.4) yaitu untuk menguji variabel yang dapat menjadi peramal terbaik dalam menentukan keperluan kepada guru BK dan Agama yang menjadi responden dan dikategorikan sebagai korban di Aceh. Selain itu analisis regresi berganda (*Stepwise*) digunakan untuk membuat ramalan linear antara variabel bebas terhadap bersandar. Konsep regresi berganda berupaya melihat sumbangan tempat, sumber trauma terhadap tahap trauma yang dialami guru BK dan guru Agama. Kategori variabel bebas yang tidak memberi sumbangan signifikan pada aras keyakinan 0.05 akan disingkirkan daripada model. Secara langsung melalui konsep regresi berganda akan muncul faktor peramal yang kuat untuk mewujudkan unit pelaksanaan kaunseling urgen di Aceh.

³⁹ Heys, W.L (1981) *Statistic For Psychologist*, New York: Holt, Reinhart & winston Inc

⁴⁰ Mohd Majid Konting (1990) *Kaedah Penyelidikan Pendidikan*, Kuala Lumpur: Dewan Bahasa dan Pustaka

BAB IV

DESKRIPSI DATA DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Data Hasil Kajian

Deskripsi data di bawah ini merupakan hasil dari ujian 4 rumusan hipotesis yang dibagi kedalam dua keputusan yaitu: deskriptif dan keputusan inferensi ke atas 2 skala *Trauma Symptom Inventori* (TSI) yaitu: Pertama, keputusan skala validity yang terdiri dari 3 indikator ATR, RL dan INC. Kedua, skala klinikal yang merangkumi 4 dimensi yaitu: (1) *Dysphoric Mood*, (2) *PTSD*, (3) *Sexual Dysfunction*, dan (4) *Self Dysfunction*.

A.1 Deskripsi Hasil Rumusan Hipotesis (Ho.1&Ha.1)

Rumusan hipotesis nol (Ho.1) yang menyatakan bahwa gempa dan tsunami yang terjadi pada tgl 26 Desember 2004 tidak berdampak trauma kepada guru BK dan Agama. Sedangkan hipotesis alternative (Ha.1) menyatakan bahwa gempa dan tsunami yang terjadi pada tgl 26 Desember 2004 telah berdampak trauma kepada guru BK dan Agama. Untuk menjawab hipotesis ini peneliti melakukan ujian deskriptif dan ujian inferensi respon atas skala *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yaitu skala validity indicator ATR, RL dan INC.

A.1.2 Hasil Keputusan Deskriptif

Keputusan deskriptif ini terdiri dari profil responden, tahap respon skala validity pada indicator : *Atypical Response* (ATR), *Response Level* (RL dan *Inconsistent* (INC) dalam kalangan Guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama pada Sekolah Menengah yang menjadi konselor sekolah pada 9 kecamatan di Kota Banda Aceh sebagai wilayah yang terkena tsunami paling dahsyat.

A.1.2.1. Profil Responden

Secara deskriptif profil responden dilihat dari umur rata-rata berada pada umur 30 tahun keatas. Sedangkan dilihat dari segi jenis kelamin maka dapat dikatakan perempuan lebih banyak yaitu 76 orang (72.4%) dibandingkan laki-laki yaitu berjumlah 29 orang (27.6%), jadi jumlah responden guru BK dan Agama berjumlah 105 orang dari 29 sekolah yang terdiri dari 3 responden pada 29 sekolah dan terdiri dari 2 responden pada 8 Sekolah. Untuk lebih jelas dapat dilihat dalam tabel 4.1 di bawah ini yaitu:

Tabel 4.1 Profil Responden

Aspek	Jumlah Responden	Bilangan	Persentase (%)
Umur		> 30 thn	100
29 Sekolah	3 Responden	87	82.9
8 Sekolah	2 Responden	16	17.1
2 sekolah	1 Responden		
Jenis kelamin	Perempuan	76 orang	72.4
	Laki-laki	29 orang	27.6
Wilayah:			
1 Kec. Meraxa	SMA AL-Misbah SMAN 1 Banda Aceh SMA N 6 Banda Aceh	3 sekolah	7.7
2.Ulee Kareng	SMKN 5 Telkom Banda Aceh SMA Bukesra	3sekolah	7.7
3.Syiah kuala	SMA N 16 Banda Aceh SMA Laboratorium Unsyiah SMA N 5 BANDA ACEH	2sekolah	5.2
4.Banda Raya	SMKN 1 Banda Aceh SMA N 9 Banda Aceh SMA Fatih Bilingual School SMk N 3 Banda Aceh SMKN 2 Banda Aceh	5 sekolah	13.2
5.Lueng bata	SMA Ulumul Qur'an	2 Sekolah	5.2

	Banda Aceh		
	SMA N 11 Banda Aceh		
6.Kuta Alam		13	34.1
	SMAN 3 Banda Aceh	Sekolah	
	SMA N 12 Banda Aceh		
	SMALB YPAC Banda Aceh		
	MAS Darul Ulum		
	SMA N8 Banda Aceh		
	SMA Safiatuddin Banda Aceh		
	SMA Insafuddin		
	SMA Granada PGRI		
	SMA N 2 Banda Aceh		
	SMK N 4 Banda Aceh		
	SMA N 4 Banda Aceh		
	MAN Model		
7.Jaya Baru	SMA N 15 Banda Aceh		
	MAN 2 Banda Aceh	2 Sekolah	5.2
	SMA N 7 Banda Aceh		
8.Kuta Raja	MA Darussyariah	2 Sekolah	5.2
	SMA N 13 Banda Aceh		
9.Baiturrahman	SMA LB-YPPC Banda Aceh	6 Sekolah	16.5
	SMA KARTIKA XIV-1 Banda Aceh		
	SMA 10 Fajar Harapan		
	SMK Muhammadiyah Banda Aceh		
	SMK Farmasi Cut Mutia		
	SMA Muhammadiyah Banda Aceh		
Total		38	100

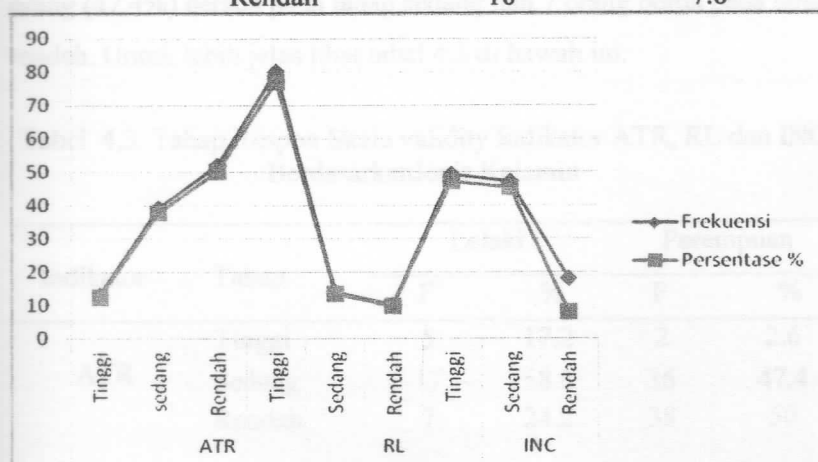
A.1.2.2. Deskriptif Tingkat Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan

Berdasarkan hasil keputusan kajian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat respon skala validity indicator ATR adalah sebanyak 13 responden (12.5%) berada pada tingkat tinggi dan sebanyak 39 responden (37.5%) pada tingkat sedang dan sebanyak 52

responden (50%) berada pada tingkat rendah. Manakala indikator RL pula dapat dinyatakan keputusan kajian menunjukkan majoritas sebanyak 80 responden (76.9%) berada pada tahap tinggi, sebanyak 14 responden (13.5%) berada pada tahap sedang dan sebanyak 10 responden (9.6%) berada pada tingkat tinggi. Begitu pula indikator INC keputusan kajian menunjukkan majoritas sebanyak 49 responden (47.1%) berada pada tinggi, sebanyak 47 responden (45.1%) berada pada tahap sedang, dan hanya 18 responden (7.8%) berada pada tahap rendah. Untuk Lebih Jelas lihat tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.2 .Tahap Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Secara Keseluruhan

Indikator	Tingkat	Frekuensi	Persentase %
ATR	Tinggi	13	12.5
	Sederhana	39	37.5
	Rendah	52	50
RL	Tinggi	80	76.9
	Sederhana	14	13.5
	Rendah	10	9.6
INC	Tinggi	49	47.1
	Sederhana	47	45.1
	Rendah	18	7.8



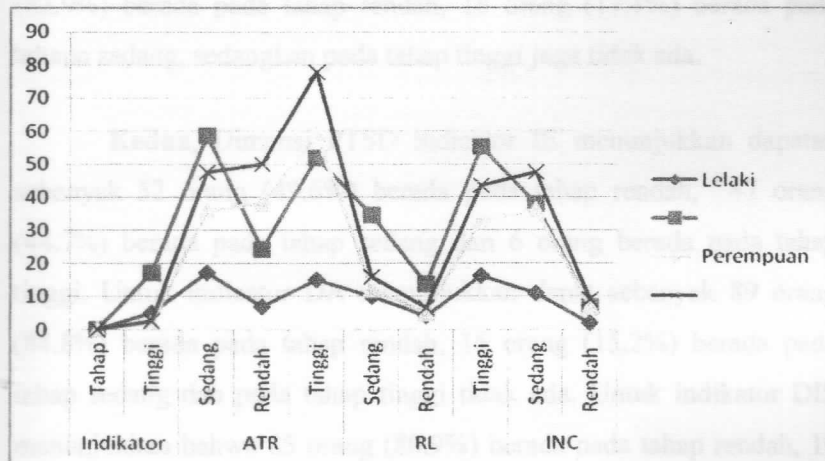
A.1.2.3. Deskripsi Tingkat Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jenis Kelamin

Keputusan kajian menunjukkan ATR perempuan mayoritas sebanyak 38 orang (50%) berada pada tahap rendah dan 36 orang (47.4%) dan berada tahap tinggi sebanyak 2 orang (2.6%). Sedangkan ATR lelaki keputusan kajian menunjukkan berada pada tahap tinggi sebanyak 5 orang (17.2%), berada pada tahap sedang sebanyak 17 orang (58.6%) dan berada pada tahap rendah 7 orang (24.2%). Untuk indikator RL laki-laki keputusan kajian menunjukkan sebanyak 15 orang (51.7%) berada pada tahap tinggi, 10 orang (34.5%), berada pada tahap sedang dan 4 orang (13.8%) berada pada tahap rendah. Sedangkan untuk indikator RL perempuan 59 orang (77.6%) berada pada tahap tinggi, 12 orang (15.8%) berada pada tahap sedang dan 5 orang (6.6%) berada pada rendah. Begitu pula keputusan kajian pada indikator INC laki-laki menunjukkan 16 orang (55.2%) berada pada tahap tinggi, 11 orang (37.9%) berada pada tahap sedang dan 2 orang (6.9%) berada pada tahap rendah. Sedangkan pada INC perempuan menunjukkan bahwa 33 orang (43.4%) berada pada tahap tinggi, 36 orang (47.4%) berada pada tahap sedang dan 7 orang berada pada tahap rendah. Untuk lebih jelas lihat tabel 4.3 di bawah ini.

Tabel 4.3. Tahap Respon Skala validity Indikator ATR, RL dan INC Berdasarkan Jenis Kelamin

Indikator	Tahap	Lelaki		Perempuan	
		F	%	F	%
ATR	Tinggi	5	17.2	2	2.6
	Sedang	17	58.6	36	47.4
	Rendah	7	24.2	38	50

RL	Tinggi	15	51.7	59	77.6
	Sedang	10	34.5	12	15.8
	Rendah	4	13.8	5	6.6
INC	Tinggi	16	55.2	33	43.4
	Sedang	11	37.9	36	47.4
	Rendah	2	6.9	7	9.2



A.2. Deskripsi Data Hipotesis nol (Ho.2 & Ha.2)

Rumusan hipotesis nol (Ho.2) Trauma yang di alami Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami berada tingkat rendah. Dan hipotesis alternative (Ha.2) Trauma yang di alami Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami berada pada tingkat tinggi. Untuk menjawab hipotesis ini maka peneliti telah melakukan ujian deskriptif ke atas 4 demensi skala klinikal yaitu: Dysphoric mood indicator AA, D dan AI; PTSD dengan indicator IE, DA dan DIS; Sexual Dysfunction dengan indicator SC dan DSB dan Self Dysfunction dengan indicator ISR dan TRB. Hasil keputusan kajian menunjukkan bahwa respon pada 4 dimensi yaitu:

Pertama, Dysphoric Mood indicator AA sebanyak 83 orang (79.8%) berada pada tahap rendah, 22 orang (20.2%) dan tinggi tidak ada. Untuk indicator D sebanyak 95 orang (90.5%) berada pada tahap rendah, 10 orang (9.5%) berada pada tahap sedang dan pada tahap tinggi tidak ada. Untuk indicator AI dapatan menunjukkan 87 orang (82.9%) berada pada tahap rendah, 18 orang (17.1%) berada pada tahapn sedang, sedangkan pada tahap tinggi juga tidak ada.

Kedua, Dimensi PTSD indicator IE menunjukkan dapatan sebanyak 52 orang (49.6%) berada pada tahap rendah, 47 orang (44.7%) berada pada tahap sedang dan 6 orang berada pada tahap tinggi. Untuk indicator DA menunjukkan dapat sebanyak 89 orang (84.8%) berada pada tahap rendah, 16 orang (15.2%) berada pada tahap sedang dan pada tahap tinggi tidak ada. Untuk indikator DIS menunjukkan bahwa 85 orang (80.9%) berada pada tahap rendah, 19 orang (19.1%) berada pada tahap sedang, sedangkan tinggi tidak ada.

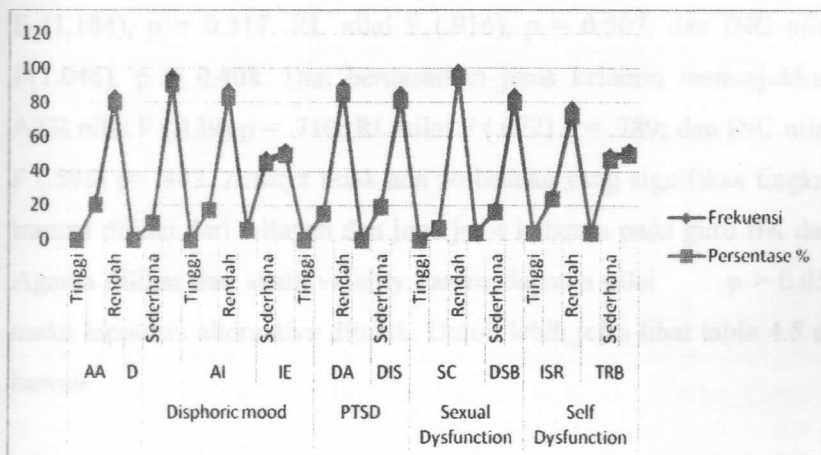
Ketiga, dimensi Sexual Dysfunction indicator SC dapatan menunjukkan 98 orang (94.4%) beradapada tahap rendah. 7 orang (6.6%) berada pada tahap sedang dan tinggi tidak ada. Untuk indicator DSB 84 orang (80%) berada pada tahap rendah, 17 orang (16.2%) berada pada tahap sedang, dan 4 orang (3.8%) berada pada tahap tinggi.

Keempat, Dimensi self dysfunction indicator ISR dapatan menunjukkan 76 orang (72.4%) berada pada tahap rendah, 25 orang (23.8%) orang berada pada sedang dan 4 orang (3.8%) berada pada tahap tinggi. Untuk indicator TRB menunjukkan bahwa 52 orang (49.5%) berada pada tahap rendah, 49 orang (46.7%) berada pada

tahap sedang dan 4 orang (3.8%) berada pada tahap tinggi. Untuk lebih jelas lihat table dan grafik 4.4 di bawah.

Tabel 4.4. Tingkat Respon Skala klinikal di lihat secara keseluruhan.

Dimensi	Indikator	Tingkat	F	%
Disphoric mood	AA	Tinggi	0	0
		Sederhana	22	20.2
		Rendah	83	79.8
	D	Tinggi	0	0
		Sederhana	10	9.5
		Rendah	95	90.5
	AI	Tinggi	0	0
		Sederhana	18	17.1
		Rendah	87	82.9
PTSD	IE	Tinggi	6	5.7
		Sederhana	47	44.7
		Rendah	52	49.6
	DA	Tinggi	0	0
		Sederhana	16	15.2
		Rendah	89	84.8
	DIS	Tinggi	0	0
		Sederhana	20	19.1
		Rendah	85	80.9
Sexual Dysfunction	SC	Tinggi	0	0
		Sederhana	7	6.6
		Rendah	98	94.4
	DSB	Tinggi	4	3.8
		Sederhana	17	16.2
		Rendah	84	80
Self Dysfunction	ISR	Tinggi	4	3.8
		Sederhana	25	23.8
		Rendah	76	72.4
	TRB	Tinggi	4	3.8
		Sederhana	49	46.7
		Rendah	52	49.5



A.3. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.3&Ha.3)

Rumusan hipotesis nol (Ho.3) tidak terdapat perbedaan yang signifikan tahap trauma pada kalangan Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami. Dan hipotesis alternative (Ha.3) terdapat perbedaan yang signifikan tahap trauma pada kalangan Guru Bimbingan Kauseling dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami. Untuk menjawab hipotesis ini maka peneliti telah melakukan ujian inferensi ANOVA untuk wilayah dan T.Test untuk jenis kelamin.

Pertama, Hasil keputusan ujian hipotesis nol (Ho.3) yang meramalkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkap trauma pada skala validity indicator ATR, RL dan INC dalam guru BK dan Guru Agama pada Sekolah Menengah yang menjadi korban tsunami di Kota Banda Aceh adalah diterima dilihat dari wilayah dan jenis kelamin. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.1) yang ditolak, karena dapatan menunjukkan berdasarkan wilayah ATR nilai

F (1.184), $p = 0.317$. RL nilai F (.916), $p = 0.507$, dan INC nilai F(1.046), $p = 0.408$. Dan berdasarkan jenis kelamin menunjukkan ATR nilai F (.139) $p = .710$; RL nilai F (.072) $p = .789$; dan INC nilai F (.596) $p = .442$. Artinya tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat trauma dilihat dari wilayah dan juga jenis kelamin pada guru BK dan Agama dilihat dari skala validity karena dapatan nilai $p > 0.05$, maka hipotesis alternative ditolak. Untuk lebih jelas lihat table 4.5 di bawah.

Tabel 4.5. Hasil Ujian ANOVA dampak Trauma Pada Skala Validiti Indikator ATR. RL dan INC Berdasarkan Wilayah, Jenis kelamin.

Variabel	Indikator	N	Skala Validiti		
			Mean	F	Sig
Wilayah	ATR	105	4.225	1.184	.317
	RL	105	25.870	.916	.507
	INC	105	9.024	1.046	.408
Jenis Kelamin	ATR	105	1.93	.139	.710
	RL	105	8.52	.072	.789
	INC	105	7.48	.596	.442

ATR= *Atypical Response*; RL = *Response Level*; INC = *Insconsisten*

Kedua, hasil keputusan ujian Hipotesis nol ($H_0.3$) yang meramalkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat trauma yang dialami guru BK dan Agama pada SLTA dan di Kota Banda Aceh pada skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* indicator AA. D dan AI; PTSD indicator IE, DA dan DIS; *Sexual Dysfunction* indicator SC dan DSB; dimensi *Self Dysfunction* indicator ISR dan TRB adalah diterima, dengan demikian hipotesis alternative ($H_a.1$) yang ditolak. Dapatan menunjukkan nilai $p > 0.05$. Untuk lebih jelas lihat table 4.6 di bawah.

Tabel 4.6. Hasil Ujian ANOVA dampak Trauma Pada Skala Klinikal Pada 4 Dimensi Berdasarkan Wilayah dan Jenis kelamin.

Dimensi	Variabel	Indikator	N	Skala Klinikal		
				Mean	F	Sig
Dysphoric Mood	Wilayah	AA	105	11.818	1.418	.199
		D	105	6.575	1.317	.245
		AI	105	14.152	.728	.666
	Jenis Kelamin	AA	105	12.291	1.223	.271
		D	105	6.987	.172	.679
		AI	105	14.029	.004	.949
PTSD	Wilayah	IE	105	19.056	.966	.467
		DA	105	7.145	2.113	.042
		DIS	105	7.247	2.215	.033
	Jenis Kelamin	IE	105	19.018	.009	.924
		DA	105	7.802	.117	.733
		DIS	105	8.028	.709	.402
Sxual Dysfunction	Wilayah	SC	105	4.147	.839	.571
		DSB	105	5.238	.906	.515
	Jenis Kelamin	SC	105	3.918	4.981	.028
		DSB	105	5.376	3.621	.222
Self Dysfunction	Wilayah	ISR	105	19.776	1.666	.117
		TRB	105	7.884	.350	.944
	Jenis Kelamin	ISR	105	21.274	.087	.768
		TRB	105	7.695	.291	.591

A.4. Deskripsi Hasil Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4)

Rumusan hipotesis nol (Ho.4) tidak terdapat hubungan yang signifikan antara respon skala validty dengan wilayah, jenis kelamin,

dengan skala klinikal; Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ATR dengan RL dan INC. Dan hipotesis alternative (Ha.4) terdapat hubungan yang signifikan antara respon skala validity dengan wilayah, jenis kelamin, dengan skala klinikal, antara ATR dengan RL dan INC. Untuk menjawab hipotesis ini peneliti telah melakukan ujian inferensi korelasi Pearson keatas skala validity dan skala klinikal Trauma Symptom Inventori (TSI). Keputusan kajian menunjukkan bahwa:

A.4.1. Keputusan Rumusan Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4) hubungan Wilayah, Jenis Kelamin dengan respon Skala validity dan Skala klinikal

Pertama, wilayah memperlihatkan hubungan yang signifikan (0.006) dengan skala validiti *Trauma Symptom Inventory* (TSI) pada indikator *Atypical Response* (ATR) di mana point $r = -.267^{**}$ atau mendekati 99,9%, sedangkan pada item lain dari skala validiti tidak ada hubungan yang signifikan. Sedangkan dengan skla klinikal memiliki hubungan yang signifikan dengan Dimensi PTSD indicator IE dengan tingkat signifikansinya sebesar 0.014 dengan nilai $r = -.240^{*}$ dan indicator DA dengan tingkat signifikansinya sebesar 0.013 dengan nilai $r = -.244^{*}$. **Kedua**, dilihat dari jenis kelamin memperlihatkan hubungan yang signifikan (0.028) dengan skala klinikal dimensi sexual dysfungsi pada indikator *Sexual Concern* (SC) $r = -.215^{*}$. **Ketiga**, dilihat skala validity memiliki hubungan yang signifikan pada semua indicator kecuali INC tidak memiliki hubungan samasekali. Untuk lebih jelas lihat table 4.6 di bawah ini.

Tabel 4.7. Hubungan Skala Validity dengan Wilayah, Jenis Kleamin dan skala Klinikal *Trauma Symptom Inventory* (TSI)

Aspek	Wilayah	JK	Dysphori Mood			PTSD			Sexual dysfunction		Self Dysfunction	
			AA	D	AI	IE	DA	DIS	SC	DSB	ISR	TRB
Wilayah	I	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
JK	-	I	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ATR	-		.537**	.645**	.667**	.622**	.359**	.594**	.453**	.422**	.718**	.537**
RL	-.214*		.608**	.720**	.655**	.676**	.538**	.550**	.253**	.368**	.672**	.451**
INC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AA	X		.558**	.449**	.586**	.665**	.499**	.618**	.317**	.429**	.636**	.510**
D	-.251*		.449**	1	.676**	.644**	.404**	.545**	.422**	.431**	.747**	.476**
AI	X		.586**	.676**	1	.669**	.434**	.630**	.422**	.533**	.839**	.689**
IE	-.240*		.665**	.644**	.669**	1	.567**	.571**	.496**	.555**	.740**	.585**
DA	-.244*		.499**	.404**	.434**	.567**	1	.610**	.273**	X	.432**	-
DIS	X		.618**	.545**	.630**	.571**	.610**	1	.371**	.305**	.670**	.390**
SC	X	-.215*	.317**	.422**	.422**	.496**	.273**	.371**	1	.620**	.441**	.515**
DSB	X		.429**	.431**	.533**	.555**	.305**	.620**	.620**	1	.536**	.757**
ISR	-.213*		.636**	.747**	.839**	.740**	.432**	.670**	.441**	.536**	1	.641**
TRB	-.229*		.510**	.476**	.689**	.585**	X	.390**	.515**	.757**	.641**	1

A.4.2.. Keputusan Kajian Hasil Ujian Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4) Hubungan Skala Validiti Indikator ATR dengan RL

Keputusan hasil ujian hipotesis (Ho.4) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada kalangan guru BK dan Agama Sekolah Menengah yang menjadi korban gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh adalah di tolak. Dengan demikian hipotesis alternative (Ha.4) yang diterima, karena dapatan hasil ujian korelasi Pearson menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara tingkah laku ATR dengan RL pada taraf nyata 0.00 ($r = .523^{**}$, $p < .01$). Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku ATRnya maka semakin tinggi pula Tahap respon indikator RL bagi orang yang mengalami trauma.

**A. 4.3. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.4 dan Ha.4)
Hubungan Skala Validiti Indikator ATR dengan INC**

Keputusan hasil ujian hipotesis nol (Ho.4) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku ATR dengan INC pada Guru BK dan guru Agama Sekolah Menengah pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh adalah diterima. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.4) yang ditolak, karena dapatan hasil analisis korelasi Pearson menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara ATR dengan INC dapatan ($r = .055$, $p > 0.05$). Ini bermakna tingkah laku ATR tidak berkaitan dengan respon INC pada kalangan guru BK dan Agama di Kota Banda Aceh.

**A.4.4 Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.4 dan Ha.)
Hubungan Skala Validiti Indikator RL dengan INC**

Keputusan hasil ujian hipotesis nol (Ho.4) yang meramalkan tiada terdapat hubungan yang signifikan antara tingkah laku RL dengan INC pada respon guru BK dan guru Agama Sekolah Menengah pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh adalah diterima. Dengan demikian hipotesis alternatif (Ha.4) yang ditolak, karena hasil analisis korelasi Pearson menunjukkan tidak terdapat hubungan signifikan diantara RL dengan INC, ($r = -.052$, $p > .05$). Ini bermakna semakin tinggi tingkah laku RL tidak ada hubungan dengan respon INC pada guru BK dan Agama.

A.5. Deskripsi Hasil Ujian Hipotesis (Ho.5 dan Ha.5)

Rumusan hipotesis nol (Ho.5) yang menyatakan bahwa wilayah dan Jenis kelamin tidak mempengaruhi secara signifikan pada tingkat respon guru BK dan Agama pada skala validiti dan klinikal. dan hipotesis alternatif (Ha.5) wilayah dan Jenis kelamin

mempengaruhi secara signifikan pada tingkat respon guru BK dan Agama pada skala validiti dan klinikal. Untuk menjawab hipotesis ini peneliti telah menguji secara inferensi dengan menggunakan regresi linier tentang pengaruh wilayah, jenis kelamin ke atas skala validiti dan klinikal.

A.5.1. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.5 dan Ha.5) Pengaruh Wilayah. Jenis Kelamin Ke atas Skala Validity Indikator ATR,RL dan INC

Keputusan kajian hasil ujian regresi ke atas rumusan hipotesis nol (Ho.5) yang menyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan wilayah dan jenis kelamin ke atas respon skala validity indicator ATR, RL dan INC adalah menunjukkan pengaruh wilayah dan jenis kelamin ke atas respon skala validity indicator ATR, RL dan INC. untuk lebih jelas lihat table 4.7 di bawah ini.

Tabel 4.8. Pengaruh Wilayah dan Jenis Kelamin ke Atas Respon Skala Validity Indikator ATR, RL dan INC

Peramal	Indikator	Skala Validity				
		B	Std error	Beta	t	sig
Wilayah	ATR	-.307	.254	-.241	1.207	.230
	RL	.089	.141	.194	.633	.528
	INC	-.008	.150	-.009	-.050	.960
Jenis	ATR	-.005	1.652	.168		.839
Kelamin	RL	.006	-.005	.047	-.020	-.101
	INC	4.68	.006	.027	.072	.224

A.5.2. Keputusan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.5 dan Ha.5)
Pengaruh Wilayah, Jenis Kelamin Ke atas Skala Validity
Indikator ATR,RL dan INC

Keputusan kajian hasil ujian regresi ke atas rumusan hipotesis nol (Ho.5) yang menyatakan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan wilayah dan jenis kelami keatas respon skala klinikal dimensi *Dysphoric Mood* indicator AA, D dan AI; PTSD indicator IE, DA dan DIS; Sexual Dysfunction indicator SC dan DSB; Self Dysfunction indicator ISR dan TRB adalah di terima, dengan demikian hipotesis alternative (Ha.5) menunjukkan pengaruh wilayah dan jenis kelamin ke atas respon skala klinikal adalah ditolak. untuk lebih jelas lihat table 4.8 di bawah ini.

Tabel 4.9. Pengaruh Wilayah, Jenis Kelamin Pada Skala Klinikal
Dysphoric Mood, PTSD, Sexual Dysfunction, Self Dysfunction

Peramal	Indikator	Skala Validity				
		B	Std error	Beta	t	sig
Wilayah	AA	.052	.169	.075	.310	.758
	D	-.057	.228	-.061	-.251	.802
	AI	.175	.213	.269	.824	.412
Jenis Kelamin	AA	.021	4.68	.029	.000	.002
	D	.016	.044	.094	.365	.716
	AI	-.009	.041	-.071	-.208	.836
Wilayah	IE	-.005	.174	-.009	-.029	.977
	DA	-.121	.160	-.139	-.757	.451
	DIS	.261	.200	.303	1.308	.194
Jenis Kelamin	IE	-.003	.034	-.030	-.091	.927
	DA	-.009	.031	-.057	-.294	.769
	DIS	.019	.039	.119	.486	.628
Wilayah	SC	.131	.194	.109	.677	.500
	DSB	.216	.218	.203	.993	.323
	SC	-.054	.037	-.242	-1.478	.143
Jenis Kelamin	DSB	-.019	.042	-.096	-.441	.660
	ISR	.110	.202	.124	.544	.588
	TRB	-.069	.120	-.850	-.571	.569
Wilayah	ISR	.006	.039	.034	.140	.889
	TRB	.000	.023	-.025	-.016	.987

B. Pembahasan Hasil Kajian

Dari hasil deskripsi data hasil pengujian hipotesis nol (Ho.1 dan Ha.1 sampai Ho.5 dan Ha.5) akan dibahas berdasarkan dapatan hasil pengujian dari dua skala *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yaitu: Pertama, Skala Validity yang terdiri dari tiga indikator iaitu: (1) *Atypical Respons*, (2) *Response Level* dan (3) *Inconsistent Response*. Kedua skala klinikal yang terbagi kedalam empat dimensi iaitu (1) *Dysphoric Mood*, terdiri daripada tiga indikator yaitu: *Anxious Arousal* (AA), *Depression* (D) dan *Anger Irritability* (AI); (2) *PTSD*, terdiri daripada tiga indikator yaitu: *Intrusive Experience* (IE), *Devensive Avoidance* (DA) dan *Dissociation* (DIS); (3) *Sexual Dysfunction*, terdiri daripada dua indikator yaitu: *Sexual Concenrs* (SC) dan *Dysfunntion Sexual Behavior* (DSB); dan (4) *self dysfunction*, terdiri daripada dua indikator yaitu: *Inpairred Self Reference* (ISR) dan *Tension Reduction Behavior* (TRB).

B.1. Pembahasan Skala Validity Berdasarkan Hasil Ujian Hipotesis Pada Indikator ATR, RL dan INC Dalam Kalangan Guru BK dan Agama Pada SLTA Berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin

Hasil ujian hipotesis satu menunjukkan bahwa peristiwa gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh telah berdampak trauma kepada kalangan guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama pada Sekolah Menengah, hal ini dinyatakan berdasarkan dapatan atas ujian deskriptif pada skala validity pada tiga indikator iaitu:

Pertama, dapatan *Atypical Response* (ATR) yang tinggi pada respon guru Agama dan BK dilihat daripada wilayah, dan jenis kelamin menandakan mereka mempunyai perilaku yang berbeda dengan orang lain, karena kata *Atypical* ini merupakan salah satu indikator dalam skala validity yang dapat menunjukkan trauma keatas satu individu. Chaplin (2001) menyatakan kata *Atypical* dapat diartikan sebagai sesuatu tidak khas, tidak teratur, tidak normal, atau mempunyai perbedaan yang jelas pada sifat-sifat yang khas atau dalam ciri dan karakteristik seseorang; Atau boleh dikatakan istilah *Atypical* tersebut juga dapat menunjukkan suatu *score* dalam suatu distribusi yang menyimpang secara menyolok dari rata-rata kebanyakan orang. Atau dapat digunakan untuk menentukan ciri-ciri seseorang yang lebih dominan dari teman – teman sebaya.

Sedangkan kata respon adalah sembarang proses otot atau kelenjar yang dimunculkan oleh suatu perangsang, atau satu jawaban khas dari pertanyaan tes atau *questioner*. Jawaban responden yang tinggi pada dimensi ini menunjukkan gejala yang tidak biasa atau tidak normal seperti contoh menjawab responden menyatakan bahwa ia suka pingsan, kadang-kadang merasa lumpuh pada satu sisi dari badan, kondisi dan situasi ini tidak biasa pada orang yang normal. Nevid (2005) menyatakan salah satu kriteria yang digunakan untuk menentukan apakah suatu perilaku dikatakan normal atau abnormal adalah dengan

memperhatikan apakah perilaku tersebut menyimpang dari standar tingkahlaku atau norma sosial yang dapat diterima oleh orang banyak.

Kedua, dapatan hasil ujian indikator *Response Level* (RL) yang tinggi dalam kalangan guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama di Sekolah Menengah yang mengalami gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh, juga merupakan salah satu indikator yang dapat menunjukkan kesan trauma pada individu, kerana guru yang merespon tinggi indikator ini menunjukkan mereka menyangkal, pikiran atau perasaan yang kebanyakan oleh orang lainnya membenarkan, seperti kenyataan yang dirumuskan dalam questioner *Trauma Symptom Inventory* (TSI) yang menunjukkan nilai ke atas RL seperti: mudah tersinggung, menjadi marah mengenai sesuatu hal yang tidak begitu penting, kesedihan, sakit pada bahagian belakang badan, tidak merasa gembira, suka merasa terganggu atau kecemasan, mengkhawatirkan sesuatu, sakit dan perih, berkeinginan memiliki banyak uang, berasa letih (Briere,1995).

Jawaban guru BK dan Agama dari pada soal ini dapat dilihat dari respon mereka, yang memberi nilai kosong yang berlebihan pada semua pertanyaan tersebut. Bila *Response Level* (RL) ini tinggi maka dapat dikatakan bahwa guru BK dan guru Agama cenderung bersikap defensif atau menghindar, atau dapat juga dikatakan gangguan personaliti menghindar (*Avoidance*

personality disorder). Orang-orang seperti ini sangat takut dengan penolakan dan kritikan, sehingga mereka pada umumnya tidak ingin membina hubungan tanpa adanya kepastian bahwa ia dapat diterima (Nevid, 2005).

Ketiga, dapatan *Inconsistent Response* (INC) yang tinggi pada respon kalangan guru BK dan Agama pada Sekolah Menengah menandakan bahwa gempa dan tsunami yang terjadi di Kota Banda Aceh telah berdampak trauma, hal ini dapat dilihat dari jawaban yang tidak konsisten seperti nomor 5 yaitu menjadi marah karena sesuatu hal yang tidak begitu penting, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga dalam merespon item nomor 15 yaitu menjadi marah karena hal kecil atau tanpa alasan; Selanjutnya memberikan lingkaran pada nilai kosong soal nomor 8 yaitu kilas balik tentang hal yang mengganggu, namun memberikan lingkaran pada nilai tiga atas soal nomor 62 yaitu tiba-tiba teringat masa lalu, dan seterusnya, ketidak-konsistenan dalam menjawab soal-soal yang bermaksud sama tetapi dijawab berbeda oleh responden, menandakan mereka tidak memiliki ingatan yang kuat, atau tidak berkonsentrasi karena disebabkan respon acak yang diberikan dan fenomena disosiatif, atau kesulitan membaca. Karena secara umum, responden yang normal tidak memiliki skor INC tinggi, mereka secara rata-rata akan menjawab konsisten dalam beberapa soal yang berpasangan. Jadi apa bila responden merespon secara berlebihan, mereka dianggap memiliki kesulitan yang

diasosiasikan dengan berkurangnya rentang jarak perhatian atau simptomatologi dissosiatif.

Caplin (1995) menyatakan *dissociation* (dissosiasi, pemisahan, menjauhkan diri, tak mau bersatu) adalah pemisahan satu pola atau proses-proses psikological yang kompleks sebagai satu kesatuan dari struktur personaliti, yang kemudian boleh berfungsi bebas otonom dari personaliti lainnya. Pribadi majemuk atau pribadi terbelah (*multiple personality*, *Splitted personality*) menggambarkan gejala dissosiasi dalam bentuknya ekstrem. Tetapi dissosiasi juga terdapat beberapa tingkatan dalam kes *hysteria*, *amnesia*, dan *schizofrenia*. Menurut Jongsma & Peterson (1995) menyatakan perilaku dissosiatif seperti mempunyai dua atau lebih personaliti yang mengkawal sepenuhnya tingkahlaku seperti: satu waktu yang tiba-tiba berlaku tentang ketidakmampuan individu mengingat perkara penting tentang dirinya (terlupa/hilang ingatan tentang siapa dirinya); Mempunyai pengalaman silam yang berkait dengan sifat tidak berperikemanusiaan dan ketergantungan kepada ingatan masa lalu yang pahit dan kuat terpahat dalam ingatan; Sifat hilang perikemanusiaan yang sangat serius yang menyebabkan tekanan yang akut dalam kehidupan sehari-sehari atau teringat-ingat masa lampau yang sangat ngeri dan pahit.

Selain daripada itu, Nevid (2005) menyatakan gangguan dissosiatif adalah 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 personaliti yang berbeda atau personaliti pengganti (*alter*). Punca terjadi *dissociation* adalah trauma masa lampau, sewaktu berduka, ngeri, sedih yang terlalu lama (berpanjangan), kecederaan emosi karena terlalu takut, kegagalan dalam sesuatu perkara/hidup, dinafikan hak (*rejection*) atau penderaan, kecederaan saraf/kecelakaan atau faktor organik (keturunan), kebimbangan melampau terhadap sesuatu hal dan kenangan pahit. Dalam sejumlah kasus yang dilaporkan personaliti pengganti pada orang dengan personaliti ganda memiliki reaksi yang alergi dan memiliki ukuran penglihatan tersendiri atau yang berbeda dengan personaliti lain pada orang yang sama (Nevid, 2005).

Dalam kalangan guru BK dan Agama di SLTA di Kota Banda Aceh perilaku *atypical*, serta tahap respon dan *inconsistent response* yang tinggi menunjukkan responden memiliki perilaku yang tidak normal atau berbeda dari kebanyakan orang, karena suka pingsan, tidak bermaya, lumpuh, kebas sewaktu-waktu. Hal ini menandakan bahwa responden mengalami trauma pasca gempa dan tsunami. Artinya dengan demikian dapat dinyatakan bahwa secara keseluruhan kalangan guru BK dan Agama pasca gempa dan tsunami di Banda Aceh telah memperlihatkan dampak trauma melalui ujian deskriptif

pada skala validiti dengan mengenali perilaku mereka antara lain: sukar mengenali orang, berbeda dengan orang lain dan juga tidak konsisten. Perilaku ini sewajarnya harus diberi dukungan dari pihak keluarga, lingkungan persekitaran dan juga pemerintah, karena kalau tidak tangani secara benar, akan menjadi trauma yang bersifat klinis, Seperti *Dysphoric Mood*, *Post Traumatic Stress Disorder* (DTSD), *Sexual Dysfunction* dan *Self Dysfunction*, keempat aspek tersebut merupakan kesan klinikal yang akan dialami korban pasca gempa dan tsunami bila tanpa pengontrolan dari semua pihak.

B.2. Pembahasan Skala Klinikal Berdasarkan Hasil Ujian Hipotesis Pada 4 Dimensi TSI dilihat Berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin

Pembahasan ini merangkumi hasil ujian deskriptif dan inferensi keatas empat aspek dimensi skala klinikal TSI yaitu: *Dysphoric Mood*, PTSD, *Sexual Dysfunction*, dan *Self Dysfunction* Dalam Kalangan Guru BK dan Agama Pada SLTA dilihat berdasarkan Wilayah, dan Jenis Kelamin.

B.2.1. Pembahasan Hasil Ujian Hipotesis (Ho.2 –Ha.2 s/d Ho.5-Ha.5) Keatas Dimensi Dysphoric Mood Indikator AA, D dan AI

Hasil keputusan kajian ke atas hipotesis pada skala klinikal dalam kalangan guru BK dan Agama pada Sekolah Lanhutan Atas (SLTA) di Kota Banda Aceh, maka dapat

dikatakan bahwa hasil dapatan pada dimensi *dysphoric mood* menunjukkan:

Pertama, *Dysphoric mood* adalah suatu kondisi atau suasana hati yang tidak menyenangkan seperti kesedihan, kecemasan dan mudah tersinggung. Abess, menyatakan bahwa "*dysphoric mood An unpleasant mood, such as sadness, anxiety, or irritability*". Selanjutnya ia menyatakan dalam Wikipedia kata *dysphoric* atau dapat difahami *Dysphoria* berasal dari bahasa Yunani δύσφορος (*dysphoros*), dari δυσ-, sulit, dan φέρειν, untuk menanggung), secara semantik kebalikan dari *euphoria*, secara medis diakui sebagai suatu kondisi mental dan emosional di mana seseorang mengalami perasaan yang intens dari depresi, ketidakpuasan dan ketidakpedulian terhadap dunia di sekitar mereka.

Caplin (1995) *dysphoria* di artikan depresi yang disertai dengan kecemasan. Gangguan *mood* dapat menyebabkan *dysphoria*, yang kerap di tandai dengan perilaku peningkatan risiko bunuh diri, terutama pada orang dengan gangguan bipolar yang berada dalam fasa depresi. Secara istilah merujuk pada kondisi atau suasana hati, *dysphoria* kerap juga dialami dalam menanggapi peristiwa kehidupan biasa, seperti sakit keras atau kesedihan. *Dysphoria* juga dapat disebabkan oleh bahan kimia yang terdapat dalam beberapa obat psikoaktif yang umum digunakan, seperti antipsikotik tipikal dan atipikal.

USDHHS (1999a) (dalam Nevid, 2005) menyatakan *mood* adalah kondisi perasaan yang terus ada yang mewarnai kehidupan psikologis seseorang. Perasaan sedih dan depresi bukanlah hal yang abnormal dalam konteks peristiwa atau situasi yang penuh tekanan. Namun orang dengan gangguan *mood* (*Mood Disorder*) mengalami gangguan *mood* yang luar biasa buruk dan berlangsung lama serta mengganggu kemampuan mereka untuk berfungsi dalam tanggung jawab yang normal.

Ada 6 tipe gangguan *mood* yang telah di adaptasi dari DSM-IV-TR (APA, 2000) yaitu : (1) gangguan-gangguan depresi (gangguan *Unipolar*), (2) gangguan depresi mayor adalah terjadinya satu atau lebih periode atau episode depresi tanpa ada riwayat terjadinya episode manik atau hipomanik alami, (3) gangguan distimik ialah pola depresi ringan (tetapi mungkin saja menjadi *mood* yang menyulitkan pada anak-anak atau remaja) yang terjadi dalam satu rentang waktu pada orang dewasa, biasanya dalam beberapa tahun, (4) gangguan-gangguan perubahan *mood* (gangguan bipolar); (5) gangguan bipolar ialah gangguan yang disertai satu atau lebih episode manik atau hipomanik; (6) gangguan *mood* siklotimik adalah gangguan *mood* kronis meliputi beberapa episode hipomanik (episode yang disertai dengan ciri-ciri manik pada taraf keparahan yang rendah dari episode manik) dan beberapa periode *mood* tertekan atau hilangnya minat atau kesenangan pada

kegiatan-kegiatan, tetapi taraf keparahannya tidak sampai memenuhi kriteria sebagai episode depresi mayor⁴¹.

Kesedihan kegembiraan merupakan respon yang kerap muncul dalam kehidupan manusia, hal ini sangat dipengaruhi oleh suasana hati dan impuls yang masuk seperti manusia akan senang dan gembira bila mendapatkan hadiah, dan akan bersedih bila merasa kebingungan, perkara ini merupakan reaksi yang normal, akan tetapi menjadi tidak normal apa bila sudah berlebihan. Tidak semua manusia boleh berespon seperti ini, ada individu yang memperlihatkan emosi yang keterlaluan yang boleh mengganggu kelancaran hidup yang normal seperti kecelaruan *mood* (*dysphoric mood*).

Sue & Sue (1994) menyatakan kecelaruan *mood* adalah gangguan emosi yang mengakibatkan ketidakselesaan subjektif kepada seseorang atau mengganggu kelancaran norma kehidupannya ataupun keduanya sekali, kecelaruan ini berteraskan kepada kemurungan dan mania. Kemurungan digambarkan melalui kesedihan yang mendalam, berasa putus asa, dan tidak bermaya lagi untuk hidup dan seterusnya menarik diri daripada persekitaran. Mania pula digambarkan melalui *mood* gembira yang terlonjak, suka membelanjakan wang dan berakhir dengan hiperaktif.

⁴¹ American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text rev) Washington, DC.
Author

Dimensi *Dysphoric Mood* terdiri dari tiga indikator yang dapat mengukur subjek kajian mengalami sama ada trauma pada dimensi ini atau tidak. Dapatan yang tinggi pada indikator ini menunjukkan bahawa subjek kajian telah mengalami kesan trauma yang kritikal dan mengalami gangguan psikological seperti kebimbangan melampau atau *Anxious Arousal* (AA), kemurungan melampau atau *Depression* (D) dan ledakan kemarahan atau *Anger Irritability* (AI). *Anxious Arousal* diartikan menculnya rasa khawatir, cemas, dan gelisah. Dalam dimensi *Dysphoric Mood*, Briere (1995) membuat soalan kajian keatas indikator untuk mengukur *Anxious Arousal* yang terjadi pada subjek kajian dengan beberapa gejala: sewaktu-waktu menggeletar, merasa tegang atau cemas, khawatirkan sesuatu, merasa gugup dan gelisah, kecemasan yang tinggi, gugup, menjadi takut, mudah terkejut dengan bunyi-bunyi yang tiba-tiba, merasa takut akan mati atau tercedera. *Anxious* kerap juga disebut *anxiety* yang diartikan sebagai kegelisahan atau kecemasan.

Zucker (2009) menyatakan *anxiety* adalah kecemasan, kegelisahan yang melampau atau juga dikatakan sebagai bentuk mekanisme bertahan hidup yang memungkinkan seseorang bereaksi lebih cepat dalam situasi yang mengancam dengan memberikan reaksi fizikal "*fligh or fight*" atau respon melawan. Kecemasan ini timbul karena peristiwa yang tiba-tiba. Misalnya bencana alam, kecelakaan dan sebagainya. Simptom *anxiety*

biasanya perasaan risau yang melampau; penat, kurang rehat, suka bergetar suka sakit otot; nafas ter-engat-engah; susah menelan, mulut kering, pening, sakit perut; perasaan yang bercelaru kosentrasi terganggu dan kewasdaan yang tinggi, (Jongsma & Peterson 1995, Zucker, 2009)⁴².

Kedua, gangguan kemurungan (*depression*) adalah sejenis penyakit mental yang melibatkan fisik, perasaan dan fikiran. Antara cirinya ia bukan bersifat sementara dan bukanlah sesuatu yang dapat dihapus dan dihilangkan dengan keinginan semata. Individu yang murung tidak dapat pulih dengan sendirinya kecuali dengan bantuan pakar dan obat-obatan, jika kemurungan ini tidak dirawat, ia dapat berlaku berkepanjangan beberapa bulanan atau tahunan, dan juga dapat menyebabkan sakit fisik serta meningkatkan resiko bunuh diri. Ciri utama fase kemurungan ini ialah individu mengalami perasaan sedih yang amat menyiksakan (Rosnani, 2005).

Kemurungan yang terjadi pada seseorang boleh datang seketika atau juga boleh lambat beberapa waktu. Menurut Monton (1974) menyatakan kemurungan seketika adalah reaksi normal tatkala individu melalui detik-detik kesedihan seperti

⁴² Jongsma ,A.E & Peterson L.M (1995) *Practice Planners: the Complete Adult Psycho Therapy Treatment Planner*, Second Edition, Canada: John Wiley & Sons. Inc.

kematian, kegagalan dalam ujian atau masalah keuangan, akan tetapi akan menjadi tidak normal jika berat badan, atau demam, ataupun tidak dapat makan dan tidur. Kemurungan biasanya dikategorikan kepada dua jenis iaitu jenis neurotik atau reaktif dan psikotik atau endogen⁴³. Kemurungan neurotik adalah jenis yang ringan yang terjadi daripada situasi –situasi ataupun rangsangan yang tidak gembira dari persekitaran dengan respon yang agak keterlaluan dari pada individu tersebut. Manakala psikotik adalah jenis yang lebih berat yang berpunca daripada keadaan dalaman seseorang individu tersebut.

Selain itu kemurungan juga ada mania, Nevid (1994) menyatakan bahawa mania secara ringkas adalah gangguan psikiatrik yang berlawanan dengan kemurungan. Gejalanya adalah kegembiraan yang berlebihan dan kelongakan yang melampaui, ia juga bercirikan psikomotor yang aktif berbanding pskimotor yang lembab dalam kemurungan yang membuat seseorang itu tidak penat, tidak boleh duduk diam, dan melakukan begitu banyak perkara dalam satu-satu waktu tanpa menyiapkan satupun daripadanya. Satu lagi cirinya adalah sembarang ide yang mencurahkan berbagai hal padahal tidak berhubungan.

⁴³ Monton E.A (1974) *Depression: Its Causes, Symptom and Treatment*, England: Roseneath Scientific Publications

Terkait dengan dimensi ini, Briere (1995) telah merumuskan beberapa simptom pada indikator *depression* iaitu kesedihan, ingin menangis, merasa tertekan, berharap diri sudah mati, merasa tidak ada harapan, merasa tidak berguna hidup, merasa begitu tertekan sehingga menghindari orang-orang dan merasa tidak berguna. Bila subjek kajian menjawab gejala ini dengan melingkari angka 3 maka dapat dikatakan ia adalah menderita kemurungan. Individu-individu yang menghadapi kemurungan pada waktu-waktu tertentu dan hipomania pada waktu-waktu yang lain, maka ia dikatakan dengan "*manic depressive*" dan gabungan kedua-dua tingkahlaku abnormal ini dikenali sebagai "*manic depressive psychosis*" (Monton, 1974)⁴⁴. Sementara dalam DSM-IV, *manic depressive psychosis* diletakkan di bawah kategori "*Bipolar Disorder*" yang merangkumi kemurungan dan mania (Sue & Sue, 1994)⁴⁵.

Indikator lain dalam dimensi *dysphoric mood* adalah *Anger Irritability* yang di artikan sebagai suatu perasaan marah atau juga ledakan kemarahan, ini biasa berlaku diluar kawalan terhadap sebarang tekanan, punca individu menjadi marah adalah berbagai hal. Apabila pencetus adalah dalam diri individu, maka respon terhadap fisik atau badan, tubuh akan menunjukkan gejala: otot kejang, muka merah, menolak untuk bertatap mata,

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Sue D. & Sue.D (1994) *Understanding Abnormal Behavior*, Boston: Houghton Mifflin

menjauhi diri, merungut, menumbuk, membuang batang, mengeluarkan kata-kata kasar, dan sebagainya (Din, 2005). Chaplin (1995) menyatakan bahwa *anger* (marah, murka, berang, kemarahan, keberangan, kegusaran) ialah reaksi emosional akut yang ditimbulkan oleh jumlah situasi yang merangsang, termasuk ancaman, agresi lahiriah, pengekangan diri, serangan lisan, kekecewaan, atau prustasi, dan dicirikan oleh reaksi kuat pada sistem syaraf otonomik, khususnya oleh reaksi darurat pada bahagian simpatetik, dan secara implisit disebabkan oleh reaksi serangan lahiriah, baik yang bersifat somatik, atau jasmaniah mahupun yang verbal atau lisan⁴⁶. Untuk meredakan ledakan kemarahan yang seperti ini boleh dilakukan sublimasi yaitu penyaluran impuls-impuls primitif pada usaha-usaha yang positif dan konstruktif (Rathus, 2001 dalam Nevid, 2005)⁴⁷.

Dengan demikian maka dapat dinyatakan bahwa dapatan respon yang rendah atau tidak signifikan pada indikator AA, D dan AI menunjukkan bahwa guru Bimbingan dan Konseling dan juga guru Agama di SLTA Kota Banda Aceh mengalami trauma tetapi tidak dalam taraf yang berbahaya atau kritikal, hasil ini dilihat dari wilayah dan jenis kelamin. Taraf rendah dan

⁴⁶ Chaplin, J. (2001). *Kamus Lengkap Psikologi* (terj. Dr Kartini Kartono). Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

⁴⁷ Nevid, S.J., Rathus, A.S., Greene B (2005) *Psikologi Abnormal*, Alih Bahasa TIM Fakultas psikologi UI, Edisi Kelima Jilid I, Jakarta: Erlangga.

sederhana pada skala *dysphoric mood* tetap akan membahayakan keatas individu bila tidak diberi pengobatan secara berkelanjutan baik secara psikologis maupun secara medis, karena bila tidak trauma tersebut akan lebih bahaya dan dapat menjadi ke PTSD. Taniza (2007) menyatakan trauma adalah sesuatu peristiwa atau kejadian ngeri dapat menimpa siapa saja apakah individu maupun kelompok masyarakat tidak mengira bangsa, taraf sosioekonomi, lokasi tempat tinggal atau faktor-faktor demografi yang lain⁴⁸. Boleh saja setiap kejadian itu mungkin menjadi ngeri kepada seseorang atau sebaliknya berdasarkan penerimaan seseorang terhadap peristiwa yang menimpa mereka. Walau apa pun reaksi dan persepsi seseorang terhadap sesuatu peristiwa pahit atau ngeri dalam hidupnya, ianya tetap menimbulkan dampak dalam pikiran, emosi dan tingkah laku baik dalam jangka pendek atau jangka panjang. Selain dari pada itu dapatan tahap trauma pada peringkat rendah ini, juga selaras dengan dapatan kajian trauma pasca tsunami yang dilakukan oleh Taniza,dkk (2007) ke atas peranan guru bimbingan dan kaunseling dalam proses penanganan pasca trauma kepada murid-murid korban tsunami di Malaysia.

⁴⁸ Siri 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-

Menurut Lloyd dan Archer (1985) menyatakan kebimbangan merupakan satu suasana emosi (*emotion state*) yang sama dengan ketakutan dalam kebanyakan manifestasi fisik⁴⁹. Kebimbangan melampau (*Anxious Arousal*) kemurungan (*Depression*) dan ledakan kemarahan (*Anger Irritability*) yang sederhana pada dimensi *Dysphoric Mood* di dalam kalangan guru BK dan Agama pasca gempa dan tsunami di Kota Banda Aceh harus diberi perhatian khusus, karena dalam setiap indikator yang ada walaupun hanya sedikit wujud dalam diri akan berbahaya bila tidak dilakukan penanganan yang serius. Pernyataan ini selaras dengan pendapat Weeb (2004) bahwa pengalaman trauma akan berada dalam kehidupan seseorang sehingga lebih dari pada 6 bulan dan malah dapat bertahun-tahun lamanya jika tidak melalui proses pemulihan. Bila mengikut kenyataan tersebut tidak heran bila guru konseling dan agama di Kota Banda Aceh masih mengalami gangguan seperti kebimbangan, kemurungan dan kemarahan yang melampaui, karena dari hasil wawancara pengkaji dengan subjek kajian pasca gempa dan tsuanmi mereka belum pernah mendapatkan pemulihan secara psikological.

Kenyataan ini sesuai dengan temuan dari hasil kajian ke atas kebutuhan psikososial terhadap komunitas-komunitas di 14 kabupaten di Wilayah konflik di Aceh, dimana dinyatakan bahawa kecemasan, depresi ataupun PTSD masih cukup tinggi

⁴⁹ Lloyd ,B & Archer, J (1985) *Sex and Gender*. Cambridge University Press

pada komuniti PNA2 (*Psychosocial Needs Assessment Part 2*). Ujian ini menunjukkan bahawa hal ini sangat berhubungan dengan pengalaman kekerasan yang terjadi dimasa lalu dan hasil klinis menunjukkan masalah kesehatan mental yang terkait dengan konflik masih sangat signifikan di komuniti-komuniti di Aceh (IOM, 2006). Dan gangguan tersebut sudah menyatu kedalam kalangan masyarakat pasca gempa dan tsunami, sehingga menjadi perilaku mereka. Everson, Mckey dan Lovallo (1996), Scheier dan Bridges, (1995) menyatakan personaliti mempunyai kaitan yang erat dengan penyakit –penyakit kronis seperti hipertensi, kecelaruan jantung, kanser, anoreksia dan lain-lain. Individu yang sering bimbang, mudah merasa cemas dan lebih cepat marah mempunyai resiko yang tinggi diserang berbagai penyakit kronis⁵⁰.

Sebaliknya, Cousins (1979) menyatakan mereka yang bersifat positif dan tidak terlalu beremosi didapati lebih berjaya melawan penyakit dan hidup lebih lama sekalipun diserang penyakit kronis yang berat⁵¹. Cohen dan Rodriguez (1995) Sarason dan Sarason (1984) menyatakan pula selain mempengaruhi kesehatan, personaliti seseorang boleh berubah

⁵⁰ Scheier, M.F & Bridges, M.W (1995) *Person Variables and Health: Personality predispositions and Acute Psychological States are Shared Determinants for Disease*, *Psychosomatic Medicine*. 57, 255-268

⁵¹ Cousins, N (1979) *Anatomy an Illness*, New York: Norton.

setelah dijangkiti penyakit baik akut mahupun korinis. Pesakit-pesakit yang mengindapi penyakit yang ringan dan berat akan memperlihatkan ribuan perilaku, hal ini berwal dari pemikiran dan perasaan yang negatif sehingga melahirkan gejala-gejala psikological yang berat seperti kebimbangan, kemurungan, kemarahan dan rasa putus harapan, seperti yang dirasakan semua orang yang traumatis pada sat tsunami⁵².

Ketiga, keputusan hipotesis tentang pengaruh, menunjukkan bahwa, wilayah jenis kelamin tidak memberi pengaruh yang signifikan keatas tahap trauma pada dimensi *Dysphoric Mood*, PTSD, Sexual Dysfunction, dan self Dysfunction pada kalangan guru BK dan Agama di Kota Banda Aceh.. Temuan tersebut menandakan bahawa remaja pelajar yang memiliki trauma signifikan secara skala validity, tidak mendapatkan rawatan psikologis sehingga mereka sudah mengkesan kepada trauma yang klinis. Karena menurut Brierre (1995) skala klinikal adalah skala yang indikatornya dalah untuk mengukur trauma klinis. Jadi apabila subjek kajian merespon tinggi pada skala ini menunjukkan bahwa trauma sudah pada taraf kritikal atau boleh dikatakan bahawa subjek kajian mengalami gangguan psikological neurosis iaitu bentuk gangguan perilaku non psikotik yang ditandai oleh masalah-masalah yang melibatkan kecemasan. Begitu juga gangguan mental psikosis iaitu suatu bentuk gangguan perilaku yang ditandai oleh hendaya

⁵² Cohen, S & Rodriguez, M.S (1995) *Pathways Linking Affective Disturbances and Physical Disorder*, Health Psychology, 14, 374-380

dalam menginterpretasikan realitas dan kesulitan memenuhi tuntutan kehidupan sehari-hari (Nevid S.J, 2005).

Simons & Reidy (1968) (dalam Tan, 1998) menyatakan kebimbangan wujud akibat terlalu memikirkan masa depan. Masa depan sesuatu yang tidak menentu dan sukar diramalkan. Masa depan juga dikatakan mudah dan cepat dijadikan sebagai kenyataan, maka kebimbangan tidak dapat dielakkan terjadi. Perkara-perkara yang dipikirkan akan terjadi pada masa depan merupakan punca kebimbangan manusia yang tidak berkhir dan ia dipengaruhi oleh situasi dan realiti masa kini (Tan, 1998). Bila mengikut kenyataan ini maka tidak heran bila kalangan masyarakat Aceh masih mengalami kebimbangan karena kondisi realitas sekarang mempengaruhi psikological, dimana masih sering terjadi konflik, gempa dan berbagai masalah sosial yang terjadi telah membuat mereka bimbang keatas masa depan⁵³. Kebimbangan ini semakin parah karena tidak mendapatkan rawatan yang baik sehingga mereka masih mengalami perasaan ketidak -pastian dalam menata kehidupan yang akan datang.

Gillett.R (1987) menyatakan kemurungan tetap akan berlaku tanpa disadari terutama apabila terdapat tekanan dan

⁵³ Tan Sheau Ki (1998) *Kebimbangan Tret dan Kebimbangan Pemilihan Kerjaya Masa Hadapan: Satu Kajian di Kalngan Pelajar Pusat Pengajian Tinggi*. Latihan Ilmiah. Universiti Kebangsaan Malaysia

perjalanan hidup yang tragis. Tekanan yang dialami tidak dirawat dengan efektif akan menyebabkan kemurungan terjadi lebih cepat kepada diri seseorang. Mereka yang mengalami kemurungan mempunyai ciri yaitu merasa hilang tenaga untuk melakukan sesuatu, hilang minat dengan aktivitas sehari-hari seperti makan dan minum, merasa diri tidak lengkap, mudah menangis, merasa pesimis, merasa tidak bermaya, merasa sunyi, sepi, suka bersendirian dan cenderung mengelakkan diri daripada berinteraksi dengan orang lain (Ramli, 1990).

B.2.2 Pembahasan Keputusan Hasil Ujian Hipotesis Skala Klinikal Dimensi *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Keatas Kalangan Guru BK dan Agama di SLTA Berdasarkan Dari Wilayah, dan Jenis Kelamin.

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) adalah stres yang terjadi setelah terjadi peristiwa traumatik pada diri individu. Kaplan (1998) menyatakan PTSD merupakan sindrom kecemasan, labiliti autonomik, ketidakrentanan emosi, dan kilas balik (*flash back*) dari pengalaman yang amat pedih setelah tekanan fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa⁵⁴. PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa kita, PTSD juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatik dengan tidak memandang usia dan jenis

⁵⁴ Kaplan, Harold & Benjamin, J. Sadock (1998) *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Jakarta: Widya Media

kelamin. Nevid (2005) menyatakan PTSD adalah suatu reaksi maladaptif yang berkepanjangan terhadap suatu peristiwa traumatik.

Roan (2003) menyatakan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau *shock*. Sementara trauma kejiwaan dalam psikological diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar⁵⁵. Hikmat (2005) mengatakan PTSD adalah sebuah kondisi yang muncul setelah pengalaman luar biasa yang mencekam, mengerikan dan mengancam jiwa seseorang, misalnya peristiwa bencana alam, kecelakaan berat, *sexual abuse* (kekerasan seksual), atau perang. *National Institute of Mental Health* (NIMH) mendefinisikan PTSD sebagai gangguan berupa kecemasan yang timbul setelah seseorang mengalami peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fisik. Peristiwa trauma ini dapat berupa serangan kekerasan, bencana alam yang menimpa manusia, kecelakaan atau perang., (Anonim,2005d)⁵⁶.

Perilaku *stress* yang dinyatakan di atas merupakan suatu respon yang lazim bagi orang-orang yang mengalami banyak peristiwa traumatik. Brealey (2006) menyatakan bahwa

⁵⁵ Roan Opcit

⁵⁶ Anonim, "Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatik (PTSD)
http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main1_new.html, diakses 04 Mei2005d

tekanan (*stress*) adalah tindak balas fisiologi tubuh terutama kepada peristiwa-peristiwa yang kelihatan mengancam, dan menantang atau melibatkan perubahan. Semakin meningkat kadar dan waktu bekerja untuk perubahan hidup semata-mata, telah menghantar tingkat tekanan kita melambung tinggi, yang mewujudkan satu wabah penyakit berkaitan dengan tekanan (*stress*). Bila terdapat media yang baik, ia adalah mudah untuk lupa maka tekanan (*stress*) dapat menjadi positif dan negatif tergantung daya tindak yang dilakukan⁵⁷. Zainah (2002) menyatakan daripada hasil kajiannya bahawa daya tindak dukungan sosial yang logik, pengurusan masa dan penglibatan pekerja profesional lebih sering dapat menangani stres. Karena stres adalah satu fenomena yang penting dan dikaitkan dengan individu dari aspek prestasi kerja, kesehatan, kualiti hidup dan tahap produktivitas (Sutherland & Cooper, 1990).

Selajutnya Cohen dkk (1993) (dalam David, 2005) menyatakan sumber-sumber psikological dari stress tidak hanya menurunkan kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri, tetapi secara tajam juga mempengaruhi kesehatan. Banyak, bahkan hampir semua penyakit fisik yang datang memeriksakan diri kepada pakar perobatan berkaitan dengan stress, dan dapat meningkatkan resiko terkena berbagai jenis penyakit fisik dari mulai gangguan pencernaan sampai pada sakit jantung.

⁵⁷ Brealey, E, (2006) *Tenminute Stress Relief*, By Bounty Books division of Octopus Pulishing Group Ltd. 2-4 Heron Quays, London E 14 4 JP)

Berdasarkan kenyataan di atas, maka kondisi Kota Banda Aceh pasca gempa dan tsunami, yang telah menghancurkan harta benda, menghilangkan banyak nyawa sehingga memerlukan waktu yang lama untuk menata hidup agar lebih baik, akan meningkatkan tekanan (stres) dalam masyarakat dan bila berterusan akan mengalami banyak penyakit fisik dan mental apalagi tidak mendapatkan rawatan dan dukungan dari pihak keluarga, persekitaran dan penguasa.

Taniza (2008) menyatakan secara alamiah tragedi yang menyebabkan kematian dan kehilangan berbagai keadaan dalam tiga kategori trauma iaitu; (1) trauma bahaya yang disebabkan ancaman dalam kehidupan seseorang, (2) trauma kehilangan disebabkan kehilangan orang yang disayangi atau menyaksikan kejadian tersebut, dan (3) trauma disebabkan tanggung jawab yang membuat tekanan psikological, menurunnya sistem kepercayaan untuk berhadapan dengan keadaan yang membahaya⁵⁸.

Selanjutnya, Hikmat (2005) menyatakan tiga jenis gejala yang sering terjadi pada penderita PTSD adalah, **pertama**, pengulangan pengalaman trauma, ditunjukkan dengan selalu

⁵⁸ Siti Taniza Toha, (2008) *Peranan Ibu Bapa Dalam Proses Pemulihan Trauma Kanak-Kanak*, Prosiding Seminar Psikologi Dan Kaunseling Kebangsaan Kementerian Pelajar Malaysia kali ke -3, hal 58, Persatuan Kaunseling Pendidikan Malaysia (PEKA) Dewan B (PICC) Putrajaya International Convetion Centre

teringat akan peristiwa yang menyedihkan yang telah dialami itu, *flashback* (merasa seolah-olah peristiwa yang menyedihkan terulang kembali), *nightmares* (mimpi buruk tentang kejadian-kejadian yang membuatnya sedih), reaksi emosional dan fizikal yang berlebihan karena dipicu oleh kenangan akan peristiwa yang menyedihkan. **Kedua**, penghindaran dan emosional yang dangkal, ditunjukkan dengan menghindari aktivitas, tempat, berpikir, merasakan, atau percakapan yang berhubungan dengan trauma. Selain itu juga kehilangan minat terhadap semua hal, perasaan terasing dari orang lain, dan emosi yang dangkal. **Ketiga**, Perasaan sensitif yang meningkat, ditunjukkan dengan susah tidur, mudah marah/tidak dapat mengendalikan marah, susah berkonsentrasi, kewaspadaan berlebihan, respon yang berlebihan atas segala sesuatu.

Untuk melihat ada tidaknya responden mengalami PTSD, Briere (1995) telah membuat tiga indikator yang dapat mengukur simptom yang berlaku pada diri seseorang yaitu *Intrusive Experienc*e (IE), *Defensive Avoidance* (DA) dan *Dissociation* (DIS). Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan bahwa subjek kajian mengalami PTSD. Keputusan kajian di atas menunjukkan bahwa masih mengalami trauma pada tahap rata-rata masih rendah dan tidak ada perbedaan yang signifikan ini lebih dikarenakan responden rata-rata tinggal pada wilayah yang sama atau lebih tegasnya mereka berada pada wilayah Kota Banda Aceh dimana secara

geografis, budaya dan kebiasaan masyarakat umumnya hamper bersamaan. Dapatan kajian ini di dukung oleh dapatan kajian dari hasil wawancara pengkaji keatas responden bahwa mereka masih mengalami mimpi buruk, suka marah tanpa sebab, tiba-tiba sedih, sering berkeringat, badan kadang gementar, tiba-tiba ingin menjerit sekuat-kuatnya untuk melepaskan rasa geram dalam hati, walaupun hal ini telah lama terjadi tapi kami masih merasakan hal tersebut. Keadaan ini sejalan dengan pendapat Breslau et al, (1997) (dalam Tehrani, 2004) menyatakan bahawa pasca trauma atau *Post-traumatic* terjadi secara signifikan korban setelah enam bulan kejadian, setahun atau selama bertahun-tahun biasanya korban masih mempunyai ingatan terhadap pengalaman trauma, keadaan ini akan memberi dampak ke atas korban.

Dapatan lain dari hasil wawancara bahwa korban belum ada penanganan secara psikological, baik oleh keluarga, orang persekitaran maupun pihak pemerintah. Dalam korban gempa dan tsunami di Aceh sepatutnya sudah ada pengawalan untuk mengurangi simptom trauma pada korban, tetapi ini belum ada penanganan baik oleh keluarga mahupun masyarakat dan pemerintah. Taniza (2007) menyatakan sepatutnya pengurusan trauma lebih terpadu atau *integrated* dengan ahli-ahli masyarakat dalam bidang-bidang tertentu secara holistik, akan memberi penanganan yang berterusan seperti pemulihan dalam aspek psikological, pengurusan pra-hospital, memberi semangat

dan kestabilan emosi, dukungan moral, membantu proses integrasi kepada korban untuk kembali kepada kehidupan normal setelah mengalami musibah dengan ahli masyarakat⁵⁹.

Begitu juga, Christie (2000) menjelaskan pengurusan trauma harus dibangun secara berterusan dengan melibatkan pakar-pakar perobatan, NGO, ahli masyarakat, pekerja sosial, kaunselor, psikolog dan organisasi di tempat-tempat kerja serta ahli keluarga. PTSD memiliki gejala yang menyebabkan gangguan. Umumnya, gangguan tersebut adalah *panic attack* (serangan panik), perilaku menghindar, depresi, membunuh pikiran dan perasaan, merasa disisihkan dan sendiri, merasa tidak percaya dan dikhianati, mudah marah, dan gangguan yang berarti dalam kehidupan sehari-hari (Anonim, 2005b)⁶⁰. *Panic attack* (serangan panik). Kalangan remaja yang mempunyai pengalaman trauma dapat mengalami serangan panik ketika dihadapkan atau menghadapi sesuatu yang mengingatkan mereka pada trauma. Serangan panik meliputi perasaan yang kuat atas ketakutan atau tidak nyaman yang menyertai gejala fisik dan psikological seperti jantung ber-debar, berkeringat, gemetar, sesak nafas, sakit dada, sakit perut, pusing, merasa kedinginan, badan panas, mati rasa.

⁵⁹ Taniza (2007) opcit

⁶⁰ Anonim, "Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b

Perilaku menghindar (*Defensive Avoidance*) merupakan salah satu gejala PTSD yaitu korban menghindari hal-hal yang dapat mengingatkannya pada kejadian traumatik. Kadang-kadang penderita mengaitkan semua kejadian dalam kehidupannya setiap hari dengan trauma, padahal kondisi kehidupan sekarang jauh dari kondisi trauma yang pernah dialami. Hal ini menjadi lebih parah bila selalu dibangun rasa ketakutan dan bila tidak dikawal akan menjadi depresi. Karena mereka mengembangkan perasaan yang tidak benar, perasaan bersalah, menyalahkan diri sendiri, dan merasa peristiwa yang dialami merupakan kesalahannya, walaupun semua itu tidak benar.

Kerentanan terhadap PTSD kemungkinan tergantung pada faktor-faktor seperti resiliensi dan kerentanan terhadap efek trauma, riwayat penganiayaan seksual pada masa kanak-kanak, keparahan trauma, derajat pemaparan, ketersediaan dukungan sosial, penggunaan respon coping aktif dalam menghadapi stresor traumatik, dan perasaan malu (Adrews dkk,2000; Brewin, Andrews dan Valentine,2000; Nishith, Mechanic, & Resick,2000; Prigerson dkk,2001, Regehr, Hill & Clancy, 2000; Sharkansky dkk,2000; Silva dkk, 2000) dalam Nevid,S.J (2005)⁶¹.

⁶¹ Nevid.S.J Opcit

B. 2.3. Deskriptif Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinikal Dimensi *Sexual Dysfunction* Keatas Kalangan Guru BK dan Agama Pada SLTA Kota Banda Aceh Berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin.

Sexual Dysfunction adalah gangguan fungsi seksual atau ketidakfungsian alat-alat yang berhubungan dengan gairah, nafsu untuk melakukan hubungan seksual. Ketidakfungsian ini sering diakibatkan oleh trauma yang berkaitan dengan kekerasan seksual, masa kecil atau hal yang berhubungan dengan kekerasan seksual yang tiba-tiba seperti perkosaan dan pelecehan. Nevid (2005) menyatakan *sexual dysfunctions* ialah meliputi dengan minat, rangsangan atau respons seksual. Kasus disfungsi seksual tersebar dalam masyarakat, dialami oleh 43% perempuan dan 31% menurut survei nasional AS terbaru. Gangguan ini sering menjadi sumber distres bagi orang-orang yang mengalaminya dan bagi pasangan mereka. Ada beberapa tipe disfungsi seksual, tetapi semuanya cenderung memiliki sejumlah ciri yang sama, (Launmann, Paik & Rosen, 1999).

Supardi & Sadarjoen (2006) menyatakan gangguan seksual pada dasarnya adalah setiap bentuk perilaku yang memiliki muatan seksual yang dilakukan seseorang atau sejumlah orang, namun tidak disukai dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran sehingga menimbulkan akibat negatif, seperti: rasa malu, tersinggung, terhina, marah, kehilangan harga diri, kehilangan kesucian, dan sebagainya, pada diri orang yang menjadi korban, dan biasanya akan

mengalami stres berat. Menurut Cooper (1988) menyatakan stres ialah persepsi negatif terhadap kualiti yang menghasilkan daya tindak yang tidak mencukupi atau kurang terhadap sumber tekanan dan mempunyai dampak yang negatif kepada kesehatan mental dan fisik. Dampak stres ke atas individu dan keluarga baik fisik, tingkah laku, maupun mental⁶².

Selanjutnya, Supardi & Sadarjoen, (2006) menyatakan walaupun sebagian besar korban gangguan seksual dan perkosaan adalah wanita, akan tetapi dalam beberapa kasus, laki-laki juga dapat menjadi korban gangguan seksual yang umumnya dilakukan oleh laki-laki juga. Pada sebagian besar kasus perkosaan dilakukan oleh orang sudah sangat dikenal, misalnya teman dekat, kekasih, saudara, ayah (tiri maupun kandung), guru, pemuka agama, atasan. Sedangkan sebagian kasus lainnya, perkosaan dilakukan oleh orang-orang yang baru dikenal dan nampak sebagai orang baik-baik yang menawarkan bantuan, misalnya menghantarkan korban ke suatu tempat. Kenyataan ini di dukung berdasarkan data yang tercatat pada Unit Perlindungan Perempuan dan Anak Polda Aceh (UPPA) pada tahun 2011 sebanyak 196 kes terkait kasus kekerasan seksual pada anak dibawah umur seperti pencabulan, perkosaan dan 215 kasus pada tahun 2012 (wawancara peneliti dengan Ketua UPPA Polda Aceh, Elfiana).

⁶² Cooper, C.L. Sloan, S.J & Williams, S (1988) *Occupational Stress Indicator Management Guide*, NFER- Nelson, Windsor

Gangguan seksual yang terjadi pada kanak-kanak seperti di atas memang memberi dampak negatif ke atas psikologikalnya. Mereka akan diliputi perasaan dendam, marah, penuh kebencian yang tadinya ditujukan kepada orang yang melecehkannya dan kemudian menyebar kepada objek -objek atau orang-orang lain. Menurut Pilowsky (1997) kecemasan yang tinggi juga akan menurunkan nafsu seksual. Gangguan seksual dan perkosaan dapat menimbulkan efek trauma yang mendalam pada korban. Korban gangguan seksual dan perkosaan dapat mengalami stres akibat pengalaman traumatik yang telah dialaminya⁶³. Gangguan stres yang dialami korban gangguan seksual dan perkosaan sering disebut Gangguan Stres Pasca Trauma (*Post Traumatic Stress Disorder* atau PTSD). Briere (1995) telah merumuskan dua indikator iaitu *Sexual Concerns* (SC) dan *Dysfunction Sexual Behavior* untuk mengenal secara pasti ada tidaknya response mengalami *sexual dysfunction*, atau tidak. Respon yang tinggi pada indikator ini menunjukkan subjek kajian mengalami *Sexual Dysfunction*.⁶⁴

Keputusan ujian hipotesis menunjukkan tidak terdapat kesan trauma yang sangat signifikan pada indikator *Sexual Concerns* (SC) dan *Dysfunction Sexual Behavior* (DSB). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa responden tidak mengalami gangguan seksual

⁶³ Pilowsky (1997) *Abnormal Illness Behaviour*, John Wiley & Sons, Inc.
New York:USA

⁶⁴ Briere (1995) *Op cit*

B.2.4. Deskripsi Hasil Ujian Hipotesis Pada Skala Klinikal Keatas Dimensi *Self Dysfunction* Dalam Kalangan Guru BK dan Agama Berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin.

Self dysfunction ialah ketidakfungsian diri. Orang-orang yang mengalami ini adalah mereka yang selalu menganggap dirinya tidak berguna (*imperial*). Ketidakfungsian emosi dapat menyebabkan korban hilang minat untuk bergembira, belajar, bekerja dan melakukan aktivitas sosial atau spritual (Jones H & Davies, 1999). Kegagalan ini dapat menurunkan prestasi PBM korban dan terhalangnya pencapaian visi diri untuk masa depan. Korban yang tidak dapat mengurus emosi bermakna mereka tidak mengenali emosi diri mereka dan emosi orang lain, malah kecakapan sosial juga menjadi rendah karena mereka tidak mahir bergaul secara sempurna atau normal (Dalai Lama & Goleman,D, 2003)⁶⁵.

Gangguan ini dapat dikatakan kecelaruan emosi, Sue & Sue (1994) menyatakan kecelaruan emosi adalah satu gangguan emosi yang mengakibatkan ketidaknyamanan subjektif kepada seseorang atau mengganggu kelancaran norma kehidupannya ataupun keduanya⁶⁶. Kecelaruan ini berdasarkan kepada kemurungan dan maniak. Kemurungan digambarkan melalui kesedihan mendalam, berasa putus asa, dan tidak bermaya lagi

⁶⁵ Dalai Lama & Goleman, D (2003) *Destructive Emotions. Bloomsbury, Mind and Life* . Lusltak.UK.

⁶⁶ Sue & Sue (1994) Op cit

untuk hidup dan seterusnya menarik diri daripada pergaulan. Manakala mania pula digambarkan melalui mood gembira yang terlonjak, suka membelanjakan wang dan berakhir dengan hiper aktif. Monton (1974) menyatakan kemurungan sekatika adalah reaksi normal tatkala individu melalui masa-masa kesedihan seperti kematian, kegagalan dalam peperiksaan atau masalah kewangan, tetapi akan menjadi tidak normal jika kemurungan itu berlanjutan sehingga menyebabkan mereka kehilangan berat badan, demam, tidak dapat makan dan tidur⁶⁷.

Selanjutnya, Monton (1974) membahagikan kemurungan kedalam dua jenis yaitu kemurungan neurotik dan psikotik. Kemurungan neurotik adalah kemurungan ringan, ia terjadi karena ransangan-rangsangan situasi persekitaran yang tidak gembira dan membuat respon yang keterlaluan daripada individu. Manakala kemurungan neurotik adalah kemurungan yang lebih berat karena berpunca daripada keadaan dari dalam diri seseorang individu. Nevid (2005) menyatakan neurosis adalah bentuk gangguan perilaku non psikotik yang di tandai oleh masalah-masalah yang melibatkan kecemasan. Sedangkan psikosis adalah suatu bentuk gangguan perilaku yang ditandai oleh tidak berdaya dalam menginterpretasi realitas dan kesulitan memenuhi tuntutan kehidupan sehari-hari.

⁶⁷ Monton (1974), Opcit

Briere (1995) telah merumuskan dua indikator yaitu *Inpaired Self Reference* (ISR) dengan simptom: merasa diri hampa, merasa tidak mengenal diri sendiri, tidak mengerti kenapa melakukan sesuatu, tidak pasti yang yang diinginkan dalam hidup, memerlukan orang lain untuk memberitahukan apa yang harus dilakukan, merasa bingung dengan apa yang dipercayai, perasaan bercampur aduk dengan perasaan orang lain, fikiran dan perasaan berubah ubah dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) dengan simptom: mengamcam atau mencoba bunuh diri, suka mencari pertengkaran atau keributan untuk melampiaskan kemarahan, menggoda orang untuk menghilangkan rasa sepi, berteriak atau memarahi orang padahal tidak ingin melakukannya, marah yang tidak diinginkannya, merasa marah dalam diri, ingin memukul seseorang atau sesuatu, kesulitan mengendalikan kemarahan. Indikator ini adalah untuk melihat ada tidaknya responden mengalami trauma dimensi *Self Dysfunction*. Dapatan respon yang tinggi menunjukkan subjek kajian mengalami trauma pada dimensi ini.

Keputusan hasil ujian hipotesis pada dimensi ini menunjukkan tidak terdapat trauma yang signifikan pada indikator *Inpaired Self Reference* (ISR) dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) karena perolehan $p > 0.05$. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa guru BK dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh mengalami self dysfunctional pada tahap rendah

belum pada taraf yang berbahaya. Keputusan ini didasari juga hasil pengamatan dan kejadian yang berlaku dimana guru BK dan Agama ketika gempa sering mereka berlarian tanpa memperdulikan kondisi siswa, ini menunjukkan bahwa mereka trauma tapi belum dalam taraf yang kritikal.

Keadaan tersebut dinamakan *Comorbidity* dengan PTSD, Kessler, et al (1995) mangsa konflik bersenjata dan tsunami mungkin sudah mengalami PTSD karena tidak ditangani, maka timbul panik, phobia, sosial, *conduct disorder*, *Intrusive*, terutama kejadian- kejadian yang dapat mengingatkan kepada tragedi, mangsa *comorbid* biasanya juga akan mengambil narkoba untuk menghilangkan respon trauma. Selain dari pada itu, ia menyatakan juga bahwa proses pemulihan kesedihan karena berkabung berbeda dari satu budaya dengan kebudayaan lain.

Dalam DSM IV telah memberi panduan kepada profesional penolong kesehatan mental, kemurungan besar (*despression mayor*) terjadi lebih 2 bulan, terutama bila korban mempunyai perasaan yang kuat terhadap rasa bersalah, tidak mampu bekerja, rasa tidak berguna, ada keinginan membunuh diri dan lain- lain dari simptom kemurungan berat. Perkara yang sama juga telah didiskusikan oleh Freckelton (1998) (dalam Tehrani, 2004) yaitu konflik bersenjata dan bencana tsunami telah lebih 5 tahun berlalu tetapi tahap respon masih tinggi, ini

Briere (1995) telah merumuskan dua indikator yaitu *Inpaired Self Reference* (ISR) dengan simptom: merasa diri hampa, merasa tidak mengenal diri sendiri, tidak mengerti kenapa melakukan sesuatu, tidak pasti yang yang diinginkan dalam hidup, memerlukan orang lain untuk memberitahukan apa yang harus dilakukan, merasa bingung dengan apa yang dipercayai, perasaan bercampur aduk dengan perasaan orang lain, fikiran dan perasaan berubah ubah dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) dengan simptom: mengamcam atau mencoba bunuh diri, suka mencari pertengkaran atau keributan untuk melampiaskan kemarahan, menggoda orang untuk menghilangkan rasa sepi, berteriak atau memarahi orang padahal tidak ingin melakukannya, marah yang tidak diinginkannya, merasa marah dalam diri, ingin memukul seseorang atau sesuatu, kesulitan mengendalikan kemarahan. Indikator ini adalah untuk melihat ada tidaknya responden mengalami trauma dimensi *Self Dysfunction*. Dapatan respon yang tinggi menunjukkan subjek kajian mengalami trauma pada dimensi ini.

Keputusan hasil ujian hipotesis pada dimensi ini menunjukkan tidak terdapat trauma yang signifikan pada indikator *Inpaired Self Reference* (ISR) dan *Tension Reduction Behavior* (TRB) karena perolehan $p > 0.05$. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa guru BK dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh mengalami self dysfunctional pada tahap rendah

belum pada taraf yang berbahaya. Keputusan ini didasari juga hasil pengamatan dan kejadian yang berlaku dimana guru BK dan Agama ketika gempa sering mereka berlarian tanpa memperdulikan kondisi siswa, ini menunjukkan bahwa mereka trauma tapi belum dalam taraf yang kritikal.

Keadaan tersebut dinamakan *Comorbidity* dengan PTSD, Kessler, et al (1995) mangsa konflik bersenjata dan tsunami mungkin sudah mengalami PTSD karena tidak ditangani, maka timbul panik, phobia, sosial, *conduct disorder*, *Intrusive*, terutama kejadian- kejadian yang dapat mengingatkan kepada tragedi, mangsa *comorbid* biasanya juga akan mengambil narkoba untuk menghilangkan respon trauma. Selain dari pada itu, ia menyatakan juga bahwa proses pemulihan kesedihan karena berkabung berbeda dari satu budaya dengan kebudayaan lain.

Dalam DSM IV telah memberi panduan kepada profesional penolong kesehatan mental, kemurungan besar (*despression mayor*) terjadi lebih 2 bulan, terutama bila korban mempunyai perasaan yang kuat terhadap rasa bersalah, tidak mampu bekerja, rasa tidak berguna, ada keinginan membunuh diri dan lain- lain dari simptom kemurungan berat. Perkara yang sama juga telah didiskusikan oleh Freckelton (1998) (dalam Tehrani, 2004) yaitu konflik bersenjata dan bencana tsunami telah lebih 5 tahun berlalu tetapi tahap respon masih tinggi, ini

bermakna mangsa belum masuk dalam fasa pemulihan. Mereka masih *bargening* (tawar menawar) dalam suka dan duka, mau sembuh dan dalam waktu yang sama belum mampu melupakan peristiwa pahit (Mat Saat Baki & Siti Taniza, 2005)⁶⁸.

Esponden dengan ISR dan TRB yang tinggi marah-marah untuk mempertahankan kesilapan, kegagalan dan kekurangan diri, mereka selalu coba bersikap gembira akan tetapi mempunyai nilai-nilai negatif kehidupan dalam diri, dan kadangkala berbuat tingkahlaku menghancurkan (*Vandalisme*). Tingkahlaku begini terjadi dalam kalangan korban suka mengganggu atau melakukan kesalahan dan juga melanggar undang-undang pemerintah. Tingkahlaku ini menandakan tingkahlaku mangsa berkonflik dalam diri dan persekitaran akibat trauma yang tidak diurus secara sempurna (Jongsma & Petterson 1999). Responden yang demikian harus dipulihkan.

Tehrani (2004) menyatakan bahwa pemulihan krisis trauma melalui 5 tahap iaitu: memberi pengembangan atau developmental program berkaitan dengan makna trauma simptom yang berkaitan serta cara-cara mengatasi tekanan dan trauma. Tahap 2 ialah *debriefing* iaitu tentang bagaimana ketua daerah melaksanakan proses dan peluang informasi pengurusan reaksi trauma, yang ketiga adalah *debriefing* dalam asfek

⁶⁸ Mat Saat Baki (2004) *Senarai Semak Trauma, Manual Pengurusan Trauma*, tidak diterbitkan

psikological seperti diagnosa psikological dan pakar-pakar psiketris bagi mengenalpasti mangsa yang mengalami trauma major dan yang sudah pulih,. Tahap keempat dimana ketua daerah tempatan merujuk korban yang sesuai kepada pakar psikiatris⁶⁹. Tahap kelima pemantauan dan penilaian terhadap korban sama ada telah pulih dari PTSD atau yang mempunyai trauma rendah dan sedang pada kehidupan asal. Jika PTSD belum sembuh maka rawatan dan pemantauan harus diteruskan.

Sementara itu, Charney (2004) menyatakan faktor yang dapat mengurangkan resiko PTSD adalah: Mencari dukungan dari orang lain, seperti rekan-rekan dan keluarga, mencari kelompok yang mendukung setelah peristiwa traumatik, perasaan yang baik mengenai tindakan sendiri dalam menghadapi bahaya, mempunyai strategi menghadapi keadaan yang buruk, atau mendapatkan pembelajaran daripada nya, karena sebagian mampu untuk bertindak dan bertindak secara efektif walaupun perasaan takut⁷⁰.

Everly (1993) berpendapat bahwa untuk benar-benar memahami sifat trauma psikologi dan PTSD, seseorang perlu mengkaji wujud dua faktor pilihan psikologi dan fenomena

⁶⁹ Noreen Tehrani (2004), Op Cit

⁷⁰ 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

biologi⁷¹. Flannery, (1994) menyatakan tiga fungsi domain manusia yang menyumbang kepada kesehatan baik fisik maupun mental: penguasaan yang baik, menyanyangi orang lain, menentukan tujuan hidup yang bermakna dan penguasaan persekitaran yang dapat merujuk untuk keupayaan untuk membentuk dan memenuhi keperluan seseorang⁷². Hasan Bin Ahmad Hammam et al, (2009) menyatakan pemerintah wilayah telah melaksanakan proses pemulihan trauma melalui peranan budaya. Dalam budaya Islam, peranan ibadah dapat menormalkan rasa konflik dan trauma dalam kalangan korban ... Amalan melalui ritual agama seperti majelis zikrullah, rukyah, sholat ghaib, sholat sholat yang dapat menghilangkan rasa ketidakstabilan emosi. Konsep ini ternyata efektif tetapi harus konsisten.

⁷¹ Everly, G.S., Jr. (1993). *Psychotraumatology: A two-factor formulation of posttraumatic stress*. Integrative Physiology and Behavioral Science, 28, 270-278

⁷² Flannery, R.B., Jr. (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York: Crossroad Press

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN REKOMENDASI

A. Hasil Penelitian

Kalangan Guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama pada Sekolah Lanjuta Atas (SLTA) di Kota Banda Aceh secara keseluruhan dapat dikatakan mengalami trauma pasca gempa dan tsunami. Peryataan ini disimpulkan berdasarkan dapatan hasil ujian ke atas 5 rumusan hipotesis iaitu:

Pertama, hasil ujian deskriptif yang menunjukkan respon kalangan guru Bimbingan dan Konseling serta guru Agama yang tinggi pada skala validity indicator Atypical Respon (ATR) dan Respon Level (RL) serta indicator inconsisten respon (INC) menandakan bahwa pasca gempa dan tsunami Kota Banda Aceh telah berdampak trauma karena kurang penanganan dan dukungan sampai sekarang masih kekal di dalam diri.

Kedua, hasil ujian inferensi tingkat trauma dalam kalangan guru BK dan Agama dilihat berdasarkan wilayah, jenis kelamin berada pada peringkat rendah dan sedang, dan akan menjadi tinggi bila tidak segera dilakukan penanganan secara berkesinambungan dan bersesuaian dengan trauma yang dialami. Pengawalan ini dapat dilakukan oleh keluarga dalam bentuk dukungan, perhatian dan juga kasih sayang, dan yang lebih

berhasil lagi bila ada layanan konseling trauma yang dilakukan secara representative, sistematis dan professional, sehingga korban dapat pulih kembali dan dapat melakukan aktivitas yang berhasil dalam kehidupannya. Layanan konseling trauma ini sepatutnya dilakukan disekolah, dalam masyarakat dan difasilitasi oleh Pemerintah Daerah sehingga dapat menjamin keberlanjutan layanan.

Pengawalan yang dilakukan sejak awal dapat menurunkan tingkat trauma pada kalangan masyarakat korban, tetapi bila terlambat atau bahkan tidak pernah mendapat dukungan baik keluarga, teman dalam persekitaran baik dalam lingkungan formal mahupun informal, maka masyarakat dapat terjadi PTSD yang akan membahayakan keselamatan. Hal ini terbukti kalangan guru BK dan Agama rata-rata sekarang masih trauma pada taraf rendah dan sedang dan akan menjadi tingkat tinggi bila semua orang tidak peduli.

Ketiga, secara keseluruhan dapat disimpulkan bahawa tidak ada perbedaan yang signifikan tingkat trauma dalam kalangan guru BK dan Agama di SLTA Kota Banda Aceh baik dilihat dari kecamatan maupun jenis kelamin pada respon skala klinikal ke atas empat dimensi yaitu: *Dysphoric Mood*, *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, *Sexual Dysfunction* dan *Self dysfunction*.

Keempat, hasil ujian inferensi terkait hubungan wilayah (kecamatan), dan jenis kelamin secara keseluruhan mempunyai hubungan yang erat, baik dengan skala validity indicator ATR, dan RL, sedangkan dengan indicator INC maupun skala klinikal keatas empat dimensi yaitu: *Dysphoric Mood*, PTSD, *Sexual Dysfunction* dan *Self Dysfunction*.

Hasil ujian inferensi terkait pengaruh wilayah, dan jenis kelamin ke atas tingkat trauma dalam kalangan guru BK dan Agama pada Sekolah Menengah Atas (SLTA) secara keseluruhan dilihat dari wilayah ada yang mempengaruhi ada yang tidak, Akan tetapi bila dilihat dari jenis kelamin tidak berpengaruh sama sekali.

B. Rekomendasi

Dari hasil penelitian ini, maka peneliti merekomendasikan kepada Pemerintah Kota Banda Aceh agar dapat membuka unit layanan konseling trauma untuk masyarakat terutamanya untuk orang-orang yang mengalami langsung tsunami. Hal ini penting karena bila tidak ditangani lama-kelamaan akan menjadi permanen dan kalau sudah pada tahap tersebut akan membayakan orang lain. Selain daripada itu juga sebagai Ibukota dari provinsi Aceh sudah seharusnya memulai dan menjadi tempat rujukan bagi masyarakat Aceh dalam penanganan trauma.

Rekemnedasi lain juga kepada Dinas pendidikan agar membuka layanan konseling trauma di sekolah-sekolah dasar, menengah dan perguruan tinggi agar generasi penerus dapat penanganan yang lebih intens dan konfhensif dan berkelanjutan, karena generasi penerus adalah aset Negara, maka penanganan dan pemulihan menjadi sesuatu yang paling penting bagi mereka.

Rekemendasi lain adalah kepada masyarakat agar pro aktif dalam mencari berbagai bantuan untuk pemulihan trauma, karena secara fakta merekalah yang paling tahu apa yang dirasakan pasca gempa dan tsunami..

RUJUKAN

- .Alias Baba (1992) *Statistic Penyelidikan Dalam Pendidikan dan Sains Sosial*, Bangi: Universiti Kebangsaan Malaysia.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington, DC: The Author.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed., text rev) Washington ,DC. Author.
- American Psychiatric Association (2005) *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder* (4thn ed.,Text rev) Washinton, DC: Athor.
- Anonim (2005) *Methods for Handling Our Own Aggression/ Anger: A Long Term Concern; an Important Problem, METHODS FOR HANDLING OUR OWN AGGRESSION.doc*, dokumen komputer, Sumber tak diketahui, diambil oleh Yakita.
- Anonim, "Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatik (PTSD)?", http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main1_new.html, diakses 04 Mei2005d.
- Anonim, "Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b.
- APA (2005) *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder* (ADSM-IV-TR), Arlington,VA.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th ed., textrev*. Washington DC: Author.

- Backman, L., & Forsell, Y (1994) *Episodic Memory Functioning in a Community-Based Sample of Old Adults With Major Depression: Utilization of Cognitive Support*. Journal of Abnormal Psychology, 103, 361-370.
- Beaton, R., Murphy, S & Cornell, W (1996) *Prevalence of Post Traumatic Stress Disorder Symptomatology in Professional Urban firefighter in two Countries*. Paper Presented at The International Congress of Occupational Health, Stockholm, Sweden.
- Brealey, E, (2006) *Tenminute Stress Relief*, By Bounty Books division of Octopus Publishing Group Ltd. 2-4 Heron Quays, London E 14 4 JP).
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat Schultz LR, Davis GC, Andreski P. (1998) *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. Arch Gen Psychiatry; 55:626-32.
- Breutler, L.E., Crago, M, and Arizmendi, T, G (1986) *Therapist variables. In Psychotherapy Process and Outcome*. In S.L. Garfield and A.E. Bergin (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd, New York: Wiley
- Briere, J (1995) *Trauma Symptom Inventory*, USA: Psychological Assessment Resource Inc.
- Bureau of Justice Statistics (1997a) *National Crime Victimization Survey*. Washington DC: US Department of Justice.
- Caplan, G & Killilea, M (1976) *Support System Mutual Help*. New York: Grune & Stratton.

- Cavanagh.M. (1982). . *The caunseling Experience : A Theoritical and Practical Approach*. Monterey: Book/Cole Publishing Campany.
- Chaplin, J. (2001). *Kamus Lengkap Psikologi (terj.Dr Kartini Kartono)*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- 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.
- Cohen, S & Rodriguez, M.S (1995) *Pathways Lingking Affective Disturbances and Physical Disorder*, Health Psychology, 14, 374-380.
- Cooper,C,L. Sloan,S,J & Williams,S (1988) *Occpational Stress Indicator Mangement Guide*, NFER-Nelson, Windsor.
- Cousins, N (1979) *Anatomi an Illness*, New York: Norton.
- Creswell, J.W (2005:) *Educational Research : Planning, Counducting, and Evaluating quantitative and Qualitative research*. International Edition. Pearson Education International.) hal 354.
- Crisis Croup Asia Report, (2007) ICG "Aceh: *Post Conflict Complication*", No 139.
- Cristie, J. (2000). *Trauma Care,A Team Approach*. Oxford Aukland: Batter Worth Heinemen.
- Dalai Lama & Goleman, D (2003) *Destructive Emotions*. Bloomsbury, *Mind and Life* . Lusltak.UK.

- Everly & Mitchell, (1999) *Critical Incident Stress Management (CISM)*; approach are discussed. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2: 135-140.
- 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, G.S., Jr., Flannery, R.B., Jr., & Mitchell J.T. (1999) *Critical Incident Stress Management (CISM): A methodological review. Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, in press.
- Feldman R.S., Meyer J.S & Quenzer L.F (1997) *Principles of Neuropsychopharmacology*, Sinauer Associates: Sunderland MA. *Dictionary of Biological Psychologi*, Edited by Philip Winn, London and New York.
- Fiske, D. C. (1959). "Comvergent and Discriminant Validation". *Psychological for Patients and Families*," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b.
- Flannery, R.B, Jr., Ph.D. (1999) *Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Review*, *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.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Mengapa EI lebih Penting dari IQ*. Jakarta: PT Gramaedia Utama.