

NO. 15/LPTM/137/K/I/2014

KODE NAMA RUMPUS ILMU:
EDUKASIKAN DAN
KONSELING

**LAPORAN
PENELITIAN HIBAH BERSAING OFFLINE**



**PENGEMBANGAN MODEL KONSELING TRAUMATIS UNTUK
MENGURANGI TRAUMA PADA SISWA DI SURABAYA**

OLEH:

Drs. Moch. Nurmalus, M.Si.

NIDN. 0003056807

Dra. Tiin Indah Pratiwi, M.Pd.

NIDN. 0001116387

Dr. Retno Tri Hariastuti, M.Pd.Kom

NIDN. 0024026783

**Dilaksanakan dengan Dana BOPTN
Berdasarkan Surat Keputusan Rektor Universitas Negeri Surabaya
Nomor: 137/UN38/HK/L.T/2014 tanggal 22 April 2014**

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA
TAHUN 2014**

Halaman Pengesahan

Judul Penelitian : Pengembangan Model Konseling Traumatis untuk Mengurangi Trauma pada siswa di Surabaya

Peneliti/ Pelaksana :

a. Nama Lengkap : Drs. Mochamad Nursalim., M.Si

b. NIDN : 0003056807

c. Jabatan fungsional : Lektor Kepala

d. Program Studi : Bimbingan dan Konseling FIP Unesa

e. Nomor HP : 08155208054

f. Alamat surel(e-mail) : mochamad_nursalim@yahoo.com

Anggota (1) :

a. Nama Lengkap : Dra. Titin Indah Pratiwi, M.Pd

b. NIDN : 001116307

c. Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Surabaya

Anggota (2) :

a. Nama Lengkap : Dra. Retno Tri H,M.Pd.,Kons

b. NIDN : 0024026703

c. Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Surabaya

Institusi Mitra (jika ada) :

a. Nama Institusi Mitra : -

b. Alamat : -

c. Penanggung Jawab : -

Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun

Penelitian tahun ke : 1

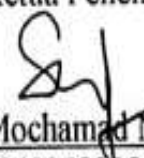
Biaya tahun berjalan : Rp 45.000.000,-

Biaya Penelitian : Rp. 120.000.000,-

Keseluruhan

Surabaya, 3 Oktober 2014

Ketua Peneliti,


Drs. Mochamad Nursalim, M.Si
NIP.196805031994031003


Dra. I Nyoman Sudarka, M.S.
NIP.195201021980031002


Mengetahui,
Ketua FPM Unesa
Prof. Dr. I Wayan Susila, M.T.
NIP.196007051987031003

ABSTRAK PENELITIAN

Nursalim, Mochamad; Pratiwi, Titin Indah; dan Tri H, Retno. 2014. Pengembangan Model Konseling Traumatis untuk Mengurangi Trauma pada siswa di Surabaya. Penelitian Hibah Bersaing Tahun I, DP2M Dikti-Lembaga Penelitian dan Pengabdian, Universitas Negeri Surabaya.

Kata kunci: pengembangan, model konseling, traumatis, trauma, siswa

Penelitian ini merupakan penelitian pengembangan yaitu menyusun dan menguji akseptabilitas serta efektivitas model konseling traumatis untuk membantu menyelesaikan trauma pada siswa di Surabaya. Produk penelitian pengembangan ini adalah; 1) naskah substansi model konseling traumatik, 2) naskah suplemen model konseling traumatik dan 3) bahan bacaan bagi konselor agar lebih memahami konsep trauma dan konseling traumatis. Penelitian pada tahun pertama ini mencakup; 1) analisis kebutuhan sebagai tahap pra-pengembangan, 2) Penyusunan model konseling traumatis sebagai tahap pengembangan, serta uji akseptabilitas oleh ahli dan pengguna sebagai tahap pasca pengembangan. Pada tahun kedua direncanakan uji efektivitas untuk mengetahui kemanjuran model.

Hasil need asesment menunjukkan bahwa 21% siswa pernah mengalami/ menyaksikan peristiwa traumatis, 14% siswa memiliki masalah trauma. Gambaran usaha penyelesaian trauma adalah 86% siswa membiarkan trauma itu tetap terjadi dan hanya 14% siswa yang berusaha memecahkan trauma dengan berbagai cara menurut mereka sendiri. Terhadap usaha penyelesaian trauma itu, 92% siswa merasa tidak puas karena penyelesaiannya tidak berakhir positif, masih ada perasaan cemas dan takut. Pandangan siswa tentang penyelesaian trauma yang baik adalah mereka dapat terbebas dari masa lalu yang membebani dan menakutkan. Harapan siswa terhadap layanan BK, adalah perlunya layanan untuk mengatasi trauma serta konselor yang terampil mengatasi trauma yang diderita siswa. Tanggapan konselor sekolah terhadap masalah trauma menunjukkan seluruhnya memandang perlu dikembangkannya cara ilmiah dan aplikatif. Selama ini hampir semua konselor tidak memiliki ketrampilan membantu siswa yang mengalami masalah trauma. Di sekolah / di lapangan belum tersedia panduan penanganan trauma untuk konselor. Berdasarkan need asesment tersebut dapat disimpulkan bahwa perlu dikembangkan model konseling traumatis untuk membantu konselor menyelesaikan masalah trauma yang dialami oleh siswa. Hal-hal pokok yang merupakan temuan studi literatur adalah; 1) cara penyelesaian masalah trauma yang komprehensif dengan cara mengintegrasikan beberapa pendekatan/ teknik konseling. 2) perlu pelatihan khusus bagi konselor untuk dapat membantu konseli yang mengalami masalah trauma, 3) persyaratan agar seseorang dapat menyelesaikan masalah trauma adalah seseorang tersebut memiliki pengetahuan tentang trauma, model konseling traumatis, dan prosedur konseling traumatis.

Model konseling traumatis yang dikembangkan telah memenuhi kriteria akseptabilitas yang meliputi aspek kegunaan (utility), kelayakan (feasibility) dan ketepatan (accuracy). Hasil penilaian pada aspek kegunaan menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan, sangat berguna diterapkan pada

siswa menengah atas. Hasil penilaian menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para ahli sebesar 45,3. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang dikembangkan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan tergolong sangat berguna sehingga model konseling traumatis dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengurangi trauma pada siswa SMA. Hasil ini sejalan dan didukung penilaian pada aspek kegunaan yang dilakukan oleh konselor sekolah selaku pengguna model konseling traumatis, yang menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para konselor sebesar 48,5. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang dikembangkan menunjukkan bahwa model yang dikembangkan sangat berguna. Hasil penilaian pada aspek kelayakan (feasibility) menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan memenuhi aspek kelayakan. Berdasarkan hasil penilaian dari ahli dapat disimpulkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak, dengan rata-rata skor sebesar 93,7. Skor tersebut bila dibandingkan dengan kriteria yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak. Sementara itu, hasil penilaian kelayakan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak dengan skor rata-rata sebesar 101,5. Penilaian indikator ketepatan didasarkan pada dua subindikator yaitu ketepatan obyek dan ketepatan rumusan tujuan dan prosedur. Hasil penilaian ahli diketahui bahwa rata-rata aspek ketepatan sebesar 103,33. Dengan melihat rata-rata skor penilaian ketepatan dari ahli dan penggolongan skor pada aspek ketepatan tersebut dapat diketahui bahwa konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat. Demikian juga, hasil penilaian ketepatan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori sangat tepat dengan rata-rata skor sebesar 123,5.

Sementara itu, data yang berupa saran dan masukan terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan dari para ahli dan pengguna dapat dijelaskan sebagai berikut. a) beberapa rujukan yang dikutip belum ada di daftar pustaka, b) Pada terapi permainan, belum ada penjelasan tentang jenis permainan dan pelaksanaan permainan untuk mengatasi trauma, c) Proses konseling CBT masih umum, belum digabungkan dengan peristiwa traumatis dan perlu contoh, d) Mohon dicek lagi pengetikan, gunakan kaidah bahasa yang betul, e) Model penjilidan kurang praktis/ mudah lepas/ robek, f) Akan lebih menarik jika dilengkapi dengan contoh kasus sehingga lebih aplikatif. Berdasarkan saran dan masukan tersebut telah dilakukan perbaikan dan revisi, sehingga modul konseling traumatis yang dikembangkan semakin akseptabel.

ABSTRACT

Nursalim, Mochamad; Pratiwi, Titin Indah; dan Tri H, Retno. 2014. *The Development of a Traumatic Counseling Model for Reducing Trauma on Students in Surabaya*. Hibah Bersaing Research Year I, DP2M Dikti-Lembaga Penelitian dan Pengabdian, Universitas Negeri Surabaya.

Key words: counseling model, development, students, trauma, traumatic

This research is a development research that is to construct and test the acceptability and efectivity the traumatic counseling model for helping students in Surabaya in solving their trauma. The products of this research are 1) a manuscript of the substance of traumatic counseling model, 2) a suplement manuscript of traumatic counseling model, and 3) reading materials for counselor to understand the concepts of trauma and traumatic counseling. The first year research includes: 1) needs assessment as a pre-development step, 2) development of the traumatic counseling model as the development step, and 3) acceptability test by experts and users as the post development step. In the second year an efectivity tests are planned for testing the efficacy of the model.

The results of the need asassessments show that 21% of the students have experienced/ seen a case of traumatic, 14% of students have trauma problems. The efforts to solve the trauma are 86% of students let the problems happen and only 14% of students have tried to solve the trauma by any means as they like. However, the efforts of solving the trauma indicate that 92% of students do not satisfy since the ending is not positively and they still feel worry and afraid. Their ideas related to a good solution of traumatic problems are that they can free from burdenned and scarry experiences. They expect that the counseling services have traumatic division and skilled counselors for solving traumatic experiences of the students. The school counselors suggest that a traumatic counseling model needs to be developed, scientifically and applicatively. For years, many counselors do not have any capability to help students for solving their trauma problems. At schools/ fields, there is no guidance available for counselors to help students with trauma. Therefore, it can be concluded that a traumatic conseling model is needed to be developed for conselors to help traumatic students. The main findings of this literature study are 1) a method of solving the traumatic problem that are comprehensively integrating some approaches/ counseling techniques is necessary, 2) a special training to help trumatic students for conselors is needed, 3) the requirements for someone who help students in solving their traumatic experiences are that they must have knowledge of trauma, traumatic counseling models, and procedures of traumatic counseling.

The developed traumatic counseling model has met the criteria of acceptability that includes utility, feasibility, and accuracy. The result of the test to the utility aspect shows that the developed traumatic counseling model is very useful to be applied on the high senior school students. The average score of the test by experts is 45.3. It shows that the developed model is very useful, based on the criteria of this research. Therefore, this model can be developed, further, for

helping traumatic senior high school students. This result meets with the utility test results by school counselors, as users. The average score is 48.5 (very useful).

The test for the feasibility aspect shows that the developed model meets the feasibility aspect. The test by experts concludes that the developed model is feasible with average score of 93.7. The school counselors valuation shows that the model is feasible with the average score of 101.5.

The valuation of accuracy is based on two sub-indicators i.e. object accuracy and concepts of purpose and procedure accuracy. The results of the tests by experts conclude that the accuracy score is 103.33. It shows that the development of the model is accurate. The same results are shown by the test by school counselors with the average score of 123.5.

Data dan suggestions to the developed model from experts and users are explains as follows: a) some citations are not mentioned in the bibliography, b) on the game therapy, there is no explanation related to the types of games and the implementation of games to solve traumatic problems, c) the CBT counseling proces is too general. It has not been combined with a traumatic case and it needs a case/ example, d) there are some miss spell and miss use of language, e) the book binding is not good, f) an example of case needs to be included for applicative measures. The manuscript has been revised based on those suggestions such that the developed module of traumatic counseling model is more acceptable.

Kata Pengantar

Alhamdulillah, Segala puji bagi Allah Swt. yang telah melimpahkan rahmat dan bimbingan-Nya kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan laporan penelitian pengembangan model konseling traumatis untuk mengurangi trauma pada siswa di Surabaya.

Pemahaman konselor terhadap masalah trauma yang dialami siswa serta proses konseling untuk mengatasi trauma sangat penting merupakan sesuatu yang fundamental, pemahaman ini akan mendorong konselor untuk selalu meningkatkan kemampuan profesionalnya dan menjadikan dirinya sebagai profesional yang bermakna bagi konseli.

Pada bab awal laporan penelitian ini akan dibahas tentang berbagai data yang melatarbelakangi dilaksanakannya penelitian ini, terutama data tentang kejadian yang dapat menimbulkan trauma pada anak diantaranya bencana alam seperti gelombang tsunami dan letusan gunung berapi, serta kekerasan pada anak dan *human trafficking*. Pada bab selanjutnya akan dibahas tentang berbagai pustaka yang membahas tentang trauma dan model konseling konseling traumatis. Metode penelitian, materi ini akan dibahas pada bab ketiga. Pada bab selanjutnya akan dibahas hasil, pembahasan hasil penelitian dan penutup, serta diakhiri dengan berbagai lampiran pendukung.

Kami berharap laporan ini dapat bermanfaat dan dapat dijadikan rujukan bagi penelitian lanjutan dan bagi peneliti lain yang akan melaksanakan penelitian dengan topik yang sama.

Selanjutnya kami mengucapkan utamanya kepada Dirjen Dikti melalui DP2M selaku penyandang dana penelitian ini, Rektor Unesa, Ketua Lembaga Penelitian dan pengabdian Unesa, Para konselor sekolah di Surabaya, para siswa SMA di Surabaya , serta berbagai pihak yang telah mendukung keberhasilan penelitian ini.

Awal November 2014

Peneliti

Daftar Isi

	Hal
Halaman Judul	i
Halaman Pengesahan	ii
Abstrak Penelitian	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vi
Bab I Pendahuluan	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Urgensi Penelitian	3
D. Spesifikasi Produk yang Dihasilkan	5
E. Keterbatasan Pengembangan	6
F. Definisi Operasional	6
Bab II Kajian Pustaka	7
A. Hakekat Trauma	7
B. Ciri-ciri Trauma	8
C. Prevalensi	9
D. Akar Pemicu Trauma	10
E. Faktor Timbulnya PTSD	11
1. Faktor Resiko	11
2. Faktor Psikodinamik	12
3. Faktor Kognitif-Perilaku	12
4. Faktor Neurobiologi	14
F. Dampak PTSD	14
G. Tinjauan Trauma dari Perspektif Teoritis	15
1. Teori Behavioristik	15
2. Faktor Kognitif	16
H. Model-Model Konseling Traumatis	20
1. Dasar Filosofi	20
2. Rasional	21
3. Tujuan konseling	22
4. Prinsip dan Target Konseling	22
5. Garis Besar Konseling	23
6. Kompetensi Konselor	24
7. Evaluasi dan Keberhasilan Konseling	25
I. Prosedur Konseling Traumatis	25
1. Pra Kondisi Konseling	25
2. Norma-Norma Konseling	26
3. Peranan dan Fungsi Konselor	26
4. Pengalaman Konseli dalam Konseling	26
5. Karakteristik Hubungan antara Konselor dan Konseli	26
6. Prosedur dan Teknik Konseling	27
7. Konseling Kelompok dengan Teknik Permainan	28

8. Konseling <i>Cognitive-Behavior</i>	30
9. Konseling dengan Teknik <i>Ego state</i>	38
10. Konseling EMDR	44
11. Konseling Relegius	47
Bab III Tujuan dan Manfaat	52
A. Tujuan	52
B. Manfaat	52
Bab IV Metode Penelitian	53
A. Model Pengembangan	52
B. Prosedur Pengembangan	53
1. Tahap Pra-pengembangan	53
2. Tahap Pengembangan	55
3. Tahap Pasca Pengembangan	56
Bab V Hasil dan Pembahasan	63
A. Hasil <i>Need Asessesment</i>	63
B. Hasil Pengembangan Produk	64
C. Hasil Uji Ahli dan Ahli Pengguna	65
1. Hasil Penilaian Ahli	65
2. Hasil Penilaian Pengguna	69
D. Pembahasan Hasil Penelitian	74
Bab VI Penutup	78
A. Simpulan	78
B. Saran	79
Daftar Pustaka	80
Lampiran	85

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fakta menunjukkan kekerasan di Indonesia bisa menjadi bencana kemanusiaan yang cenderung berkembang dan meluas baik dari segi isu maupun para pelakunya. Tercatat selama tahun 2010 – 2014, Komisi Nasional Perlindungan Anak Indonesia mencatat sebanyak 21.869.797 kasus pelanggaran hak anak, yang tersebar di 34 propinsi, dan 179 kabupaten dan kota. Sebesar 42-58% dari hak anak itu merupakan kejahatan seksual terhadap anak. Selebihnya merupakan kasus kekerasan fisik dan penelantaran anak (wikwpedia.org, 2014). Kekerasan seksual terhadap anak akan berdampak panjang, disamping berdampak pada masalah kesehatan di kemudian hari, juga berkaitan dengan trauma yang berkepanjangan, bahkan hingga dewasa. Dalam jangka pendeknya anak akan mengalami mimpi buruk, ketakutan yang berlebihan pada orang lain dan konsentrasi yang menurun.

Beberapa kejadian lain misalnya menyaksikan peristiwa yang berakibat luka fisik atau kematian yang menakutkan seperti korban tergulung ombak, tertimpa tanah longsor, terlindas kendaraan, penganiayaan, terkena granat atau bom, kepala terpancung, tertembak, pembunuhan masal atau tindakan berutal di luar batas kemanusiaan, Pengalaman berada dalam situasi terancam kematian atau keselamatan jiwanya, misalnya huru-hara kerusuhan, bencana, tsunami, air bah atau gunung meletus, peperangan, berbagai tindak kekerasan, usaha pembunuhan, penganiayaan fisik dan mental-emosional, penyanderaan, penculikan, perampokan atau pun kecelakaan.

Peristiwa dan kejadian tersebut dapat memicu terjadinya trauma pada diri seseorang. Kegagalan *coping* dan adaptasi terhadap pengalaman traumatik dapat menimbulkan efek bola salju yang luas dan mendalam, berjangka panjang dan mungkin tidak dapat diubah. Bahkan pada bentuknya yang ekstrim akan mengakibatkan apa yang disebut deprivasi sosial (*social deprivation*). Pengabaian terhadap pengalaman traumatik dan deprivasi sosial pengaruhnya dapat diteruskan

secara psikososial bukan saja pada dirinya sendiri tetapi juga kepada masyarakat, dan generasi berikutnya melalui keluarga dan anak cucu mereka.

Trauma tidak hanya terjadi dalam setting masyarakat, karena saat ini trauma juga dapat terjadi dalam setting pendidikan khususnya sekolah. Fakta yang menarik adalah rata-rata trauma dialami oleh siswa yang sedang belajar di sekolah. Seperti yang dilansir Tribunnews. com.(Kamis, 28 Agustus 2014) tentang seorang siswa SD di Madiun, Jawa Timur yang trauma dan tidak mau ke sekolah karena dipukul dengan penggaris pada kepalanya oleh gurunya. Fakta yang menarik ditemukan bahwa kebanyakan korban trauma adalah siswa dan yang menjadi pelakunya adalah guru sebagai tenaga pendidik. Berita lain dimuat oleh tempo.co.(Rabu, 18 Juni 2014) yang memuat Akibat kecelakaan yang menimpa rombongan bus SMA Al Huda Cengkareng Jakarta barat, para siswa mengalami trauma. Okawa & Hauss (2007) menjelaskan bahwa kekerasan (abuse) yang dialami akan menyebabkan trauma yang ditandai dengan kecemasan yang tinggi, menghindari situasi sosial, emosi yang labil dan depresi.

Pada umumnya, mereka yang mengalami peristiwa traumatis dan tidak mampu melakukan coping dan adaptasi membutuhkan bantuan konselor untuk memecahkan masalahnya. Selama ini penanganan untuk membantu siswa yang mengalami peristiwa traumatis belum optimal, Survey awal yang dilakukan menunjukkan bahwa selama ini di beberapa sekolah maupun lembaga yang menangani siswa yang mengalami peristiwa traumatis belum ada model yang berisi prosedur terapi yang memuat langkah-langkah yang dapat dilakukan oleh konselor untuk membantu memecahkan masalah trauma pada siswa. Oleh karena itu perlu disusun suatu model konseling yang dapat mempermudah konselor untuk membantu memecahkan masalah traumatis pada siswa.

Salah satu cara yang dilakukan konselor sekolah untuk membantu siswa yang mengalami masalah traumatik dengan menggunakan konseling trumatik. Tujuan konseling ini adalah (1) menghilangkan bayangan traumatis; (2) meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional; (3) membangkitkan minat terhadap realita kehidupan; (4) memulihkan rasa percaya diri; (6) memulihkan

kelekatan dan keterkaitan dengan orang lain yang dapat memberi dukungan dan perhatian; (6) kepedulian emosional serta mengembalikan makna dan tujuan hidup.

Penelitian ini pada tahun pertama menghasilkan model hipotetik konseling traumatik. Model ini divalidasi ahli dan pengguna yang menilai bahwa model memiliki derajat akseptabilitas berdasar kelayakan, kegunaan, dan ketepatannya jika digunakan sebagai prosedur layanan konseling penyelesaian trauma. Produk ini juga telah diperbaiki sebagaimana komentar-saran para ahli dan konselor sebagai pengguna, sehingga menghasilkan model yang siap diujicobakan. Model ini akan bermakna secara praktis jika telah dilakukan uji efektivitas sehingga diketahui kemanjurannya dalam menangani masalah trauma pada siswa. Jika kemanjuran model ini meyakinkan berdasar ketercapaian indikator keberhasilannya, maka model dapat disebarluaskan untuk digunakan oleh para pengguna yaitu konselor sekolah. Diharapkan uji efektivitas yang dilakukan pada tahun kedua dapat dilakukan sehingga model konseling traumatis yang dikembangkan bermakna bagi khalayak sasaran strategis.

Akhirnya model konseling sebagai produk penelitian ini dapat menjadi mendorong gerakan profesionalisasi helping (konselor) yang sekarang sedang dicanangkan oleh para ahli dan praktisi. Gerakan profesionalisasi itu sendiri belakangan ini sangat dikedepankan untuk memberikan respon positif terhadap berbagai keluhan dan kritik yang dilontarkan oleh masyarakat terhadap pelaksanaan terapi dan hasil-hasil yang dicapai. Pengembangan model konseling traumatis dalam penelitian ini, juga diharapkan menjadi salah satu pola *school-based programs* yang perlu dikembangkan pada sekolah-sekolah di Indonesia.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan judul dan latar belakang, dapat dirumuskan masalah penelitian pengembangan sebagai berikut.

1. Apakah model konseling traumatis yang dikembangkan memenuhi kriteria akseptabilitas? (tahun pertama).
2. Apakah model konseling traumatis yang dikembangkan efektif mengatasi trauma pada siswa SMA? (tahun kedua)

C. Urgensi (Keutamaan) Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keutamaan diantaranya adalah:

1. Peristiwa traumatis semakin sering terjadi

Pengalaman berada dalam situasi terancam kematian atau keselamatan jiwanya, misalnya huru-hara kerusuhan, bencana, tsunami, air bah atau gunung meletus, peperangan, berbagai tindak kekerasan, usaha pembunuhan, penganiayaan fisik dan mental-emosional, penyanderaan, penculikan, perampokan atau pun kecelakaan. Berbagai peristiwa tersebut dapat memicu timbulnya pengalaman traumatis, baik bagi korban maupun bagi orang yang menyaksikan kekerasan tersebut.

2. Belum ada gerakan usaha penyelesaian trauma yang komprehensif

Pendekatan pencegahan dan penyelesaian trauma pada diri individu dapat dilakukan berdasar teori konseling traumatik. Pada kenyataannya berbagai teori ini masih terpisah berserakan, belum ada upaya untuk untuk menghimpun dan memadukan secara komprehensif berbagai teori yang ada. Selain itu sampai sekarang belum ada gerakan strategis rekonstruksi masyarakat melalui pendidikan untuk upaya mencegah dan mengatasi trauma pada siswa.

3. Usaha penyelesaian trauma selama ini belum efektif

Sampai saat ini telah berkembang berbagai program penanganan siswa yang mengalami trauma di Indonesia, tetapi program-program itu menurut beberapa ahli masih belum efektif. Beberapa sebab ketidakefektifan program adalah belum adanya panduan penanganan trauma untuk konselor, guru orang tua dan masyarakat. Di sekolah program yang bersifat formal, terprogram, dan berkelanjutan juga relatif belum ada.

4. Beberapa potensi dukungan kebijakan pendidikan

Relevansi kecakapan menyelesaikan masalah trauma pada siswa dalam meningkatkan kecakapan pribadi sosialnya dapat diidentifikasi dari Undang-Undang sistem pendidikan Indonesia. Menurut UU No. 20 tahun 2003 tentang

sistem pendidikan, dinyatakan fungsi pendidikan nasional adalah mengembangkan kemampuan dan membentuk watak serta peradaban bangsa yang bermartabat dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa. Di dalam rencana strategis pembangunan nasional, memuat visi pendidikan nasional. Sejalan dengan visi tersebut dinyatakan pada tahun 2025 Depdikbud berhasrat menghasilkan insan Indonesia cerdas dan kompetitif yang disebut dengan istilah insan kamil atau insan paripurna. Berdasar penjelasannya, salah satu indikator insan Indonesia cerdas komprehensif adalah cerdas emosional dan cerdas secara sosial.

D. Spesifikasi Produk yang Dihasilkan

Produk akhir pengembangan ini adalah purwarupa model konseling traumatis bagi siswa SMA yang berupa buku panduan konseling traumatis. Produk yang dihasilkan mengacu pada pola penyajian teori dan model sebagaimana yang diusulkan oleh Corey (2011) dalam buku *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, serta Flanagan & Flanagan (2004) aspek-aspek yang dipaparkan meliputi;

1. Konsep dasar, meliputi: a). dasar filosofi tentang hakekat manusia dalam hubungannya dengan peristiwa traumatis, b). rasional.
2. Proses terapi/ konseling, meliputi: a). tujuan konseling; b). prinsip dan target konseling, c). garis besar konseling, d). kompetensi konselor, e). evaluasi dan indikator keberhasilan konseling.
3. Prosedur konseling traumatis mencakup a). pra kondisi konseling, b). norma-norma konseling, c). peranan dan fungsi konselor; d) pengalaman konseli dalam konseling; e) karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, f) prosedur dan teknik konseling.
4. Kriteria akseptabilitas dalam produk ini meliputi aspek kegunaan, kelayakan, dan ketepatan produk.

Pada aspek kegunaan produk, standar yang digunakan meliputi: a). memberi manfaat bagi konselor dalam layanan konseling dengan permasalahan trauma, b). memberi manfaat bagi siswa dalam menyelesaikan trauma siswa.

Pada aspek kelayakan produk, standar yang digunakan meliputi: a). realistis; bahwa produk ini bersifat praktis yaitu dapat diterapkan konselor dalam melaksanakan konseling individual terhadap siswa sebagai konseli, b). bijaksana; produk ini bernilai positif dengan biaya, waktu, dan tenaga secara memadai.

Sementara itu, pada aspek ketepatan produk, standar yang digunakan adalah: a). dijadikan sumber yang memadai dari obyek yang sedang dipelajari, b). dipercaya dapat membantu siswa menyelesaikan masalah trauma, c). dipercaya membantu konselor melaksanakan konseling traumatis, d). memenuhi persyaratan teoritis dan teknis sebagai pendekatan konseling dalam setting sekolah khususnya dalam menyelesaikan masalah trauma siswa.

E. Keterbatasan Pengembangan

Beberapa keterbatasan pengembangan model konseling traumatis yaitu:

1. Pengujian yang digunakan adalah uji ahli, uji kelompok kecil (pengguna) dan uji kelompok terbatas. Dengan demikian penggunaan produk secara lebih luas, masih diperlukan uji coba lanjutan.
2. Produk terbatas penggunaannya pada khalayak sasaran yaitu konselor sekolah dan siswa SMA tempat penelitian dilakukan.
3. Uji kelompok terbatas hanya dalam rangka mengetahui efektivitas produk dan tidak mencermati proses pelaksanaan konseling yang memungkinkan modifikasi model.

F. Definisi Operasional

Beberapa istilah perlu didefinisikan secara operasional dalam penelitian ini yaitu:

1. Pengembangan adalah serangkaian kegiatan mendesain, membuat, menilai, merevisi satu produk yang akan dihasilkan.
2. Konseling adalah hubungan bantuan secara interpersonal (*interpersonal helping relationship*) yang dilakukan dengan wawancara antara konselor dan konseli berdasarkan teknik dan strategi dalam rangka memecahkan masalah individu.
3. Trauma merupakan pengalaman menyakitkan yang dapat membuat seseorang tidak bahagia dalam hidupnya. Orang yang mengalami trauma cenderung melakukan penghindaran, cemas yang tinggi, depresi, selalu teringat kejadian yang menyakitkan, rasa waspada yang berlebihan dan mati rasa emosi.
4. Model Konseling Traumatis adalah suatu proses konseling yang bertujuan membantu menyelesaikan masalah trauma pada siswa, yang meliputi: a) menghilangkan bayangan traumatis; b) meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional; c) membangkitkan minat terhadap realita kehidupan; d) memulihkan rasa percaya diri; e) memulihkan kelekatan dan keterkaitan dengan orang lain yang dapat memberi dukungan dan perhatian; f) kepedulian emosional serta mengembalikan makna dan tujuan hidup.
5. Prototipe (purwarupa) model adalah rancangan perangkat lengkap yang mencakup teori dan teknik hubungan konseling traumatis bagi siswa SMA.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Hakikat Trauma

Kejadian luar biasa dalam kehidupan dapat dialami oleh seseorang mulai sejak dalam kandungan sampai akhir hayatnya. Peristiwa dalam hidup dapat disebabkan alam dan peristiwa atau permasalahan yang ditimbulkan oleh manusia sendiri. Semakin berat peristiwa yang dialami oleh seseorang, semakin besar peluang orang tersebut mengalami trauma. Ada dua jenis gangguan yang dapat dialami seseorang setelah mengalami peristiwa traumatis yakni ASD (*Acute Stress Disorder*) dan PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) .

ASD adalah suatu reaksi maladaptif yang terjadi pada bulan pertama setelah pengalaman traumatis, Sedangkan PTSD adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis (Nevid, 174; 2006). ASD adalah faktor resiko terbesar untuk PTSD, karena banyak orang ASD yang kemudian berkembang menjadi PTSD (Harvey & Bryant, 1999, 2000; Sharp & Harvey, 2001; Nevid, 2006; 173). ASD terjadi setelah beberapa hari dan beberapa minggu tidak sampai hitungan bulan setelah peristiwa traumatis yang dialami individu. Sedangkan, PTSD terjadi berbulan-bulan, bertahun-tahun, atau mungkin beberapa dekade dan mungkin baru muncul beberapa bulan atau beberapa tahun setelah terjadinya peristiwa traumatis (Zlotnick dkk., 2001).

Kedua tipe gangguan ini terjadi pada orang-orang yang menjadi korban perkosaan, penganiayaan yang dialami (baik oleh keluarga ataupun orang lain) hancurnya rumah-rumah, lingkungan hidup mereka karena bencana seperti; banjir, gempa bumi, tornado, gunung meletus, kecelakaan pesawat terbang, kapal, kereta api, dsb.

Pada ASD maupun PTSD, peristiwa traumatis yang dialami seseorang melibatkan kematian, ancaman kematian, cedera fisik serius, atau ancaman terhadap keselamatan diri atau orang lain. Respon terhadap ancaman tersebut mencakup perasaan yang sangat takut, perasaan tak berdaya, rasa ngeri, atau rasa

tertekan. Anak-anak dengan PTSD kemungkinan mengalami ancaman dengan cara lain, misalnya dengan menunjukkan kebingungan atau agitasi.

Kerentanan terhadap PTSD dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti resiliensi dan kerentanan terhadap efek trauma, riwayat penganiayaan seksual pada masa kanak-kanak, keparahan trauma, ketersediaan dukungan sosial, derajat keparahan peristiwa traumatis, penggunaan respon *coping* aktif dalam menghadapi stressor traumatis, dan perasaan malu (Nevid, 1975; 2006).

Pengalaman traumatis merupakan pengalaman menyakitkan yang dapat membuat seseorang tidak bahagia dalam hidupnya. Orang yang mengalami trauma cenderung melakukan penghindaran, cemas yang tinggi, depresi, selalu teringat kejadian yang menyakitkan, rasa waspada yang berlebihan dan mati rasa emosi (Litz, 1992). Pengalaman traumatis terjadi ketika seseorang mengalami atau menyaksikan suatu ancaman yang mengancam dirinya dan meresponnya dengan rasa takut dan rasa tidak berdaya (Forgash & Knipe, 2008; Carll, 2007). Peristiwa atau kejadian yang menekan diluar pengalaman manusia pada umumnya seperti perkosaan, bencana alam, kecelakaan, kekerasan seksual, perang atau penyiksaan (Barabaz et al, 2011; Carll, 2007). Pengalaman traumatis yang dialaminya seolah-olah menjadi katalisator mengingat kembali pengalaman yang menyakitkan yang dialaminya.

B. Ciri-Ciri Trauma

Ciri-ciri stress traumatis ASD dan PTSD mempunyai banyak ciri dan simptom yang sama (Bryant, 2001). Beberapa ciri yang sama adalah mengalami kembali peristiwa traumatis, menghindari petunjuk atau stimuli yang diasosiasikan dengan peristiwa tersebut, mati rasa dalam responsivitas secara umum atau dalam segi emosional, mudah sekali terangsang, gangguan fungsi atau distress emosional yang penting. Perbedaan utama kedua gangguan tersebut adalah ASD penekanannya pada disosiasi perasaan asing terhadap diri sendiri atau lingkungannya (Bryant, 2001; USDHHS, 1999a).

Orang yang mengalami PTSD, akan merasakan kembali peristiwa-peristiwa traumatis dalam berbagai macam cara. Seperti; ingatan yang intuitif, mimpi buruk yang berulang-ulang, dan perasaan bahwa peristiwa tersebut

memang terulang kembali. Pemaparan terhadap peristiwa yang menyerupai pengalaman traumatis dapat menyebabkan distress psikologis yang intens. Orang-orang dengan reaksi stress traumatis cenderung untuk menghindari stimuli yang membangkitkan ingatan terhadap trauma.

PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidakrentanan emosional, dan kilas balik dari pengalaman yang amat pedih itu setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa (Kaplan, 1998). PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa kita, PTSD juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatis dengan tidak memandang usia dan jenis kelamin.

Menurut Selye (Rothschild, 2000) stres merupakan perubahan pola somatis sebagai respon dalam menghadapi beban lingkungan. Rothschild (2000) mengatakan bahwa bentuk yang paling ekstrem dari stress merupakan akibat dari kejadian traumatis, yang disebut traumatis stress. Penempatan diagnostik PTSD dalam kategori gangguan kecemasan dalam DSM IV menunjukkan bahwa kecemasan merupakan reaksi yang dominan terhadap trauma. Gejala PTSD menunjukkan gejala yang sama (*overlap*) dengan gejala kecemasan, misalnya gejala sangat peka (*hyper vigilance*), gangguan tidur, mudah marah, gangguan konsentrasi. Gejala-gejala tersebut biasa ditemukan baik pada penderita PTSD maupun gangguan kecemasan umum (*Generalized Anxiety Disorder*) (Foa & Rothbaum, 1998), namun tidak semua gejala psikopatologi tersebut dapat diatributkan pada PTSD, apabila gejala tersebut telah dialami oleh individu sebelum terjadi peristiwa traumatis berat.

C. Prevalensi

Menurut Schiraldi (2000), kalangan psikiater memperkirakan bahwa 1 sampai 3 persen dari populasi penduduk dunia secara klinis pernah mengalami PTSD. Sedangkan Hassanuddin (2004) menjelaskan bahwa kelompok terjadinya PTSD terhadap trauma spesifik, yakni : bencana Alam (3, 7% laki-laki, 5, 4% wanita), Korban Kriminalitas (1, 8% laki-laki, 21, 8% wanita), Peperangan (38% laki-laki, 18% wanita), perkosaan (40, 5% laki-laki, 65%

wanita). Dijelaskan lebih lanjut, bahwa secara umum 10-20% seseorang terkena trauma akan berkembang menjadi PTSD. Namun jika tidak terjadi PTSD, 77% korban berisiko terjadi gangguan depresi mayor.

Sementara itu Leach (dalam Fakhruddin, 2005) menegaskan bahwa berdasarkan atas pola-pola respon korban terhadap dampak peristiwa traumatis dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

Kategori	Keterangan
Kelompok I	Kelompok ini biasanya relatif bersahaja, pemikiran mereka masih jelas, dan penuh perhitungan dalam tindakan. Mereka ini kerap kali dinamakan sebagai " <i>supercool</i> ". Dari keseluruhan korban biasanya terdapat 10% - 20%.
Kelompok II	Kelompok ini menunjukkan gejala sangat bingung dan membingungkan. Proses berfikir mereka bertipikal salah atau keliru, dan tidak mampu membuat rencana dengan cara yang masuk akal. Tingkah lakunya menyerupai robot, dan memperlihatkan simptom-simptom fisik dan psikologikal yang nyata, khususnya berupa <i>anxiety</i> yang tinggi. Korban yang termasuk ke dalam kategori ini sekitar 75%.
Kelompok III	Kelompok ini selalu menunjukkan beberapa tingkah laku yang tidak sesuai, beberapa diantaranya ada yang menjadi tidak berdaya (<i>helplessness</i>) dan membeku (<i>cooled</i>) pada situasi dan tempat tertentu, perasaannya mudah berganti, dan beberapa diantaranya cenderung bertindak laku yang sangat membahayakan dirinya dan orang lain. Prevalensinya antara 10% hingga 15%.

National Institute of Mental Health (NIMH) mendefinisikan PTSD sebagai gangguan berupa kecemasan yang timbul setelah seseorang mengalami peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fisiknya. Peristiwa trauma ini bisa berupa serangan kekerasan, bencana alam yang menimpa manusia, kecelakaan atau perang (Anonim, 2005d). 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 hebat, *sexual abuse* (kekerasan seksual), atau perang.

Tiga tipe gejala yang sering terjadi pada PTSD adalah, pertama, pengulangan pengalaman trauma, ditunjukkan dengan selalu 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 fisik 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, sensitifitas yang meningkat, ditunjukkan dengan susah tidur, mudah marah/tidak dapat mengendalikan marah, susah berkonsentrasi, kewaspadaan yang berlebih, respon yang berlebihan atas segala sesuatu (Anonim, 2005a; Anonim, 2005b).

D. Akar Pemicu Trauma

Menurut Shapiro (1995) traumatik dimaknai sebagai pengalaman hidup yang menyakitkan dan mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolahan informasi otak. Ketidakseimbangan ini menghambat pengolahan informasi untuk meneruskan proses tersebut untuk mencapai suatu keadaan adaptif sehingga persepsi, emosi, keyakinan, dan makna yang diperoleh dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam system syaraf. Sementara itu Surya (2005) menyatakan trauma merupakan suatu keadaan yang bersumber dari suatu peristiwa dengan kekuatan tertentu sehingga menimbulkan rasa sakit baik fisik maupun psikis bagi yang mengalaminya. Peristiwa traumatik merupakan suatu serangan yang kuat terhadap kondisi psikologis dan menyebabkan rasa sakit atau kecemasan yang mendalam dan berkepanjangan.

PTSD merupakan suatu kondisi atau keadaan yang terjadi setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis atau kejadian buruk dalam hidupnya. PTSD dianggap sebagai salah satu bagian dari gangguan kecemasan (*anxiety disorder*). Orang yang mengalami PTSD merespon peristiwa traumatis yang dialami dengan ketakutan dan keputusasaan, mereka akan terus mengenang peristiwa itu dan selalu mencoba menghindari hal-hal yang dapat mengingatkan kembali akan peristiwa tersebut.

Stressor atau faktor primer yang menyebabkan timbulnya PTSD dapat berupa bencana alam seperti banjir, gunung meletus, tsunami dan lainnya, ada pula yang berasal dari ulah manusia misalnya perang, kebakaran, kekerasan fisik ataupun kekerasan seksual. Timbulnya PTSD tidak hanya disebabkan oleh

adanya *stressor*, ada beberapa faktor yang terjadi sebelum dan sesudah trauma berperan dalam munculnya gangguan ini.

E. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Timbulnya PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*)

1. Faktor Resiko

Beberapa faktor resiko terjadinya PTSD dilihat dari aspek trauma, pengalaman saat trauma, karakteristik masing-masing individu dan faktor post-trauma. Aspek trauma yang dimaksud adalah durasi dan beratnya peristiwa yang dialami, peristiwa yang tiba-tiba terjadi tanpa adanya peringatan, adanya banyak korban meninggal, serta merupakan korban tindakan kriminal.

Menurut Bahri (dalam Supriatna, 2005), beberapa kejadian yang sering menimbulkan traumatik pada umumnya dan PTSD pada khususnya adalah sebagai berikut.

Perang. Banyak laporan tentang dampak perang pada prajurit. Misalnya, studi tentang stres traumatik yang dialami tentara PD I, PD II, perang Vietnam, dan berbagai kisah perang lainnya. Studi-studi itu umumnya, menemukan gejala yang sama pada penderita, antara lain gelisah, pemarah, kepayahan, sukar tidur, terkejut-kejut, mengigau, depresi, gangguan kepribadian dan hilang ingatan.

Bencana Alam. Dampak psikologis bencana alam juga telah dikaji secara detail. Para ahli telah mengkaji efek berbagai bentuk bencana alam, misalnya gempa bumi, banjir, gelombang tsunami, angin topan dan sebagainya. Beberapa gejala umum yang dialami oleh penderita atau korban bencana alam itu, antara lain, fobia dan ketakutan, depresi, kesan yang membekas (terngiang-ngiang), perubahan pola makan, menurunnya gairah seks, dan gangguan aktivitas sosial. Selain itu, faktor sosio-kultural juga mempengaruhi mereka; misalnya para korban kehilangan pekerjaan, atau sumber-sumber ekonomi karena musibah itu.

Kekerasan. Telah banyak hasil studi mengenai efek psikologis dari berbagai tindak kekerasan. Efek tindak kekerasan ini amat beragam, sebagian

dari efek bencana seperti yang telah dikemukakan di muka, tetapi ada juga efek yang khas. Gejala yang paling umum dialami oleh korban tindak kekerasan adalah rasa menyesal, malu dan anti sosial. Ada berbagai kategori tindak kekerasan, antara lain, kekerasan kriminal, kecelakaan, penyiksaan, kekerasan dalam keluarga dan kekerasan dalam perang.

Musibah lainnya. Beberapa bencana non alamiah juga telah dikaji dampaknya. Antara lain, musibah-musibah pabrik industri, musibah teknologi seperti pecahnya reaktor nuklir Chernobil Rusia. Efek psikologis yang diderita oleh kurban antara lain; gangguan kesehatan, terancamnya masadepan anak-anak, dan ingin segera pindah tempat. Beberapa studi juga menemukan gangguan (distorsi) kognitif pada korban musibah ini.

Perasaan yang timbul saat trauma berupa merasa hidupnya beresiko, merasa kurang mampu mengontrol peristiwa, timbul rasa takut dan putus harapan, serta adanya gejala disosiatif saat kejadian. Karakteristik individu yang memiliki resiko PTSD, ada riwayat menderita gangguan psikiatri dan saraf, trauma terutama saat anak-anak, adanya penyangkalan terhadap trauma yang dialami dan reaksi stres akut. Faktor pascatrauma, berupa penyangkalan trauma oleh orang sekitar atau penolakan atas apa yang telah dialami serta kurangnya dukungan lingkungan sekitar.

2. Faktor Psikodinamik

Suatu hipotesa menyatakan kejadian trauma dapat membangkitkan ingatan tentang pengalaman sebelumnya yang menimbulkan suatu konflik psikologis. Kebangkitan trauma waktu anak-anak menimbulkan regresi dan menggunakan mekanisme pertahanan diri seperti penyangkalan dan reaksi formasi.

3. Faktor Kognitif-Perilaku

Manusia dipahami mempunyai suatu sistem pemrosesan informasi yang didasari kondisi fisiologis (*physiologically-based*). Hal ini dapat dibandingkan dengan system tubuh yang lain, seperti pencernaan dimana

tubuh menyuling bahan gizi untuk kesehatan dan *survival*. Sistem pemrosesan informasi memproses berbagai unsur dari pengalaman kita dan gudang memori dalam suatu format yang diakses dan bermanfaat. Berbagai memori dihubungkan dengan jaringan yang berisi pemikiran yang terkait, gambaran (*image*), emosi, sensasi. Di sini terjadi proses belajar ketika asosiasi baru ditempa dengan bahan (*material*) yang siap disimpan dalam memori.

Ketika suatu kondisi traumatis atau suatu peristiwa yang sangat negatif terjadi, pemrosesan informasi menjadi tidak sempurna, barangkali disebabkan oleh perasaan-perasaan negatif yang kuat atau *dissociation interfere* dengan pemrosesan informasi. Pencegahan penempatan koneksi dengan informasi yang lebih adaptif disimpan dalam jaringan memori yang lain. Sebagai contoh, seorang yang selamat dari perkosaan dapat "mengetahui" bahwa pemerkosa adalah orang yang bertanggungjawab atas kejahatan mereka, tetapi informasi tersebut tidak dihubungkan (*connected*) dengan perasaannya bahwa dia menyalahkan serangan itu. Kemudian memori menyimpan secara dysfungsional tanpa asosiasi dan koneksi yang sesuai dan dengan banyak unsur, tetapi tidak diproses. Ketika individu memikirkan trauma itu, atau ketika memori dicetuskan oleh situasi yang serupa, orang boleh merasa seperti dia (perempuan korban perasaan) sedang mengenang hal itu lagi, atau dapat mengalami emosi yang kuat dan sensasi fisik. Suatu contoh utama adalah pikiran yang terganggu, gangguan emosional, dan keyakinan negatif yang merujuk pada diri sendiri (*self-refferencing*) sebagai akibat kekalutan ketegangan pascatrauma (Shapiro, 2002).

Model kognitif dari PTSD menyatakan orang-orang yang tidak mampu merasionalisasi trauma dengan cepat mengalami gangguan PTSD. Mereka terus merasakan stres dan mencoba untuk menghindari apa yang dialami dengan teknik penghindaran. Orang-orang tersebut menekan ingatan tentang trauma yang dialami ke alam bawah sadar, yang mana lama-kelamaan semakin menumpuk, jika terjadi trauma lagi hal itu dapat menimbulkan bangkitan ingatan trauma sebelumnya.

Model perilaku dari PTSD menekankan dua fase berkembangnya PTSD yaitu trauma (stimulus) yaitu yang menghasilkan respon ketakutan melalui kondisi klasik yang dipasangkan dengan stimulus yang dikondisikan (fisik ataupun mental yang mengingatkan akan trauma yang dialami), yang kedua adalah melalui instrument, stimulus dikondisikan yang menimbulkan reaksi ketakutan tidak tergantung stimulus aslinya yang tidak dikondisikan, orang tersebut akan menunjukkan gambaran menghindari stimulus yang dikondisikan ataupun yang tidak. Beberapa orang mendapat keuntungan dari dunia luar setelah adanya trauma, misalnya uang kompensasi dan meningkatnya rasa simpati, keuntungan ini akan menguatkan gangguan PTSD dan gangguan ini menjadi persisten.

Deskripsi di atas menunjukkan bahwa PTSD muncul beranjak dari: (1) rangsangan peristiwa, yaitu peristiwa yang menjadi sumber traumatis masuk ke dalam ranah kognisi seseorang; dan (2) peristiwa kognisi yang kemudian tersimpan di dalam memori, dan menjadi bagian dari sistem memori berbentuk dua macam, (a) informasi tak sadar, dan (b) informasi berkesadaran. Peristiwa kognisi ini dapat menjadi titik awal (basis) untuk memahami pengalaman PTSD. Selanjutnya, perkembangan peristiwa kognisi ini dipengaruhi oleh lingkungan dan konteks sosial budaya; dan kemudian ia mempengaruhi kepribadian yang memunculkan gejala PTSD.

4. Faktor Neurobiologi

Peran faktor neurobiologi dalam PTSD berkaitan dengan ingatan dan kondisi ketakutan. *Hipotalamus* dan beberapa bagian dari *lobus temporalis* dipercaya berperan dalam mengingat kejadian yang disadari, misalnya ingatan tentang kejadian trauma yang dialami. *Amygdala* diyakini berperan dalam suatu ingatan yang tidak disadari, misalnya aspek autonom yang merupakan respon dari rasa takut. *Amygdala* menerima informasi tentang rangsangan luar dan selanjutnya digunakan sebagai penanda, hal tersebut kemudian merangsang respon emosi termasuk '*fight, flight* atau *freezing*' dan dalam perubahan *stress hormonal*.

Hubungan antara *hipotalamus*, *amygdala*, serta *kortek prefrontal medial* membentuk respon akhir rasa takut. Hipotalamus dihubungkan dengan respon ketakutan yang kuat, sedangkan dalam beberapa study menunjukkan volume hipotalamus yang kecil dihubungkan dengan adanya PTSD. Kalangan klinisi memiliki data bahwa terjadi *hiperaktifasi noradrenergic*, *system opioid endogen* dan juga *axis hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA axis), serta adanya peningkatan aktivitas dan respon dari sistem saraf autonom yang ditandai dengan peningkatan nadi dan tekanan darah serta adanya pola tidur yang abnormal (*fragmentasi* tidur, dan peningkatan *latency* tidur).

F. Dampak PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*)

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

Aspek perilaku di antaranya adalah sulit tidur, kehilangan selera makan, makan berlebihan, banyak merokok, minum alcohol, menghindar, sering menangis, tidak mampu berbicara, tidak bergerak, gelisah, terlalu banyak gerak, mudah marah, ingin bunuh diri, menggerakkan anggota tubuh secara berulang-ulang, rasa malu berlebihan, mengurung diri, menyalahkan orang lain. Aspek spiritual di antaranya adalah putus asa, hilang harapan, menyalahkan Tuhan, berhenti ibadah, tidak berdaya, meragukan keyakinan, tidak tulus. Efek lain yang dirasakan ketika mengalami trauma adalah dengan tidak mempunya seseorang dalam mengontrol emosi. Penelitian menunjukkan ketika seseorang mengalami trauma, ada bagian dari otak yang mengatur emosi

menjadi semakin aktif dan tidak terkendali (Hull, 2002; Van Der Kolk, 2007; Barabaz et al, 2011).

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

Carll (2007) menambahkan peristiwa trauma dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan stress pasca trauma (*Post Traumatic Stress Disorder* / PTSD) meliputi perasaan takut yang berlebihan, tidak berdaya dan cemas. Gejala utama bagi orang yang mengalami PTSD adalah seolah-olah orang tersebut mengalami dan merasakan kembali pengalaman yang membuat trauma (seperti mimpi buruk, pikiran yang terus mengganggu, dan selalu teringat kejadian trauma); melakukan penghindaran terhadap semua hal yang mengingatkannya terhadap kejadian (mengindari pikiran, orang, aktivitas dan segala hal yang berkaitan dengan kejadian trauma); sulit untuk konsentrasi,

sulit tidur dan amarah yang meledak-ledak (Herman, 1992; Forgash & Knipe, 2008; Carll, 2007).

G. Tinjauan Trauma Dari Perspektif Teoritis

Berikut akan dipaparkan trauma dilihat dari beberapa perspektif teoritis.

1. Teori Behavioristik

Dari perspektif behavioristik traumatis dapat dilihat dari kerangka pikir conditioning. Dari perspektif *classical conditioning*, pengalaman-pengalaman traumatis berfungsi sebagai stimulus tak terkondisi (*unconditioned*) yang dipasangkan dengan stimulus netral (*conditioned*) seperti sesuatu yang dilihat, suara, dan bau yang diasosiasikan dengan gambaran trauma.

Misalnya, bencana alam tsunami di Aceh, di mana dalam kondisi tersebut banyak anak-anak yang menjadi yatim piatu. Kehilangan sanak saudara dan orang-orang yang dicintai. Mereka harus menjadi sebatang kara. Rumah, keluarga, lingkungan sosial, sekolah, dan pekerjaan hilang terbawa arus tsunami. Pemaparan terhadap kondisi serupa baik suara gemuruh yang menyerupai ombak, melihat air dalam jumlah besar, dan hal lain yang diasosiasikan serupa dengan kondisi tersebut sehingga menimbulkan kecemasan (suatu respon emosional yang terkondisi) sehingga menimbulkan PTSD. Stimuli terkondisi akan mereaktivasi respon terkondisi mencakup memori atau gambaran-gambaran dalam mimpi mengenai trauma atau kunjungan ke tempat kejadian trauma (Nevid, 180; 2006). Sehingga, sebagai konsekuensi orang dalam kondisi tersebut akan menghindari stimuli.

Menurut behavioris traumatik dapat dilihat dari *observasional learning*. Modeling (mengobservasi korban tsunami, sehingga kita akan bereaksi takut terhadap stimuli (segala sesuatu yang diasosiasikan dengan tsunami).

2. Teori kognitif

Fokus dari perspektif kognitif adalah peran dari gejala yang terdistorsi dan disfungsional yang mungkin memegang peran pada pengembangan gangguan-gangguan kecemasan. Berikut adalah beberapa gaya berpikir yang dapat menimbulkan gejala traumatis.

a. Prediksi berlebihan terhadap rasa takut

Orang dengan gangguan traumatis akan memprediksi secara berlebihan tentang seberapa besar ketakutan yang akan mereka alami dalam situasi-situasi pembangkit rasa takut. Orang yang takut naik mobil karena pernah mengalami kecelakaan mobil mungkin akan gemetar ketika menaiki mobil. Orang yang fobia dental (berhubungan dengan dokter gigi) cenderung untuk mempunyai harapan yang berlebihan terhadap rasa sakit yang akan mereka alami ketika kunjungan ke dokter gigi (Marks & de Silva, 1994).

Orang-orang yang mengalami trauma atau rasa sakit akan mengalami rasa takut yang berlebih dibandingkan orang pada umumnya (tidak mengalami trauma). Orang-orang yang mengalami trauma akan cenderung menghindari stimuli dengan harapan tidak mengalami rasa takut atau sakit. Pada gilirannya individu yang mengalami trauma tidak akan bisa belajar menghadapi rasa takut dari stimuli yang ada.

b. Keyakinan *self defeating* atau irrasional

Pikiran-pikiran *self defeating* dapat meningkatkan dan mengekalkan gangguan-gangguan traumatis. Bila berhadapan dengan stimuli pembangkit kecemasan, orang mungkin berpikir “saya harus keluar dari sini” atau “jantung saya akan meloncat dari dada saya” (Meichembaum & Deffenbacher, 1988). Pikiran-pikiran seperti ini mengintensifikasi rangsangan otonomik, mengganggu rencana, memperbesar aversivitas stimuli, mendorong tingkah laku menghindar, dan menurunkan harapan untuk *self efficacy* sehubungan dengan kemampuan seseorang untuk menghindari situasi. Orang yang memiliki gangguan traumatis akan lebih banyak mempunyai pikiran irrasional dibandingkan orang yang tidak memiliki gangguan traumatis.

c. Sensitivitas berlebihan terhadap ancaman

Suatu sensitivitas berlebihan terhadap suatu sinyal ancaman adalah ciri utama dari gangguan-gangguan kecemasan (Beck & Clark, 1997). Orang dengan gangguan traumatis akan berpikir bahaya pada situasi-situasi dimana kebanyakan orang merasa aman, seperti mengendarai mobil pada kondisi jalan yang menanjak atau mendengar suara gemuruh. Kita semua mempunyai sistem alarm internal yang sensitif terhadap sinyal ancaman. Sistem ini secara evolusi mempunyai keuntungan untuk manusia karena meningkatkan kemungkinan bertahan hidup di lingkungan yang sarat akan holistilitas (Beck & Clark, 1997).

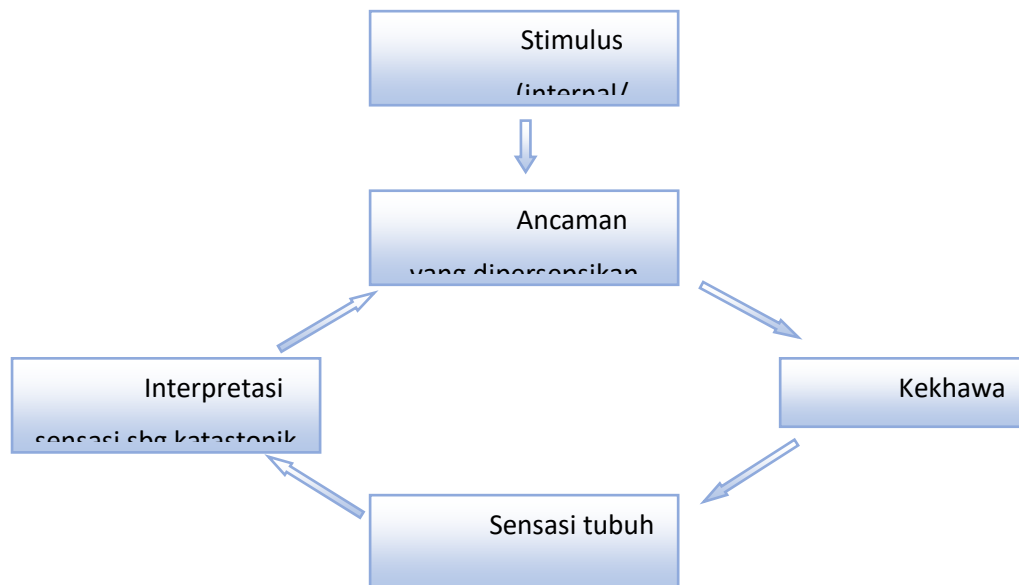
Manusia purba yang bereaksi cepat terhadap tanda-tanda ancaman, seperti suara gemerisik dari semak-semak mungkin mengindikasikan bahwa ada pemangsa yang mau menyerang, mereka mungkin lebih siap mengambil tindakan *defensive* (menghadapi atau kabur). Dibandingkan dengan manusia yang sistem alarmnya kurang sensitif. Emosi takut adalah elemen kunci dalam sistem alarm ini memotivasi manusia purba untuk *defensive* dan bertahan hidup. Orang di zaman sekarang yang memiliki rasa takut telah mewarisi alarm

internal yang sangat sensitif yang menjadikan mereka sangat sensitif terhadap sinyal ancaman.

d. Sensitivitas kecemasan

Sensitivitas kecemasan (*anxiety sensitivity*) adalah suatu ketakutan terhadap kecemasan dan simptom-simptom yang terkait dengan kecemasan (Zinbarg dkk, 2001). Orang dengan sensitivitas yang tinggi terhadap kecemasan mempunyai ketakutan terhadap ketakutan itu sendiri (Nevid, 2006). Mereka takut terhadap emosi-emosi mereka atau takut terhadap respon pada sesuatu yang diasosiasikan dengan keadaan tersebut menjadi tidak terkendali, yang pada akhirnya akan menimbulkan konsekuensi yang merugikan. Mereka akan mudah panik ketika mereka merasa tubuh mengalami kecemasan, seperti; jantung berdebar, keluar keringat dingin, kepala pusing, terlalu sering buang air kecil, nafas pendek dsb. karena mereka menghadapi suatu kondisi tertentu. Sensitivitas terhadap kecemasan juga dapat berbeda diantara masyarakat yang berbeda budaya. Di Indonesia perempuan yang menikah dalam kondisi perawan akan sangat dihargai oleh suaminya, namun jika di negara luar (seks bebas) perempuan yang menikah dalam kondisi perawan mungkin dianggap belum pengalaman. Tentu ini akan berpengaruh pada sensitivitas orang tersebut dalam melihat apakah dirinya perawan atau tidak saat menikah. Di Indonesia kemungkinan seorang perempuan dan keluarganya akan merasa takut jika anaknya sudah tidak perawan ketika menikah. Apalagi bila keperawanannya direnggut dengan cara yang tidak benar (perkosaan).

e. Salah mengatribusikan sinyal-sinyal tubuh



Bagan 1. Model kognisi gangguan panik (Nevid, 2006)

Model ini memperlihatkan interaksi antara faktor-faktor kognitif dan fisiologis. Pada orang-orang yang mudah panik, persepsi akan adanya ancaman yang berasal dari sinyal-sinyal internal atau eksternal membawa kepada perasaan-perasaan khawatir atau kecemasan, yang menyebabkan perubahan pada sensasi-sensasi tubuh (misalnya, simtom-simtom *cardiovaskuler*). Perubahan ini menimbulkan interpretasi *katastofik* yang mengintensifkan persepsi ancaman, kemudian meningkatkan kecemasan, dan seterusnya.

Model di atas menyarankan bahwa orang-orang yang mudah terkena gangguan panik kemungkinan mempersepsikan sinyal-sinyal dari lingkungan atau sinyal-sinyal tubuh sebagai sesuatu yang mengancam atau berbahaya, mungkin mereka terlalu sensitif terhadap sinyal-sinyal ini atau telah mengasosiasikannya dengan serangan panik sebelumnya (Clark, 1986; Zoelner, Craske, & Rapee, 1996). Perasaan terancam ini menimbulkan kecemasan atau perasaan khawatir yang disertai dengan aktivasi dari sistem syaraf simpatis yang menyebabkan pelepasan *epinefrina* (*adrenalin*) oleh kelenjar-kelenjar adrenal (Wilkinson dkk., 1998). *Epinefrina*

mengintensifikasi sensasi fisik dengan terjadinya peningkatan denyut jantung, nafas cepat, dan berkeringat.

f. *Self efficacy* yang rendah

Menurut Bandura (1985) orang yang tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi tekanan stress, maka orang tersebut akan semakin panik ketika mengalami kondisi pencetus stress. Sebaliknya orang yang merasa mampu melakukan tugas-tugasnya, maka tidak akan dihantui oleh kecemasan atau rasa takut bila berusaha melakukannya.

H. Model-Model Konseling Traumatis

1. Dasar Filosofi; Hakikat Manusia dalam Hubungannya dengan Peristiwa Traumatis,

Sepanjang sejarah kehidupan manusia, sering terjadi berbagai persoalan, seperti; konflik, kekerasan, tawuran antar pelajar, dsb. Selain itu, problematika secara alamiah seperti; bencana alam, gempa bumi, tsunami, gunung meletus, tanah longsor, banjir, dsb. Keberagaman peristiwa dan pengalaman yang menakutkan tersebut, selain telah mempengaruhi kondisi fisik lingkungan hidup, juga mempengaruhi ketahanan fungsi mental manusia yang mengalaminya, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam jangka waktu yang singkat atau jangka panjang. Manusia terdiri dari fisiologis dan psikologis. Ketika seseorang mengalami peristiwa yang traumatis, maka hubungan antara fisiologis dan psikologis akan terganggu. Ketika ini terjadi, orang akan mengalami rasa cemas, takut, trauma dan depresi yang membuatnya tidak bisa merasakan kebahagiaan.

Psikologis manusia memiliki tiga keadaan dasar, yakni keadaan senang, keadaan penuh tekanan dan keadaan traumatis. Ketika orang merasa senang, dunia seolah terbuka untuknya. Dia siap untuk merengkuh beragam kemungkinan yang ada dan rasa cemas tidak ada pada dirinya. Ketika seseorang mengalami keadaan tertekan maka ia akan menjalani hidupnya dengan berat. Ia butuh banyak energi untuk melakukan kehidupan sehari-hari. Tertekan adalah dampak langsung dari trauma yang terpendam. Dalam keadaan ini orang akan lebih mudah lelah meskipun melakukan kegiatan

yang ringan. Keadaan ketiga adalah keadaan trauma, yakni ketika orang mengalami peristiwa yang amat menyakitkan dirinya. Pengalaman menyakitkan itu akan terus dirasakan meskipun telah berlalu. Individu akan cenderung tidak bahagia dan kehilangan tujuan hidupnya. Efek lain yang dirasakan ketika mengalami trauma adalah dengan tidak mempunya seseorang dalam mengontrol emosi. Penelitian menunjukkan ketika seseorang mengalami trauma, ada bagian dari otak yang mengatur emosi menjadi semakin aktif dan tidak terkendali (Hull, 2002; Van Der Kolk, 2007; Barabaz et al, 2011).

Kondisi trauma biasanya berawal dari keadaan stress mendalam dan terus berlanjut, yang tidak dapat ditangani sendiri oleh individu yang mengalaminya. “Trauma merupakan reaksi fisik dan psikis yang bersifat stress buruk (*distress*) yang diakibatkan dari suatu peristiwa, kejadian atau pengalaman spontanitas/ secara mendadak yang membuat individu merasa terkejut, kaget, tertekan, takut, tidak sadarkan diri, dsb sehingga tidak mudah hilang dalam ingatan manusia.

Dalam kondisi stress, individu akan mengalami perubahan baik secara psikologis maupun fisiologis. Banyak aspek psikologis yang berubah ketika kita mengalami stress yakni: emosi, motivasi, dan kognisi. Dalam kondisi stress kita akan merasakan emosi seperti; kecemasan, depresi, marah dan cepat marah (Cano & O’Leary, 2000). Perubahan kognitif saat stress seperti: sulit berkonsentrasi, kehilangan kemampuan untuk berfikir jernih, berfikir kesumber stress. Keadaan stress juga menyebabkan perubahan fungsi tubuh manusia. Stress dapat mempengaruhi kesehatan. Menurut Selye dalam penelitiannya tentang *the general adaptation syndrome* bahwa tubuh akan bereaksi terhadap keadaan psikologis yang mengalami stress, keadaan ini akan bereaksi terhadap infeksi atau luka pada tubuh.

Dari sudut pandang kognitif trauma diakibatkan karena adanya pikiran-pikiran irrasional yang muncul dari suatu peristiwa tertentu yang dialami individu. Pikiran irrasional ini akan selalu muncul dalam kehidupan individu dan mengganggu aktivitas individu tersebut. Jika pikiran ini

berlangsung dalam jangka waktu lama dan terus berulang maka pikiran itu akan menjadi pemicu trauma.

Berbeda dengan sudut pandang teori behavioristik trauma seseorang dipicu oleh peristiwa yang mendahului atau stimulus. Stimulus ini berasal dari peristiwa yang dialami individu secara langsung. Atau stimulus yang tidak langsung dialami oleh individu, misalnya Roni dan Rahmat adalah siswa SMA Nusantara. Mereka adalah bersahabat sejak kecil. Ketika libur sekolah, Roni dan Rahmat pergi untuk memancing di sungai Brantas. Roni terpeleset dan terseret arus sungai, Rahmat yang sama-sama tidak bisa berenang tidak bisa berbuat banyak untuk menolong Roni. Hingga pada akhirnya Roni tewas dalam peristiwa tersebut. Sejak kejadian tersebut Rahmat menjadi sangat ketakutan ketika melihat air dan mendengar gemerincing air.

2. Rasional

Setiap individu mengalami efek trauma dari peristiwa-peristiwa (*stressor*) yang traumatis, terutama anak dan remaja. Sebab anak dan remaja belum memiliki kematangan identitas diri, dan kemampuan untuk melakukan *coping* terhadap stress masih sangat terbatas (Sukmaningrum, 2001). Sementara Ochberg (1988) menegaskan bahwa respon emosional terhadap trauma psikologis yang dirasakan individu dapat terlihat pula melalui pola *coping* dan mekanisme pertahanan diri.

Banyak orang yang mengalami sakit berulang. Namun, akar dari penyakit tersebut bukan dari fisik, tetapi juga aspek psikis. Maka obat fisik tidak akan cukup. Trauma tidak akan bisa dihindari karena kehidupan manusia tidak selalu berjalan sesuai dengan keinginan manusia, hal ini akan memicu timbulnya *distress*. Namun, trauma dapat disadari dan dilalui.

Perbedaan gejala trauma dalam kehidupan manusia perlu ditangani secara tepat oleh berbagai pilot-project, para ahli atau masyarakat secara utuh. Terdeteksinya gejala-gejala awal dari suatu trauma, akan

memudahkan dalam proses pemberian bantuan (konseling) secara baik dan berkelanjutan.

Buku ini diharapkan akan menjadi salah satu pedoman bagi para pilot-project untuk menangani masalah trauma yang terjadi pada konseli. Dalam buku ini akan disajikan beberapa macam konseling menangani masalah trauma.

3. Tujuan konseling,

Model konseling traumatis bertujuan membantu menyelesaikan masalah trauma pada siswa. Trauma yang terjadi pada diri seseorang, tidak mungkin hanya ditangani dengan satu pendekatan saja. Perbedaan gejala dan jenis trauma serta budaya individu akan mempengaruhi jenis pendekatan yang tepat untuk masing-masing konseli.

Suatu tujuan khusus merupakan penjabaran dari tujuan umum. Penekanannya adalah pada masalah yang telah diketahui dan spesifikasi tingkah laku yang diinginkan sebagai hasil konseling. Penetapan tujuan konseling memiliki tujuan ganda, yaitu; memperlancar pelaksanaan konseling dan dapat dijadikan sebagai tolok ukur untuk menilai hasil konseling.

Tujuan konseling yang baik menjadi bagian vital aktivitas konseling. Tujuan konseling harus spesifik dan menunjukkan perubahan nyata yang diinginkan konseli. Kekeliruan penetapan tujuan bisa mengarah pada prosedur yang tidak produktif dan hilangnya kepercayaan konseli pada proses konseling.

Konseli yang mengalami trauma perlu mendapatkan proses bantuan berupa konseling traumatis agar hidupnya bahagia dan terbebas dari ketakutan dan kecemasan yang menghantuinya. Tujuan konseling traumatis yang dikembangkan agar konseli mampu: a) menghilangkan bayangan traumatis; b) meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional; c) membangkitkan minat terhadap realita kehidupan; d) memulihkan rasa percaya diri; e) memulihkan kelekatan dan keterkaitan dengan orang lain

yang dapat memberi dukungan dan perhatian; f) kepedulian emosional serta mengembalikan makna dan tujuan hidup.

4. Prinsip dan target konseling,

Target utuh intervensi konseling traumatis adalah: a) terbinanya hubungan baik antara konselor dan konseli, b) pemahaman akar masalah traumatis konseli, c) memahami budaya konseli, d) penerapan konseling traumatis yang tepat dengan konseli. Target itu akan dicapai melalui tahapan konseling yang berlaku secara kolaboratif antara konselor dan konseli berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut: a) menumbuhkan pemahaman yang empatik, b) tidak terjadi pemaksaan antara konselor dan konseli dalam proses konseling, c) komitmen konselor dan konseli dalam melaksanakan proses konseling sampai tuntas, d) pemahaman permasalahan konseli secara holistik, e) konselor tidak memaksakan suatu metode tertentu pada konseli, f) proses konseling harus didasarkan pada budaya konseli.

5. Garis Besar Konseling,

Buku pedoman ini adalah purwarupa model konseling traumatis dalam membantu siswa yang pernah mengalami peristiwa traumatis yang meliputi: a) pijakan teori praktek konseling traumatis, b) prosedur dan teknik konseling traumatis bagi terapis. Model ini mengacu pada a) analisis kajian dinamika psikologis individu dalam peristiwa traumatis; b) analisis kajian teori konseling traumatis, mencakup pijakan perspektif teori EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (Shapiro, 1995); Terapi Permainan untuk mengatasi Pascatrauma pada Anak (Sukmaningrum, 2001); Pendekatan EMDR berbasis Budaya (Bahri, 2005); Pendekatan religius (Neviyarni, 2005), *Ego state : Theory and Therapy* (Watkins, & Watkins, 1997). c) Analisis kajian teori dan praktek konseling (Corey, Hansen, Flanagan).

Secara umum proses konseling traumatik terdiri dari beberapa langkah berikut ini;

a. Planning

Pemikiran dasar dalam rangka menjalankan tugas secara menyeluruh.

b. Action

Setelah planning yang tepat langkah selanjutnya yaitu aksinya/ perbuatan dalam aksi segala hal/masalah yang hendak dianalisis akan menjadi terorganisasi sehingga memperjelas metode, pendekatan, upaya *problem solving*.

c. Controlling

Konsep ini menjadi penting karena apabila terjadi kekeliruan metode pendekatan/konsep yang telah direncanakan di aplikasikan di lapangan maka dapat dikontrol.

d. Evaluation

Kegunaannya untuk melihat sejauh mana proses perkembangan kesembuhan trauma yang diderita oleh individu dalam upaya pemberian bantuan apakah dilanjutkan/ dihentikan (bila dianggap sudah normal)

6. Kompetensi konselor,

Kompetensi konselor secara umum yang dibutuhkan dalam koseling traumatik adalah a) keterampilan membangun hubungan interpersonal, b) keterampilan wawancara konseling, c) Orientasi yang *holistic*, d) Fleksibilitas, e) Keseimbangan antara empati dan kecerdasan/kebijaksanaan, f) Pandangan yang realistik.

Pertama membangun hubungan interpersonal, merupakan kecakapan dalam menjalin komunikasi dengan konseli yang dilandasi pemahaman, ketulusan, kepercayaan, dan keterbukaan. Komunikasi ini berwujud komunikasi yang empati, penerimaan konseli apa adanya, penghargaan diri konseli, dan memahami budaya konseli. Corak komunikasi ini diwujudkan konselor dalam tindak verbal dan non verbal selama sesi konseling berlangsung. Hubungan interpersonal yang ditumbuhkan ini mendorong konseli menyatakan pikiran, perasaan, dan tindakan sehingga konselor dapat memahami gejala trauma pada konseli.

Keterampilan wawancara konseling, dalam proses wawancara konseling, konselor harus mampu menggali perasaan dan pikiran konseli. Proses penggalian ini membutuhkan sebuah teknik khusus agar pertanyaan maupun pernyataan yang dilontarkan konselor kepada konseli dapat mendorong konseli untuk semakin terbuka. Ada seperangkat teknik yang dapat digunakan sebagai pendukung dalam memberikan wawancara konseling. Dalam proses wawancara konseling, penguasaan terhadap teknik konseling merupakan kunci keberhasilan untuk mencapai tujuan konseling. Seorang konselor harus mampu merespon konseli secara baik dan benar sesuai dengan keadaan konseli saat itu. Respon yang baik berupa pertanyaan maupun pernyataan verbal dan nonverbal yang dapat menyentuh, merangsang, dan mendorong konseli sehingga mau terbuka untuk menyatakan secara bebas perasaan, pikiran, dan pengalamannya (Willis, 2004: 157)

Orientasi yang holistik, konselor yang menangani konseli dengan gangguan traumatis dituntut untuk mampu melihat secara holistik permasalahan konseli. Bukan hanya dari pencetus trauma yang dialami konseli, konselor juga harus melihat budaya yang dibawa oleh konseli. Hal ini tentu akan mempengaruhi bagaimana konseli menyikapi masalah dan bagaimana penanganan yang tepat untuk konseli. Masalah yang sama yang dialami oleh konseli yang berbeda tentu akan membawa dampak yang berbeda bagi diri konseli dan cara menanganinya.

Fleksibilitas, metode tertentu yang sangat cocok untuk konseli belum tentu tepat untuk konseli yang lain. Konselor harus berhati-hati dalam memilih metode yang tepat untuk menangani gangguan traumatis konseli. Konseling traumatis tidak berpusat pada teknik namun berpusat pada konseli.

Keseimbangan antara empati dan kecerdasan/kebijaksanaan, Konselor tidak boleh terbawa perasaan konseli dan membenarkan semua yang dikatakan oleh konseli. Konselor harus bisa berempati dan berpikir logis agar dapat menjalankan proses konseling dengan baik.

7. Evaluasi dan indikator keberhasilan konseling traumatis,

Kriteria keberhasilan utama intervensi konseling trauma ini adalah:

- a. Konseli mampu mengurangi bahkan menghilangkan bayangan peristiwa traumatis masa lalu yang mengganggu kehidupannya saat ini;
- b. meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional dan berfikir positif terhadap peristiwa traumatis yang pernah dialami ;
- c. membangkitkan minat terhadap kehidupan sosial saat ini;
- d. memulihkan rasa percaya diri;
- e. mengembalikan makna dan tujuan hidup.

Jika pascaintervensi, konseli dapat mencapai kriteria tersebut, maka diindikasikan masalah trauma dapat terselesaikan melalui intervensi konseling traumatis.

I. Prosedur Konseling Traumatis

1. Pra-kondisi Konseling

Persyaratan keberlangsungan konseli terletak pada hal-hal sebagai berikut:

- a. Kesiediaan dan kemauan konseli dalam menangani masalah yang dihadapi
- b. Konselor tidak memiliki hubungan secara emosional dengan konseli
- c. Komitmen konseli untuk melakukan proses konseling secara tuntas
- d. Konselor dapat mengakses pencetus trauma konseli
- e. Kepercayaan konseli kepada konselor

2. Norma-Norma Konseling,

Konseling dijalankan atas dasar saling penerimaan, kepercayaan, keterbukaan. Kegiatan bimbingan dan konseling didasarkan pada norma-norma, baik norma agama, hukum, peraturan, adat istiadat, ilmu pengetahuan, dan kebiasaan – kebiasaan yang berlaku. Bahkan lebih jauh lagi, melalui segenap layanan/ kegiatan bimbingan dan konseling ini harus dapat meningkatkan kemampuan konseli dalam memahami, menghayati dan mengamalkan norma-norma tersebut.

3. Peranan dan Fungsi Konselor,

Peranan konselor dalam konseling traumatis adalah sebagai teman, guru, dan fasilitator untuk menangani permasalahan trauma yang dialami oleh konseli. Sebagai teman, konselor berperan sebagai tempat konseli untuk menceritakan secara bebas dan terbuka terkait pikiran, perasaan, tindakan. Sebagai guru, konselor mengajari konseli bagaimana menangani masalah traumatis konseli. Sebagai fasilitator, konselor sebagai media dalam proses konseling traumatis.

4. Pengalaman Konseli dalam Konseling,

Konseli akan merasakan dan mendapatkan contoh menangani masalah traumatis. Pengalaman ini dibutuhkan konseli untuk menangani masalah traumatis yang dialami. Konseli juga akan mendapatkan pemahaman tentang persepsi mempengaruhi sikap dan tindakan. Konseli akan diajarkan cara mengganti pikiran negatif yang dapat menimbulkan gangguan trauma, dengan pikiran positif yang mampu mengurangi trauma.

5. Karakteristik Hubungan antara Konselor dan Konseli

Hubungan konselor dan konseli dicirikan oleh komunikasi yang empatik. Konselor dan konseli akan saling membangun penerimaan, kepercayaan, dan ketebukaan selama proses konseling. Proses konseling ini akan berjalan baik ketika konseli mau terbuka dengan masalahnya.

Pada saat pembinaan hubungan, seringkali konselor perlu memberi gambaran yang tepat tentang konseling, kegiatan ini disebut structuring. Structuring adalah kerangka kerja yang digunakan konselor dengan konselinya. Kerangka kerja ini diberitahukan kepada konseli dengan jalan memberi penjelasan secara singkat tentang 4 aspek konseling yaitu tanggung jawab, tujuan, keterbatasan dan fokus.

6. Prosedur dan Teknik Konseling,

Dalam rangka penyembuhan penderita trauma, hakikatnya memerlukan pendekatan atau model intervensi yang eklektik. Khusus dalam kaitan dengan

konseling, intervensi atau treatment yang diberikan hendaknya memfokuskan kepada masalah-masalah psikososial yang dihadapi penderita trauma sebagai konseli, serta melalui penggunaan metode atau teknik yang bervariasi.

Sementara itu, mengingat tingginya tingkat kekritisian, luasnya cakupan dan dalamnya masalah yang dihadapi oleh individu yang mengalami PTSD, Fairbank (2004, dalam Rusmana, dkk., 2007) mengusulkan model intervensi yang komprehensif dan mendalam, yang meliputi empat tahap, yakni tahap *Societal, Community, Family, dan Individual*. Cakupan intervensi pada tahap *societal* berupa kebijakan umum dan keamanan umum; Cakupan intervensi pada tahap masyarakat berupa pendidikan untuk masyarakat dan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga. Pada tahap *Family* (keluarga) cakupan intervensinya meliputi pengembangan jejaring keluarga untuk membentuk kelompok penolong diri sendiri dan perawatan kesehatan mental. Sedangkan pada tahap individu cakupan intervensinya meliputi pengobatan dan perawatan kesehatan mental.

Salah satu strategi penanganan terhadap konseli yang mengalami trauma adalah menggunakan pendekatan konseling dalam bentuk individual *re-adjustment counseling* yang bertujuan untuk membantu anak-anak mengenali sindrom pascatrauma dan memberikan ketrampilan pemecahan masalah (*new coping skill*) serta *structured group counseling* yang bertujuan untuk membekali anak dengan ketrampilan hidup (*Life skill*) melalui dukungan dari teman sebaya. Strategi ini terbukti efektif untuk membantu konseli mengatasi trauma di berbagai negara diantaranya adalah Vietnam dan Kosovo.

Atas dasar alasan di atas, maka dalam panduan ini akan dipaparkan konseling kelompok dan konseling individual untuk membantu konseli yang mengalami masalah trauma. Pada konseling kelompok lebih fokus pada konseling kelompok dengan teknik permainan, sementara itu pada konseling individual lebih fokus pada konseling *cognitive-behavior*, konseling dengan teknik *ego-state*, konseling dengan teknik EMDR, dan konseling religius. Masing-masing teknik tidak bisa serta merta digunakan untuk semua konseli. Pemahaman tentang masalah konseli dan budaya konseli sangatlah penting,

untuk dipilih teknik yang paling tepat untuk konseli. Berikut dipaparkan empat teknik yang dapat digunakan untuk membantu konseli yang mengalami masalah trauma.

1. **Konseling Kelompok dengan teknik permainan**

Konseling kelompok dengan teknik permainan merupakan cara yang dapat digunakan untuk mengobati PTSD pada anak periode awal / *young children*. Pada konseling ini bertujuan untuk memahami trauma anak dan memberikan medium untuk berekspresi dalam mengurangi tekanan emosional yang dialami. Bermain peran, menggambar, bermain dengan boneka atau benda-benda figural dapat dijadikan cara untuk menyesuaikan diri dan memberi kesempatan pada terapis untuk melakukan *re-exposure* yaitu, membahas peristiwa traumatiknya dalam situasi yang mendukung.

Asumsi yang mendasari digunakannya teknik permainan kelompok, adalah kelompok merupakan situasi belajar sosial yang paling fundamental bagi setiap individu yang menjadi anggotanya dan setiap individu memiliki potensi belajar dari lingkungan sosialnya. Permainan kelompok diarahkan untuk menstimulasi dan membina individu melakukan proses pengembangan diri sesuai dengan potensi yang dimiliki dan lingkungan sosial-budaya di tempat dia hidup. Dengan strategi ini, situasi kelompok yang diciptakan akan menjadi wahana belajar fungsional, ditandai dengan para anggotanya mempunyai motivasi dan tujuan bersama yang jelas, ikatan emosional yang baik (*kohesif*), taat aturan, bekerja sama secara terarah untuk mencapai tujuan. Sejalan dengan pandangan Sweeney dan Homeyer (1999:6) bahwa “...*the lives of children are so often outside their own control and are often intruded upon, sometimes in very traumatic ways. Therapeutics interventions, therefore shoul not only be nonintrusive but provide high levels of savety for children. Pay therapy does this*”.

Konseling kelompok dengan teknik permainan merupakan cara alamiah anak untuk mengekspresikan kebutuhan dan melalui bermain pula anak secara simbolis mencoba mengatasi ketakutan dan trauma yang

mereka alami. Seperti dikemukakan oleh Sweeney dan Homeyer (1999:5) bahwa “*play therapy is a primary, and usually the most appropriate intervention for children, play is a natural expressive language of children*”. Menurut Sweeney dan Homeyer (1999:6-7) terdapat 9 keuntungan dari permainan kelompok, yaitu;

- a. kelompok dapat meningkatkan spontanitas anak sehingga level partisipasi mereka juga tinggi,
- b. permainan kelompok dapat merespons dua persoalan sekaligus yaitu dimensi intrapsikis dan interpersonal anak,
- c. dalam adegan kelompok memungkinkan untuk terjadi refleksi dan katarsis,
- d. permainan kelompok merupakan kesempatan bagi anak untuk mencapai *self-growth* dan *self-exploration*,
- e. melalui permainan kelompok anak lebih didekatkan dengan realitas kehidupan sebenarnya,
- f. kelompok diibaratkan miniatur masyarakat, maka anak akan memahami makna kehadirannya bagi anak-anak yang lain,
- g. adegan dalam permainan kelompok dapat mengurangi kecenderungan anak berfantasi dalam menyelesaikan masalah yang dialaminya,
- h. anak memiliki peluang untuk mempraktekkan pada kehidupan sehari-hari pengalaman yang diperolehnya dalam permainan kelompok, dan
- i. kehadiran satu atau beberapa orang anak dapat membantu dalam pengembangan hubungan terapeutik bagi beberapa orang anak.

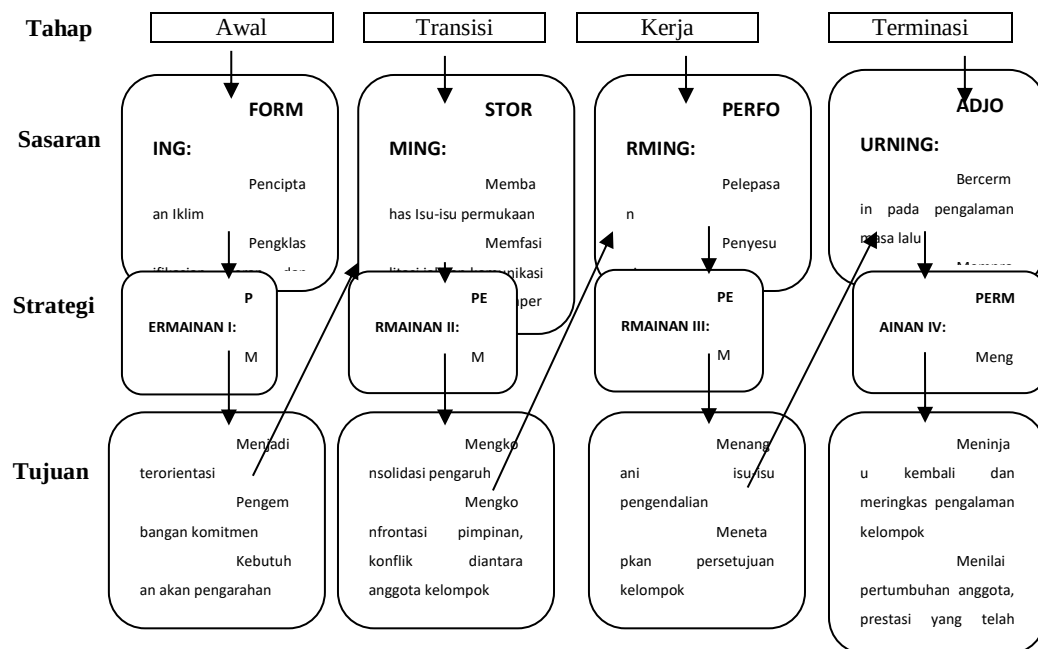
Sutton- Smith dan Robert (1991) mengklasifikasikan tiga jenis permainan dalam terapi, yaitu 1) *games of physical skills*, 2) *games of strategy*, dan 3) *games of chance*. Schafer dan Reid (1986) mengidentifikasi empat kategori permainan, yaitu 1) *communication games*, 2) *problemsolving games*, 3) *ego-enhancing games*, dan 4) *socialization games*. Berdasarkan orientasi teoritik, Shapiro (1993) mengemukakan bahwa dari 81 permainan kelompok yang digunakan dalam terapi, diperoleh informasi bahwa terdapat permainan yang *psychoeducational* (26%),

client-centered (17%), *value clarification* (15%), *psychodynamic* (12%) dan *cognitive-behavioral* (11%).

Langkah yang digunakan dalam teknik permainan melalui empat tahap, yaitu;

- a. **tahap pertama** yaitu eksperimentasi, Konseli diajak untuk mensimulasikan pengalaman secara langsung melalui skenario permainan dalam penerimaan tugas, konsolidasi dan pelaksanaan. Langkah-langkahnya meliputi permainan pembuka, misalnya pemanasan, peregangan otot, serta pengenalan dilanjutkan dengan permainan inti, misalnya permainan kerja sama, wadah bocor serta permainan hiburan misalnya tarik tambang.
- b. **tahap kedua**, analisis para konseli diberi stimulasi berupa pertanyaan yang menggugah.
- c. **tahap ketiga**, internalisasi, konseli diajak untuk menghayati atau menandai nilai-nilai yang diperoleh dari kegiatan,
- d. **tahap keempat** yaitu generalisasi, konseli diajak mengungkapkan kembali pengalamannya bagi pertumbuhan dan pengembangan perilaku yang baru.

Secara lebih detail proses konseling kelompok dengan teknik permainan untuk konseli dengan pengalaman traumatis dapat digambarkan sebagai berikut.



2. *Konseling Cognitive-Behavioral*

Model Konseling ini, mengintegrasikan teknik-teknik dari pendekatan kognitif dan humanistik ke dalam suatu program perlakuan meskipun mereka tetap menempatkan perilaku sebagai fokus utama dan teori belajar sebagai kerangka kerja. Artinya, para teoritis dan praktisi *cognitive-behavior* tetaplah seorang behavioris. Para konselor *cognitive-behavior* memandang manusia bukan hanya dibentuk tetapi juga pembentuk lingkungannya. Mereka mengakui keterlibatan proses-proses kognitif dan pemaknaan subyektif dalam menjembatani efek peristiwa stimulus pada perilaku/respon, dan memberikan kebebasan pada konseli untuk mengambil tanggung jawab bagi perilakunya sendiri. Mereka memegang asumsi bahwa, jika konseli diberikan keterampilan untuk mengubah diri, maka mereka akan memiliki kemampuan untuk meningkatkan hidup mereka sendiri dengan cara mengubah satu atau lebih faktor-faktor yang mempengaruhi perilakunya. Dapat dikatakan, kecenderungan terakhir

dalam *cognitive-behavior* diarahkan pada pengembangan prosedur yang secara aktual dapat memberikan kontrol dan keterampilan pada konseli dan dengan demikian meningkatkan kebebasan konseli untuk membuat pilihan, khususnya pilihan untuk membuat respon terhadap lingkungan.

Cognitive-behavior kontemporer menggunakan empat perspektif teoretik sebagai landasan kerja, yakni: pengkondisian klasik, pengkondisian operan, teori belajar sosial, dan kognitif-perilaku. Perspektif pengkondisian klasik – dikembangkan oleh Ivan Pavlov - menegaskan bahwa perilaku, baik yang adaptif maupun tidak adaptif, dikendalikan oleh stimuli tertentu yang ada sebelum perilaku tersebut. Individu mempelajari perilaku tidak adaptif (misalnya kecemasan) melalui peristiwa-peristiwa traumatik, bencana alam, atau kecelakaan lainnya. Teori pengkondisian operan – dikembangkan oleh B.F. Skinner - menegaskan bahwa perilaku berifat operan, yakni dihasilkan oleh konsekuensi yang mengikuti perilaku tersebut. Konsekuensi ini berupa ganjaran dan hukuman.

Teori belajar sosial - dikembangkan oleh Albert Bandura - menegaskan bahwa individu seharusnya dipahami sebagai suatu fungsi psikologis yang tidak ditentukan secara tunggal oleh kekuatan intrapsikis atau oleh kekuatan lingkungan semata, tetapi sebagai hasil hubungan saling pengaruh yang terus-menerus antara perilaku, kognisi, dan lingkungan. Inti dari teori belajar sosial adalah bahwa individu dapat belajar perilaku dengan mengamati perilaku orang lain (model) dan proses belajar tersebut dapat berlangsung tanpa harus ada penguatan eksternal. Meskipun Bandura mengakui pentingnya penguatan eksternal, ia memandang penguatan tersebut hanya merupakan satu cara untuk membentuk perilaku. Penguatan itu sendiri dapat diperoleh oleh individu dalam bentuk penguatan langsung melalui manfaat yang diperoleh oleh individu dari perilaku yang dipelajari.

Perspektif kognitif-perilaku, bersama-sama dengan teori belajar sosial, menyajikan suatu aliran baru dalam Konseling Perilaku. Perspektif ini menawarkan suatu metode yang berorientasi tindakan untuk membantu individu mengubah apa yang mereka lakukan dan pikirkan. Para ahli dari

perspektif kognitif memiliki keyakinan bahwa gangguan perilaku merupakan fungsi dari hubungan timbal balik antara kognisi dan faktor lingkungan. Dalam pendekatan kognitif, gangguan perilaku diubah dengan cara mengubah kognisi, dari tidak realistis menjadi realistis.

Secara umum, konseling *cognitive-behavior* bertujuan untuk meningkatkan pilihan pribadi dan menciptakan kondisi baru yang lebih mendukung belajar. Konseli, dengan bantuan konselor, menetapkan tujuan-tujuan khusus pada permulaan proses konseling. Tujuan ini harus spesifik, konkrit dan jelas, dapat diukur, dan disepakati oleh konseli dan konselor. Penting bagi konselor untuk memikirkan, menemukan, dan merencanakan suatu cara untuk mengukur kemajuan dalam mencapai tujuan dengan menggunakan prosedur (validasi) empiris. Setelah tujuan ditetapkan konselor dan konseli mendiskusikan berbagai bentuk perilaku yang dapat mengarah pada pencapaian tujuan, lingkungan yang dipersyaratkan, dan membuat rencana kegiatan secara jelas. Setelah itu konselor juga perlu membantu konseli merumuskan kontrak perilaku.

Sesuai dengan perspektif yang digunakan sebagai kerangka kerja dalam konseling *cognitive-behavior*, teknik konseling *cognitive-behavior* dapat berakar pada empat perspektif berikut: teknik-teknik yang berakar pada teori pengkondisian klasik, teknik-teknik yang berakar pada pengkondisian operan, dan teknik-teknik yang berakar pada teori belajar sosial, dan teknik yang berakar pada perspektif kognitif-perilaku. Teknik yang berakar pada teori pengkondisian klasik adalah desensitisasi sistematis, pengkondisian aversif, dan latihan asertif. Teknik yang berakar pada teori pengkondisian operan adalah penguatan, hukuman, penghapusan, pembentukan, pengelolaan diri, dan kontrak. Teknik yang berakar pada teori belajar sosial adalah pemodelan (modeling) dengan berbagai variasinya untuk tujuan membentuk dan mengubah perilaku. Pemodelan merupakan suatu proses belajar yang dilakukan dengan cara mengamati model. Pemodelan dapat dilakukan secara langsung, simbolik, dan tertutup. Teknik yang berakar pada pendekatan kognitif antara lain adalah penghentian

pikiran negatif, restrukturisasi kognitif, suntikan stres, pengajaran diri, dan pemecahan masalah.

Konseling *cognitive-behavior* telah diterapkan secara luas untuk berbagai macam gangguan perilaku dan kelompok populasi. Konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan secara sendiri atau dikombinasikan dengan sistem perlakuan lain. Konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan di berbagai macam lingkungan seperti sekolah, panti-panti rehabilitasi, dan berbagai lembaga yang menyelenggarakan program perlakuan untuk membentuk perilaku yang lebih positif (Kazdin, 1994). Konseling *cognitive-behavior* juga dapat digunakan sebagai suatu pendekatan yang efektif dalam konseling individual, konseling kelompok, dan konseling keluarga. Saat ini konseling *cognitive-behavior* digunakan sebagai modalitas perlakuan untuk menangani berbagai macam gangguan mental dan kesulitan emosional di berbagai macam lingkungan (setting) perlakuan. Karena sifat fleksibilitasnya, konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan untuk semua kelompok populasi tanpa memperhatikan usia, latar belakang, tingkat kecerdasan, motivasi, atau masalah konseli. konseling *cognitive-behavior* juga dipandang sebagai strategi yang esensial untuk menangani berbagai bentuk kebiasaan maladaptif atau disfungsional seperti PTSD, depresi, kecemasan, dan berbagai bentuk gangguan mental yang lain.

Tahapan konseling *Cognitive-Behavior*, secara umum meliputi: pengembangan hubungan, assesmen masalah, penetapan tujuan, pemilihan teknik atau strategi, implementasi strategi, evaluasi dan tindak lanjut serta terminasi (lihat Gibson & Mitchell, 1995; Hackney & Cormier, 2001; Thompson, Rudolph, & Henderson, 2004). Tahapan konseling tersebut dapat digambarkan sebagai berikut.

Ilustrasi di atas menggambarkan urutan atau tahapan proses konseling yang mudah dimengerti dan memberikan gambaran yang jelas tentang keseluruhan proses konseling yang dimulai sejak konseli diterima sampai terminasi. Di bawah ini akan dibahas lebih detail tentang tahapan proses konseling tersebut.

a. Tahap Pembinaan Hubungan

Tahap pertama dalam proses konseling adalah pembinaan hubungan. Hubungan konseling sengaja dikembangkan oleh konselor guna membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif yang disebut rapport. Rapport merupakan suatu istilah klinis yang digunakan untuk menunjuk pada suatu iklim psikologis yang muncul dari kontak interpersonal antara konselor dan konseli yang mendorong sikap percaya dan terbuka pada diri konseli. Penguasaan ketrampilan komunikasi verbal dan non-verbal sangat dibutuhkan dalam tahap ini. Beberapa ketrampilan konseling yang dapat memperlancar tahap ini diantaranya ketrampilan attending dan active listening, kedua keterampilan tersebut mengkomunikasikan kepada konseli bahwa konselor tertarik dan berusaha untuk mengerti dengan apa yang mereka katakan atau yang mereka ceriterakan. Faktor-faktor penting yang berpengaruh terhadap pembentukan hubungan konselor-konseli adalah penghargaan dan penerimaan positif, empati dan ketulusan membantu konseli. Pembinaan hubungan harus dapat dicapai pada awal proses konseling.

b. Tahap Asesmen Masalah

Tahap kedua, adalah asesmen masalah. Asesmen dalam proses konseling merupakan suatu proses mengumpulkan dan mengolah informasi dengan menggunakan berbagai prosedur dan alat sebagai dasar untuk mengembangkan program bantuan/ konseling.

Tugas konselor selama proses asesmen adalah mengetahui informasi apa yang dibutuhkan dan bagaimana memperolehnya, menempatkan informasi itu secara bersama-sama sehingga menjadi kesatuan yang bermakna, dan menggunakannya untuk mengembangkan hipotesis klinis guna mengarahkan kepada suatu gagasan tentatif tentang masalah konseli dan gagasan tentang rancangan program intervensinya. Tujuan umum dari asesmen masalah adalah untuk memperoleh pemahaman tentang

konfigurasi masalah konseli sebagai dasar untuk mengembangkan rencana bantuan.

Selama fase ini, konseli mengkomunikasikan problem yang sedang dihadapi kepada konselor, sementara itu konselor akan terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprase, klarifikasi, refleksi perasaan, *probe* dan sebagainya. Konselor juga harus memilah antara problem mana yang hanya permukaan atau kulit luar, dan mana masalah sesungguhnya yang lebih dalam kompleks. Menurut Gibson (2008) ada 3 kegiatan yang dilakukan konselor pada tahap ini yaitu membatasi masalah, mengeksplorasi masalah dan mengintegrasikan informasi. Pada kegiatan membatasi masalah, konselor dan konseli berusaha mendiskripsikan atau mengidentifikasi problem sespesifik dan seobyektif mungkin. Selain itu penting juga mengidentifikasi komponen yang mendukung terjadinya masalah, berat-ringannya masalah serta pengaruh masalah tersebut terhadap konseli.

c. Tahap Penetapan Tujuan

Tahap ketiga dari proses konseling adalah penetapan tujuan atau target yang ingin dicapai konseli. Tujuan konseling ini sangat penting karena tujuan ini akan memberi arah pada proses konseling serta sebagai dasar penentuan strategi atau intervensi konseling selanjutnya. Tujuan sebaiknya dirumuskan oleh konseli, namun bila konseli belum dapat merumuskan tujuan konselor dapat memberi contoh dan membantu konseli.

Dalam menentukan tujuan ada 8 langkah yaitu:

- 1) Menetapkan tingkah laku yang tampak dan tidak tampak berkaitan dengan tujuan yang akan dicapai.
- 2) Menentukan kondisi perubahan yang diinginkan.
- 3) Menetapkan tingkat dari tingkah laku atau luasnya atau jumlahnya tingkah laku.
- 4) Menentukan tujuan-tujuan antara atau langkah-langkah tindakan jangka pendek.

- 5) Membuat urutan langkah-langkah tindakan berdasarkan kepentingan yang mendesak berdasarkan tingkat kesulitan.
- 6) Mengidentifikasi sumber-sumber yang diperlukan.
- 7) Mengidentifikasi hambatan-hambatan.
- 8) Meninjau kembali kemajuan.

d. Tahap Seleksi Strategi

Tahap keempat dalam proses konseling adalah seleksi strategi. Strategi merupakan rencana aksi untuk mencapai tujuan konseli. Penggunaan strategi dapat mempercepat perubahan emosional, kognitif dan perilaku konseli. Suatu strategi harus fleksibel, memadai dan pragmatis, suatu strategi yang terlalu preskriptif dan kaku akan menghambat interaksi antara konselor dan konseli dan secara signifikan dapat menghambat kemajuan. Gibson (2008) menyatakan ada 4 langkah dalam seleksi strategi yaitu mendefinisikan problem, mengidentifikasi dan mendata semua strategi yang memungkinkan, mengeksplorasi konsekuensi strategi yang diusulkan serta memprioritaskan strategi yang paling tepat dan disepakati.

Dalam memilih atau menyeleksi strategi, prosesnya harus dimulai dengan asumsi tertentu. Cormier dan Hackney (1985) mendeskripsikan asumsi sebagai hubungan untuk mendefinisikan antara masalah dan latar tujuannya. Dengan kata lain, pemilihan strategi tidak bisa dibuat tanpa konselor memahami masalahnya. Sedangkan faktor lain yang mempengaruhi dalam pemilihan strategi adalah pemahaman konselor terhadap teori konseling, tingkat pengalaman konselor dan kompetensi, serta pengetahuan khusus konselor terhadap intervensi.

e. Tahap Implementasi Strategi

Implementasi strategi merupakan tahap kelima dalam proses konseling. Konseli bertanggung jawab mengaplikasikan strategi yang sudah disepakati, sementara konselor bertanggung jawab menguatkan tindakan konseli terlibat aktif mengaplikasikan strategi. Bila suatu strategi sudah

dipilih sebagai solusi pemecahan masalah, maka ada 4 tugas yang harus dilakukan konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan diskripsi singkat suatu strategi, memberi contoh penggunaan atau mendemonstrasikan strategi baik secara langsung maupun secara simbolik, selanjutnya adalah melatih menggunakan strategi dan pemberian umpan balik, serta memberi pekerjaan rumah pada konseli.

f. Tahap Evaluasi dan Tindak Lanjut

Ada dua tujuan mengapa konseling harus dinilai, tujuannya adalah 1) menentukan kemampuan konseli dan 2) memperbaiki penampilan konselor dalam menangani kasus pada masa yang akan datang. Penilaian terhadap proses konseling dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa cara diantaranya adalah; 1) laporan dari konseli sendiri, baik secara lisan maupun tulisan, 2) observasi konselor terhadap konseli, 3) laporan dari pihak lain yang mengetahui dan bertanggung jawab terhadap konseli.

Khusus penilaian yang dilakukan oleh konselor terhadap hasil konseling terdapat tiga kegiatan yaitu; konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline yang telah dibuat, selanjutnya adalah membandingkan dengan tujuan konseling.

g. Tahap Terminasi (Penghentian Konseling)

Menghentikan kontak konseling bukan berarti bahwa konselor tidak berbicara lagi dengan konseli secara informal ketika kebetulan bertemu atau bahwa konselor tidak harus mengadakan tindak lanjut terhadap hasil konseling. Penjelasan tentang penghentian dilakukan dengan cara semestinya, tentu saja konselor menghindari adanya implikasi bahwa ia menolak konseli.

Beberapa konseli terutama mereka yang telah mengembangkan hubungan yang sangat erat, akan menunjukkan suatu keinginan untuk melanjutkan kontrak konseling ketika konselor mengakhiri proses konseling.

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

Dalam konseling *cognitive*, konselor membantu untuk merubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi dan mengganggu kegiatan-kegiatan kita. Misalnya seorang korban kejahatan mungkin menyalahkan diri sendiri karena tidak hati-hati. Tujuan kognitif terapi adalah mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pikiran tersebut tidak rasional untuk melawan pikiran tersebut yang kemudian mengadopsi pikiran yang lebih realistik untuk membantu mencapai emosi yang lebih seimbang (Anonim, 2005b).

Sementara itu, dalam *exposure therapy* para terapis membantu menghadapi situasi yang khusus, orang lain, obyek, memori atau emosi yang mengingatkan pada trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistik dalam kehidupannya. Terapi dapat berjalan dengan cara: *exposure*

in the imagination, yaitu bertanya pada penderita untuk mengulang cerita secara detail sampai tidak mengalami hambatan menceritakan; atau *exposure in reality*, yaitu membantu menghadapi situasi yang sekarang aman tetapi ingin dihindari karena menyebabkan ketakutan yang sangat kuat (misal: kembali ke rumah setelah terjadi perampokan di rumah). Ketakutan bertambah kuat jika kita berusaha mengingat situasi tersebut dibanding berusaha melupakannya. Pengulangan situasi disertai kesadaran yang berulang akan membantu menyadari situasi lampau yang menakutkan tidak lagi berbahaya dan dapat diatasi (Anonim, 2005b).

Selain tiga tipe di atas, dikenal juga *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapies* (TF-CBT) merupakan intervensi yang bertujuan agar konseli mampu mengatasi trauma, dengan cara memberikan kemampuan mengatur stress. Cohen et al. menggambarkan komponen TF-CBT dengan akronim PRACTICE:

- a. *psychoeducation*, mendidik anak dan orang tua tentang jenis kejadian traumatik yang dialami anak, berapa banyak anak yang mengalaminya, apa penyebabnya, dan bagaimana pendekatan terapinya,
- b. *parenting skills*, kemampuan mengasuh anak yang baik juga harus digunakan, seperti memujinya, perhatian positif, selektif, istirahat dan *contingency reinforcement procedures*,
- c. *relaxation skills*, mengatur nafas, relaksasi otot, dan aktivitas lain yang mengembalikan kondisi
- d. *affective modulation skill*, mengidentifikasi perasaan, memunculkan gambaran positif terhadap diri sendiri, pemecahan masalah, dan kemampuan sosial.
- e. *cognitive coping and processing*, mengenali hubungan antara berbagai pemikiran, perasaan dan kebiasaan yang ada dalam dirinya.
- f. *trauma narrative*, menceritakan pengalaman traumatik anak, memperbaiki distorsi kognitif dari pengalaman ini dan menempatkan pengalaman ini dalam konteks keseluruhan hidup si anak.
- g. *in vivo mastery of trauma reminder*, melatih paparan terhadap stimuli yang ditakuti.

- h. *conjoint child parent sessions*, sesi bersama dengan orang tua dan anggota keluarga lainnya, dan
- i. *enhancing future safety and development*, melatih kewaspadaan terhadap kemungkinan terjadinya trauma berikutnya dan kembali ke tahap pertumbuhan dan perkembangan yang normal.

3. **Konseling dengan Teknik *Ego state***

Ego state therapy merupakan teknik konseling yang berdasar pada premis kepribadian yang terdiri dari bagian-bagian (parts) terpisah dan ini disebut *ego state* (Emmerson, 2003). *Ego state* seringkali disebut bagian kecil dari kepribadian seseorang. J.G. Watkins & H.H Watkins (1997) mendefinisikan konseling *ego state* sebagai sebuah konseling yang menggunakan pendekatan individu, keluarga, dan konseling kelompok dalam mengakses dan berhubungan dengan *ego state* yang bertujuan untuk melepaskan dan mengatasi konflik *ego state* yang terjadi.

Sebuah *ego state* merupakan satu bagian dari sekumpulan kelompok yang mempunyai keadaan atau kondisi emosi yang setara, yang dibedakan berdasarkan tugas khusus, perasaan (*mood*), dan fungsi mental, dimana kesadaran diasumsikan sebagai identitas dari orang tersebut (Hartman & Zimmeroff, 2003, Emmerson, 2003). Kumpulan dari *ego state* membentuk kepribadian utuh dari seseorang dan jumlahnya tidak dapat dihitung akan tetapi dalam satu minggu *ego state* seseorang yang muncul berjumlah sekitar 5 hingga 15 *ego state* (Emmerson, 2003).

Setiap *ego state* memiliki potensi untuk konflik dan melakukan sabotase diri. Fenomena ini dapat kita lihat pada seseorang yang mengalami trauma. Misalkan korban trauma akibat kekerasan seksual. Ada bagian diri yang berkata “saya ingin terbebas dari rasa bersalah dan menjalani hidup lebih baik”. Tetapi bagian diri yang lain merasakan bahwa “saya sudah tidak suci lagi. Saya berdosa dan jijik”. Disini terjadi konflik *ego state* dimana *ego state* yang merasa bersalah tumbuh dan berkembang diakibatkan dari perasaan luka yang dalam karena trauma. Van der Kolk (1994) menjelaskan bahwa ketika seseorang mengalami trauma, memori yang berkaitan dengan

peristiwa trauma akan menempel di dalam otak pada bagian non verbal, tidak sadar dan sangat sulit untuk diakses. *Ego state* yang tumbuh akibat pengalaman traumatis kadangkala melakukan manipulasi dengan cara menekan memori menyakitkan tersebut agar tidak muncul kembali (Hartman & Zimmeroff, 2003).

Strategi konseling dengan menggunakan *ego state* adalah dengan cara menemukan *ego state* yang terluka (*vaded*) akibat trauma kemudian mencari *ego state* lain yang dapat menenangkan atau membantunya sehingga menjadi lebih produktif dan saling melindungi (Watkins & Watkins, 1997; Emmerson, 2003; Forgas & Knipe, 2008).

Konseling *Ego state* menekankan pada analisis komunikasi terhadap fungsi dan peranan *ego state* terhadap individu. Terdapat dua teknik yang sering digunakan dalam *ego state* (Emmerson, 2003; Arif, 2011; Watkins & Watkins, 1997) diantaranya ialah:

a. Konseling *Ego state* tanpa menggunakan kondisi hipnosis

Adapun teknik yang seringkali digunakan dalam konseling *ego state* yang tidak memanfaatkan kondisi hipnosis dalam proses terapinya adalah

- 1) *Empty Chair Technique* yaitu teknik terapi *ego state* dengan menggunakan kursi sebagai media dalam memfasilitasi komunikasi antar *ego state*. Teknik ini sangat cocok bagi individu yang kurang bisa melakukan imajinasi karena dengan menggunakan kursi kosong seseorang akan terbantu dengan lebih mudah untuk mengakses *ego state* atau perasaannya. Teknik ini merupakan pengembangan dari konseling *gestalt*, yang membedakannya adalah selama sesi konseling *ego state*, kursi yang dibutuhkan sekitar 5 sampai 10 kursi. Tujuan dari kursi kosong ini adalah sebagai manifestasi dari *ego state* dari individu agar dapat berkomunikasi dan mengubah *vaded*, *retro* atau *conflicted ego state* menjadi normal *ego state*.
- 2) *Conversational Technique* yaitu teknik konseling *ego state* yang dilakukan selayaknya percakapan biasa. Teknik ini sangat membantu dalam sebagai persiapan melakukan *resistence bridging* yakni teknik

untuk mencari akar masalah. Teknik percakapan hampir sama dengan teknik kursi kosong, yang membedakannya adalah disini tidak mencari akar masalah dalam konselingnya akan tetapi fokus pada komunikasi antara *ego state* yang terluka dan mencari *ego state* pelindung (*protector*).

b. Konseling *Ego state* dengan menggunakan kondisi hipnosis.

Hipnosis adalah suatu keadaan fokus, tenang, dan relaks sehingga dapat mencerna informasi atau sugesti yang masuk ke dalam pikiran. Korban yang mengalami gangguan PTSD dan ASD memiliki kemampuan masuk kondisi hipnosis yang sangat tinggi dibanding dengan orang biasa (Yard, DuHamel, & Galynker, 2008). Pendapat lain dikemukakan oleh Hilgard (Watkins, 1993) yang menjelaskan hipnosis berkaitan dengan fokus yang tinggi dan proses pemisahan diri (*disosiative*). Melalui hipnosis, konselor dapat secara efektif memanggil dan memisahkan *ego state* yang terluka serta melakukan proses pelepasan emosi. Kondisi hipnosis merupakan bagian terpenting dalam satu sesi *ego state therapy* (Emmerson, 2003; Barabasz et al, 2011).

Kondisi hipnosis digunakan untuk mencari akar masalah (*root cause*) yang menjadi permasalahan konseli. Emmerson (2003) menjelaskan dalam kasus trauma, kondisi hipnosis digunakan untuk mencari *ego state* yang terluka kemudian melakukan pelepasan emosi melalui ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*maladaptive ego state*) yaitu dengan cara melakukan regresi atau kembali kepada memori masa lalu yang menjadi pemicu trauma kemudian melakukan rekonstruksi yang positif terhadap peristiwa itu (Abramowitz & Lichtenberg, 2010; Watkins & Watkins, 1997).

Barabasz et al. (2011) memaparkan langkah-langkah satu sesi konseling *ego state* dengan menggunakan hipnosis yang bisa dilakukan oleh konselor diantaranya: (1) melakukan induksi secara tidak langsung kepada konseli untuk memasuki kondisi hipnosis. Setelah itu konseli

dibantu untuk mengingat kembali memori masa lalu yang menjadi pemicu trauma dengan menggunakan teknik regresi. Emmerson (2003) menjelaskan untuk menghindari konseli yang takut dihipnosis, konselor dapat menggunakan teknik induksi secara tidak langsung (*indirect hypnosis*) dan teknik *resistence bridging* sebagai teknik regresi permisif dimana konseli tidak tahu sedang dihipnosis. (2) selanjutnya konselor melakukan proses ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*maladaptive ego state*). Ketika proses ekspresi dilakukan konselor membantu konseli untuk melepaskan dan meluapkan seluruh emosi yang tersimpan di dalam pikiran bawah sadar konseli. (3) tahapan akhir adalah melakukan penanganan (*reliefe*) yakni proses komunikasi antara *ego state* dimana *ego state* yang terluka dibantu oleh *ego state* yang lebih dewasa (*nurturance*).

c. Prosedur Konseling Traumatik dengan teknik *Ego state*

Konseling merupakan pemberian bantuan yang sangat tepat bagi korban yang mengalami trauma. Weaver et all (2003) menjelaskan pemberian konseling merupakan dukungan utama bagi korban yang mengalami PTSD. Konselor yang menggunakan konseling *ego state* membantu untuk menyembuhkan masalah trauma yang dihadapi oleh konseli. Ketika masalah trauma terselesaikan, gejala-gejala trauma seperti kecemasan, takut yang berlebihan mulai menghilang karena sudah tidak lagi dalam pengendalian *ego state* yang negatif (Barabasz et all, 2011).

Pengalaman traumatis yang selalu teringat akan ditekan oleh pikiran dan tersimpan di dalam pikiran bawah sadar. Oleh karena itu, *ego state* yang muncul akibat trauma akan melakukan manipulasi perilaku dengan cara menghindari (*avoidance*) dari segala hal yang berkaitan dengan kejadian yang menjadi pemicu trauma. Forgash & Knife (2008) menjelaskan manipulasi *ego state* yang dilakukan untuk menghindari trauma seperti sulit berkonsentrasi, marah yang meledak-ledak,

menghindari orang-orang dan segala hal yang mengingatkan kejadian trauma, kaku, merasa terisolasi, *distress* dan kurang kepercayaan baik pada diri maupun orang lain. Untuk itu, konseling traumatik dengan menggunakan *ego state* dapat digunakan sebagai intervensi pendekatan untuk menghilangkan gejala-gejala trauma yang dirasakan oleh konseli.

Konseling bagi konseli yang mengalami pengalaman traumatis merupakan bantuan utama yang harus segera diberikan. Hal ini dilakukan agar gejala-gejala trauma yang dirasakan menghilang dan konseli dapat menjalani hidup dengan bahagia tanpa diikuti rasa takut yang berlebihan. konseling *ego state* merupakan teknik yang simple dan luar biasa dapat secara efektif menangani kasus trauma. Konseling traumatik menggunakan *ego state therapy* adalah model konseling yang menyembuhkan pengalaman traumatis seseorang melalui proses ekspresi, pelepasan dan penenangan *ego state* yang terluka. Hal ini dilakukan dengan cara mencari *ego state* yang lebih dewasa (*mature*) dan mau mengasuh (*nurturing*) *ego state* yang terluka. Untuk itu, konseling traumatik dengan menggunakan teknik *ego state* dapat menjadi solusi dalam menangani kasus-kasus trauma.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sindrom trauma seperti gangguan stress pascatrauma (*Post Traumatic Stress Disorder*) dan gangguan stress akut (*Acute Stress Disorder*) secara efektif dapat dihilangkan dengan menggunakan *ego state therapy* (Watkins & Watkins, 1997; Barabasz & Watkins, 2008; Abramowitz & Lichtenberg, 2010). Teknik *ego state* yang secara efektif dapat membantu menangani trauma adalah dengan menggunakan kondisi hipnosis (Emmerson, 2003). Melalui kondisi hipnosis, konselor dapat secara cepat menemukan akar masalah dan *ego state* yang terluka serta melakukan proses ekspresi dan pelepasan emosi. Adapun gambaran secara detail mengenai manual satu sesi konseling traumatik dengan menggunakan *ego state* adalah sebagai berikut :

1) Mengakses *ego state* (*Accessing ego state*) dengan menggunakan teknik *Resistance Deepening*

Dalam kasus traumatik, konselor mengeksplorasi untuk menemukan *ego state* yang terluka. Konselor membimbing konseli untuk memasuki kondisi hipnosis dengan teknik *resistance deepening* yang tanpa disadari konseli sudah berada dalam kondisi hipnosis. Arif (2011) menjelaskan bahwa teknik *resistance deepening* diciptakan untuk orang yang cenderung menghindari atau takut dihipnosis. Emmerson (2003) menciptakan teknik ini dengan memanfaatkan *trance* atau kondisi hipnosis dengan mata terbuka. Teknik *resistance deepening* menekankan pada unsur perasaan saat melakukan pengambilan kondisi hipnosis.

Langkah awal yang dapat konselor lakukan dalam melakukan teknik adalah dengan meminta konseli untuk membayangkan situasi yang membuat dia trauma dan menanyakan perasaan yang muncul ketika dalam situasi tersebut. Tahapan pertama ini bertujuan untuk mengakses *ego state* yang terluka atau kondisi yang membuat konseli trauma. Pengalaman traumatis biasanya membuat konseli mengalami ketakutan yang sangat kuat ketika menghadapi situasi yang menjadi pemicu trauma dan saat itulah *ego state* yang terluka muncul (*executive*). Misalnya pada kasus trauma naik motor. Dalam mengakses *ego state* yang terluka, konselor dapat meminta konseli untuk membayangkan konseli duduk di atas motor dan tanyakan bagaimana perasaannya.

Selain itu, konselor memberikan nama kepada *ego state* yang terluka tersebut. Konselor menanyakan kepada konseli mengenai nama dari *ego state* ini. Tujuannya adalah supaya konselor lebih mudah berkomunikasi dengan *ego state* yang merupakan bagian dari konseli. Contohnya pada kasus di atas, konseli merasa ketakutan ketika naik motor dan memberi namanya dengan “si takut”. Setelah itu tanyakan pada *ego state* apa fungsi “si takut” untuk konseli. Hal

ini dilakukan agar konselor mengetahui fungsi *ego state* bagi konseli. Karena pada dasarnya setiap *ego state* memiliki niat dan fungsi yang baik bagi dirinya (Emmerson, 2003).

Kemudian konselor melakukan cek skala kedalaman dari 1 sampai 10. Angka 10 menandai bahwa intensitas emosi sangat tinggi dan 1 jika intensitas emosi rendah. Tanyakanlah pada konseli “Ada di angka berapa emosi yang saat ini anda rasakan?”, bila angkanya rendah misalkan 6, konselor meminta konseli untuk melipatgandakan perasaan itu sampai sembilan atau sepuluh.

2) Melakukan regresi dengan menggunakan teknik *Resistance Bridging*

Langkah selanjutnya adalah melakukan regresi yaitu membawa konseli ke dalam memori situasi atau peristiwa pertama kali munculnya *ego state* yang terluka. Emmerson (2003) menjelaskan bahwa teknik *resistance bridge* adalah sebuah teknik hipnosis yang membawa konseli untuk berpindah secara langsung setelah selesai melakukan teknik *resistance deepening*. Penggunaan teknik ini diintegrasikan secara langsung setelah melakukan teknik *resistance deepening*.

Pada kasus di atas, setelah konselor membimbing konseli merasakan intensitas emosi sampai angka 10, setelah itu gunakan teknik *resistance bridging* dengan menanyakan konseli sebagai berikut : (a) Menurut anda, perasaan (emosi) ini tua atau muda?; (b) Pada sekitar umur berapa, perasaan ini muncul pertama kali?; (c) Silahkan menjadi umur (sebutkan umur berapa yang muncul dari jawaban b); (d) Peristiwa ini sepertinya terjadi di dalam atau diluar ruangan?; (e) sendiri atau bersama orang lain?; (f) Ceritakan apa yang terjadi disana. Pertanyaan-pertanyaan tersebut merupakan teknik untuk mengeksplorasi muncul pertama kalinya *ego state* yang terluka.

- 3) Proses ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*introject*) yang memunculkan pengalaman traumatis

Setelah akar masalah yang menjadi pengalaman traumatis bagi konseli diketahui, langkah selanjutnya adalah melakukan proses ekspresi terhadap *ego state* negatif (*introject*). Dalam tahapan ini, konseli harus mengekspresikan dan mengungkapkan permasalahan atau emosi yang terpendam. Secara khusus *ego state* yang mengekspresikan emosi tersebut harus *ego state* yang terluka. Misalkan Si Marah mengekspresikan kemarahannya pada orang yang menabrak motor konseli sebagai orang yang telah melukai hatinya tanpa ia bisa mengungkapkan dihadapannya secara langsung. Tujuan dari proses ekspresi adalah untuk melepaskan semua emosi yang terpendam dalam diri konseli dan seringkali menjadi masalah yang memicu untuk munculnya gejala-gejala trauma (Barabasz et al, 2011).

- 4) Removal atau pelepasan

Setelah proses mengekspresikan perasaan selesai, dilakukan proses removal atau pelepasan rasa kesal. Konselor harus membantu *ego state* yang terluka untuk melakukan pelepasan dari *ego state* negatif yang masih melekat. Ada dua cara yang dapat dilakukan oleh konselor : (a) bila *ego state* yang negatif (*introject*) itu adalah lain atau sesuatu, buatlah menjadi sesuatu yang sangat kecil ukurannya dan konselor membantu konseli untuk mengusirnya. Cara mengusirnya adalah dengan menanyakan langsung pada konseli. Konselor dapat membantu dengan menanyakan “Apakah mau ditendang atau ditiup?” atau mau diambil pakai tangan lalu dibuang?” (b) bila *ego state* yang negatif itu adalah orang tua,

dilakukan proses pemaafan dengan teknik forgiveness antara konseli dan orang tuanya

5) Proses relief atau penenangan

Setelah melakukan proses pelepasan *ego state* negatif, langkah selanjutnya adalah melakukan proses penenangan (relief) yaitu dengan memanggil *ego state* yang lebih dewasa (mature) dan mau mengasuh (nurturing) *ego state* yang terluka tadi. Bila *ego state* yang dewasa dan mau mengasuh tidak muncul sama sekali, maka konselor dapat memanggil *ego state* introject yang lebih dewasa dan mau mengasuh *ego state* yang terluka tersebut.

Caranya adalah konselor dapat meminta konseli untuk memanggil bagian dari konseli yang lebih dewasa dan matang kemudian beri nama *ego state* tersebut. Misalkan Si Tenang yang muncul pada konseli, langkah selanjutnya konselor membantu konseli untuk melakukan proses penenangan dengan cara meminta *ego state* “si tenang” untuk mau mengasuh dan menyayangi *ego state* “si takut”. Prosesnya adalah dengan cara konseli mengungkapkan secara lisan pada *ego state* “si takut” dan memfasilitasi komunikasi antara *ego state* yang dewasa dan *ego state* yang terluka. Bila *ego state* “si takut” sudah merasa tenang, langkah selanjutnya adalah mengubah nama *ego state* yang terluka (si takut) menjadi nama *ego state* yang lebih positif, misalkan *ego state* “berani”.

4. **Konseling EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)**

Pendekatan EMDR sebagai suatu bentuk pengolahan informasi yang dipercepat (*Accelerated Information Processing*) dan dapat menjadikan sistem pengolahan informasi otak terurai dengan menggunakan berbagai cara gerakan. Kemungkinan lain adalah bahwa pengolahan yang terhambat dalam diri seseorang dimanifestasikan sebagai ketidakcocokan fase antara

wilayah yang setara dalam belahan otak (otak kiri dan otak kanan), dan bahwa intervensi ritme EMDR membuat komunikasi antara belahan otak membaik (Nicosia, 1994).

Dalam EMDR didalilkan, bahwa bila terjadi insiden yang "traumatis", maka pengolahan informasi akan tereksitasi/ terhambat. Traumatisasi ini menyebabkan terjadinya eksitasi yang berlebihan pada suatu bagian otak dan terjadilah patologi syaraf aktual (Pavlov dalam Shapiro, 1995). Patologi ini merupakan pemicu terjadinya "pembekuan" informasi dalam bentuk aslinya dan mengakibatkan kegelisahan, lengkap dengan kesan, dan pikiran diri yang negatif. Menurut Shapiro (1995) ada delapan tahap dalam menerapkan EMDR, yaitu sebagai berikut.

a. Tahap Mempelajari Riwayat Konseli

Tahap ini merupakan tahap untuk menyajikan permasalahan, dengan maksud untuk mengidentifikasi ingatan di masa silam yang menyebabkan terjadinya disfungsi, hal-hal yang merupakan pemicu di saat ini dan kemampuan yang dimiliki konseli untuk bisa berperilaku adaptif di masa yang akan datang.

b. Tahap Persiapan

Pada tahap ini konselor mempersiapkan segala sesuatu yang terkait dengan kelancaran proses konseling. Konselor membantu konseli melakukan gerakan mata (*Eye Movement*) atau melakukan sentuhan silang pada telapak tangan (*tapping*) secara berulang. Dalam tahap ini beberapa hal yang dilakukan konselor antara lain; a) konselor menempatkan kursi duduknya di samping konseli untuk melakukan gerakan mata, berada di luar pandangan konseli. Atau bisa juga menempatkan diri di depan konseli untuk melakukan gerakan tepukan, dan lain-lain. b) membangun hubungan baik (*rapport*), c) memberikan penjelasan kepada konseli mengenai EMDR dan kesepakatan awal, d) melakukan uji coba stimulasi bilateral, dan e) menciptakan tempat yang aman (*safe place*).

c. Tahap Pemeriksaan (*Assesment*)

Pada tahap ini konselor dan konseli memeriksa topik atau memori yang dipilih oleh konseli untuk ditangani dalam terapi EMDR. Langkah-langkahnya mengikuti singkatan ICES (*Image, Cognition, Emotion, Body Sensation*). Dengan kata lain, konselor pada tahap ini harus memeriksa dan menilai *image* (gambaran) buruk konseli tentang peristiwa traumatis yang dialaminya; kognisi negatif dan positif tentang diri konseli saat membayangkan peristiwa traumatis; emosi yang dirasakan saat membayangkan peristiwa traumatis; dan sensasi tubuh (bagian tubuh yang terganggu oleh emosi atau perasaan tersebut). Pada sensasi tubuh ini yang diperlukan adalah lokasi tubuh yang terganggu.

d. Tahap Desensitisasi

Pada tahap ini yang menjadi penekanan adalah melihat kembali gambaran kognisi dan emosi negatif serta lokasi tubuh yang terganggu seperti yang ditemukan pada tahap pemeriksaan. konselor dapat mengatakan kepada konseli, Saya ingin anda membayangkan gambaran....., kata-kata negatif (ulangi kognisi negatif di sini) dan perhatikan di mana anda merasakannya dalam tubuh anda (sebutkan lokasi dan emosi) dan ikuti jari saya (atau katakan sesuatu yang serupa misalnya)bersamaan dengan saya menepuk tangan anda”. Kemudian konselor melakukan gerakan mulai perlahan-lahan sampai pada kecepatan yang dapat ditoleransi oleh konseli dengan nyaman.

e. Tahap Instalasi

Tujuan tahap kelima adalah untuk menghubungkan antara kognisi positif yang diharapkan dengan target kenangan atau kejadian. Konselor mengungkapkan kesesuaian sejumlah kognisi positif konseli dan perasaannya. Apabila sesuai, maka dilakukan gerakan bilateral untuk menginstal lebih jauh, sehingga memperkuat keyakinan konseli akan

kognisi positifnya. Jika nilai keyakinan terhadap kognisi positif tidak meningkat, carilah kemungkinan adanya resistensi atas keyakinan, sensasi, dan konflik-konflik lain.

f. Tahap Body Scan

Pada tahap ini konselor mengatakan: ”sekarang tutuplah mata anda. Konsentrasikan pada pengalaman menyakitkan periksa seluruh tubuh anda. Beritahukan saya di mana itu ketika anda merasakan sesuatu”.

- (1) Jika ada sensasi yang diberitahukan, proseslah dengan gerakan bilateral.
- (2) Jika diberitahukan adanya sensasi yang positif atau yang menyenangkan, proseslah untuk menguatkan perasaan positif.
- (3) Jika sebuah sensasi yang tidaknyaman dilaporkan, proseslah sampai perasaan itu berkurang.

g. Tahap Penutupan

Pada tahap ini dilakukan laporan akhir (*debriefing*) mengenai sesi yang baru selesai. Ada 2 cara dasar *debrief*, tergantung pada apakah konseli telah mengalami sesi dengan lengkap atau sesi belum lengkap.

Sebuah sesi yang tidak lengkap terjadi ketika konseli tidak menyelesaikan hal yang traumatis, yang berarti bahwa konseli jelas masih merasa terganggu. Apabila hal ini yang terjadi, maka ada 5 langkah yang disarankan yaitu; a) minta izin untuk menutup sesi, jelaskan alasannya, b) tawarkan support dan katakan apa yang telah diperoleh konseli hari ini, c) lewati instalasi kognisi positif dan body scan, d) konselor menawarkan latihan relaksasi.

h. Tahap Reevaluasi

Pada tahap ini konselor melakukan penilaian terhadap sesi sebelumnya. Dalam sesi ini konselor melakukan; a) mengkaji ulang dialog,

- b) memusatkan pada masa depan (masa lalu → masa kini → masa depan),
- c) carilah total integrasi, individual dan sistemik.

5. **Konseling Religiusitas**

Pendekatan religius yang berorientasi keislaman dikemukakan oleh Neviyarni (2005). Dalam pendekatan ini tidak sepenuhnya relegius tapi juga masih digunakan relaksasi sebagai salah satu langkahnya. Di bawah ini akan dikemukakan tahap-tahap konseling traumatis dengan pendekatan relegius.

a. Memberi Perhatian

Upaya memperlihatkan perhatian dapat dilakukan dengan berbagai teknik antara lain, mulai dari menerima konseli, sentuhan fisik (bagi konseli sejenis), kontak mata, pertanyaan terbuka, refleksi isi, refleksi perasaan, dan memperlihatkan empati.

b. Relaksasi

Konselor dapat membimbing konseli untuk melakukan relaksasi sesuai dengan keadaan yang dialami konseli. Relaksasi dapat mengurangi kecemasan, berbagai keluhan psikosomatis, dan kegelisahan. Dapat dilakukan relaksasi sederhana, relaksasi dengan komitmen, atau relaksasi penuh. Relaksasi dilakukan dengan persetujuan konseli, konseli boleh memilih mana yang diperkirakannya akan cocok dengan keadaan yang sedang dideritanya.

Menurut Haryanto, (2002) salah satu bentuk relaksasi dapat dilakukan sewaktu melaksanakan ibadah shalat, karena shalat mempunyai efek relaksasi otot, yaitu kontraksi otot, pijatan dan tekanan pada bagian-bagian tubuh tertentu.

c. Mengajak Konseli Mencari Hikmah dari Setiap Kejadian

Usahakan melihat kebaikan dari peristiwa yang dialami, banyak orang merasa peristiwa yang mendatangkan kesusahan cenderung dipandang sebagai sesuatu yang jelek. Hal ini terjadi hanya karena ketidakmampuan

orang melihat hal yang tersirat di balik peristiwa yang tidak menyenangkan itu. Konselor dapat membantu konseli untuk mencoba mencari nilai-nilai positif dari peristiwa yang dialami konseli.

d. Mengajak konseli meningkatkan kesabaran

Konselor dapat mengajak konseli untuk meningkatkan kesabaran dalam menghadapi traumatis yang sedang dideritanya. Menurut ajaran agama Islam, peristiwa yang menyebabkan trauma itu adalah ujian. Setiap orang yang beriman, harus diuji dulu keimanannya. Seseorang belum dapat dikatakan beriman apabila belum diuji keimanannya. (QS.....). Dalam menghadapi ujian, sebagaimana diajarkan dalam Al-Quran (QS. Al-Baqarah, 2:153) yang artinya, “Hai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan (mengerjakan) shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.” Manusia hendaklah minta pertolongan dengan sabar dan shalat kepada Allah yang Maha Kuasa atas segala sesuatu, termasuk kekuasaan untuk menyembuhkan traumatis yang sedang diderita manusia tersebut.

e. Mengajak konseli melakukan shalat

Konselor dapat menjelaskan kepada konseli bahwa dengan melakukan shalat dapat sangat membantu dalam pemulihan penderitaan traumatis. Upaya yang paling baik dilakukan untuk penanganan traumatis menurut agama Islam adalah dengan melakukan shalat. Apabila dilihat gerakan-gerakan yang dilakukan orang sewaktu shalat mulai dari takbir, berdiri, ruku', sujud duduk di antara dua sujud, duduk akhir, sampai mengucapkan salam dapat melebihi relaksasi karena kontraksi otot, pijatan dan tekanan pada bagian-bagian tubuh tertentu terlaksana selama menunaikan shalat. Haryanto (2002:77-78) mengutip beberapa buku dan mengungkapkan bahwa relaksasi otot dapat mengurangi kecemasan, depresi, insomnia, hiperaktif pada anak, keluhan berbagai penyakit terutama psikosomatis. Menurut Arif Wibisono Adi (1985) dalam Haryanto (2002:82) shalat akan

berpengaruh pada seluruh sistem yang ada dalam tubuh orang yang mengerjakannya, seperti pada sistem syaraf, peredaran darah, pernafasan, pencernaan, otot-otot, kelenjar reproduksi.

Berikut ini dijelaskan diantara efek dan manfaat masing-masing posisi tubuh dalam gerakan-gerakan shalat.

- (1) Tubuh terasa bebas dari berbagai beban karena pembagian beban yang sama pada kedua kaki. Punggung lurus akan memperbaiki postur tubuh. Otot-otot punggung bagian atas dan bawah dilemaskan,
- (2) Konsentrasi menyebabkan pengendoran kaki dan punggung, menimbulkan perasaan kerendahan hati dan keshalehan. Waktu berdiri kedua tangan diletakkan di atas pusat, merupakan sikap istirahat yang paling sempurna, sendi pergelangan tangan dan otot-otot kedua tangan berada dalam keadaan istirahat penuh. Sirkulasi darah, terutama aliran darah ke jantung serta produksi getah bening dan jaringan yang terkumpul dalam kantong-kantong kedua persendian itu menjadi lebih baik, sehingga gerakan kedua sendi menjadi lancar dan dapat menghindarkan dari penyakit persendian,
- (3) Otot-otot punggung bagian bawah, paha, dan betis sepenuhnya dilonggarkan. Darah dipompa ke batang tubuh bagian atas. Melonggarkan otot-otot bagian perut, abdomen, dan ginjal. Tulang punggung akan tetap dalam kondisi yang baik, karena persendian di antara badan-badan ruas tulang belakang tetap tinggal lembut dan lentur. Gerakan ini dapat menghindarkan atau menyembuhkan penyakit membengkoknya tulang punggung,
- (4) Darah segar bergerak naik ke batang tubuh pada postur sebelumnya, kembali ke keadaan semula dengan membawa toksin. Tubuh kembali santai dan lepas ketegangan,
- (5) Aliran darah ke tubuh bagian atas seperti kepala, mata, telinga, hidung, dan paru-paru dapat membersihkan toksin-toksin. Dengan lutut yang membentuk sudut secara tepat, memungkinkan otot-otot perut berkembang dan mengencang. Dapat mengurangi tekanan darah tinggi,

menambah elastisitas tulang. Kontraksi otot pada waktu sujud dengan meletakkan jari dan telapak tangan membuat otot akan menjadi besar dan kuat. Pembuluh nadi dan pembuluh darah balik serta urat-urat getah bening akan terpijit sehingga peredaran darah dan limpa menjadi lancar. Di samping itu membantu pekerjaan jantung dan menghindarkan pengerutan dinding-dinding pembuluh darah akan menghasilkan energi panas yang diperlukan untuk proses pencernaan makanan oleh tubuh. Menghilangkan kesombongan dan egoisme, meningkatkan kesabaran, menaikkan situasi rohani, menghasilkan energi batin yang tinggi di seluruh tubuh, dan yang terpenting dari semua itu adalah meningkatkan kepercayaan kepada Tuhan Allah SWT,

- (6) Tumit kanan ditekuk dan bobot kaki serta bagian tubuh bertumpu pada tumit kaki bagi laki-laki. Posisi ini membantu menghilangkan efek racun pada hati dan merangsang gerakan peristaltik usus besar. Bagi wanita, kedua kaki disatukan di bawah tubuh. Posisi ini akan membawa kembali ke posisi pengendoran yang besar dan postur ini akan membantupencernaan dengan mendesak turun isi perut.
 - (7) Sujud ulangan yang agak lama, dalam beberapa detik akan membersihkan sistem pernafasan, peredaran darah dan syaraf. Merasakan keringanan tubuh dan kegembiraan emosional. Penyebaran oksigen ke seluruh tubuh lebih lancar dan menyeimbangkan sistem syaraf sippatik dan para-simpatik, i) Pada posisi duduk iftirasy otot-otot pangkal paha diduduki. Di dalam otot-otot tersebut terdapat salah satu syaraf pangkal paha yang besar di atas kedua tumit. Tumit dilapisi oleh sebuah otot yang berfungsi sebagai bantal. Dengan demikian maka tumit menekan otot dan syaraf pangkal paha. Pijitan tersebut dapat menghindarkan atau menyembuhkan penyakit syaraf pangkal paha.
- f. Niatkan Segala Kegiatan sebagai Amal Ibadah kepada Allah (Ikhlas) dalam Rangka Mencari Ridha-Nya

Orang yang dapat menikmati hidupnya adalah orang yang paling bersungguh-sungguh menjaga keikhlasannya. Ibadah apapun yang dilakukannya tanpa keikhlasan akan sia-sia belaka. Betapa indah makna yang terkandung dalam ikhlas. Ikhlas, bebas dari segala perbuatan yang tidak disukai Allah, lepas dari maksud-maksud pribadi, tidak pamrih, tidak riya, menjadikan Allah menjadi satu-satunya yang diharapkan, ditaati, dicintai, dan ditakuti. Allah sebagai Pencipta, Pemilik, Pemelihara, dan Penguasa sekalian alam. Hanya apa yang diperintahkan Allah yang menjadi tujuan hidupnya.

Apapun yang dilakukan orang yang ikhlas tidak terpengaruh oleh ada atau tidaknya penghargaan orang lain. Suatu hal yang dicari adalah semata ridha Allah SWT. Ajaran agama Islam menyuruh orang membuat kebajikan karena kebajikan itu baik, dan harus dilakukan serta mencegah perbuatan yang jelek. Berbuat kebajikan dan meninggalkan yang buruk bukan mengharapkan balasan dari orang lain, karena balasan yang sempurna hanya dapat diharapkan datang dari Allah Swt.

Seorang yang ikhlas tidak akan melakukan perbuatan untuk mencari kemegahan, ketenaran, kekuasaan, jabatan, atau pangkat untuk mencari kenikmatan, bersuka ria, mencari kemanfaatan materil, atau kekayaan pribadi. Sesungguhnya perbuatan kebajikan itu dilakukan hanya semata untuk mencari ridha Allah. Tujuan hidupnya jelas dan tegas, langkahnya pasti dan penuh harapan. Bila mengalami kegagalan dalam melakukan sesuatu dia tidak akan merasa kecewa dan frustrasi, dia tidak akan putus asa dengan usahanya, akan selalu berikhtiar dengan ulet menempuh jalan yang disukai Allah.

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT

A. TUJUAN

Tujuan umum penelitian pengembangan ini adalah menghasilkan model konseling traumatis yang memenuhi kriteria akseptabilitas dan efektivitas membantu mengatasi trauma pada siswa. Secara khusus, tujuan yang ingin dicapai adalah;

1. Menghasilkan model konseling traumatis yang tepat untuk membantu mengatasi trauma siswa SMA.
2. Menghasilkan model konseling traumatis yang layak untuk membantu mengatasi trauma siswa SMA.
3. Menghasilkan model konseling traumatis yang bermanfaat untuk membantu mengatasi trauma siswa SMA.
4. Menghasilkan model konseling traumatis yang efektif untuk membantu mengatasi trauma siswa SMA (tahun kedua).

B. MANFAAT

Secara umum penelitian ini memiliki makna bagi upaya peningkatan pelayanan bagi siswa dan mendukung upaya peningkatan pencapaian tujuan pendidikan di SMA.

Secara khusus, manfaat penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut.

1. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan teknologi dan seni, adalah menghasilkan model konseling traumatis yang dapat dijadikan salah satu alternatif untuk mengatasi trauma yang dialami siswa SMA .
2. Hasil penelitian ini juga sebagai masukan bagi Layanan Bimbingan Konseling SLTA dalam menangani siswa yang mengalami trauma.
3. Hasil penelitian ini juga akan mendorong penelitian lebih lanjut tentang trauma baik tentang konsep, teori, metode dan strategi aplikasinya, serta dapat digunakan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya.
4. Peningkatan eksistensi bimbingan dan konseling di lembaga pendidikan melalui pelayanan konseling yang bermutu.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Model Pengembangan

Penelitian ini termasuk penelitian pengembangan dengan alasan utama yaitu: 1) penelitian ini dilakukan dalam rangka mengembangkan produk, 2) melakukan revisi produk selama proses untuk memenuhi akseptabilitas, dan 3) menguji efektivitas produk. Model pengembangan Borg & Gall, ditentukan sebagai model pijakan. Pendekatan penelitian dan pengembangan (*Research and Development*) didefinisikan sebagai “*a process used to develop and validate educational Products*” (Borg and Gall, 1983: 772). Prosedur siklus penelitian pengembangan secara umum adalah: 1) mengkaji literatur dan temuan penelitian yang relevan, 2) mengembangkan produk berdasarkan temuan penelitian, 3) pengujian lapangan atau validasi produk, dan 4) merevisi produk berdasarkan hasil pengujian lapangan.

Menimbang keterbatasan penelitian ini, maka diadaptasi langkah-langkah penelitian sebagai berikut: 1) penelitian pendahuluan (pra-survey), 2) penyusunan model, 3) validasi model, dan 4) uji implementasi lapangan kelompok terbatas. Berdasarkan tahap-tahap tersebut diadaptasi langkah-langkah pengembangan seperti pada bagan 3.1 tentang pola prosedur penelitian pengembangan.

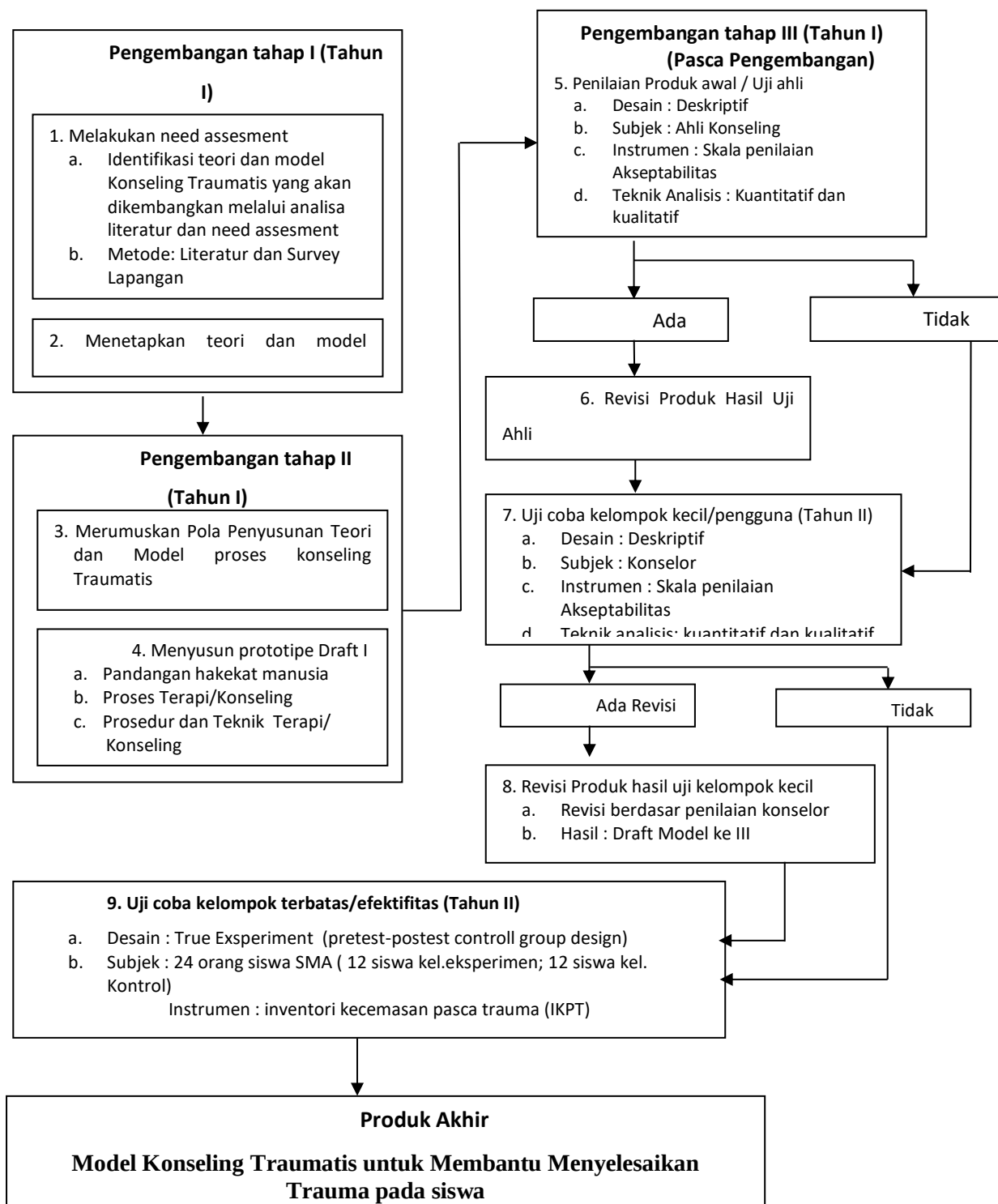
B. Prosedur Pengembangan

Berdasar model pengembangan pada bagan 3.1. prosedur pengembangan dikelompokkan dalam tiga kegiatan utama yaitu: (1) tahap prapengembangan, (2) tahap pengembangan, dan (3) tahap pasca pengembangan. Tahun pertama penelitian ini menargetkan pelaksanaan tahap prapengembangan dan pengembangan. Sedangkan tahun kedua merupakan lanjutan yaitu melaksanakan pasca pengembangan. Langkah-langkah ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Tahap Prapengembangan (Tahun I)

Pada tahapan ini dilakukan assesmen kebutuhan (*needs assesment*). Langkah ini dimaksudkan untuk menghasilkan seperangkat pengetahuan

deskriptif tentang trauma yang terjadi pada siswa SMA, penanganan terhadap trauma yang telah dilakukan, hasil dan akibat solusi, permasalahan serta harapan solusinya. Hasil *need assesment* dianalisis dan dilakukan telaah teoritis guna menemukan kerangka penyelesaian trauma yang lebih baik. *Need assesment* dilakukan dengan penyebaran angket pada sejumlah siswa maupun konselor di beberapa sekolah SMA di Surabaya.



Bagan 3.1: Pola Penelitian Pengembangan

Selanjutnya hasil pengumpulan data dianalisis secara kualitatif maupun deskriptif kuantitatif. Hasil analisa berupa kesimpulan yang merupakan informasi deskriptif, yang selanjutnya digunakan sebagai dasar telaah teoritis dan konseptual melalui kajian pustaka.

2. Tahap Pengembangan (Tahun I)

Pada tahap dilakukan penyusunan prototipe teori dan praktek konseling traumatis. Rancangan ini mencakup kerangka teori penjelasan proses dinamika traumatis dan pemecahannya serta prosedur intervensi mencakup tujuan terapi, peran terapis dan konseli, teknik intervensi, dan prosedur intervensi.

a. Merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus

Produk yang dihasilkan dari penelitian ini adalah model konseling traumatis dengan tujuan membantu menyelesaikan masalah trauma pada siswa. Kriteria keberhasilan utama interensi konseling trauma ini adalah: 1) menghilangkan bayangan traumatis; 2) meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional; 3) membangkitkan minat terhadap realita kehidupan; 4) memulihkan rasa percaya diri; 5) mengembalikan makna dan tujuan hidup. Jika pasca intervensi siswa mencapai kriteria tersebut diindikasikan masalah trauma dapat terselesaikan oleh intervensi konseling traumatis.

b. Pola penulisan narasi model

Pola narasi model konseling traumatis ini mengadaptasi buku-buku teori konseling di antaranya Corey, G. (2011) dalam *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* serta Flanagan & Flanagan (2010) *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice*. Sedangkan konsep konseling traumatis dibangun atas berbagai literatur yang relevan yang terkelompok dalam: 1) Shapiro (1989). *Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder*, 2) teori konseling sebagaimana ditulis oleh Corey serta Flanagan. 3) Carll, Elizabeth K. (2007). *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*

c. Menentukan model intervensi

Konseling traumatis merupakan prosedur bantuan yang dilakukan secara psikologis dalam membantu menyelesaikan masalah trauma yang dilakukan dengan menggunakan wawancara. Dalam pelaksanaannya konseling dilaksanakan dengan menggunakan ketrampilan wawancara konseling serta ketrampilan yang terkait dengan penerapan teknik berdasarkan pendekatannya.

Pijakan utama intervensi ini adalah konseling traumatis yang sebelumnya telah dirintis diantaranya pendekatan EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) (Shapiro, 1995); Terapi Permainan untuk mengatasi Pasca Trauma pada Anak (Sukmaningrum, 2001); Pendekatan EMDR berbasis Budaya (Bahri, 2005); Pendekatan religius (Neviyarni, 2005); *Ego State : Theory and Therapy* (Watkins, & Watkins, 1997).

Keseluruhan fokus intervensi itu terkemas dalam langkah-langkah konseling yang meliputi: 1) pembinaan hubungan, 2) asesmen masalah, 3) perumusan tujuan konseling, 4) pemilihan dan penerapan strategi konseling, 5) pemantauan perilaku konseli, dan) terminasi.

3. Tahap Pasca Pengembangan (Tahun I)

Pada tahap dilakukan uji coba produk yang bertujuan menghasilkan pengetahuan eksplanatori tentang akseptabilitas dan efektifitas model konseling traumatis. Tahap uji coba terdiri dari tiga bagian yaitu; uji ahli, uji pengguna dan uji kelompok terbatas.

Uji ahli dan uji pengguna dimaksudkan untuk memperoleh data berupa tanggapan, saran, kritik, masukan terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan. Validasi ahli dan pengguna ini digunakan sebagai cara memperoleh akseptabilitas produk. Pasca uji ahli dan pengguna dilakukan revisi perbaikan berdasar analisis penilaian ahli dan pengguna berdasar kriteria ketepatan, kelayakan, dan kegunaan. Sedangkan uji kelompok terbatas merupakan implementasi produk pada sasaran untuk mengetahui efektivitas intervensi. Langkah-langkah ini dijelaskan sebagai berikut.

a. Uji ahli (validasi ahli)

1). Desain

Uji ahli dalam rangka menguji akseptabilitas model konseling traumatik. Penilaian ahli merupakan uji coba tahap pertama yang dilakukan setelah prototipe model disusun. Desain uji ahli ini adalah deskriptif untuk mengetahui derajat akseptabilitas menurut ahli dan memperoleh balikan kekurangan-kekurangan model konseling traumatis secara teoritis ilmiah.

2). Subyek Uji Ahli

Subyek uji ahli yaitu tiga ahli substansi yaitu dari bimbingan konseling. Adapun kriteria subyek ahli bimbingan konseling adalah: a) dosen bimbingan dan konseling pada jenjang S-1 maupun pascasarjana, b) telah menjadi dosen minimal 10 tahun, c) pendidikan magister dan doktor bimbingan dan konseling, d) aktif dalam pemberdayaan konselor, baik tingkat regional maupun nasional, e) berpengalaman dalam penelitian atau program penanganan konseli yang pernah mengalami peristiwa traumatis.

3). Jenis Data

Data yang diperoleh dari uji ahli digunakan untuk menguji akseptailitas model konseling traumatik. Data bersifat kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif diperoleh melalui penggunaan skala penilaian yang diberikan kepada masing-masing ahli. Sedangkan data kualitatif diperoleh dari saran, komentar, kritik yang tertulis dalam angket maupun wawancara dengan ahli. Semua data tersebut digunakan sebagai dasar perbaikan dan revisi prototipe model konseling traumatik.

4). Instrumen

Instrumen yang digunakan adalah angket skala penilaian tentang aspek kegunaan, kelayakan, dan ketepatan produk. Skala ini untuk mengumpulkan pendapat ahli tentang akseptabilitas produk yang dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut.

No	Aspek Penilaian	Indikator	Subindikator
1.	Kegunaan	a. pemakai produk	• Manfaat model konseling bagi konselor sekolah • Pentingnya model konseling bagi konselor dan siswa • Manfaat model konseling bagi pengentasan masalah trauma pada siswa • Manfaat model konseling bagi konselor dalam melaksanakan konseling traumatis.
		b. kualifikasi yang diperlukan	• Perlunya pelatihan khusus bagi konselor untuk menerapkan konseling traumatis
			• Perlunya kemampuan teknis bagi konselor dalam aplikasi model konseling traumatis • Perlunya pemahaman menyeluruh tentang penyelesaian masalah trauma • Perlunya konselor memiliki ketrampilan interpersonal dalam implementasi model konseling.
		c. dampak pelatihan	• Kemanjuran konseling traumatis dalam membantu siswa yang trauma
2.	Kelayakan	a. kepraktisan prosedur	• Kepraktisan langkah-langkah konseling
		b. efesiensi dalam hal biaya, waktu dan tenaga	• efesiensi dalam hal biaya, waktu dan tenaga
3.	Ketepatan	a. ketepatan obyek	• Ketepatan model jika diterapkan pada siswa
		b. ketepatan tujuan	• Ketepatan tujuan dengan model yang dikembangkan
		c. ketepatan prosedur	• Ketepatan langkah-langkah • Ketepatan penggunaan waktu • Ketepatan penggunaan kriteria keberhasilan

Skala penilaian yang digunakan bergradasi dari skala 1-5. Penjelasan gradasi skala penilaian itu adalah sebagai berikut.

- 1 = Tidak jelas/tidak tepat/tidak praktis/tidak relevan/tidak perlu/tidak berfaedah/tidak penting
- 2 = Kurang jelas/kurang tepat/kurang praktis/kurang relevan/kurang perlu/kurang berfaedah/kurang penting.
- 3 = Cukup Jelas/tepat/praktis/relevan/perlu/berfaedah penting.
- 4 = Jelas/tepat/praktis/relevan/perlu/berfaedah penting.
- 5 = Sangat jelas/sangat tepat/sangat praktis/sangat relevan/sangat perlu/sangat berfaedah/ sangat penting

5). Teknik analisis Data

Analisa data dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif. Data kuantitatif dianalisis dengan analisis statistik deskriptif. Sedangkan data kualitatif berupa komentar, saran, kritik, dianalisis secara kualitatif. Data kualitatif dipaparkan secara apa adanya sebagai masukan yang dipertimbangkan untuk revisi dan penyempurnaan model konseling traumatis yang dikembangkan. Langkah-langkah analisis kuantitatif sebagai berikut.

a) Aspek kegunaan

Indikator kegunaan diperinci dalam butir-butir pertanyaan dalam skala 1 – 5. Berdasarkan jumlah item dan skala disusun kriteria penilaian. Kriteria diperhitungkan dengan mencari selisih skor minimum dan skor maksimum, selanjutnya dibagi lima. Hasil bagi merupakan interval rentang skor masing-masing kategori. Aplikasi langkah ini adalah sebagai berikut. Jumlah item pertanyaan indikator kegunaan adalah 10 butir. Dengan demikian skor maksimumnya adalah $10 \times 5 = 50$, dan skor minimumnya adalah $10 \times 1 = 10$. Hasil hitungan beda skor maksimum dan minimum adalah $50 - 10 = 40$. Interval rentang skor antar kategori adalah $40:5 = 8$. Selanjutnya dapat disusun kriteria penilaian sebagai berikut.

Rentang skor	Kategori
10 – 18	Tidak berguna
19 – 27	Kurang berguna
28 – 35	Cukup Berguna
36 – 43	Berguna
44 – 50	Sangat berguna

b) Aspek kelayakan dan ketepatan

Cara perhitungan kriteria kedua aspek ini sama dengan cara perhitungan kriteria indikator kegunaan (pada poin a) di atas, yaitu; 1) menghitung skor maksimum dan skor minimum; 2) menghitung beda skor maksimum dan minimum; 3) menghitung interval rentang skor; 4) menyusun kriteria penilaian atas empat kategori penilaian. Hasil penyusunan kriteria pada aspek kelayakan dan aspek ketepatan adalah sebagai berikut.

Kriteria aspek kelayakan;

Rentang skor	Kategori
23 – 41	Tidak Layak
42 – 61	Kurang Layak
62 – 81	Cukup Layak
82 – 101	Layak
102 – 119	Sangat Layak

Kriteria aspek ketepatan;

Rentang skor	Kategori
26 – 47	Tidak tepat
48 – 69	Kurang tepat
70 – 91	Cukup Tepat
92 – 113	Tepat
114 – 130	Sangat Tepat

b. Uji Pengguna (validasi konselor)

1). Desain

Uji pengguna untuk menguji akseptabilitas model konseling traumatis menurut konselor sekolah. Langkah ini merupakan uji coba tahap kedua setelah perbaikan prototipe berdasarkan masukan uji ahli. Desain uji pengguna adalah deskriptif kuantitatif dan kualitatif.

2). Subyek

Subyek uji pengguna adalah tiga konselor. Pemilihan konselor didasarkan pada kriteria: (1) konselor sekolah menengah, (2) telah menjadi konselor minimal 5 tahun, (3) pendidikan minimal S1 bimbingan dan konseling, (4) aktif dalam kajian-kajian tentang bimbingan dan konseling,

(5) memiliki respons positif terhadap pengembangan model konseling traumatis.

3). Jenis Data

Data uji pengguna berupa data kuantitatif dan data kualitatif. Data kuantitatif adalah data yang diperoleh dari angket dengan skala penilaian. Sedangkan data kualitatif berupa data kritik, saran, maupun komentar konselor. Aspek yang dinilai konselor adalah keberterimaan model yang terdiri dari tiga indikator yaitu: kegunaan, kelayakan dan ketepatan.

4). Instrumen

Instrumen yang digunakan adalah skala penilaian akseptabilitas serta wawancara dengan konselor. Penilaian pada tahap ini untuk mengukur keberterimaan model yang terdiri dari tiga indikator yaitu: kegunaan, kelayakan dan ketepatan.

5). Analisis Data

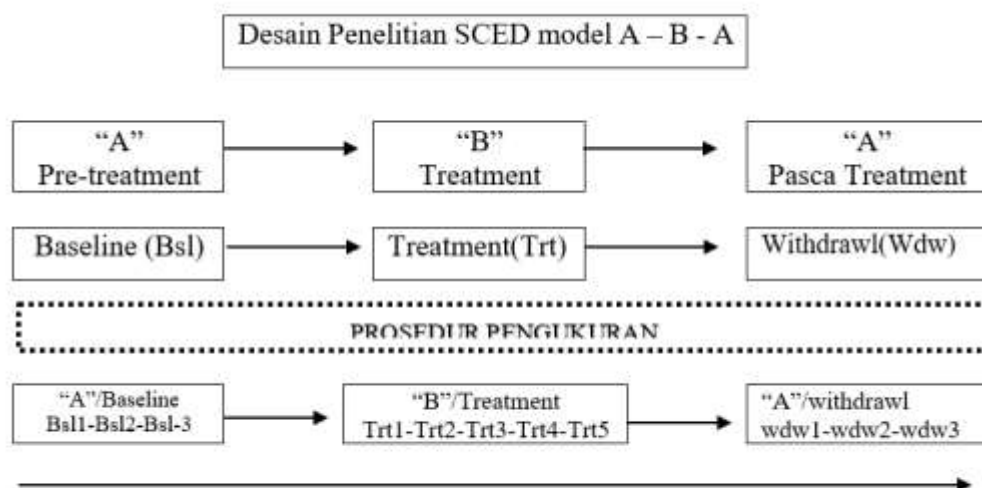
Analisis data uji kelompok kecil sebagaimana analisis data pada uji ahli, yaitu analisis secara kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif dilakukan dengan statistik deskriptif untuk menghitung hasil skala penilaian. Data kualitatif untuk menganalisis hasil wawancara dengan konselor. Teknik analisis dan kriteria penilaian yang digunakan pada uji pengguna ini sama dengan langkah-langkah yang dilakukan pada uji ahli.

c. Uji Kelompok Terbatas

1). Desain

Desain uji kelompok terbatas menggunakan rancangan penelitian *single case eksperimental design* (SCED) dengan model A – B – A. SCED dengan model A – B – A merupakan desain penelitian untuk menguji efektivitas suatu perlakuan (*treatment*) tertentu dengan menganalisa pengaruh perlakuan secara individual, yaitu dengan membandingkan rangkaian Perolehan skor sebelum perlakuan (*baseline*), selama proses perlakuan (*treatment*), dan dihilangkan/ ditiadakannya (*withdral*). Penekanan analisis skor secara individual dari tahap baseline, treatment

hingga withdrawal inilah yang membedakan pendekatan SCED dengan *Group experiment* (GE). Cara GE yang menganalisa skor rata-rata seluruh subyek penelitian, disinyalir oleh para ahli memiliki keterbatasan dalam menggeneralisasi hasil penelitian karena kurang merefleksikan ubahan subyek penelitian secara individual. Sedangkan model A – B – A, dapat dijelaskan bahwa “A” pengukuran para perlakuan (*baseline*), sedangkan “B” adalah pengukuran tahap pemberian perlakuan (*treatment*) . “A” berikutnya adalah pengukuran pasca perlakuan setelah treatment dihilangkan (*withdrawl / extinction*) (Barlow, D. 1984).



Gambar 3.2. Desain Penelitian SCED Model A – B – A

2). Subyek

Subyek penelitian uji kelompok terbatas terdiri dari 12 siswa dari 4 SMA Negeri dan swasta yang dipilih secara acak untuk mengikuti proses perlakuan. Dalam hal ini adalah siswa kelas X dan XI SMA di Surabaya.

3). Jenis Data

Data hasil uji kelompok terbatas berupa data kuantitatif. Data merupakan penilaian pemahaman konsep trauma, penilaian skala sikap menghadapi trauma, dan kemampuan mengurangi trauma.

4). Instrumen

Instrumen yang digunakan meliputi tiga alat ukur yaitu; (1) instrumen pengukuran pemahaman terhadap konsep trauma, (2) instrumen sikap menghadapi trauma, (3) instrumen pengukuran ketrampilan mengurangi trauma.

5). Teknik Analisis Data

Analisis data menggunakan teknik *time-series analysis* yang mencermati adanya perubahan level dan slope. Analisis dilakukan secara individual maupun secara kelompok. Analisis individual dilakukan dengan mentabulasikan hasil pengukuran dan menggambarkannya dalam grafik replikasi, setiap hasil pengukuran tahap *baseline*, *treatment*, dan *withdrawl* pada setiap subyek penelitian. Sedangkan analisis kelompok dilakukan dengan mentabulasikan dan menggambarkan grafik skor tahap *baseline*, *treatment*, dan *withdrawl* secara kelompok. Perubahan level dikenali dari perubahan skor hasil pengukuran akhir tahap *baseline* (bsl-3) dengan skor hasil pengukuran awal tahap *treatment* (trt-1). Jika terjadi perubahan skor antara bos-3 dengan trt-1 maka disimpulkan terjadi perubahan level. Sedangkan perubahan slope dikenali dari perubahan tren skor yang variatif dari setiap hasil ukur tahap *baseline*, *treatment*, dan *withdrawl*. Jika terdapat perubahan level dan slope mengindikasikan efektivitas perlakuan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab V ini akan dibahas tiga tahapan pengembangan produk, yaitu; 1) hasil need assesmen, 2) gambaran umum produk pengembangan, 3) data hasil uji akseptabilitas (hasil uji ahli dan uji pengguna). Hasil uji efektivitas (hasil uji kelompok terbatas), direncanakan pada tahun berikutnya (kedua).

A. Hasil *Need Assesment*

Needs assesment dimaksudkan menghasilkan seperangkat pengetahuan tentang trauma yang dialami siswa SMA, solusi yang dilakukan selama ini, hasil dan akibat solusi, permasalahan serta harapan modifikasi solusi. Hasil *need assesment* dianalisis dan dilakukan telaah teoritis guna menemukan kerangka penyelesaian trauma yang lebih baik. *Need assesment* dilakukan dengan penyebaran angket pada sejumlah siswa maupun konselor di beberapa sekolah SMA di Surabaya. Selanjutnya hasil pengumpulan data dianalisis secara kualitatif maupun deskriptif kuantitatif. Hasil analisa berupa kesimpulan yang merupakan informasi deskriptif, yang selanjutnya digunakan sebagai dasar telaah teoritis dan konseptual melalui kajian pustaka.

Need asesmen dilakukan dengan penyebaran angket pada 450 siswa serta 30 konselor SMA Negeri dan Swasta di Surabaya. Hasil data menunjukkan bahwa 21% siswa pernah mengalami/ menyaksikan peristiwa traumatis, 14% siswa memiliki masalah trauma. Gambaran usaha penyelesaian trauma adalah 86% siswa membiarkan trauma itu tetap terjadi dan hanya 14% siswa yang berusaha memecahkan trauma dengan berbagai cara menurut mereka sendiri. Terhadap usaha penyelesaian trauma itu, 92% siswa merasa tidak puas karena penyelesaiannya tidak berakhir positif, masih ada perasaan cemas dan takut. Pandangan siswa tentang penyelesaian trauma yang baik adalah mereka dapat terbebas dari masa lalu yang membebani dan menakutkan. Harapan siswa terhadap layanan BK, adalah perlunya layanan untuk mengatasi trauma serta konselor yang terampil mengatasi trauma yang diderita siswa.

Tanggapan konselor terhadap masalah trauma yang disebarkan pada 30 konselor menunjukkan seluruhnya memandang perlu dikembangkannya cara ilmiah dan aplikatif konseling traumatis. Selama ini hampir semua konselor tidak memiliki ketrampilan membantu siswa yang mengalami masalah trauma. Di sekolah / di lapangan belum tersedia panduan penanganan trauma untuk konselor.

Berdasarkan need asesmen di atas dapat disimpulkan bahwa perlu dikembangkan model konseling traumatis untuk membantu konselor menyelesaikan masalah trauma yang dialami oleh siswa. Hal-hal pokok yang merupakan temuan studi literatur adalah; 1) cara penyelesaian masalah trauma yang komprehensif dengan cara mengintegrasikan beberapa pendekatan/ teknik konseling. 2) perlu pelatihan khusus bagi konselor untuk dapat membantu konseli yang mengalami masalah trauma, 3) persyaratan agar seseorang dapat menyelesaikan masalah trauma adalah seseorang tersebut memiliki pengetahuan tentang trauma, model konseling traumatis, dan prosedur konseling traumatis.

B. Hasil Pengembangan Produk

Produk akhir penelitian pengembangan ini adalah model konseling traumatis bagi siswa SMA. Model konseling traumatis dibangun berdasarkan literatur relevan yang terkelompok dalam: 1) Shapiro (1989). *Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder*, 2) teori konseling sebagaimana ditulis oleh Corey serta Flanagan. 3) Carll, Elizabeth K. (2007). *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. Sementara itu, pola narasi model konseling traumatis ini mengadaptasi buku-buku teori konseling di antaranya Corey, G. (2011) dalam *Theory and Practice of Counseling and Psychoterapy* serta Flanagan & Flanagan (2010) *Counseling and Psychoterapy Theories in Context and Practice*.

Berdasarkan rujukan tersebut, selanjutnya dikembangkan model konseling yang mencakup dua dokumen, yaitu: 1) model konseling traumatis dan 2) suplemen model yang berwujud prosedur konseling traumatis. Dokumen satu (substansi model) memuat diskripsi tentang: a) dasar filosofi tentang hakekat manusia dalam

hubungannya dengan peristiwa traumatis, b) rasional, c) tujuan konseling; d) prinsip dan target konseling, e) garis besar konseling, f) kompetensi konselor, g) evaluasi dan indikator keberhasilan konseling. Sedangkan suplemen model mencakup a) pra kondisi konseling, b) norma-norma konseling, c) peranan dan fungsi konselor; d) pengalaman konseli dalam konseling; e) karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, f) prosedur dan teknik konseling.

C. Hasil Uji Ahli dan Uji Pengguna (Uji *Akseptabilitas*)

1. Hasil Penilaian Ahli

Bertindak sebagai subyek ahli yang memberikan penilaian terhadap produk yang dikembangkan adalah Dr. Tamsil Muis, Dr. Najlatun Naqiyah dan Dr. Hartono, M.Si. yang ketiganya memenuhi kriteria persyaratan sebagai subyek uji ahli sebagai mana tercantum dalam bab IV. Uji ahli ini dimaksudkan untuk menguji tingkat *akseptabilitas* model konseling traumatis menurut ahli dan memperoleh balikan kekurangan-kekurangan model konseling traumatis secara ilmiah. Hasil penilaian ahli terwujud atas data kuantitatif dan data kualitatif, yang dijelaskan sebagai berikut;

a. Data Kuantitatif

Data kuantitatif merupakan data yang diperoleh dari penilaian ahli berdasarkan isian instrumen angket pengembangan produk dengan mengacu skala penilaian 0 – 5. Skala penilaian ini merupakan alat ukur *akseptabilitas* dengan tiga indikator penilaian yang meliputi aspek kegunaan (*utility*), kelayakan (*feasibility*) dan ketepatan (*accuracy*). Skala penilaian *akseptabilitas* sebagai hasil penilaian ahli diuraikan sebagai berikut.

1) Penilaian ahli tentang indikator kegunaan (*utility*)

Indikator kegunaan diperinci atas tiga subindikator yaitu; (a) pemakai produk, (b) kualifikasi yang diperlukan serta (c) dampak pelatihan. Hasil penilaian subindikator pertama (pemakai produk), ketiga ahli menilai bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan, berguna diterapkan pada siswa menengah atas. Hasil penilaian ini merujuk pada

tabel 4.1, yang menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para ahli sebesar 45, 3. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria pada bab IV halaman 65, maka hasil tersebut dinyatakan sangat berguna sehingga model konseling traumatis dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengurangi trauma pada siswa SMA.

Tabel 4.1 Hasil Penilaian Ahli tentang Aspek Kegunaan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian			Total
		Ahli I	Ahli II	Ahli III	
1	Kebermanfaatan model konseling traumatis bermanfaat bagi konselor sekolah	4	4	5	13
2	Kebermanfaatan model konseling traumatis bermanfaat bagi siswa (konseli)	4	4	5	13
3	Kepentingan model konseling traumatis dalam pengentasan masalah trauma pada siswa	4	4	5	13
4	Kebermanfaatan model konseling traumatis membantu konselor dalam memahami masalah trauma pada siswa	4	4	5	13
5	Kebermanfaatan model konseling traumatis membantu konselor dalam mengurangi trauma pada siswa	4	4	5	13
6	Kebermanfaatan panduan konseling traumatis bagi konselor dalam melaksanakan konseling traumatis	4	4	4	12
7	Perlunya pelatihan khusus bagi konselor untuk menerapkan konseling traumatis	5	5	5	15
8	Perlunya kemampuan teknis bagi konselor dalam aplikasi model konseling traumatis	5	5	5	15
9	Perlunya pemahaman menyeluruh tentang penyelesaian masalah trauma	5	4	5	14
10	Perlunya konselor memiliki ketrampilan interpersonal dalam implementasi model konseling.	5	5	5	15
Jumlah		44	43	49	136
Rata-rata		4, 4	4, 3	4,9	45, 3

2) Penilaian ahli tentang indikator kelayakan (*feasibility*)

Penilaian indikator kelayakan model konseling traumatis meliputi dua subindikator yaitu kepraktisan dan keefektifan. Pada subindikator kepraktisan ketiga ahli menilai bahwa konseling traumatis yang dikembangkan praktis dalam pelaksanaannya.

Sedangkan pada penilaian subindikator efisiensi pelaksanaan, ketiga ahli menilai bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan ini cukup kecil, waktu yang digunakan cukup, serta tidak menelan biaya yang cukup besar. Berdasarkan hasil penilaian tersebut,

disimpulkan bahwa model konseling traumatis, efisien dalam pelaksanaannya. Secara terperinci hasil skor penilaian ahli terhadap indikator kelayakan tersaji dalam tabel 4.2. Berdasarkan tabel tersebut rata-rata nilai dari ketiga ahli sebesar 93. 7.

Rata-rata skor dari tiga ahli dibandingkan dengan kriteria aspek kelayakan menunjukkan bahwa konseling traumatis yang kembangkan termasuk dalam kategori layak.

Tabel 4.2 Hasil Penilaian Ahli tentang Aspek Kelayakan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian			Total
		Ahli I	Ahli II	Ahli III	
1	Kelayakan prosedur pelaksanaan konseling traumatis secara keseluruhan.	4	3	4	11
2	Kelayakan langkah-langkah konseling traumatis yang ada dalam panduan telah lengkap sesuai dengan langkah-langkah prosedural terapi	3	3	4	11
3	Kemenarikan panduan konseling traumatis	4	5	4	13
4	Kelayakan dalam memberikan ilustrasi praktis pelaksanaan konseling traumatis	4	2	4	10
5	Kelayakan bahasa yang meliputi kesederhanaan dan kekomunikatifan.	4	4	4	12
6	Kepraktisan langkah-langkah konseling	3	3	5	11
7	Efisiensi dalam hal biaya, waktu dan tenaga	3	5	4	12
8	Kelengkapan petunjuk, dalam arti lengkap tidak membutuhkan tambahan.	4	3	4	11
9	Kelengkapan rumusan petunjuk, sesuai dengan kaidah pembuatan dan penggunaanya	4	4	4	12
10	Kejelasan intruksi yang jelas tentang apa yang harus dilakukan oleh konselor	4	3	4	11
11	Kemudahan konselor memahami petunjuk panduan model konseling traumatik	4	2	4	10
12	Kelayakan petunjuk disampaikan dengan bahasa yang sederhana, dalam arti mudah dimengerti dan sesuai dengan terminologi baku.	5	4	5	14
13	Kekomunikatifan petunjuk, dalam arti mewakili percakapan sehari-hari dan tidak membutuhkan penjelasan ulang.	5	4	5	14
14	Unsur-unsur/komponen tujuan dalam pernyataan tujuan dalam panduan ini telah terpenuhi.	4	5	5	14
15	Rumusan tujuan memberikan gambaran yang jelas tentang apa yang diharapkan dari penggunaan buku panduan	4	5	4	13
16	Tujuan dirumuskan dengan benar menurut kaidah perumusan tujuan	4	4	4	12
17	Bahasa dalam rumusan tujuan cukup sederhana	5	5	5	15
18	Semua komponen panduan cukup memadai	5	5	4	14
19	Panduan yang diusulkan memudahkan anda untuk melaksanakan strategi strategi yang ada didalamnya.	4	4	5	13
20	Langkah-langkah prosedural terap yang diusulkan dalam panduan dapat dilaksanakan di lapangan	4	4	5	13

21	Permasalahan yang dapat ditangani oleh strategi yang diusulkan dalam panduan relevan dengan permasalahan yang sering dialami oleh siswa sekolah menengah	4	4	4	12
22	Strategi yang diusulkan dalam panduan merupakan strategi yang anda butuhkan untuk mempermudah tugas-tugas anda sebagai konselor sekolah	4	4	4	12
23	Secara fisik, rancangan bahan ajar yang diusulkan dapat dikatakan cukup menarik	4	4	4	12
Jumlah		93	89	99	93.7
Rata-rata		4,04	3.86	4,30	4,1

3) Penilaian ahli tentang indikator ketepatan (*accuracy*)

Penilaian indikator ketepatan didasarkan pada dua subindikator yaitu ketepatan obyek dan ketepatan rumusan tujuan dan prosedur. Hasil penilaian ahli pada aspek ketepatan tersaji pada tabel 4.3.

Berdasarkan tabel 4.3. tersebut dapat diketahui bahwa rata-rata aspek ketepatan sebesar 103,33. Dengan melihat rata-rata skor penilaian ketepatan dari ahli dan penggolongan skor pada aspek ketepatan tersebut dapat diketahui bahwa konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat.

Tabel 4.3 Hasil Penilaian Ahli tentang Aspek Ketepatan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian			Total
		Ahli I	Ahli II	Ahli III	
1	Ketepatan model jika diterapkan pada siswa SMA	4	3	4	11
2	Ketepatan tujuan dengan model yang dikembangkan	4	3	4	11
3	Ketepatan langkah-langkah	4	3	4	11
4	Ketepatan penggunaan kriteria keberhasilan	3	4	4	11
5	Ketepatan perumusan dasar filosofi; hakikat manusia dalam kaitannya dengan peristiwa traumatis trauma	4	4	5	13
6	Ketepatan rumusan tujuan konseling	4	5	4	13
7	Ketepatan rumusan prinsip dan target konseling	4	4	4	12
8	Ketepatan rumusan kompetensi konselor	4	3	4	11
9	Ketepatan rumusan pra kondisi konseling	4	4	4	12
10	Ketepatan rumusan norma-norma konseling	4	4	4	12
11	Ketepatan rumusan peranan dan fungsi konselor	4	3	4	11
12	Ketepatan rumusan pengalaman konseli dalam konseling	4	4	4	12
13	Ketepatan rumusan karakteristik hubungan antara konselor dan konseli	4	5	5	14
14	Ketepatan rumusan prosedur dan teknik konseling	4	3	4	11
15	Unsur-unsur keilmuan dan kebahasaan dalam rumusan deskripsi telah terpenuhi	4	4	4	12
16	Sajian deskripsi tidak menyimpang dari rumusan tujuan	4	4	4	12
17	Sajian deskripsi relevan dengan uraian langkah-langkah konseling traumatik	4	4	4	12
18	Deskripsi memberikan gambaran teoritik yang jelas.	4	3	5	12

19	Deskripsi memudahkan konselor untuk memahami garis besar kerangka teoritik	4	4	4	12
20	Deskripsi disajikan dengan bahasa yang sederhana	4	4	4	12
21	Bahasa dalam deskripsi strategi cukup komunikatif	4	4	4	12
22	Tahapan konselin yang diusulkan cukup memadai	4	4	5	13
23	Urutan (sistematika) penyajian langkah-langkah konseling konsisten.	4	3	5	12
24	Urutan penjelasan pada tiap tahapan prosedur dan sub prosedur jelas.	4	3	5	12
25	Bahasa dalam uraian prosedur dan sub prosedur cukup sederhana (mudah dimengerti)	4	4	4	12
26	Bahasa dalam uraian prosedur dan sub prosedur cukup komunikatif (tidak membutuhkan penjelasan tambahan).	4	4	4	12
Jumlah		103	97	110	103,33
Rata-rata		3,96	3,73	4,23	3,97

b. Data Kualitatif

Data kualitatif diperoleh melalui isian angket terbuka dan melalui wawancara dan diskusi dengan ahli. Adapun hasil yang diperoleh dari ketiga ahli adalah sebagai berikut. Ketiga ahli menyatakan bahwa sangat mengapresiasi dan mendukung ide penelitian dan pengembangan konseling traumatis untuk mengatasi trauma pada siswa SMA. Beberapa saran yang diberikan para ahli diantaranya adalah 1) beberapa rujukan yang dikutip belum ada di daftar pustaka, 2) Pada terapi permainan, belum ada penjelasan tentang jenis permainan dan pelaksanaan permainan untuk mengatasi trauma, 3) Proses konseling CBT masih umum, belum digabungkan dengan peristiwa traumatis dan perlu contoh, 4) Mohon dicek lagi pengetikan, gunakan kaidah bahasa yang betul.

Berdasarkan data yang diperoleh melalui isian angket di atas, peneliti melakukan revisi terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan.

Tabel 4.4 Revisi yang disarankan oleh Ahli 1, 2 dan 3.

No	Revisi yang disarankan	Penilai	Keterangan
1	Beberapa rujukan yang dikutip belum ada di daftar pustaka	Ahli 1 dan 2	Sudah direvisi
2	Pada terapi permainan, belum ada penjelasan tentang jenis permainan dan pelaksanaan permainan untuk mengatasi trauma	Ahli 3	Sudah direvisi
3	Proses konseling CBT masih umum, belum digabungkan dengan peristiwa traumatis dan perlu contoh	Ahli 3	Sudah direvisi
4	Mohon dicek lagi pengetikan, gunakan kaidah bahasa yang betul terutama pada halaman 1,11,17,24, 27,28,37,46,78.	Ahli 2 dan 3	Sudah direvisi

2. Hasil Penilaian Pengguna (Konselor Sekolah)

Untuk memperoleh tingkat akseptabilitas yang memadai terhadap konseling traumatis yang dikembangkan, selain dilakukan penilaian dari ahli juga dilakukan penilaian oleh calon pengguna produk (dalam hal ini konselor sekolah menengah), Ada dua konselor sekolah menengah yang bertindak sebagai subyek pengguna yang memberikan penilaian terhadap produk yang dikembangkan. Uji pengguna ini dimaksudkan untuk menguji tingkat akseptabilitas model konseling traumatis menurut konselor sekolah menengah dan memperoleh balikan kekurangan-kekurangan model konseling traumatis secara ilmiah. Hasil penilaian ahli terwujud atas data kuantitatif dan data kualitatif, yang dijelaskan sebagai berikut;

a. Data Kuantitatif

Untuk mengetahui tingkat akseptabilitas dengan indikator yang meliputi aspek kegunaan (*utility*), kelayakan(*feasibility*), dan ketepatan (*accuracy*), kepada konselor diminta mengisi angket skala penilaian akseptabilitas dengan mengacu skala penilaian 0 – 5. Hasil penilaian diuraikan dalam penjelasan berikut ini.

1) Penilaian Konselor terhadap Indikator Kegunaan (*utility*)

Indikator kegunaan diperinci atas tiga subindikator yaitu; (a) pemakai produk, (b) kualifikasi yang diperlukan serta (c) dampak pelatihan. Hasil penilaian subindikator pertama (pemakai produk), kedua konselor menilai bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan, berguna bila diterapkan pada siswa menengah atas. Hasil penilaian ini merujuk pada tabel 4.4. yang menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para konselor sebesar 48, 5. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria pada bab IV halaman 65, maka hasil tersebut dinyatakan sangat berguna sehingga model konseling traumatis dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengurangi trauma pada siswa SMA.

Tabel 4.4 Hasil Penilaian Pengguna tentang Aspek Kegunaan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian		Total
		Konselor 1	Konselor 2	
1	Kebermanfaatan model konseling traumatis bermanfaat bagi konselor sekolah	5	5	10

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian		Total
		Konselor 1	Konselor 2	
2	Kebermanfaatan model konseling traumatis bermanfaat bagi siswa (konseli)	4	5	9
3	Kepentingan model konseling traumatis dalam pengentasan masalah trauma pada siswa	5	5	10
4	Kebermanfaatan model konseling traumatis membantu konselor dalam memahami masalah trauma pada siswa	4	4	8
5	Kebermanfaatan model konseling traumatis membantu konselor dalam mengurangi trauma pada siswa	5	5	10
6	Kebermanfaatan panduan konseling traumatis bagi konselor dalam melaksanakan konseling traumatis	5	5	10
7	Perlunya pelatihan khusus bagi konselor untuk menerapkan konseling traumatis	5	5	10
8	Perlunya kemampuan teknis bagi konselor dalam aplikasi model konseling traumatis	5	5	10
9	Perlunya pemahaman menyeluruh tentang penyelesaian masalah trauma	5	5	10
10	Perlunya konselor memiliki ketrampilan interpersonal dalam implementasi model konseling.	5	5	10
Jumlah		48	49	97
Rata-rata		4,8	4,9	48,5

2) Penilaian konselor tentang indikator kelayakan (*feasibility*)

Penilaian indikator kelayakan model konseling traumatis meliputi dua subindikator yaitu kepraktisan dan keefektifan. Pada subindikator kepraktisan kedua konselor menilai bahwa konseling traumatis yang dikembangkan praktis dalam pelaksanaannya.

Sedangkan pada penilaian subindikator efisiensi pelaksanaan, kedua konselor menilai bahwa jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan ini cukup kecil, waktu yang digunakan cukup, serta tidak menelan biaya yang cukup besar. Berdasarkan hasil penilaian tersebut, disimpulkan bahwa model konseling traumatis, efisien dalam pelaksanaannya. Secara terperinci hasil skor penilaian konselor terhadap indikator kelayakan tersaji dalam tabel 4.5. Berdasarkan tabel tersebut rata-rata nilai dari kedua konselor sebesar 101,5.

Rata-rata skor dari kedua konselor dibandingkan dengan kriteria aspek kelayakan menunjukkan bahwa konseling traumatis yang kembangkan termasuk dalam kategori layak.

Tabel 4.5 Hasil Penilaian Pengguna tentang Aspek Kelayakan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian		Total
		Konselor 1	Konselor 1	
1	Kelayakan prosedur pelaksanaan konseling traumatis secara keseluruhan.	4	4	8
2	Kelayakan langkah-langkah konseling traumatis yang ada dalam panduan telah lengkap sesuai dengan langkah-langkah prosedural terapi	5	4	9
3	Kemenarikan panduan konseling traumatis	4	4	8
4	Kelayakan dalam memberikan ilustrasi praktis pelaksanaan konseling traumatis	4	4	8
5	Kelayakan bahasa yang meliputi kesederhanaan dan kekomunikatifan.	5	5	10
6	Kepraktisan langkah-langkah konseling	4	5	9
7	Efisiensi dalam hal biaya, waktu dan tenaga	4	4	8
8	Kelengkapan petunjuk, dalam arti lengkap tidak membutuhkan tambahan.	4	4	8
9	Kelengkapan rumusan petunjuk, sesuai dengan kaidah pembuatan dan penggunaannya	5	4	9
10	Kejelasan intruksi yang jelas tentang apa yang harus dilakukan oleh konselor	4	4	8
11	Kemudahan konselor memahami petunjuk panduan model konseling traumatik	5	4	9
12	Kelayakan petunjuk disampaikan dengan bahasa yang sederhana, dalam arti mudah dimengerti dan sesuai dengan terminologi baku.	4	5	9
13	Kekomunikatifan petunjuk, dalam arti mewakili percakapan sehari-hari dan tidak membutuhkan penjelasan ulang.	4	5	9
14	Unsur-unsur/komponen tujuan dalam pernyataan tujuan dalam panduan ini telah terpenuhi.	5	4	9
15	Rumusan tujuan memberikan gambaran yang jelas tentang apa yang diharapkan dari penggunaan buku panduan	5	4	9
16	Tujuan dirumuskan dengan benar menurut kaidah perumusan tujuan	5	5	10
17	Bahasa dalam rumusan tujuan cukup sederhana	5	5	10
18	Semua komponen panduan cukup memadai	5	5	10
19	Panduan yang diusulkan memudahkan anda untuk melaksanakan strategi strategi yang ada didalamnya.	5	4	9
20	Langkah-langkah prosedural terap yang diusulkan dalam panduan dapat dilaksanakan di lapangan	5	4	9
21	Permasalahan yang dapat ditangani oleh strategi yang diusulkan dalam panduan relevan dengan permasalahan yang sering dialami oleh siswa sekolah menengah	4	4	8
22	Strategi yang diusulkan dalam panduan merupakan strategi yang anda butuhkan untuk mempermudah tugas-tugas anda sebagai konselor sekolah	4	5	9
23	Secara fisik, rancangan bahan ajar yang diusulkan dapat dikatakan cukup menarik	3	5	8
Jumlah		102	101	101.5
Rata-rata		4,43	4,39	4,41

3) Penilaian ahli tentang indikator ketepatan (*accuracy*)

Penilaian indikator ketepatan didasarkan pada dua subindikator yaitu ketepatan obyek dan ketepatan rumusan tujuan dan prosedur. Hasil penilaian kedua konselor pada aspek ketepatan tersaji pada tabel 4.6.

Berdasarkan tabel 4.6. tersebut dapat diketahui bahwa rata-rata aspek ketepatan sebesar 123, 5. Dengan melihat rata-rata skor penilaian ketepatan dari kedua konselor dan penggolongan skor pada aspek ketepatan tersebut dapat diketahui bahwa konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori sangat tepat.

Tabel 4.6 Hasil Penilaian Pengguna tentang Aspek Ketepatan Produk

No	Aspek Penilaian	Skor Penilaian		Total
		Konselor1	Konselor2	
1	Ketepatan model jika diterapkan pada siswa SMA	5	4	9
2	Ketepatan tujuan dengan model yang dikembangkan	5	4	9
3	Ketepatan langkah-langkah	5	4	9
4	Ketepatan penggunaan kriteria keberhasilan	5	4	9
5	Ketepatan perumusan dasar filosofi; hakikat manusia dalam kaitannya dengan peristiwa traumatis trauma	4	5	9
6	Ketepatan rumusan tujuan konseling	5	5	10
7	Ketepatan rumusan prinsip dan target konseling	4	5	9
8	Ketepatan rumusan kompetensi konselor	5	5	10
9	Ketepatan rumusan pra kondisi konseling	5	5	10
10	Ketepatan rumusan norma-norma konseling	5	5	10
11	Ketepatan rumusan peranan dan fungsi konselor	4	5	9
12	Ketepatan rumusan pengalaman konseli dalam konseling	5	5	10
13	Ketepatan rumusan karakteristik hubungan antara konselor dan konseli	5	5	10
14	Ketepatan rumusan prosedur dan teknik konseling	5	5	10
15	Unsur-unsur keilmuan dan kebahasaan dalam rumusan deskripsi telah terpenuhi	4	5	9
16	Sajian deskripsi tidak menyimpang dari rumusan tujuan	4	5	9
17	Sajian deskripsi relevan dengan uraian langkah-langkah konseling traumatik	4	5	9
18	Deskripsi memberikan gambaran teoritik yang jelas.	5	5	10
19	Deskripsi memudahkan konselor untuk memahami garis besar kerangka teoritik	5	5	10
20	Deskripsi disajikan dengan bahasa yang sederhana	5	5	10
21	Bahasa dalam deskripsi strategi cukup komunikatif	5	5	10
22	Tahapan konselin yang diusulkan cukup memadai	4	5	9
23	Urutan (sistematika) penyajian langkah-langkah konseling konsisten.	4	5	9
24	Urutan penjelasan pada tiap tahapan prosedur dan sub prosedur jelas.	4	5	9
25	Bahasa dalam uraian prosedur dan sub prosedur cukup sederhana (mudah dimengerti)	5	5	10
26	Bahasa dalam uraian prosedur dan sub prosedur cukup komunikatif (tidak membutuhkan penjelasan tambahan).	5	5	10
Jumlah		121	126	123,5
Rata-rata		4, 65	4, 84	4, 75

b. Data Kualitatif

Data kualitatif diperoleh melalui isian angket terbuka dan melalui wawancara dan diskusi dengan konselor sekolah. Adapun hasil yang diperoleh dari kedua konselor adalah sebagai berikut. Kedua konselor menyatakan bahwa sangat mendukung pengembangan konseling traumatis, karena model konseling ini sangat dibutuhkan oleh para konselor. Selain itu konselor juga mengatakan banyak konselor sekolah yang tidak tahu cara menangani trauma yang diderita siswanya. Mengenai saran terhadap buku panduan yang dikembangkan tidak terlalu banyak, hanya ada dua yaitu 1) Model penjilidan kurang praktis/ mudah lepas/ robek, 2) Akan lebih menarik jika dilengkapi dengan contoh kasus sehingga lebih aplikatif.

Tabel 4.4 Revisi yang disarankan oleh Pengguna 1 dan 2.

No	Revisi yang disarankan	Penilai	Keterangan
1	Model penjilidan kurang praktis/ mudah lepas/ robek	Konselor 1	Sudah direvisi
2	Perlu dilengkapi dengan contoh kasus sehingga lebih aplikatif	Konselor 2	Sudah direvisi

C. Pembahasan Hasil Pengembangan

Berdasarkan hasil analisis terhadap data dari ahli dan pengguna terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan dapat diuraikan sebagai berikut.

Hasil *need assessment* menunjukkan bahwa 21% siswa pernah mengalami/ menyaksikan peristiwa traumatis, 14% siswa memiliki masalah trauma. Gambaran usaha penyelesaian trauma adalah 86% siswa membiarkan trauma itu tetap terjadi dan hanya 14% siswa yang berusaha memecahkan trauma dengan berbagai cara menurut mereka sendiri. Terhadap usaha penyelesaian trauma itu, 92% siswa merasa tidak puas karena penyelesaiannya tidak berakhir positif, masih ada perasaan cemas dan takut. Pandangan siswa tentang penyelesaian trauma yang baik adalah mereka dapat terbebas dari masa lalu yang membebani dan menakutkan. Harapan siswa terhadap layanan BK, adalah perlunya layanan untuk mengatasi trauma serta konselor yang terampil mengatasi trauma yang diderita siswa.

Tanggapan konselor sekolah terhadap masalah trauma menunjukkan seluruhnya memandang perlu dikembangkannya cara ilmiah dan aplikatif konseling traumatis. Selama ini hampir semua konselor tidak memiliki ketrampilan membantu siswa yang mengalami masalah trauma. Di sekolah / di lapangan belum tersedia panduan penanganan trauma untuk konselor.

Berdasarkan *need asesment* di atas dapat disimpulkan bahwa perlu dikembangkan model konseling traumatis untuk membantu konselor menyelesaikan masalah trauma yang dialami oleh siswa. Hal-hal pokok yang merupakan temuan studi literatur adalah; 1) cara penyelesaian masalah trauma yang komprehensif dengan cara mengintegrasikan beberapa pendekatan/ teknik konseling. 2) perlu pelatihan khusus bagi konselor untuk dapat membantu konseli yang mengalami masalah trauma, 3) persyaratan agar seseorang dapat menyelesaikan masalah trauma adalah seseorang tersebut memiliki pengetahuan tentang trauma, model konseling traumatis, dan prosedur konseling traumatis.

Penelitian pengembangan ini telah menghasilkan model konseling traumatis bagi siswa SMA. Model konseling traumatis yang dikembangkan berdasarkan literatur relevan yang dikelompokkan dalam: 1) Shapiro (1989). *Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder*, 2) teori konseling sebagaimana ditulis oleh Corey serta Flanagan. 3) Carll, Elizabeth K. (2007). *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. Sementara itu, pola narasi model konseling traumatis ini mengadaptasi buku-buku teori konseling di antaranya Corey, G. (2011) dalam *Theory and Practice of Counseling and Psychoterapy* serta Flanagan & Flanagan (2010) *Counseling and Psychoterapy Theories in Context and Practice*.

Berdasarkan rujukan tersebut, selanjutnya dikembangkan model konseling yang mencakup dua dokumen, yaitu: 1) model konseling traumatis dan 2) suplemen model yang berwujud prosedur konseling traumatis. Dokumen satu (substansi model) memuat diskripsi tentang: a) dasar filosofi tentang hakekat manusia dalam hubungannya dengan peristiwa traumatis, b) rasional, c) tujuan konseling; d) prinsip dan target konseling, e) garis besar konseling, f) kompetensi konselor, g) evaluasi dan indikator keberhasilan konseling. Sedangkan suplemen model

mencakup a) pra kondisi konseling, b) norma-norma konseling, c) peranan dan fungsi konselor; d) pengalaman konseli dalam konseling; e) karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, f) prosedur dan teknik konseling.

Tingkat akseptabilitas model konseling traumatis yang dikembangkan didasarkan pada tiga indikator yaitu; aspek kegunaan (*utility*), kelayakan (*feasibility*) dan ketepatan (*accuracy*). Untuk memperoleh tingkat akseptabilitas tersebut dilakukan uji ahli dan uji pengguna. Hasil penilaian ahli dan pengguna terwujud atas data kuantitatif dan data kualitatif, yang dijelaskan sebagai berikut.

Hasil penilaian pada aspek kegunaan menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan, sangat berguna diterapkan pada siswa menengah atas. Hasil penilaian menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para ahli sebesar 45, 3. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang dikembangkan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan tergolong sangat berguna sehingga model konseling traumatis dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengurangi trauma pada siswa SMA. Hasil ini sejalan dan didukung penilaian pada aspek kegunaan yang dilakukan oleh konselor sekolah selaku pengguna model konseling traumatis, yang menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para konselor sebesar 48, 5. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang dikembangkan menunjukkan bahwa model yang dikembangkan sangat berguna.

Hasil penilaian pada aspek kelayakan (*feasibility*) menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan memenuhi aspek kelayakan. Berdasarkan hasil penilaian dari ahli dapat disimpulkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak, dengan rata-rata skor sebesar 93,7. Skor tersebut bila dibandingkan dengan kriteria yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak. Sementara itu, hasil penilaian kelayakan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak dengan skor rata-rata sebesar 101, 5.

Penilaian indikator ketepatan didasarkan pada dua subindikator yaitu ketepatan obyek dan ketepatan rumusan tujuan dan prosedur. Hasil penilaian ahli

diketahui bahwa rata-rata aspek ketepatan sebesar 103,33. Dengan melihat rata-rata skor penilaian ketepatan dari ahli dan penggolongan skor pada aspek ketepatan tersebut dapat diketahui bahwa konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat. Demikian juga, hasil penilaian ketepatan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat dengan rata-rata skor sebesar 123,5.

Sementara itu, data yang berupa saran dan masukan terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan dari para ahli dan pengguna dapat dijelaskan sebagai berikut. 1) beberapa rujukan yang dikutip belum ada di daftar pustaka, 2) Pada terapi permainan, belum ada penjelasan tentang jenis permainan dan pelaksanaan permainan untuk mengatasi trauma, 3) Proses konseling CBT masih umum, belum digabungkan dengan peristiwa traumatis dan perlu contoh, 4) Mohon dicek lagi pengetikan, gunakan kaidah bahasa yang betul, 5) Model penjiwaan kurang praktis/ mudah lepas/ robek, 6) Akan lebih menarik jika dilengkapi dengan contoh kasus sehingga lebih aplikatif.

BAB VI PENUTUP

A. Simpulan Hasil Pengembangan

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat dirumuskan simpulan sebagai berikut.

1. Berdasarkan *need asesment* di atas dapat disimpulkan bahwa perlu dikembangkan model konseling traumatis untuk membantu konselor menyelesaikan masalah trauma yang dialami oleh siswa.
2. Penelitian pengembangan ini telah menghasilkan model konseling traumatis bagi siswa SMA. Model konseling traumatis mencakup dua dokumen, yaitu: 1) model konseling traumatis dan 2) suplemen model yang berwujud prosedur konseling traumatis. Dokumen satu (substansi model) memuat diskripsi tentang: a) dasar filosofi tentang hakekat manusia dalam hubungannya dengan peristiwa traumatis, b) rasional, c) tujuan konseling; d) prinsip dan target konseling, e) garis besar konseling, f) kompetensi konselor, g) evaluasi dan indikator keberhasilan konseling. Sedangkan suplemen model mencakup a) pra kondisi konseling, b) norma-norma konseling, c) peranan dan fungsi konselor; d) pengalaman konseli dalam konseling; e) karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, f) prosedur dan teknik konseling.
3. Model konseling traumatis yang dikembangkan telah memenuhi kriteria akseptabilitas yang meliputi aspek kegunaan (*utility*), kelayakan (*feasibility*) dan ketepatan (*accuracy*). Hasil penilaian pada aspek kegunaan menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan, sangat berguna diterapkan pada siswa menengah atas. Hasil penilaian menunjukkan bahwa skor rata-rata penilaian dari para ahli sebesar 45, 3. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang kembangkan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan tergolong sangat berguna sehingga model konseling traumatis dapat dikembangkan lebih lanjut untuk mengurangi trauma pada siswa SMA. Hasil ini sejalan dan didukung penilaian pada aspek kegunaan yang dilakukan oleh konselor sekolah selaku pengguna model konseling traumatis, yang menunjukkan bahwa skor

rata-rata penilaian dari para konselor sebesar 48, 5. Hasil tersebut bila dikonsultasikan dengan kriteria yang dikembangkan menunjukkan bahwa model yang dikembangkan sangat berguna. Hasil penilaian pada aspek kelayakan (*feasibility*) menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan memenuhi aspek kelayakan. Berdasarkan hasil penilaian dari ahli dapat disimpulkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak, dengan rata-rata skor sebesar 93,7. Skor tersebut bila dibandingkan dengan kriteria yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak. Sementara itu, hasil penilaian kelayakan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori layak dengan skor rata-rata sebesar 101, 5. Penilaian indikator ketepatan didasarkan pada dua subindikator yaitu ketepatan obyek dan ketepatan rumusan tujuan dan prosedur. Hasil penilaian ahli diketahui bahwa rata-rata aspek ketepatan sebesar 103,33. Dengan melihat rata-rata skor penilaian ketepatan dari ahli dan penggolongan skor pada aspek ketepatan tersebut dapat diketahui bahwa konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat. Demikian juga, hasil penilaian ketepatan yang dilakukan oleh konselor sekolah menunjukkan bahwa model konseling traumatis yang dikembangkan termasuk dalam kategori tepat dengan rata-rata skor sebesar 123, 5.

4. Sementara itu, data yang berupa saran dan masukan terhadap model konseling traumatis yang dikembangkan dari para ahli dan pengguna dapat dijelaskan sebagai berikut. a) beberapa rujukan yang dikutip belum ada di daftar pustaka, b) Pada terapi permainan, belum ada penjelasan tentang jenis permainan dan pelaksanaan permainan untuk mengatasi trauma, c) Proses konseling CBT masih umum, belum digabungkan dengan peristiwa traumatis dan perlu contoh, d) Mohon dicek lagi penyetikan, gunakan kaidah bahasa yang betul, e) Model penulisan kurang praktis/ mudah lepas/ robek, f) Akan lebih menarik jika dilengkapi dengan contoh kasus sehingga lebih aplikatif.

B. Saran

Berdasarkan simpulan di atas, dirumuskan saran sebagai berikut.

1. Walaupun model konseling traumatis yang disusun telah memenuhi kriteria akseptabilitas, namun dalam penerapannya pada konseli masih perlu dikuatkan dengan uji efektivitas.
2. Perlu dirancang penelitian lanjutan, terutama dengan desain eksperimen yang handal untuk memperoleh jawaban signifikansi kemanjuran model melalui uji lapangan terbatas dan uji lapangan luas.
3. Uji akseptabilitas produk dapat diperluas dengan menambah jumlah reviewer ahli dan pengguna. Hal ini dimaksudkan untuk memperoleh uji akseptabilitas dan perbaikan yang lebih sempurna.

Berbagai teori trauma, memiliki kerangka konsep dengan sudut pandang asing-masing. Penelitian lanjutan dapat mengembangkan model intervensi dengan perspektif berbeda dengan ketajaman efektivitas pada denting pengguna yang berbeda pula.

DAFTAR PUSTAKA

- Abramowitz, E., & Litchtenberg, P. 2010. A New Hypnotic Technique For Treating Combat Related Post Traumatic Stress Disorder : A Prospective Open Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 316–328.
- Al-Quran dan Terjemahnya.
- Anonim, “Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatis (PTSD)?,” http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main_1_new.html , diakses 04 Mei 2005d.
- Anonim, “Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families,” <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b.
- Arif, Antonius. 2011. *Ego State Therapy*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Arredondo, P., & Judi L. 2004. Counselor Roles for The 21st Century. dalam Don C. Locke. (Ed.). *The Handbook of Counseling*. London: Sage Publications.
- Barabasz, Arreed, Marianne Barabasz & Jhon G. Watkins. 2011. Single-Session Manualized Ego State Therapy For Combat Stress Injury, Post Traumatic Stress Disorder, Acuted Stress Disorder, Part 1 : *The Theory*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 379-391.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. 1984. *Single Case Experimental Designs*. New York: Pergamom Press.
- Blumberg, Herbert H, Paul Hare, & Anna Costin. 2006. *Peace Psychology a Comprehensive Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Borg, W.D., & Gall, Meredith. D. 2003. *Educational Research: An Introduction*. New York: Longman.
- Bryant, R.A. 2000. Acute stress disorder. *PTSD Research Quarterly*, 11, 1-7.
- Canary, Daniel J. and Richard T. S. 2001. A Competence -Based Approach to Examining In-terpersonal Conflict: Test of a Longitudinal Model. *Communication Research* Vol. 28: 79
- Cano, A., & O’Leary, K.D. 2000. Infidelity And Separations Precipitate Major Depressive Episodes And Symptoms Of Nonspecific Depression And Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 774-781.

- Carll, Elizabeth K. 2007. *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. United Kingdom : Greenwood Publishing Group, Inc.
- Chen, Ping-Hwa. 2009. A Counseling Model for Self Relation Coordination for Chinese Clients With Interpersonal Conflicts. *The Counseling Psychologist*, Volume 37 , No. 7
- Corey, G. 2001. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, USA: Brooks/Cole Thomson Learning.
- Davies, K., & New storm, J.W. 1989. *Human Behavior at Work Organizational Behavior*. New York: Graw-Hill Book Company.
- Davis, Mark H. & Linda. 2004. Measuring Conflict-Related Behaviors: Reliability And Validity Evidence Regarding The Conflict Dynamics Profile. *Educational and Psychological Measurement*. 2004 64: 707
- Dedi, Supriadi. 2001. *Konseling Lintas Budaya: Isu-isu dan Relevansinya di Indonesia*. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru besar Tetap dalam Bidang Bimbingan dan Konseling Pendidikan pada FIP UPI 18 Oktober 2001. Bansung: UPI
- Doherty, George W. 1999. *Cross-Cultural Counseling In Disaster Setting*. <http://www.massey.ac.nz/utrauma/issues/1999-2/doherty.htm>.
- Elliot R.T., & Cheri L. Marmarosh. 1994. Problem Solving Appraisal, Health Complaints, and Health-Related Expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 72,531-536.
- Elmes, D.G., Kantowitz, B.H. & Roedinger, H.L. 1981. *Methods in Experimental Psychology*. Boston: Hoghton Mifflin Company.
- Emmerson, Gordon. 2003. *Ego State Therapy*. Carmethen, United Kingdom : Crown House
- Erford, B.T. 2004. *Professional School Counseling*. Texas: CAPS Press.
- Farland, Willam P. 1992. Counselors Teaching Peaceful Conflict Resolution. *Journal Of Counseling & Development*. Volume 71, No. 1.
- Feedman, F. Kenneth. 1999. *Muticultural Counseling*. <http://www.alaskanet/-fken/multicul.htm>.

- Flanagan, Jhon-Sommers & Rika-Sommers Flanagan. 2004. *Counselling and Psychotherapy Theory In Context and Practice*. New Jersey : Jhon Wiley and Son, Inc.
- Foa E.B. and Rothbaum B.A. 1998. *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Folger, J.P., & Poole, M.S. 1984. *Working Throught Conflict: A Communication Perspective*. Glenview: Scoott, Foresman.
- Forgash, Carol & Jim Knipe. 2008. Integrating EMDR and Ego state Therapy for Client with Trauma Disorder. In Carol L. Forgash and Margaret Copeley, *Healing Trauma with EMDR and Ego state Therapy*. (pp. 91-120). New York, NY : Springer Publishing.
- Gay, L.G. 1987. *Educational Research: Competencies for Analysis and Aplication* (3rd Ed). Colombus: Merrill Publishing Company.
- Gordon, J. 1991. *A Diagnostic Approach to Oganizational Behavior*. Boston:Allyn and Bacon.
- Hartman, David & Diane Zimberoff. 2003. Ego State In Heart-Centered Therapies. *Journal of Heart-Centered Therapies*, Vol. 6, No. 1, pp. 47-92
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. 2000. A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatis stress disorder following mild traumatis brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157, 626-628.
- Haryanto, S. 2002. *Psikologi Shalat: Kajian Aspek-aspek Psikologis Ibadah Shalat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hawkins, Peter J. 2000. *Hypnosis in Counselling and Psychotherapy*. In Stephen Palmer, *Introduction to Counselling and Psychotherapy : Essential Guide*. London : Sage Publication Ltd
- Herman, J. L. 1992. *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hikmat, Eka Kurnia, 2005. “*Trauma Pasca -perang*,” [http://www.pikiran -rakyat.com/cetak/0504/15/1105.htm](http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/0504/15/1105.htm), diakses 04 Mei 2005.
- Hull, A. M. 2002. *Neuroimaging Findings In Post Traumatic Stress Disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 181, 102–110.

- Kaplan, H.I., B. J. Sadock, J.A. Grebb, 1997, *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, 2 (Terjemahan), Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaplan, Harold & Benjamin J. Sadock, 1998 *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat* (Terjemahan), Jakarta: Widya Medika.
- Litz, B. T. 1992. Emotional Numbering In Combat Related Post Traumatic Stress Disorder: *A Critical Review and Reformation. Clinical Psychology Review*, 12, 417–432.
- Lynn, Steve Jay & Judith W. Rhue. 1991. *Theory of Hypnosis : Current Models and Perspective*. New York : The Guilford Press
- Meichenbaum, D.H., & Deffenbacher, J.L. 1998. Stress inoculation training, the counseling psychologist, 16, 69-90.
- Neukrug, Ed. 2012. *The World of Counselor : An Introduction to The Counseling Profession*. Belmont, CA : Brooks/Cole.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B., 2006. *Abnormal Psychology in a changing World* (six edition). Upper saddle river, Nj; Prentice Hall.
- Neviyarni, 2005. *Konseling Krisis. Makalah* disampaikan dalam Konvensi Nasional XIV dan Kongres Nasional X ABKIN di Semarang 13 - 16 April 2005.
- Nicosia, G.J. 1994. *The QEEG of PTSD with EMDR. Makalah* disampaikan pada konferensi EMDR Internasional. Sunyvale, California.
- Nurachman, Nani, 2002. Psikologi Pasca Trauma: Perspektif Sosial Klinis dan Lintas Budaya serta Catatan Pribadi, *Jurnal Psikologi Sosial*. No. X th VII/ Januari 2002.
- Okawa, Judy B. & Ronda B Hauss. 2007. The Trauma of Politically Motivated Torture. In Elizabeth K. Carll, *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. (pp. 33-60) United Kingdom : Greenwood Publishing Group, Inc.
- Philips, Maggie. 2001. Healing The Divided Self. In Raymond J. Corsini, *Handbook of Innovative Therapy*. (pp. 279-292). New York, NY : Jhon Wiley & Son, Inc.
- Philips, Maggie. 2008. Combining Hypnosis with EMDR and Ego State Therapy for Ego Strengthening, In Carol L. Forgash and Margaret Copeley, *Healing Trauma with EMDR and Ego State Therapy*. (pp. 91-120). New York, NY : Springer Publishing

Practice: New Jersey: John Wiley & Sons.

Roan ,W., 2014. “Melupakan Kenangan Menghapus Trauma” dalam *Intisari*, Desember 2003, <http://www.jaga-jaga.com/anIjakTerkini.php?ida=65234>, diakses 30 Juni 2014.

Schaefer, Charles and Reid Steven, 2001, *Game Play, Therapeutic Use of Chilhood Games*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Scherer, K.R et all., 1986. *Emotional experience in cultural content: a comparison between Europe, Japan, ans united state*.

Selye, H. 1976. *The Stress Of Life*. New York: Knopt.

Shapiro, F. 1989. Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder, *Journal of behavior Therapy and Experimental Psikhiatri*, 20, 211-217.

Shapiro, F. 1995. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocoles, and Procedures*. New York: The Guilford Press.

Shapiro, F. 2001. *Eye movement desensitization and reprocessing*: New York: The Guilford Press.

Shapiro, F. 2002. Paradigms, Processing, and Personality Development. In F. Shapiro (Ed.) *EMDR as and Integrative Psichoterapy Approach; Expert of Diverse Orientations Explore the paradigm Prism*. Washington D.C: American Psichological Assosiation Books.

Sharp TJ, Harvey AG. 2001. Chronic pain and posttraumatis stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology* 21: 57–77.

Sukmaningrum, Avi. 2001. Terapi Bermain sebagai Salah Satu Alternatif Penanganan Pasca Trauma Pada Anak. *Jurnal Psikologi*, Vol. 8, No. 2 hal 14-23. September 2001.

Surya, Mohamad, 2005. Bimbingan Dan Konseling Untuk Kebutuhan Khusus *Makalah* disampaikan dalam Konvensi Nasional XIV dan Kongres Nasional X ABKIN di Semarang 13 - 16 April 2005

Sweeney, Daniel & Homeyer, Linda E., 1999. *The Handbook of Group Play Therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Van der Kolk, B. 1994. Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Text Book of Biological Psychiatry* (pp. 319–344). New York, NY : Wiley-Liss

- Wallboat, H.G & Scherer, H.R., 1986. *How universal and specific is emotional experiences? Evidence from 27 countries on five continents.*
- Watkins, Helen Huth. 1993. Ego state Therapy : Overview. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Vol. 35, No. 4, pp 232–240.
- Watkins, Jhon G. & Barabasz, Arreed. 2005. *Hypnotherapeutic Techniques* 2E. New York, NY : Routledge.
- Watkins, Jhon G. & Barabasz, Arreed. 2008. *Advanced Hypnotherapy : Hypnodynamic Technique*. New York, NY : Routledge.
- Watkins, Jhon G. & Watkins, Helen H. 1997. *Ego state : Theory and Therapy*. New York, NY : Norton & Company.
- Weaver, Andrew J. et all. 2003. *Counseling Survivors of Traumatic Events : A Handbook for Pastoral and Other Helping Professional*. Nashville : Abingdon Press.
- Yard, S., DuHamel, K., & Galynker, I. 2008. Hypnotizability As A Potential Risk Factor For Post Traumatic Stress : A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 334–356

PANDUAN KONSELING TRAUMATIS

(Untuk Konselor)

KAJIAN TENTANG TRAUMA
MODEL KONSELING TRAUMATIS
PROSEDUR KONSELING TRAUMATIS.



Penyusun:

Drs. Mochamad Nursalim, M.Si.

Dra. Titin Indah Pratiwi, M.Pd.

Dra. Retno Tri Hariastuti, M.Pd. Kons.

Ucapan Terima kasih

Tim pelaksana Penyusunan Panduan Konseling Traumatis berterimakasih kepada seluruh pihak yang telah bekerjasama menyusun panduan ini, serta telah menyumbangkan banyak waktu dan pengalaman bagi keberhasilan penyusunan panduan ini.

Panduan ini berfokus pada penanganan trauma psikis menggunakan konseling Traumatis diuji coba pada 2014 dan versi paripurna dari panduan ini akan disusun dan diabsahkan pada akhir 2015.

Ucapan terima kasih khusus disampaikan pada DP2M dan LPPM Unesa yang telah membiayai pelaksanaan penyusunan panduan dan penelitian ini. Ucapan terima kasih disampaikan juga kepada para Pakar Bimbingan dan Konseling yang telah bersedia bertindak sebagai uji ahli panduan ini.

Untuk informasi lebih jauh mengenai Panduan ini, silakan menghubungi surel; mochamad_nursalim@yahoo.com.



Kata Pengantar

Saat ini, di Indonesia banyak sekali kejadian yang dapat menimbulkan trauma pada anak diantaranya bencana alam seperti gelombang tsunami dan letusan gunung berapi, serta kekerasan pada anak dan *human trafficking*. Trauma dapat menimbulkan reaksi yang berupa: depresi, kecemasan, shock (goncangan), kekerasan, adaptasi semu. Para korban tersebut, sering dikategorikan ke dalam PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) atau alih bahasakan menjadi Gangguan Kecemasan Pascatrauma. Menurut deputi 3 bidang Kesehatan, Kependudukan dan Keluarga Berencana Kementerian Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat Dr Emil Agustiono, M.Epid, PTSD di Indonesia seringkali diabaikan ([http://health, detik.com](http://health.detik.com). diakses 11 Februari 2014). Secara umum 10-20% seseorang terkena trauma akan berkembang menjadi PTSD (Hasanudin, 2004).

Saat ini PTSD dapat terjadi dalam setting pendidikan khususnya sekolah. Fakta yang menarik adalah rata-rata PTSD dialami oleh siswa yang sedang belajar di sekolah. Seperti yang dilansir www.metrotvnews.com (Sabtu, 21 April 2012) tentang seorang siswa SD di Bulukumba yang trauma dan tidak mau ke sekolah karena diinjak oleh guru. Berita lain dimuat oleh www.surabaya.detik.com (Rabu, 4 April 2012) yang memuat tentang siswa SD di Mojokerto yang tidak berani sekolah karena trauma dipukul guru agama. Sementara itu, penelitian Rusmana, dkk. (2007) di Madrasah Ibtidaiyah menemukan siswa yang teridentifikasi mengalami PTSD termasuk dalam kategori sangat tinggi 4, 7%; sedang 33%; rendah 16, 7%; dan sangat rendah 9, 5%.

Sementara itu, hasil wawancara dengan beberapa konselor sekolah di Kediri dan di Surabaya dapat disimpulkan bahwa konselor di sekolah banyak yang tidak mengetahui cara menangani siswa yang menderita PTSD, dan konselor perlu memiliki ketrampilan khusus yang dapat digunakan untuk membantu siswa yang menderita PTSD.

Berdasarkan argumen tersebut, perlu dikembangkan model konseling traumatis yang didasarkan telaah empiris dan kajian pustaka yang terkelompok dalam: (1) teori konseling traumatis sebagaimana dikembangkan Shapiro (2001), (2) Terapi Permainan untuk mengatasi Pasca Trauma pada Anak (Sukmaningrum,

2001); (3) Pendekatan EMDR berbasis Budaya (Bahri, 2005); (4) Pendekatan religius (Neviyarni, 2005); (5) *Ego State : Theory and Therapy* (Watkins, & Watkins, 1997). serta (6), teori konseling sebagaimana dituliskan oleh Corey, G (2013)

Panduan ini ditulis sebagai wahana untuk memfasilitasi para konselor, calon konselor, psikolog, terapis serta para pemerhati profesi konseling, untuk mempelajari dan mendalami salah satu model yang krusial dalam praktek konseling, yakni konseling traumatis. Konseling traumatis menjadi aspek yang sangat krusial dalam praktek konseling karena saat ini banyak kejadian yang dapat memicu terjadinya trauma pada siswa SMA diantaranya perkosaan, pelecehan seksual, perkelahian, perampokan, penyekapan, penculikan dan sebagainya.

Dengan memahami dan menggunakan konseling traumatis dalam melaksanakan tugas-tugas profesionalnya maka konselor, sebagai profesional, di samping telah memenuhi tuntutan ilmiah dalam menjalankan profesinya, juga lebih mungkin dapat bekerja lebih efektif dan efisien. Perlunya menggunakan konseling traumatis tidak hanya memenuhi akuntabilitas dan tanggung jawab profesi, tetapi di dalamnya juga terkandung adanya ketulusan untuk menolong konseli.

Isi Panduan ini terdiri dari empat bab, bab pertama berisi pendahuluan, bab kedua berisi kajian tentang trauma, bab ketiga berisi model konseling traumatis, dan bab keempat berisi prosedur konseling traumatis.

Pada bab pertama yang berisi pendahuluan yang didalamnya terkandung tujuan dan petunjuk penggunaan panduan ini. Pada bab kedua membahas konsep tentang trauma secara berturut-turut akan dibahas makna dan ciri-ciri trauma, prevalensi, akar pemicu traumas, faktor-faktor yang mempengaruhi PTSD, dampak PTSD, Trauma ditinjau dari sudut budaya, trauma ditinjau dari perspektif teori. Pada bab ketiga, panduan ini berisi tentang model konseling traumatik, yang memuat diskripsi tentang: a) dasar filosofi tentang hakekat manusia dalam hubungannya dengan peristiwa traumatis, b) rasional, c) tujuan konseling; d) prinsip dan target konseling, e) garis besar konseling, f) kompetensi konselor, g) evaluasi dan indikator keberhasilan konseling. Sedangkan pada bab keempat yang berisi prosedur konseling traumatis mencakup a) pra kondisi konseling, b) norma-norma konseling, c) peranan dan fungsi konselor; d) pengalaman konseli dalam konseling; e) karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, f) prosedur dan teknik konseling.

Diharapkan panduan ini dapat dijadikan pedoman pelaksanaan penerapan pelaksanaan konseling traumatis, yang pada gilirannya dapat mempermudah konselor

dan terapis membantu memecahkan masalah trauma konseli secara efektif dan efisien.



Daftar Isi

	Hal
Halaman Judul	i
Ucapan Terima Kasih	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Bab I Pendahuluan	1
G. Tujuan	2
H. Petunjuk Penggunaan	4
Bab II Kajian Tentang Trauma	5
J. Hakekat Trauma	5
K. Ciri-ciri Trauma	6
L. Prevalensi	8
M. Akar Pemicu Trauma	10
N. Faktor Timbulnya PTSD	11
5. Faktor Resiko	11
6. Faktor Psikodinamik	13
7. Faktor Kognitif-Perilaku	13
8. Faktor Neurobiologi	15
O. Dampak PTSD	16
P. Tinjauan Trauma dari Sudut Pandang Budaya	17
Q. Tinjauan Trauma dari Perspektif Teoritis	19
3. Teori Behavioristik	19
4. Faktor Kognitif	20
Bab III Model-Model Konseling Traumatis	25
A. Substansi Model Konseling Traumatik	25
8. Dasar Filosofi	25
9. Rasional	27
10. Tujuan konseling	28
11. Prinsip dan Target Konseling	29
12. Garis Besar Konseling	29
13. Kompetensi Konselor	30
14. Evaluasi dan Keberhasilan Konseling	32
Bab IV Prosedur Konseling Traumatis	33
12. Pra Kondisi Konseling	33
13. Norma-Norma Konseling	33
14. Peranan dan Fungsi Konselor	33
15. Pengalaman Konseli dalam Konseling	34
16. Karakteristik Hubungan antara Konselor dan Konseli	34
17. Prosedur dan Teknik Konseling	34

1. Konseling Kelompok dengan Teknik Permainan	36
2. Konseling <i>Cognitive-Behavior</i>	40
3. Konseling dengan Teknik <i>Ego state</i>	54
4. Konseling EMDR	64
5. Konseling Relegius	70
Daftar Pustaka	77
Lampiran	80
1. Instrumen Kecemasan Pasca Trauma	80
2. Riwayat Hidup Penulis	81



Bab I Pendahuluan

Setiap orang beresiko mengalami peristiwa traumatis. Ada beberapa orang yang setelah mengalami suatu peristiwa traumatis, ia segera dapat mengatasi persoalan itu, sehingga pada waktu berikutnya ia tidak mengalami gangguan psikologis. Namun tidak jarang bagi beberapa orang, peristiwa traumatis tersebut mengakibatkan gangguan psikologis dan emosional yang berkepanjangan.

Reaksi umum terhadap kejadian dan pengalaman yang traumatik adalah berusaha menghalanya dari kesadaran. Namun bayangan tentang kejadian itu sendiri tak bisa 'dikubur' dalam memori. Konflik antara keinginan untuk mengingkarinya (*denied*) secara terbuka merupakan dialektika dari trauma psikologis.

Bila apa yang sebenarnya terjadi akhirnya diketahui oleh umum, maka mereka akan menjadi korban dari kejadian itu dapat memulai proses penyembuhannya. Namun seringkali kejadian tersebut ditutupi atau dikemas sedemikian rupa sehingga penuturan tentang kejadian yang traumatik tidak muncul dalam bentuk narasi verbal, melainkan dalam bentuk simptom-simptom fisik dan psikis (Nurachman, 2002).

Baik korban maupun saksi dapat terkena dialektika dari trauma ini. Untuk berbicara secara terbuka, apalagi kepada publik, tentang trauma sama saja dengan mengundang stigma yang dapat dikaitkan kepada korban. Bila hal inipun dapat terjadi, maka informasi yang ada biasanya tidak akan bertahan lama kesadaran publik tersebut.

Eth & Pynoos (Gill, 1991) menyatakan bahwa trauma psikis terjadi ketika seseorang dihadapkan pada peristiwa yang menekan yang akhirnya menyebabkan rasa tidak berdaya dalam mengatasi kecemasan, ketakutan akibat bahaya yang dirasakannya mengancam. Respon awal individu terhadap trauma psikis secara umum, misalnya dapat dilihat pada anak dan remaja adalah meliputi gangguan pada kognisi (termasuk daya ingat, *school performance* dan kemampuan belajar), gangguan afeksi (murung, depresi, cemas berlebihan, mimpi buruk dan sebagainya) relasi interpersonal (menarik diri dan kehilangan minat

untuk berinteraksi dengan orang lain), fungsi kontrol dan tingkah laku (*agresif, hiperaktif, dan sulit berkonsentrasi*).

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

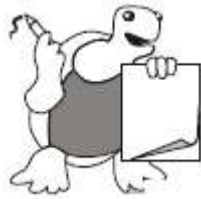


A. Tujuan

Tujuan utama dari buku ini adalah supaya para calon konselor dan konselor sekolah, dapat memahami berbagai hal yang berkaitan dengan trauma, merancang dan mengaplikasikan konseling traumatis bagi siswa yang mengalami trauma. Secara khusus tujuan yang ingin dicapai adalah:

- a. Memahami makna traumatis.
- b. Mengidentifikasi ciri-ciri traumatis.
- c. Menjelaskan akar pemicu traumatis.
- d. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi PTSD.
- e. Menjelaskan traumatis ditinjau dari sudut budaya.
- f. Menjelaskan trauma ditinjau dari berbagai perspektif teori
- g. Menjelaskan rasional (alasan) perlunya konseling traumatis
- h. Menggambarkan tujuan konseling traumatis.
- i. Menjelaskan prinsip dan target konseling traumatis.
- j. Mendiskripsikan garis besar konseling traumatis.
- k. Mengidentifikasi kompetensi konselor yang dibutuhkan dalam pelaksanaan konseling traumatis.

- l. Melakukan evaluasi dan,
- m. menetapkan indikator keberhasilan konseling traumatis,
- n. menjelaskan pra kondisi konseling traumatis.
- o. Menjelaskan norma-norma yang berlaku dalam konseling traumatis
- p. Menjelaskan peranan dan fungsi konselor
- q. Menjelaskan pengalaman konseli dalam konseling traumatis.
- r. Menjelaskan karakteristik hubungan antara konselor dan konseli, serta
- s. Mengaplikasikan prosedur dan teknik konseling traumatis.

**B. Petunjuk Penggunaan**

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan buku ini adalah sebagai berikut.

- a. Telitilah buku ini dengan seksama, periksa apakah halamannya lengkap
- b. Bacalah dengan penuh perhatian, dan catat deskripsi teori yang tertulis.
- c. Pahami prosedur implementasi konseling, kemudian lakukan latihan tahap demi tahap
- d. Bila perlu lakukan latihan dengan sesama konselor sekolah.
- e. Bila ada beberapa hal yang kurang jelas dapat ditanyakan pada penulis di surat elektronik (surel); mochamad_nursalim@yahoo.com atau di 08155208054.
- f. Selamat mempelajari dan menerapkan buku panduan ini



Bab II Kajian Tentang Trauma



J. HAKIKAT TRAUMA

Kejadian luar biasa dalam kehidupan dapat dialami oleh seseorang mulai sejak dalam kandungan sampai akhir hayatnya. Peristiwa dalam hidup dapat disebabkan alam dan peristiwa atau permasalahan yang ditimbulkan oleh manusia sendiri. Semakin berat peristiwa yang dialami oleh seseorang, semakin besar peluang orang tersebut mengalami trauma. Ada dua jenis gangguan yang dapat dialami seseorang setelah mengalami peristiwa traumatis yakni ASD (*Acute Stress Disorder*) dan PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*).

ASD adalah suatu reaksi maladaptif yang terjadi pada bulan pertama setelah pengalaman traumatis, Sedangkan PTSD adalah reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu pengalaman traumatis (Nevid, 174; 2006). ASD adalah faktor resiko terbesar untuk PTSD, karena banyak orang ASD yang kemudian berkembang menjadi PTSD (Harvey & Bryant, 1999, 2000; Sharp & Harvey, 2001; Nevid, 2006; 173). ASD terjadi setelah beberapa hari dan beberapa minggu tidak sampai hitungan bulan setelah peristiwa traumatis yang dialami individu. Sedangkan, PTSD terjadi berbulan-bulan, bertahun-tahun, atau mungkin beberapa dekade dan mungkin baru muncul beberapa bulan atau beberapa tahun setelah terjadinya peristiwa traumatis (Zlotnick dkk., 2001).

Kedua tipe gangguan ini terjadi pada orang-orang yang menjadi korban perkosaan, penganiayaan yang dialami (baik oleh keluarga ataupun orang lain) hancurnya rumah-rumah, lingkungan hidup mereka karena bencana seperti;

banjir, gempa bumi, tornado, gunung meletus, kecelakaan pesawat terbang, kapal, kereta api, dsb.

Pada ASD maupun PTSD, peristiwa traumatis yang dialami seseorang melibatkan kematian, ancaman kematian, cedera fisik serius, atau ancaman terhadap keselamatan diri atau orang lain. Respon terhadap ancaman tersebut mencakup perasaan yang sangat takut, perasaan tak berdaya, rasa ngeri, atau rasa tertekan. Anak-anak dengan PTSD kemungkinan mengalami ancaman dengan cara lain, misalnya dengan menunjukkan kebingungan atau agitasi.

Kerentanan terhadap PTSD dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti resiliensi dan kerentanan terhadap efek trauma, riwayat penganiayaan seksual pada masa kanak-kanak, keparahan trauma, ketersediaan dukungan sosial, derajat keparahan peristiwa traumatis, penggunaan respon coping aktif dalam menghadapi stressor traumatis, dan perasaan malu (Nevid, 1975; 2006).

K. CIRI-CIRI TRAUMA

Ciri-ciri stress traumatis ASD dan PTSD mempunyai banyak ciri dan simptom yang sama (Bryant, 2001). Beberapa ciri yang sama adalah mengalami kembali peristiwa traumatis, menghindari petunjuk atau stimuli yang diasosiasikan dengan peristiwa tersebut, mati rasa dalam responsivitas secara umum atau dalam segi emosional, mudah sekali terangsang, gangguan fungsi atau distress emosional yang penting. Perbedaan utama kedua gangguan tersebut adalah ASD penekanannya pada disosiasi perasaan asing terhadap diri sendiri atau lingkungannya (Bryant, 2001; USDHHS, 1999a).

Orang yang mengalami PTSD, akan merasakan kembali peristiwa-peristiwa traumatis dalam berbagai macam cara. Seperti; ingatan yang intuitif, mimpi buruk yang berulang-ulang, dan perasaan bahwa peristiwa tersebut memang terulang kembali. Pemaparan terhadap peristiwa yang menyerupai pengalaman traumatis dapat menyebabkan distress psikologis yang intens. Orang-orang dengan reaksi stress traumatis cenderung untuk menghindari stimuli yang membangkitkan ingatan terhadap trauma.

PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidakrentanan emosional, dan kilas balik dari pengalaman yang amat pedih itu setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa (Kaplan, 1998). PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian "bencana" yang telah menimpa seseorang, PTSD juga dapat menyerang

siapapun yang telah mengalami kejadian traumatis dengan tidak memandang usia dan jenis kelamin.

Menurut Selye (Rothschild, 2000) stres merupakan perubahan pola somatis sebagai respon dalam menghadapi beban lingkungan. Rothschild (2000) mengatakan bahwa bentuk yang paling ekstrem dari stress merupakan akibat dari kejadian traumatis, yang disebut traumatis stress. Penempatan diagnostik PTSD dalam kategori gangguan kecemasan dalam DSM IV menunjukkan bahwa kecemasan merupakan reaksi yang dominan terhadap trauma. Gejala PTSD menunjukkan gejala yang sama (*overlap*) dengan gejala kecemasan, misalnya gejala sangat peka (*hyper vigilance*), gangguan tidur, mudah marah, gangguan konsentrasi. Gejala-gejala tersebut biasa ditemukan baik pada penderita PTSD maupun gangguan kecemasan umum (*Generalized Anxiety Disorder*) (Foa & Rothbaum, 1998), namun tidak semua gejala psikopatologi tersebut dapat diatributkan pada PTSD, apabila gejala tersebut telah dialami oleh individu sebelum terjadi peristiwa traumatis berat.

L. PREVALENSI

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

Sementara itu Leach (dalam Fakhruddin, 2005) menegaskan bahwa berdasarkan atas pola-pola respon korban terhadap dampak peristiwa traumatis dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

Kategori	Keterangan
Kelompok I	Kelompok ini biasanya relatif bersahaja, pemikiran mereka masih jelas, dan penuh perhitungan dalam tindakan. Mereka ini kerap kali dinamakan sebagai " <i>supercool</i> ". Dari keseluruhan korban biasanya terdapat 10% - 20%.
Kelompok II	Kelompok ini menunjukkan gejala sangat bingung dan membingungkan. Proses berfikir mereka bertipikal salah atau keliru, dan tidak mampu membuat rencana dengan cara yang masuk akal. Tingkah lakunya menyerupai robot, dan memperlihatkan simptom-simptom fisik dan psikologikal yang

	nyata, khususnya berupa <i>anxiety</i> yang tinggi. Korban yang termasuk ke dalam kategori ini sekitar 75%.
Kelompok III	Kelompok ini selalu menunjukkan beberapa tingkah laku yang tidak sesuai, beberapa diantaranya ada yang menjadi tidak berdaya (<i>helplessness</i>) dan membeku (<i>cooled</i>) pada situasi dan tempat tertentu, perasaannya mudah berganti, dan beberapa diantaranya cenderung bertingkah laku yang sangat membahayakan dirinya dan orang lain. Prevalensinya antara 10% hingga 15%.

Seorang psikiater di Jakarta yang bernama Roan menyatakan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau *shock*. Sementara trauma psikis dalam psikologi diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindari (Roan, 2006). *National Institute of Mental Health* (NIMH) mendefinisikan PTSD sebagai gangguan berupa kecemasan yang timbul setelah seseorang mengalami peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fisiknya. Peristiwa trauma ini bisa berupa serangan kekerasan, bencana alam yang menimpa manusia, kecelakaan atau perang (Anonim, 2005d). 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 hebat, *sexual abuse* (kekerasan seksual), atau perang.

Tiga tipe gejala yang sering terjadi pada PTSD adalah, pertama, pengulangan pengalaman trauma, ditunjukkan dengan selalu 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 fisik 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, sensitifitas yang meningkat, ditunjukkan dengan susah tidur, mudah marah/tidak dapat mengendalikan marah, susah berkonsentrasi, kewaspadaan yang berlebih, respon yang berlebihan atas segala sesuatu (Anonim, 2005a; Anonim, 2005b).

M. AKAR PEMICU TRAUMA

Menurut Shapiro (1995) traumatik dimaknai sebagai pengalaman hidup yang menyakitkan dan mengganggu keseimbangan biokimia dari sistem pengolahan informasi otak. Ketidakseimbangan ini menghambat pengolahan informasi untuk meneruskan proses tersebut untuk mencapai suatu keadaan adaptif sehingga persepsi, emosi, keyakinan, dan makna yang diperoleh dari pengalaman tersebut "terkunci" dalam system syaraf. Sementara itu Surya (2005) menyatakan trauma merupakan satu keadaan yang bersumber dari suatu peristiwa dengan kekuatan tertentu sehingga menimbulkan rasa sakit baik fisik maupun psikis bagi yang mengalaminya. Peristiwa traumatik merupakan suatu serangan yang kuat terhadap kondisi psikologis dan menyebabkan rasa sakit atau kecemasan yang mendalam dan berkepanjangan.

PTSD merupakan suatu kondisi atau keadaan yang terjadi setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis atau kejadian buruk dalam hidupnya. PTSD dianggap sebagai salah satu bagian dari gangguan kecemasan (*anxiety disorder*). Orang yang mengalami PTSD merespon peristiwa traumatis yang dialami dengan ketakutan dan keputusasaan, mereka akan terus mengenang peristiwa itu dan selalu mencoba menghindari hal-hal yang dapat mengingatkan kembali akan peristiwa tersebut.

Stressor atau faktor primer yang menyebabkan timbulnya PTSD dapat berupa bencana alam seperti banjir, gunung meletus, tsunami dan lainnya, ada pula yang berasal dari ulah manusia misalnya perang, kebakaran, kekerasan fisik ataupun kekerasan seksual. Timbulnya PTSD tidak hanya disebabkan oleh adanya *stressor*, ada beberapa faktor yang terjadi sebelum dan sesudah trauma berperan dalam munculnya gangguan ini.

N. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TIMBULNYA PTSD

5. Faktor Resiko

Beberapa faktor resiko terjadinya PTSD dilihat dari aspek trauma, pengalaman saat trauma, karakteristik masing-masing individu dan faktor post-trauma. Aspek trauma yang dimaksud adalah durasi dan beratnya peristiwa yang dialami, peristiwa yang tiba-tiba terjadi tanpa adanya peringatan, adanya banyak korban meninggal, serta merupakan korban tindakan kriminal.

Menurut Bahri (dalam Supriatna, 2005), beberapa kejadian yang sering menimbulkan traumatik pada umumnya dan PTSD pada khususnya adalah sebagai berikut.

Perang. Banyak laporan tentang dampak perang pada prajurit. Misalnya, studi tentang stres traumatik yang dialami tentara PD I, PD II, perang Vietnam, dan berbagai kisah perang lainnya. Studi-studi itu umumnya, menemukan gejala yang sama pada penderita, antara lain gelisah, pemarah, kepayahan, sukar tidur, terkejut-kejut, mengigau, depresi, gangguan kepribadian dan hilang ingatan.

Bencana Alam. Dampak psikologis bencana alam juga telah dikaji secara detail. Para ahli telah mengkaji efek berbagai bentuk bencana alam, misalnya gempa bumi, banjir, gelombang tsunami, angin topan dan sebagainya. Beberapa gejala umum yang dialami oleh penderita atau korban bencana alam itu, antara lain, fobia dan ketakutan, depresi, kesan yang membekas (terngiang-ngiang), perubahan pola makan, menurunnya gairah seks, dan gangguan aktivitas sosial. Selain itu, faktor sosio-kultural juga mempengaruhi mereka; misalnya para korban kehilangan pekerjaan, atau sumber-sumber ekonomi karena musibah itu.



Kekerasan. Telah banyak hasil studi mengenai efek psikologis dari berbagai tindak kekerasan. Efek tindak kekerasan ini amat beragam, sebagian dari efek bencana seperti yang telah dikemukakan di muka, tetapi ada juga efek yang

kelas. Gejala yang paling umum dialami oleh korban tindak kekerasan adalah rasa menyesal, malu dan anti sosial. Ada berbagai kategori tindak kekerasan, antara lain, kekerasan kriminal, kecelakaan, penyiksaan, kekerasan dalam keluarga dan kekerasan dalam perang.



Musibah lainnya. Beberapa bencana non alamiah juga telah dikaji dampaknya. Antara lain, musibah-musibah pabrik industri, musibah teknologi seperti pecahnya reaktor nuklir Chernobil Rusia. Efek psikologis yang diderita oleh kurban antara lain; gangguan kesehatan, terancamnya masadepan anak-anak, dan ingin segera pindah tempat. Beberapa studi juga menemukan gangguan (distorsi) kognitif pada korban musibah ini.



Perasaan yang timbul saat trauma berupa merasa hidupnya beresiko, merasa kurang mampu mengontrol peristiwa, timbul rasa takut dan putus harapan, serta adanya gejala disosiatif saat kejadian. Karakteristik individu yang memiliki resiko PTSD, ada riwayat menderita gangguan psikiatri dan saraf, trauma terutama saat anak-anak, adanya penyangkalan terhadap trauma yang dialami dan reaksi stres akut. Faktor pascatrauma, berupa penyangkalan trauma oleh orang sekitar atau penolakan atas apa yang telah dialami serta kurangnya dukungan lingkungan sekitar.

6. Faktor Psikodinamik

Suatu hipotesa menyatakan kejadian trauma dapat membangkitkan ingatan tentang pengalaman sebelumnya yang menimbulkan suatu konflik psikologis. Kebangkitan trauma waktu anak-anak menimbulkan regresi dan menggunakan mekanisme pertahanan diri seperti penyangkalan dan reaksi formasi.

7. Faktor Kognitif-Perilaku

Manusia dipahami mempunyai suatu sistem pemrosesan informasi yang didasari kondisi fisiologis (*physiologically-based*). Hal ini dapat dibandingkan dengan system tubuh yang lain, seperti pencernaan dimana tubuh menyuling bahan gizi untuk kesehatan dan *survival*. Sistem pemrosesan informasi memproses berbagai unsur dari pengalaman kita dan gudang memori dalam suatu format yang diakses dan bermanfaat. Berbagai memori dihubungkan dengan jaringan yang berisi pemikiran yang terkait, gambaran (*image*), emosi, sensasi. Di sini terjadi proses belajar ketika asosiasi baru ditempa dengan bahan (*material*) yang siap disimpan dalam memori.

Ketika suatu kondisi traumatis atau suatu peristiwa yang sangat negatif terjadi, pemrosesan informasi menjadi tidak sempurna, barangkali disebabkan oleh perasaan-perasaan negatif yang kuat atau *dissociation interfere* dengan pemrosesan informasi. Pencegahan penempatan koneksi dengan informasi yang lebih adaptif disimpan dalam jaringan memori yang lain. Sebagai contoh, seorang yang selamat dari perkosaan dapat "mengetahui" bahwa pemerkosa adalah orang yang bertanggungjawab atas kejahatan mereka, tetapi informasi tersebut tidak dihubungkan (*connected*) dengan perasaannya bahwa dia menyalahkan serangan itu. Kemudian memori menyimpan secara disfungsi tanpa asosiasi dan koneksi yang sesuai dan dengan banyak unsur, tetapi tidak diproses. Ketika individu memikirkan trauma itu, atau ketika memori dicetuskan oleh situasi yang serupa, orang boleh merasa seperti dia (perempuan korban perasaan) sedang mengenang hal itu lagi, atau dapat mengalami emosi yang kuat dan sensasi fisik. Suatu contoh utama adalah pikiran yang terganggu, gangguan emosional, dan keyakinan negatif yang merujuk pada diri sendiri (*self-referencing*) sebagai akibat kekalutan ketegangan pascatrauma (Shapiro, 2002).

Model kognitif dari PTSD menyatakan orang-orang yang tidak mampu merasionalisasi trauma dengan cepat mengalami gangguan PTSD. Mereka terus merasakan stres dan mencoba untuk menghindari apa yang dialami dengan

teknik penghindaran. Orang-orang tersebut menekan ingatan tentang trauma yang dialami ke alam bawah sadar, yang mana lama-kelamaan semakin menumpuk, jika terjadi trauma lagi hal itu dapat menimbulkan bangkitan ingatan trauma sebelumnya.

Model perilaku dari PTSD menekankan dua fase berkembangnya PTSD yaitu trauma (stimulus) yaitu yang menghasilkan respon ketakutan melalui kondisi klasik yang dipasangkan dengan stimulus yang dikondisikan (fisik ataupun mental yang mengingatkan akan trauma yang dialami), yang kedua adalah melalui instrumen, stimulus dikondisikan yang menimbulkan reaksi ketakutan tidak tergantung stimulus aslinya yang tidak dikondisikan, orang tersebut akan menunjukkan gambaran menghindari stimulus yang dikondisikan ataupun yang tidak. Beberapa orang mendapat keuntungan dari dunia luar setelah adanya trauma, misalnya uang kompensasi dan meningkatnya rasa simpati, keuntungan ini akan menguatkan gangguan PTSD dan gangguan ini menjadi persisten.

Deskripsi di atas menunjukkan bahwa PTSD muncul beranjak dari: 1) rangsangan peristiwa, yaitu peristiwa yang menjadi sumber traumatis masuk ke dalam ranah kognisi seseorang; dan 2) peristiwa kognisi yang kemudian tersimpan di dalam memori, dan menjadi bagian dari sistem memori berbentuk dua macam, a) informasi tak sadar, dan b) informasi berkesadaran. Peristiwa kognisi ini dapat menjadi titik awal (basis) untuk memahami pengalaman PTSD. Selanjutnya, perkembangan peristiwa kognisi ini dipengaruhi oleh lingkungan dan konteks sosial budaya; dan kemudian ia mempengaruhi kepribadian yang memunculkan siptom PTSD.

8. Faktor Neurobiologi

Peran faktor neurobiologi dalam PTSD berkaitan dengan ingatan dan kondisi ketakutan. *Hipotalamus* dan beberapa bagian dari *lobus temporalis* dipercaya berperan dalam mengingat kejadian yang disadari, misalnya ingatan tentang kejadian trauma yang dialami. *Amygdala* diyakini berperan dalam suatu ingatan yang tidak disadari, misalnya aspek autonom yang merupakan respon dari rasa takut. *Amygdala* menerima informasi tentang rangsangan luar dan selanjutnya digunakan sebagai penanda, hal tersebut kemudian merangsang respon emosi termasuk "*fight, flight* atau *freezing*" dan dalam perubahan *stress hormonal*.

Hubungan antara *hipotalamus*, *amygdala*, serta *cortek prefrontal medial* membentuk respon akhir rasa takut. Hipotalamus dihubungkan dengan respon ketakutan yang kuat, sedangkan dalam beberapa studi menunjukkan volume hipotalamus yang kecil dihubungkan dengan adanya PTSD. Kalangan klinisi memiliki data bahwa terjadi *hiperaktifasi noradrenergic*, *system opioid endogen* dan juga *axis hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA axis)*, serta adanya peningkatan aktivitas dan respon dari sistem saraf autonom yang ditandai dengan peningkatan nadi dan tekanan darah serta adanya pola tidur yang abnormal (*fragmentasi* tidur, dan peningkatan *latency* tidur).

O. DAMPAK PTSD

Wilson (dalam Schiraldi, 1999) menjelaskan bahwa PTSD dapat berdampak kepada kapasitas-kekapasitas psikologi, konsep diri, perkembangan dan hubungan sosial seseorang. Jika tidak ditangani, PTSD akan bertambah parah dan memberikan dampak munculnya gangguan aspek fisik, emosi, mental, perilaku, spiritual. Symptom yang muncul pada aspek fisik di antaranya adalah kelelahan, suhu badan meninggi, menggigil, badan lesu, mual-mual, pening, sesak napas, dan panik. Aspek emosi di antaranya iritasi, hilangnya gairah hidup, ketakutan, kurangnya pengendalian emosi, merasa rendah diri. Sedangkan aspek mental di antaranya kebingungan, ketidakmampuan menyelesaikan masalah, tidak dapat berkonsentrasi, tidak mampu mengingat dengan baik.

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

Pernyataan di atas senada dengan yang diungkapkan oleh Sara (2005) bahwa PTSD ternyata dapat mengakibatkan sejumlah gangguan fisik, kognitif, emosi, behavior (perilaku), dan sosial. Gejala gangguan fisik memiliki ciri pusing, gangguan pencernaan, sesak napas, tidak bisa tidur, kehilangan selera makan, impotensi, dan sejenisnya. Gangguan kognitif ditandai oleh gangguan pikiran seperti disorientasi, mengingkari kenyataan, linglung, melamun berkepanjangan, lupa, terus menerus dibayangi ingatan yang tak diinginkan, tidak focus dan tidak

konsentrasi, tidak mampu menganalisa dan merencanakan hal-hal yang sederhana, tidak mampu mengambil keputusan. Pada kasus yang lebih berat mulai disertai halusinasi. Gangguan emosi ditandai dengan gejala tertekan, depresi, mimpi buruk, marah, merasa bersalah, malu, kesedihan yang berlarut-larut, kecemasan dan ketakutan, menarik diri, tidak menaruh minat pada lingkungan, dan tidak mau diajak bicara. Singkatnya, hidup dihayati sebagai kehampaan dan tidak bermakna. Gangguan perilaku, ditandai menurunnya aktivitas fisik, seperti gerakan tubuh yang minimal. Misal, duduk berjam-jam dan perilaku repetitif (berulang-ulang). Sementara gangguan sosial, yakni memisahkan diri dari lingkungan, menyepi, agresif, prasangka, konflik dengan lingkungan, merasa ditolak atau sebaliknya sangat dominan.

P. TRAUMATIS DILIHAT DARI SUDUT PANDANG BUDAYA

Trauma mungkin dapat dialami oleh siapapun, namun pertanyaannya apakah trauma cenderung dialami oleh orang dari ras atau budaya tertentu? Ketika orang-orang dari budaya yang berbeda merasakan sebuah emosi, terdapat pertanyaan mengenai apa mereka mengalaminya dengan cara yang sama atau berbeda, apa mereka mengalami jenis emosi yang sama atau berbeda, apa emosi yang mereka alami lebih sering atau lebih kuat dibandingkan yang lain apa mereka memiliki tipe emosi yang sama terhadap reaksi nonverbal atau terhadap gejala psikis dan fisik serta sensasi/perasaan?.

Setiap orang yang memiliki kebudayaan, kebiasaan, dan lingkungan yang berbeda tentu akan memiliki kebiasaan, cara berpikir, dan menyikapi yang berbeda pula. Indonesia yang terdiri dari banyak suku dan budaya terdapat perbedaan cara hidup mereka, ini tentu akan berpengaruh pada ketahanan individu dalam menghadapi tantangan dan tekanan hidup.

Budaya individu dalam lingkungan sosial akan mempengaruhi kepribadian seseorang. Kepribadian dipengaruhi oleh kognisi, emosi dan motivasi. Jenis-jenis *antecedent* yang sama secara umum membawa jenis emosi yang sama secara lintas budaya. Namun, perbedaan budaya tetap ada pada berbagai kejadian *antecedent* yang membawa emosi. Misalnya, kematian pada satu budaya diartikan sebagai kesedihan karena kehilangan orang yang dicintai, tetapi pada budaya lain diartikan sebagai kebahagiaan karena dipandang merupakan tujuan spiritual tertinggi.

Dalam beberapa tahun terakhir beberapa program penelitian mulai mempelajari bagaimana orang-orang dari berbagai budaya mengalami emosi secara berbeda-beda (Scherer, Summerfield, dan Wallbot, 1986; Wallbot dan Scherer, 1986). Penelitian-penelitian tersebut, secara keseluruhan, melibatkan ribuan responden dari lebih dari 30 budaya di seluruh dunia, yang mengisi kuesioner tentang emosi yang mereka alami di kehidupan sehari-hari mereka secara kolektif, temuan dari penelitian-penelitian ini menunjukkan bahwa kebudayaan memiliki pengaruh yang besar pada bagaimana orang mengalami emosi.

Salah satu dari penelitian ini (Scherer, Matsumoto, Wallbot dan Kudoh, 1988) menguji perbedaan antara orang Eropa, Amerika, dan Jepang mengenai frekuensi kemunculan emosi. Meskipun anda mungkin menduga bahwa orang dari berbagai penjuru dunia ini mengalami emosi dalam frekuensi yang kurang lebih sama, data yang didapat mengatakan sebaliknya. Orang Jepang melaporkan bahwa mereka mengalami semua emosi termasuk senang, sedih, takut dan marah lebih sering ketimbang orang Amerika atau Eropa. Orang Amerika melaporkan lebih sering mengalami senang dan marah dibanding orang Eropa.

Q. TINJAUAN TRAUMA DARI PERSPEKTIF TEORITIS

Gangguan traumatis merupakan suatu teori laboratorium teoritis. Banyak teori tentang tingkah laku abnormal yang dikembangkan dengan pemikiran tentang gangguan ini. Berikut akan dipaparkan trauma dilihat dari beberapa perspektif teoritis.

3. Teori Behavioristik

Dari perspektif behavioristik traumatis dapat dilihat dari kerangka pikir conditioning. Dari perspektif *classical conditioning*, pengalaman-pengalaman traumatis berfungsi sebagai stimulus tak terkondisi (*unconditioned*) yang dipasangkan dengan stimulus netral (*conditioned*) seperti sesuatu yang dilihat, suara, dan bau yang diasosiasikan dengan gambaran trauma.

Misalnya, bencana alam tsunami di Aceh, di mana dalam kondisi tersebut banyak anak-anak yang menjadi yatim piatu. Kehilangan sanak saudara dan orang-orang yang dicintai. Mereka harus menjadi sebatang kara, rumah, keluarga, lingkungan sosial, sekolah, dan pekerjaan hilang terbawa arus tsunami. Pemaparan terhadap kondisi serupa baik suara gemuruh yang menyerupai ombak, melihat air dalam jumlah besar, dan hal lain yang

diasosiasikan serupa dengan kondisi tersebut sehingga menimbulkan kecemasan (suatu respon emosional yang terkondisi) sehingga menimbulkan PTSD. Stimuli terkondisi akan mereaktivasi respon terkondisi mencakup memori atau gambaran-gambaran dalam mimpi mengenai trauma atau kunjungan ke tempat kejadian trauma (Nevid, 180; 2006). Sehingga, sebagai konsekuensi orang dalam kondisi tersebut akan menghindari stimuli.

Menurut behavioris traumatik dapat dilihat dari *observasional learning*. Modeling (mengobservasi korban tsunami, sehingga kita akan bereaksi takut terhadap stimuli (segala sesuatu yang diasosiasikan dengan tsunami).

4. Teori kognitif

Fokus dari perspektif kognitif adalah peran dari gejala yang terdistorsi dan disfungsional yang mungkin memegang peran pada pengembangan gangguan-gangguan kecemasan. Berikut adalah beberapa gaya berpikir yang dapat menimbulkan gejala traumatis.

g. Prediksi berlebihan terhadap rasa takut

Orang dengan gangguan traumatis akan memprediksi secara berlebihan tentang seberapa besar ketakutan yang akan mereka alami dalam situasi-situasi yang membangkitkan rasa takut. Orang yang takut naik mobil karena pernah mengalami kecelakaan mobil mungkin akan gemetar ketika menaiki mobil. Orang yang fobia dental (berhubungan dengan dokter gigi) cenderung untuk mempunyai harapan yang berlebihan terhadap rasa sakit yang akan mereka alami ketika kunjungan ke dokter gigi (Marks & de Silva, 1994).

Orang-orang yang mengalami trauma atau rasa sakit akan mengalami rasa takut yang berlebih dibandingkan orang pada umumnya (tidak mengalami trauma). Orang-orang yang mengalami trauma akan cenderung menghindari stimuli dengan harapan tidak mengalami rasa takut atau sakit. Pada gilirannya individu yang mengalami trauma tidak akan bisa belajar menghadapi rasa takut dari stimuli yang ada.

h. Keyakinan *self defeating* atau irrasional

Pikiran-pikiran *self defeating* dapat meningkatkan dan mengekalkan gangguan-gangguan traumatis. Bila berhadapan dengan stimuli pembangkit kecemasan, orang mungkin berpikir “saya harus keluar dari sini” atau “jantung saya akan meloncat dari dada saya” (Meichenbaum &

Deffenbacher, 1988). Pikiran-pikiran seperti ini mengintensifikasi rangsangan otonomik, mengganggu rencana, memperbesar aversivitas stimuli, mendorong tingkah laku menghindar, dan menurunkan harapan untuk *self efficacy* sehubungan dengan kemampuan seseorang untuk menghindari situasi. Orang yang memiliki gangguan traumatis akan lebih banyak mempunyai pikiran *irrational* dibandingkan orang yang tidak memiliki gangguan traumatis.

i. Sensitivitas berlebihan terhadap ancaman

Suatu sensitivitas berlebihan terhadap suatu sinyal ancaman adalah ciri utama dari gangguan-gangguan kecemasan (Beck & Clark, 1997). Orang dengan gangguan traumatis akan berpikir bahaya pada situasi-situasi dimana kebanyakan orang merasa aman, seperti mengendarai mobil pada kondisi jalan yang menanjak atau mendengar suara gemuruh. Setiap individu mempunyai sistem alarm internal yang sensitif terhadap sinyal ancaman. Sistem ini secara evolusi mempunyai keuntungan untuk manusia karena meningkatkan kemungkinan bertahan hidup di lingkungan yang sarat akan holistilitas (Beck & Clark, 1997).

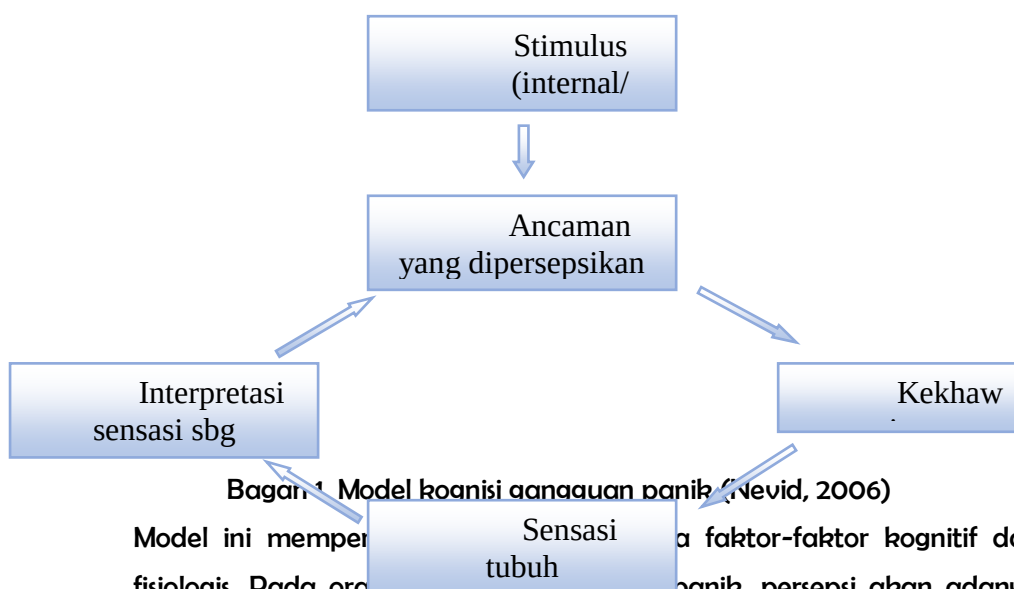
Manusia purba yang bereaksi cepat terhadap tanda-tanda ancaman, seperti suara gemerisik dari semak-semak mungkin mengindikasikan bahwa ada pemangsa yang mau menyerang, mereka mungkin lebih siap mengambil tindakan *defensive* (menghadapi atau kabur). Dibandingkan dengan manusia yang sistem alarmnya kurang sensitif. Emosi takut adalah elemen kunci dalam sistem alarm ini memotivasi manusia purba untuk *defensive* dan bertahan hidup. Orang di zaman sekarang yang memiliki rasa takut telah mewarisi alarm internal yang sangat sensitif yang menjadikan mereka sangat sensitif terhadap sinyal ancaman.

j. Sensitivitas kecemasan

Sensitivitas kecemasan (*anxiety sensitivity*) adalah suatu ketakutan terhadap kecemasan dan simptom-simptom yang terkait dengan kecemasan (Zinbarg dkk, 2001). Orang dengan sensitivitas yang tinggi terhadap kecemasan mempunyai ketakutan terhadap ketakutan itu sendiri (Nevid, 2006). Mereka takut terhadap emosi-emosi mereka atau takut terhadap respon pada sesuatu yang diasosiasikan dengan keadaan tersebut menjadi tidak terkendali, yang pada akhirnya akan menimbulkan konsekuensi yang merugikan. Mereka akan mudah panik

ketika mereka merasa tubuh mengalami kecemasan, seperti; jantung berdebar, keluar keringat dingin, kepala pusing, terlalu sering buang air kecil, nafas pendek dsb. karena mereka menghadapi suatu kondisi tertentu. Sensitivitas terhadap kecemasan juga dapat berbeda diantara masyarakat yang berbeda budaya. Di Indonesia perempuan yang menikah dalam kondisi perawan akan sangat dihargai oleh suaminya, namun jika di negara luar (seks bebas) perempuan yang menikah dalam kondisi perawan mungkin dianggap belum pengalaman. Tentu ini akan berpengaruh pada sensitivitas orang tersebut dalam melihat apakah dirinya perawan atau tidak saat menikah. Di Indonesia kemungkinan seorang perempuan dan keluarganya akan merasa takut jika anaknya sudah tidak perawan ketika menikah. Apalagi bila keperawanannya direnggut dengan cara yang tidak benar (perkosaan).

k. Salah mengatribusikan sinyal-sinyal tubuh



Bagian 1 Model kondisi gangguan panik (Nevid, 2006)

Model ini memper... faktor-faktor kognitif dan fisiologis. Pada orang yang mengalami panik, persepsi akan adanya ancaman yang berasal dari sinyal-sinyal internal atau eksternal membawa kepada perasaan-perasaan khawatir atau kecemasan, yang menyebabkan perubahan pada sensasi-sensasi tubuh (misalnya, simptom *cardiovaskuler*). Perubahan ini menimbulkan interpretasi *katastofik* yang mengintensifkan persepsi ancaman, kemudian meningkatkan kecemasan, dan seterusnya.

Model di atas menyarankan bahwa orang-orang yang mudah terkena gangguan panik kemungkinan mempersepsikan sinyal-sinyal dari lingkungan atau sinyal-sinyal tubuh sebagai sesuatu yang mengancam atau berbahaya, mungkin mereka terlalu sensitif terhadap sinyal-sinyal ini atau telah mengasosiasikannya dengan serangan panik sebelumnya (Clark, 1986; Zoelner, Craske, & Rapee, 1996). Perasaan terancam ini menimbulkan kecemasan atau perasaan khawatir yang disertai dengan aktivasi dari sistem syaraf simpatis yang menyebabkan pelepasan *epinefrina (adrenalin)* oleh kelenjar-kelenjar adrenal (Wilkinson dkk., 1998). *Epinefrina* mengintensifikasi sensasi fisik dengan terjadinya peningkatan denyut jantung, nafas cepat, dan berkeringat.

I. *Self efficacy* yang rendah

Menurut Bandura (1985) orang yang tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi tekanan stres, maka orang tersebut akan semakin panik ketika mengalami kondisi pencetus stres. Sebaliknya orang yang merasa mampu melakukan tugas-tugasnya, maka tidak akan dihantui oleh kecemasan atau rasa takut bila berusaha melakukannya.



Bab III Model-Model Konseling Traumatis

A. SUBSTANSI MODEL KONSELING TRAUMATIK

8. Dasar Filosofi; Hakikat Manusia dalam Hubungannya dengan Peristiwa Traumatis,

Sepanjang sejarah kehidupan manusia, sering terjadi berbagai persoalan, seperti; konflik, kekerasan, tawuran antar pelajar, dan sebagainya. Selain itu, problematika secara alamiah seperti; bencana alam, gempa bumi, tsunami, gunung meletus, tanah longsor, banjir, dan sebagainya. Keberagaman peristiwa dan pengalaman yang menakutkan tersebut, selain telah mempengaruhi kondisi fisik lingkungan hidup, juga mempengaruhi ketahanan fungsi mental manusia yang mengalaminya, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam jangka waktu yang singkat atau jangka panjang. Manusia terdiri dari fisiologis dan psikologis. Ketika seseorang mengalami peristiwa yang traumatis, maka hubungan antara fisiologis dan psikologis akan terganggu. Ketika ini terjadi, orang akan mengalami rasa cemas, takut, trauma dan depresi yang membuatnya tidak bisa merasakan kebahagiaan.

Psikologis manusia memiliki tiga keadaan dasar, yakni keadaan senang, keadaan penuh tekanan dan keadaan traumatis. Ketika orang merasa senang, dunia seolah terbuka untuknya. Dia siap untuk merengkuh beragam kemungkinan yang ada dan rasa cemas tidak ada pada dirinya. Ketika seseorang mengalami keadaan tertekan maka ia akan menjalani hidupnya dengan berat. Ia butuh banyak energi untuk melakukan kehidupan sehari-hari. Tertekan adalah dampak langsung dari trauma yang terpendam. Dalam keadaan ini orang akan lebih mudah lelah meskipun melakukan kegiatan yang ringan. Keadaan ketiga adalah keadaan trauma, yakni ketika orang mengalami peristiwa yang amat menyakitkan dirinya. Pengalaman menyakitkan itu akan terus dirasakan meskipun telah berlalu. Individu akan cenderung tidak bahagia dan kehilangan tujuan hidupnya. Efek lain yang dirasakan ketika mengalami trauma adalah dengan tidak mampunya seseorang dalam mengontrol emosi. Penelitian menunjukkan ketika seseorang

mengalami trauma, ada bagian dari otak yang mengatur emosi menjadi semakin aktif dan tidak terkendali (Hull, 2002; Van Der Kolk, 2007; Barabaz et al, 2011).

Kondisi trauma biasanya berawal dari keadaan stres mendalam dan terus berlanjut, yang tidak dapat ditangani sendiri oleh individu yang mengalaminya. "Trauma merupakan reaksi fisik dan psikis yang bersifat stres buruk (*distress*) yang diakibatkan dari suatu peristiwa, kejadian atau pengalaman spontanitas/ secara mendadak yang membuat individu merasa terkejut, kaget, tertekan, takut, tidak sadarkan diri, sehingga tidak mudah hilang dalam ingatan manusia.

Dalam kondisi stres, individu akan mengalami perubahan baik secara psikologis maupun fisiologis. Banyak aspek psikologis yang berubah ketika kita mengalami stres yakni: emosi, motivasi, dan kognisi. Dalam kondisi stres kita akan merasakan emosi seperti; kecemasan, depresi, marah dan cepat marah (Cano & O'Leary, 2000). Perubahan kognitif saat stres seperti: sulit berkonsentrasi, kehilangan kemampuan untuk berfikir jernih, berfikir kesumber stres. Keadaan stres juga menyebabkan perubahan fungsi tubuh manusia. Stres dapat mempengaruhi kesehatan. Menurut Selye dalam penelitiannya tentang *the general adaptation syndrome* bahwa tubuh akan bereaksi terhadap keadaan psikologis yang mengalami stres, keadaan ini akan bereaksi terhadap infeksi atau luka pada tubuh.

Dari sudut pandang kognitif trauma diakibatkan karena adanya pikiran-pikiran irrasional yang muncul dari suatu peristiwa tertentu yang dialami individu. Pikiran irrasional ini akan selalu muncul dalam kehidupan individu dan mengganggu aktivitas individu tersebut. Jika pikiran ini berlangsung dalam jangka waktu lama dan terus berulang maka pikiran itu akan menjadi pemicu trauma.

Berbeda dengan sudut pandang teori behavioristik trauma seseorang dipicu oleh peristiwa yang mendahului atau stimulus. Stimulus ini berasal dari peristiwa yang dialami individu secara langsung. Atau stimulus yang tidak langsung dialami oleh individu, misalnya Roni dan Rahmat adalah siswa SMA Nusantara. Mereka adalah bersahabat sejak kecil. Ketika libur sekolah, Roni dan Rahmat pergi untuk memancing di sungai Brantas. Roni terpeleset dan terseret arus sungai, Rahmat yang sama-sama tidak bisa berenang tidak bisa berbuat banyak untuk menolong Roni. Hingga pada akhirnya Roni tewas

dalam peristiwa tersebut. Sejak kejadian tersebut Rahmat menjadi sangat ketakutan ketika melihat air dan mendengar gemerincing air.

9. Rasional,

Setiap individu mengalami efek trauma dari peristiwa-peristiwa (*stressor*) yang traumatis, terutama anak dan remaja. Sebab anak dan remaja belum memiliki kematangan identitas diri, dan kemampuan untuk melakukan *coping* terhadap stres masih sangat terbatas (Sukmaningrum, 2001). Sementara Ochberg (1988) menegaskan bahwa respon emosional terhadap trauma psikologis yang dirasakan individu dapat terlihat pula melalui pola *coping* dan mekanisme pertahanan diri.

Banyak orang yang mengalami sakit berulang. Namun, akar dari penyakit tersebut bukan dari fisik, tetapi juga aspek psikis. Maka obat fisik tidak akan cukup. Trauma tidak akan bisa dihindari karena kehidupan manusia tidak selalu berjalan sesuai dengan keinginan manusia, hal ini akan memicu timbulnya *distress*. Namun, trauma dapat disadari dan dilalui.

Perbedaan gejala trauma dalam kehidupan manusia perlu ditangani secara tepat oleh berbagai *pilot-project*, para ahli atau masyarakat secara utuh. Terdeteksinya gejala-gejala awal dari suatu trauma, akan memudahkan dalam proses pemberian bantuan (konseling) secara baik dan berkelanjutan.

Buku ini diharapkan akan menjadi salah satu pedoman bagi para *pilot-project* untuk menangani masalah trauma yang terjadi pada konseli. Dalam buku ini akan disajikan beberapa macam konseling menangani masalah trauma.

10. Tujuan konseling,

Model konseling traumatis bertujuan membantu menyelesaikan masalah trauma pada siswa. Trauma yang terjadi pada diri seseorang, tidak mungkin hanya ditangani dengan satu pendekatan saja. Perbedaan gejala dan jenis trauma serta budaya individu akan mempengaruhi jenis pendekatan yang tepat untuk masing-masing konseli.

Suatu tujuan khusus merupakan penjabaran dari tujuan umum. Penekanannya adalah pada masalah yang telah diketahui dan spesifikasi tingkah laku yang diinginkan sebagai hasil konseling. Penetapan tujuan konseling memiliki tujuan ganda, yaitu; memperlancar pelaksanaan konseling dan dapat dijadikan sebagai tolok ukur untuk menilai hasil konseling.

Tujuan konseling yang baik menjadi bagian vital aktivitas konseling. Tujuan konseling harus spesifik dan menunjukkan perubahan nyata yang diinginkan konseli. Kekeliruan penetapan tujuan bisa mengarah pada prosedur yang tidak produktif dan hilangnya kepercayaan konseli pada proses konseling.

Konseli yang mengalami trauma perlu mendapatkan proses bantuan berupa konseling traumatis agar hidupnya bahagia dan terbebas dari ketakutan dan kecemasan yang menghantuinya. Tujuan konseling traumatis yang dikembangkan agar konseli mampu: a) menghilangkan bayangan traumatis; b) meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional; c) membangkitkan minat terhadap realita kehidupan; d) memulihkan rasa percaya diri; e) memulihkan kelekatan dan keterkaitan dengan orang lain yang dapat memberi dukungan dan perhatian; f) kepedulian emosional serta mengembalikan makna dan tujuan hidup.

11. Prinsip dan target konseling,

Target utuh intervensi konseling traumatis adalah: a) terbinanya hubungan baik antara konselor dan konseli, b) pemahaman akar masalah traumatis konseli, c) memahami budaya konseli, d) penerapan konseling traumatis yang tepat dengan konseli. Target itu akan dicapai melalui tahapan konseling yang berlaku secara kolaboratif antara konselor dan konseli berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut: a) menumbuhkan pemahaman yang empatik, b) tidak terjadi pemaksaan antara konselor dan konseli dalam proses konseling, c) komitmen konselor dan konseli dalam melaksanakan proses konseling sampai tuntas, d) pemahaman permasalahan konseli secara holistik, e) konselor tidak memaksakan suatu metode tertentu pada konseli, f) proses konseling harus didasarkan pada budaya konseli.

12. Garis Besar Konseling,

Buku ini adalah purwarupa model konseling traumatis dalam membantu siswa yang pernah mengalami peristiwa traumatis yang meliputi: a) pijakan teori praktek konseling traumatis, b) prosedur dan teknik konseling traumatis bagi terapis. Model ini mengacu pada a) analisis kajian dinamika psikologis individu dalam peristiwa traumatis; b) analisis kajian teori konseling traumatis, mencakup pijakan perspektif teori EMDR (*Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 1995); Terapi Permainan untuk mengatasi Pascatrauma pada Anak (Sukmaningrum, 2001); Pendekatan EMDR berbasis Budaya (Bahri, 2005); Pendekatan religius (Neviyarni, 2005), *Ego state : Theory and Therapy* (Watkins, & Watkins, 1997). c) Analisis kajian teori dan praktek konseling (Corey, Hansen, Flanagan).

Secara umum proses konseling traumatik terdiri dari beberapa langkah berikut ini;

e. Planning

Pemikiran dasar dalam rangka menjalankan tugas secara menyeluruh.

f. Action

Setelah planning yang tepat langkah selanjutnya yaitu aksinya/ perbuatan dalam aksi segala hal/masalah yang hendak dianalisis akan menjadi terorganisasi sehingga memperjelas metode, pendekatan, upaya *problem solving*.

g. Controlling

Konsep ini menjadi penting karena apabila terjadi kekeliruan metode pendekatan/konsep yang telah direncanakan di aplikasikan di lapangan maka dapat dikontrol.

h. Evaluation

Kegunaannya untuk melihat sejauh mana proses perkembangan kesembuhan trauma yang diderita oleh individu dalam upaya pemberian bantuan apakah dilanjutkan/ dihentikan (bila dianggap sudah normal)

13. Kompetensi konselor,

Kompetensi konselor secara umum yang dibutuhkan dalam konseling traumatik adalah a) keterampilan membangun hubungan interpersonal, b) keterampilan wawancara konseling, c) Orientasi yang *holistic*, d) Fleksibilitas, e) Keseimbangan antara empati dan kecerdasan/kebijaksanaan, f) Pandangan yang realistik.

Pertama membangun hubungan interpersonal, merupakan kecakapan dalam menjalin komunikasi dengan konseli yang dilandasi pemahaman, ketulusan, kepercayaan, dan keterbukaan. Komunikasi ini berwujud komunikasi yang empati, penerimaan konseli apa adanya, penghargaan diri konseli, dan memahami budaya konseli. Corak komunikasi ini diwujudkan konselor dalam tindak verbal dan non verbal selama sesi konseling berlangsung. Hubungan interpersonal yang ditumbuhkan ini mendorong konseli menyatakan pikiran, perasaan, dan tindakan sehingga konselor dapat memahami gejala trauma pada konseli.

Keterampilan wawancara konseling, dalam proses wawancara konseling, konselor harus mampu menggali perasaan dan pikiran konseli. Proses penggalian ini membutuhkan sebuah teknik khusus agar pertanyaan maupun pernyataan yang dilontarkan konselor kepada konseli dapat mendorong konseli untuk semakin terbuka. Ada seperangkat teknik yang dapat digunakan sebagai pendukung dalam memberikan wawancara konseling. Dalam proses wawancara konseling, penguasaan terhadap teknik konseling merupakan kunci keberhasilan untuk mencapai tujuan konseling. Seorang konselor harus mampu merespon konseli secara baik dan benar sesuai dengan keadaan konseli saat itu. Respon yang baik berupa pertanyaan maupun pernyataan verbal dan nonverbal yang dapat menyentuh, merangsang, dan mendorong konseli sehingga mau terbuka untuk menyatakan secara bebas perasaan, pikiran, dan pengalamannya (Willis, 2004: 157)

Orientasi yang holistik, konselor yang menangani konseli dengan gangguan traumatis dituntut untuk mampu melihat secara holistik permasalahan konseli. Bukan hanya dari pencetus trauma yang dialami konseli, konselor juga harus melihat budaya yang dibawa oleh konseli. Hal ini tentu akan mempengaruhi bagaimana konseli menyikapi masalah dan bagaimana penanganan yang tepat untuk konseli. Masalah yang sama yang dialami oleh

konseli yang berbeda tentu akan membawa dampak yang berbeda bagi diri konseli dan cara menanganinya.

Fleksibilitas, metode tertentu yang sangat cocok untuk konseli belum tentu tepat untuk konseli yang lain. Konselor harus berhati-hati dalam memilih metode yang tepat untuk menangani gangguan traumatis konseli. Konseling traumatis tidak berpusat pada teknik namun berpusat pada konseli.

Keseimbangan antara empati dan kecerdasan/kebijaksanaan, Konselor tidak boleh terbawa perasaan konseli dan membenarkan semua yang dikatakan oleh konseli. Konselor harus bisa berempati dan berpikir logis agar dapat menjalankan proses konseling dengan baik.

14. Evaluasi dan indikator keberhasilan konseling traumatis,

Kriteria keberhasilan utama intervensi konseling trauma ini adalah:

- a. Konseli mampu mengurangi bahkan menghilangkan bayangan peristiwa traumatis masa lalu yang mengganggu kehidupannya saat ini;
- b. meningkatkan kemampuan berpikir secara lebih rasional dan berfikir positif terhadap peristiwa traumatis yang pernah dialami ;
- c. membangkitkan minat terhadap kehidupan sosial saat ini;
- d. memulihkan rasa percaya diri;
- e. mengembalikan makna dan tujuan hidup.

Jika pascaintervensi, konseli dapat mencapai kriteria tersebut, maka diindikasikan masalah trauma dapat terselesaikan melalui intervensi konseling traumatis.



Bab IV Prosedur Konseling Traumatis

A. Pra Kondisi Konseling

Persyaratan keberlangsungan konseli terletak pada hal-hal sebagai berikut:

1. Kesiapan dan kemauan konseli dalam menangani masalah yang dihadapi
2. Konselor tidak memiliki hubungan secara emosional dengan konseli
3. Komitmen konseli untuk melakukan proses konseling secara tuntas
4. Konselor dapat mengakses pencetus trauma konseli
5. Kepercayaan konseli kepada konselor

B. Norma-Norma Konseling,

Konseling dijalankan atas dasar saling penerimaan, kepercayaan, keterbukaan. Kegiatan bimbingan dan konseling didasarkan pada norma-norma, baik norma agama, hukum, peraturan, adat istiadat, ilmu pengetahuan, dan kebiasaan – kebiasaan yang berlaku. Bahkan lebih jauh lagi, melalui segenap layanan/ kegiatan bimbingan dan konseling ini harus dapat meningkatkan kemampuan konseli dalam memahami, menghayati dan mengamalkan norma-norma tersebut.

C. Peranan dan Fungsi Konselor,

Peranan konselor dalam konseling traumatis adalah sebagai teman, guru, dan fasilitator untuk menangani permasalahan trauma yang dialami oleh konseli. Sebagai teman, konselor berperan sebagai tempat konseli untuk menceritakan secara bebas dan terbuka terkait pikiran, perasaan, tindakan. Sebagai guru, konselor mengajarkan konseli bagaimana menangani masalah traumatis konseli. Sebagai fasilitator, konselor sebagai media dalam proses konseling traumatis.

D. Pengalaman Konseli dalam Konseling,

Konseli akan merasakan dan mendapatkan contoh menangani masalah traumatis. Pengalaman ini dibutuhkan konseli untuk menangani masalah

traumatis yang dialami. Konseli juga akan mendapatkan pemahaman tentang persepsi mempengaruhi sikap dan tindakan. Konseli akan diajarkan cara mengganti pikiran negatif yang dapat menimbulkan gangguan trauma, dengan pikiran positif yang mampu mengurangi trauma.

E. Karakteristik Hubungan antara Konselor dan Konseli

Hubungan konselor dan konseli dicirikan oleh komunikasi yang empatik. Konselor dan konseli akan saling membangun penerimaan, kepercayaan, dan keterbukaan selama proses konseling. Proses konseling ini akan berjalan baik ketika konseli mau terbuka dengan masalahnya.

Pada saat pembinaan hubungan, seringkali konselor perlu memberi gambaran yang tepat tentang konseling, kegiatan ini disebut *structuring*. *Structuring* adalah kerangka kerja yang digunakan konselor dengan konselinya. Kerangka kerja ini diberitahukan kepada konseli dengan jalan memberi penjelasan secara singkat tentang 4 aspek konseling yaitu tanggung jawab, tujuan, keterbatasan dan fokus.

F. Prosedur dan Teknik Konseling,

Dalam rangka penyembuhan penderita trauma, hakikatnya memerlukan pendekatan atau model intervensi yang eklektik. Khusus dalam kaitan dengan konseling, intervensi atau *treatmen* yang diberikan hendaknya memfokuskan kepada masalah-masalah psikososial yang dihadapi penderita trauma sebagai konseli, serta melalui penggunaan metode atau teknik yang bervariasi.

Sementara itu, mengingat tingginya tingkat kekritisan, luasnya cakupan dan dalamnya masalah yang dihadapi oleh individu yang mengalami PTSD. Fairbank (2004, dalam Rusmana, dkk., 2007) mengusulkan model intervensi yang komprehensif dan mendalam, yang meliputi empat tahap, yakni tahap *Societal, Community, Family, dan Individual*. Cakupan intervensi pada tahap *societal* berupa kebijakan umum dan keamanan umum; Cakupan intervensi pada tahap masyarakat berupa pendidikan untuk masyarakat dan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga. Pada tahap *Family* (keluarga) cakupan intervensinya meliputi pengembangan jejaring keluarga untuk membentuk kelompok penolong diri sendiri dan perawatan kesehatan mental. Sedangkan pada tahap individu cakupan intervensinya meliputi pengobatan dan perawatan kesehatan mental.

Salah satu strategi penanganan terhadap konseli yang mengalami trauma adalah menggunakan pendekatan konseling dalam bentuk individual *re-*

ajustment counseling yang bertujuan untuk membantu anak-anak mengenali sindrom pascatrauma dan memberikan ketrampilan pemecahan masalah (*new coping skill*) serta *structured group counseling* yang bertujuan untuk membekali anak dengan ketrampilan hidup (*Life skill*) melalui dukungan dari teman sebaya. Strategi ini terbukti efektif untuk membantu konseli mengatasi trauma di berbagai negara diantaranya adalah Vietnam dan Kosovo.

Atas dasar alasan di atas, maka dalam buku ini dipaparkan konseling kelompok dan konseling individual untuk membantu konseli yang mengalami masalah trauma. Pada konseling kelompok lebih fokuskan pada konseling kelompok dengan teknik permainan, sementara itu pada konseling individual lebih fokuskan pada konseling *cognitive-behavior*, konseling dengan teknik *ego-state*, konseling dengan teknik EMDR, dan konseling religius. Masing-masing teknik tidak bisa serta merta digunakan untuk semua konseli. Pemahaman tentang masalah konseli dan budaya konseli sangatlah penting, untuk dipilih teknik yang paling tepat untuk konseli. Berikut dipaparkan empat teknik yang dapat digunakan untuk membantu konseli yang mengalami masalah trauma.

6. **Konseling Kelompok dengan teknik permainan**

Konseling kelompok dengan teknik permainan merupakan cara yang dapat digunakan untuk mengobati PTSD pada anak periode awal / *young children*. Pada konseling ini bertujuan untuk memahami trauma anak dan memberikan medium untuk berekspresi dalam mengurangi tekanan emosional yang dialami. Bermain peran, menggambar, bermain dengan boneka atau benda-benda figural dapat dijadikan cara untuk menyesuaikan diri dan memberi kesempatan pada terapis untuk melakukan *re-exposure* yaitu, membahas peristiwa traumatiknya dalam situasi yang mendukung.

Asumsi yang mendasari digunakannya teknik permainan kelompok, adalah kelompok merupakan situasi belajar sosial yang paling fundamental bagi setiap individu yang menjadi anggotanya dan setiap individu memiliki potensi belajar dari lingkungan sosialnya. Permainan kelompok diarahkan untuk menstimulasi dan membina individu melakukan proses pengembangan diri sesuai dengan potensi yang dimiliki dan lingkungan sosial-budaya di tempat dia hidup. Dengan strategi ini, situasi kelompok yang diciptakan akan menjadi wahana belajar fungsional, ditandai dengan para anggotanya mempunyai motivasi dan tujuan bersama yang jelas, ikatan emosional yang baik (*kohesif*), taat aturan, bekerja sama secara terarah untuk mencapai tujuan. Sejalan dengan pandangan Sweeney dan Homeyer (1999:6) bahwa “*...the lives of children are so often outside their own control and are often intruded upon, sometimes in very traumatic ways. Therapeutics interventions, therefore should not only be nonintrusive but provide high levels of safety for children. Play therapy does this*”.

Konseling kelompok dengan teknik permainan merupakan cara alamiah anak untuk mengekspresikan kebutuhan dan melalui bermain pula anak secara simbolis mencoba mengatasi ketakutan dan trauma yang mereka alami. Seperti dikemukakan oleh Sweeney dan Homeyer (1999:5) bahwa “*play therapy is a primary, and usually the most appropriate intervention for children, play is a natural expressive language of children*”. Menurut Sweeney dan Homeyer (1999:6-7) terdapat 9 keuntungan dari permainan kelompok, yaitu;

- j. kelompok dapat meningkatkan spontanitas anak sehingga level partisipasi mereka juga tinggi,
- k. permainan kelompok dapat merespons dua persoalan sekaligus yaitu dimensi intrapsikis dan interpersonal anak,

- l. dalam adegan kelompok memungkinkan untuk terjadi refleksi dan katarsis,
- m. permainan kelompok merupakan kesempatan bagi anak untuk mencapai *self-growth* dan *self-exploration*,
- n. melalui permainan kelompok anak lebih didekatkan dengan realitas kehidupan sebenarnya,
- o. kelompok diibaratkan miniatur masyarakat, maka anak akan memahami makna kehadirannya bagi anak-anak yang lain,
- p. adegan dalam permainan kelompok dapat mengurangi kecenderungan anak berfantasi dalam menyelesaikan masalah yang dialaminya,
- q. anak memiliki peluang untuk mempraktekkan pada kehidupan sehari-hari pengalaman yang diperolehnya dalam permainan kelompok, dan
- r. kehadiran satu atau beberapa orang anak dapat membantu dalam pengembangan hubungan terapeutik bagi beberapa orang anak.

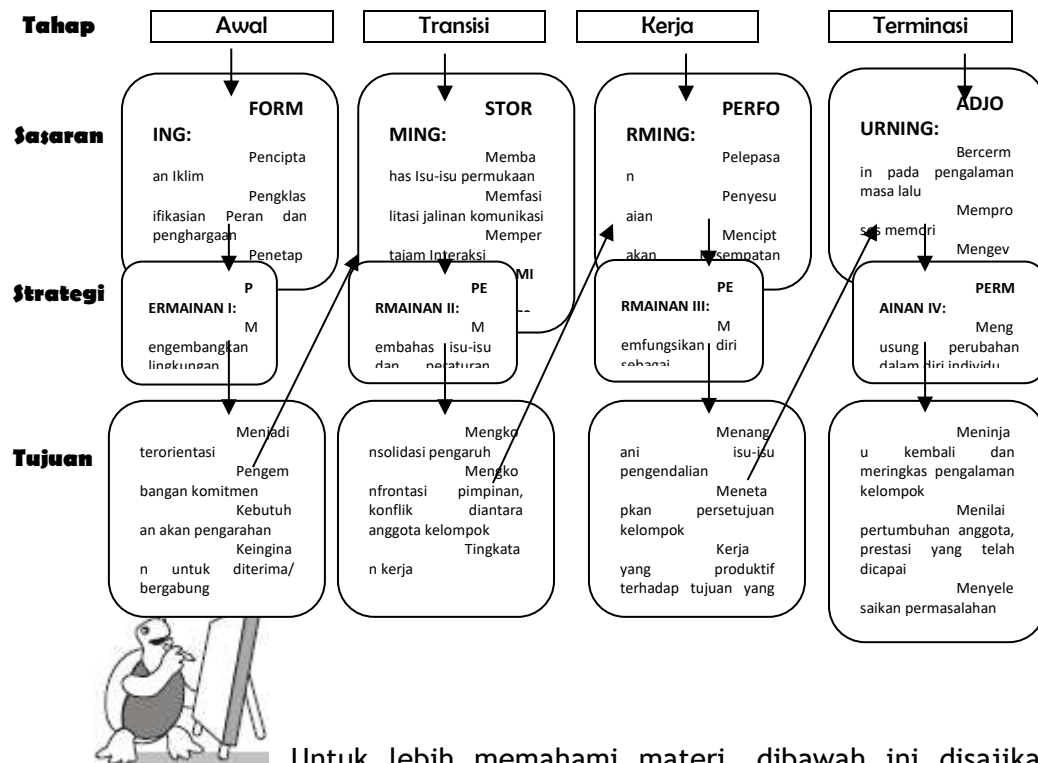
Sutton, Smith dan Robert (1991) mengklasifikasikan tiga jenis permainan dalam terapi, yaitu 1) *games of physical skills*, 2) *games of strategy*, dan 3) *games of chance*. Schafer dan Reid (1986) mengidentifikasi empat kategori permainan, yaitu 1) *communication games*, 2) *problemsolving games*, 3) *ego-enhancing games*, dan 4) *socialization games*. Berdasarkan orientasi teoritik, Shapiro (1993) mengemukakan bahwa dari 81 permainan kelompok yang digunakan dalam terapi, diperoleh informasi bahwa terdapat permainan yang *psychoeducational* (26%), *client-centered* (17%), *value clarification* (15%), *psychodynamic* (12%) dan *cognitive-behavioral* (11%).

Langkah yang digunakan dalam teknik permainan melalui empat tahap, yaitu;

- e. **tahap pertama** yaitu eksperimentasi, Konseli diajak untuk mensimulasikan pengalaman secara langsung melalui skenario permainan dalam penerimaan tugas, konsolidasi dan pelaksanaan. Langkah-langkahnya meliputi permainan pembuka, misalnya pemanasan, peregangan otot, serta perkenalan dilanjutkan dengan permainan inti, misalnya permainan kerja sama, wadah bocor serta permainan hiburan misalnya tarik tambang.
- f. **tahap kedua**, analisis para konseli diberi stimulasi berupa pertanyaan yang menggugah.

- g. **tahap ketiga**, internalisasi, konseli diajak untuk menghayati atau menandai nilai-nilai yang diperoleh dari kegiatan,
- h. **tahap keempat** yaitu generalisasi, konseli diajak mengungkapkan kembali pengalamannya bagi pertumbuhan dan pengembangan perilaku yang baru.

Secara lebih detail proses konseling kelompok dengan teknik permainan untuk konseli dengan pengalaman traumatis dapat digambarkan sebagai berikut.



Untuk lebih memahami materi, dibawah ini disajikan langkah-langkah Konseling Kelompok dengan teknik permainan dalam bentuk tabel sebagai berikut.

KOMPONEN/ LANGKAH	ISI KEGIATAN
Langka h 1 : Tahap Pembentukan	Konselor selaku pemimpin kelompok memperkenalkan dirinya, menjelaskan tujuan, dan menekankan peraturan-peraturan kelompok, membicarakan kerahasiaan masalah dan mengembangkan mutu kepercayaan dan harapan. Kemudian pemimpin kelompok berusaha membantu anggota untuk menjelaskan peranannya dan juga sebagai fasilitator perubahan tingkah laku
Langka h 2 : Transisi	- Konselor menjelaskan kegiatan yang akan ditempuh pada tahap berikutnya - Konselor menawarkan atau mengamati apakah para anggota sudah siap menjalani kegiatan pada tahap selanjutnya (tahap ketiga). - Konselor membahas suasana yang terjadi dan meningkatkan kemampuan keikutsertaan anggota.
Langka h 3 : Kerja/ Kegiatan	Konselor mengajak konseli untuk mensimulasikan pengalaman secara langsung melalui skenario permainan dalam penerimaan tugas, konsolidasi dan pelaksanaan. Melalui permainan pembuka, permainan inti dan permainan hiburan.

KOMPONEN/ LANGKAH	ISI KEGIATAN
	- Konselor memberi stimulasi berupa pertanyaan yang menggugah - konseli diajak untuk menghayati atau menandai nilai-nilai yang diperoleh dari kegiatan - konseli diajak mengungkapkan kembali pengalamannya bagi pertumbuhan dan pengembangan perilaku yang baru.
Langka h 4: Terminas i	- pemimpin kelompok mengemukakan bahwa kegiatan akan segera diakhiri - pemimpin dan anggota kelompok mengemukakan kesan-kesan dan hasil kegiatan - membahas kegiatan lanjutan - mengemukakan kesan dan harapan

Tabel 1. langkah-langkah konseling kelompok dengan teknik permainan

7. *Konseling Cognitive-Behavioral*

Model Konseling ini, mengintegrasikan teknik-teknik dari pendekatan kognitif dan humanistik ke dalam suatu program perlakuan meskipun mereka tetap menempatkan perilaku sebagai fokus utama dan teori belajar sebagai kerangka kerja. Artinya, para teorisi dan praktisi *cognitive-behavior* tetaplah seorang behavioris. Para konselor *cognitive-behavior* memandang manusia bukan hanya dibentuk tetapi juga pembentuk lingkungannya. Mereka mengakui keterlibatan proses-proses kognitif dan pemaknaan subyektif dalam menjembatani efek peristiwa stimulus pada perilaku/respon, dan memberikan kebebasan pada konseli untuk mengambil tanggung jawab bagi perilakunya sendiri. Mereka memegang asumsi bahwa, jika konseli diberikan keterampilan untuk mengubah diri, maka mereka akan memiliki kemampuan untuk meningkatkan hidup mereka sendiri dengan cara mengubah satu atau lebih faktor-faktor yang mempengaruhi perilakunya. Dapat dikatakan, kecenderungan terakhir dalam *cognitive-behavior* diarahkan pada pengembangan prosedur yang secara aktual dapat memberikan kontrol dan keterampilan pada konseli dan dengan demikian meningkatkan kebebasan konseli untuk membuat pilihan, khususnya pilihan untuk membuat respon terhadap lingkungan.

Cognitive-behavior kontemporer menggunakan empat perspektif teoretik sebagai landasan kerja, yakni: pengkondisian klasik, pengkondisian operan, teori belajar sosial, dan kognitif-perilaku. Perspektif pengkondisian klasik – dikembangkan oleh Ivan Pavlov - menegaskan bahwa perilaku, baik

yang adaptif maupun tidak adaptif, dikendalikan oleh stimuli tertentu yang ada sebelum perilaku tersebut. Individu mempelajari perilaku tidak adaptif (misalnya kecemasan) melalui peristiwa-peristiwa traumatik, bencana alam, atau kecelakaan lainnya. Teori pengkondisian operan – dikembangkan oleh B.F. Skinner – menegaskan bahwa perilaku berifat operan, yakni dihasilkan oleh konsekuensi yang mengikuti perilaku tersebut. Konsekuensi ini berupa ganjaran dan hukuman.

Teori belajar sosial – dikembangkan oleh Albert Bandura – menegaskan bahwa individu seharusnya dipahami sebagai suatu fungsi psikologis yang tidak ditentukan secara tunggal oleh kekuatan intrapsikis atau oleh kekuatan lingkungan semata, tetapi sebagai hasil hubungan saling pengaruh yang terus-menerus antara perilaku, kognisi, dan lingkungan. Inti dari teori belajar sosial adalah bahwa individu dapat belajar perilaku dengan mengamati perilaku orang lain (model) dan proses belajar tersebut dapat berlangsung tanpa harus ada penguatan eksternal. Meskipun Bandura mengakui pentingnya penguatan eksternal, ia memandang penguatan tersebut hanya merupakan satu cara untuk membentuk perilaku. Penguatan itu sendiri dapat diperoleh oleh individu dalam bentuk penguatan langsung melalui manfaat yang diperoleh oleh individu dari perilaku yang dipelajari.

Perspektif kognitif-perilaku, bersama-sama dengan teori belajar sosial, menyajikan suatu aliran baru dalam Konseling Perilaku. Perspektif ini menawarkan suatu metode yang berorientasi tindakan untuk membantu individu mengubah apa yang mereka lakukan dan pikirkan. Para ahli dari perspektif kognitif memiliki keyakinan bahwa gangguan perilaku merupakan fungsi dari hubungan timbal balik antara kognisi dan faktor lingkungan. Dalam pendekatan kognitif, gangguan perilaku diubah dengan cara mengubah kognisi, dari tidak realistis menjadi realistis.

Secara umum, konseling *cognitive-behavior* bertujuan untuk meningkatkan pilihan pribadi dan menciptakan kondisi baru yang lebih mendukung belajar. Konseli, dengan bantuan konselor, menetapkan tujuan-tujuan khusus pada permulaan proses konseling. Tujuan ini harus spesifik, konkrit dan jelas, dapat diukur, dan disepakati oleh konseli dan konselor. Penting bagi konselor untuk memikirkan, menemukan, dan merencanakan suatu cara untuk mengukur kemajuan dalam mencapai tujuan dengan menggunakan prosedur (validasi) empiris. Setelah tujuan ditetapkan konselor

dan konseli mendiskusikan berbagai bentuk perilaku yang dapat mengarah pada pencapaian tujuan, lingkungan yang dipersyaratkan, dan membuat rencana kegiatan secara jelas. Setelah itu konselor juga perlu membantu konseli merumuskan kontrak perilaku.

Sesuai dengan perspektif yang digunakan sebagai kerangka kerja dalam konseling *cognitive-behavior*, teknik konseling *cognitive-behavior* dapat berakar pada empat perspektif berikut: teknik-teknik yang berakar pada teori pengkondisian klasik, teknik-teknik yang berakar pada pengkondisian operan, dan teknik-teknik yang berakar pada teori belajar sosial, dan teknik yang berakar pada perspektif kognitif-perilaku. Teknik yang berakar pada teori pengkondisian klasik adalah desensitisasi sistematis, pengkondisian aversif, dan latihan asertif. Teknik yang berakar pada teori pengkondisian operan adalah penguatan, hukuman, penghapusan, pembentukan, pengelolaan diri, dan kontrak. Teknik yang berakar pada teori belajar sosial adalah pemodelan (modeling) dengan berbagai variasinya untuk tujuan membentuk dan mengubah perilaku. Pemodelan merupakan suatu proses belajar yang dilakukan dengan cara mengamati model. Pemodelan dapat dilakukan secara langsung, simbolik, dan tertutup. Teknik yang berakar pada pendekatan kognitif antara lain adalah penghentian pikiran negatif, restrukturisasi kognitif, suntikan stres, pengajaran diri, dan pemecahan masalah.

Konseling *cognitive-behavior* telah diterapkan secara luas untuk berbagai macam gangguan perilaku dan kelompok populasi. Konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan secara sendiri atau dikombinasikan dengan sistem perlakuan lain. Konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan di berbagai macam lingkungan seperti sekolah, panti-panti rehabilitasi, dan berbagai lembaga yang menyelenggarakan program perlakuan untuk membentuk perilaku yang lebih positif (Kazdin, 1994). Konseling *cognitive-behavior* juga dapat digunakan sebagai suatu pendekatan yang efektif dalam konseling individual, konseling kelompok, dan konseling keluarga. Saat ini konseling *cognitive-behavior* digunakan sebagai modalitas perlakuan untuk menangani berbagai macam gangguan mental dan kesulitan emosional di berbagai macam lingkungan (setting) perlakuan. Karena sifat fleksibilitasnya, konseling *cognitive-behavior* dapat digunakan untuk semua kelompok populasi tanpa memperhatikan usia, latar belakang, tingkat kecerdasan, motivasi, atau masalah konseli. konseling *cognitive-behavior* juga dipandang

sebagai strategi yang esensial untuk menangani berbagai bentuk kebiasaan maladaptif atau disfungsional seperti PTSD, depresi, kecemasan, dan berbagai bentuk gangguan mental yang lain.

Tahapan konseling *Cognitive-Behavior*, secara umum meliputi: pengembangan hubungan, assesmen masalah, penetapan tujuan, pemilihan teknik atau strategi, implementasi strategi, evaluasi dan tindak lanjut serta terminasi (lihat Gibson & Mitchell, 1995; Hackney & Cormier, 2001; Thompson, Rudolph, & Henderson, 2004). Tahapan konseling tersebut dapat digambarkan sebagai berikut.



Bagan 1: Tahapan umum dalam proses konseling *Cognitive-Behavior*

Ilustrasi di atas menggambarkan urutan atau tahapan proses konseling yang mudah dimengerti dan memberikan gambaran yang jelas tentang keseluruhan proses konseling yang dimulai sejak konseli diterima sampai terminasi. Di bawah ini akan dibahas lebih detail tentang tahapan proses konseling tersebut.

h. Tahap Pembinaan Hubungan

Tahap pertama dalam proses konseling adalah pembinaan hubungan. Hubungan konseling sengaja dikembangkan oleh konselor guna membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif yang disebut rapport. Rapport merupakan suatu istilah klinis yang digunakan untuk menunjuk pada suatu iklim psikologis yang muncul dari kontak interpersonal antara konselor dan konseli yang mendorong sikap percaya dan terbuka pada diri konseli. Penguasaan ketrampilan komunikasi verbal dan non-verbal sangat

dibutuhkan dalam tahap ini. Beberapa ketrampilan konseling yang dapat memperlancar tahap ini diantaranya ketrampilan attending dan active listening, kedua keterampilan tersebut mengkomunikasikan kepada konseli bahwa konselor tertarik dan berusaha untuk mengerti dengan apa yang mereka katakan atau yang mereka ceriterakan. Faktor-faktor penting yang berpengaruh terhadap pembentukan hubungan konselor-konseli adalah penghargaan dan penerimaan positif, empati dan ketulusan membantu konseli. Pembinaan hubungan harus dapat dicapai pada awal proses konseling.

i. Tahap Asesmen Masalah

Tahap kedua, adalah asesmen masalah. Asesmen dalam proses konseling merupakan suatu proses mengumpulkan dan mengolah informasi dengan menggunakan berbagai prosedur dan alat sebagai dasar untuk mengembangkan program bantuan/ konseling.

Tugas konselor selama proses asesmen adalah mengetahui informasi apa yang dibutuhkan dan bagaimana memperolehnya, menempatkan informasi itu secara bersama-sama sehingga menjadi kesatuan yang bermakna, dan menggunakannya untuk mengembangkan hipotesis klinis guna mengarahkan kepada suatu gagasan tentatif tentang masalah konseli dan gagasan tentang rancangan program intervensinya. Tujuan umum dari asesmen masalah adalah untuk memperoleh pemahaman tentang konfigurasi masalah konseli sebagai dasar untuk mengembangkan rencana bantuan.

Selama fase ini, konseli mengkomunikasikan problem yang sedang dihadapi kepada konselor, sementara itu konselor akan terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprasi, klarifikasi, refleksi perasaan, *probe* dan sebagainya. Konselor juga harus memilah antara problem mana yang hanya permukaan atau kulit luar, dan mana masalah sesungguhnya yang lebih dalam kompleks. Menurut Gibson (2008) ada 3 kegiatan yang dilakukan konselor pada tahap ini yaitu membatasi masalah, mengeksplorasi masalah dan mengintegrasikan informasi. Pada kegiatan membatasi masalah, konselor dan konseli berusaha mendiskripsikan atau mengidentifikasi problem spesifik dan seobyektif mungkin. Selain itu penting juga mengidentifikasi komponen yang mendukung terjadinya masalah, berat-ringannya masalah serta pengaruh masalah tersebut terhadap konseli.

j. Tahap Penetapan Tujuan

Tahap ketiga dari proses konseling adalah penetapan tujuan atau target yang ingin dicapai konseli. Tujuan konseling ini sangat penting karena tujuan ini akan memberi arah pada proses konseling serta sebagai dasar penentuan strategi atau intervensi konseling selanjutnya. Tujuan sebaiknya dirumuskan oleh konseli, namun bila konseli belum dapat merumuskan tujuan konselor dapat memberi contoh dan membantu konseli.

Dalam menentukan tujuan ada 8 langkah yaitu:

- 9) Menetapkan tingkah laku yang tampak dan tidak tampak berkaitan dengan tujuan yang akan dicapai.
- 10) Menentukan kondisi perubahan yang diinginkan.
- 11) Menetapkan tingkat dari tingkah laku atau luasnya atau jumlahnya tingkah laku.
- 12) Menentukan tujuan-tujuan antara atau langkah-langkah tindakan jangka pendek.
- 13) Membuat urutan langkah-langkah tindakan berdasarkan kepentingan yang mendesak berdasarkan tingkat kesulitan.
- 14) Mengidentifikasi sumber-sumber yang diperlukan.
- 15) Mengidentifikasi hambatan-hambatan.
- 16) Meninjau kembali kemajuan.

k. Tahap Seleksi Strategi

Tahap keempat dalam proses konseling adalah seleksi strategi. Strategi merupakan rencana aksi untuk mencapai tujuan konseli. Penggunaan strategi dapat mempercepat perubahan emosional, kognitif dan perilaku konseli. Suatu strategi harus fleksibel, memadai dan pragmatis, suatu strategi yang terlalu preskriptif dan kaku akan menghambat interaksi antara konselor dan konseli dan secara signifikan dapat menghambat kemajuan. Gibson (2008) menyatakan ada 4 langkah dalam seleksi strategi yaitu mendefinisikan problem, mengidentifikasi dan mendata semua strategi yang memungkinkan, mengeksplorasi konsekuensi strategi yang diusulkan serta memprioritaskan strategi yang paling tepat dan disepakati.

Dalam memilih atau menyeleksi strategi, prosesnya harus dimulai dengan asumsi tertentu. Cormier dan Hackney (1985) mendeskripsikan asumsi

sebagai hubungan untuk mendefinisikan antara masalah dan latar tujuannya. Dengan kata lain, pemilihan strategi tidak bisa dibuat tanpa konselor memahami masalahnya. Sedangkan faktor lain yang mempengaruhi dalam pemilihan strategi adalah pemahaman konselor terhadap teori konseling, tingkat pengalaman konselor dan kompetensi, serta pengetahuan khusus konselor terhadap intervensi.

l. Tahap Implementasi Strategi

Implementasi strategi merupakan tahap kelima dalam proses konseling. Konseli bertanggung jawab mengaplikasikan strategi yang sudah disepakati, sementara konselor bertanggung jawab menguatkan tindakan konseli terlibat aktif mengaplikasikan strategi. Bila suatu strategi sudah dipilih sebagai solusi pemecahan masalah, maka ada 4 tugas yang harus dilakukan konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan diskripsi singkat suatu strategi, memberi contoh penggunaan atau mendemonstrasikan strategi baik secara langsung maupun secara simbolik, selanjutnya adalah melatih menggunakan strategi dan pemberian umpan balik, serta memberi pekerjaan rumah pada konseli.

m. Tahap Evaluasi dan Tindak Lanjut

Ada dua tujuan mengapa konseling harus dinilai, tujuannya adalah 1) menentukan kemampuan konseli dan 2) memperbaiki penampilan konselor dalam menangani kasus pada masa yang akan datang. Penilaian terhadap proses konseling dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa cara diantaranya adalah; 1) laporan dari konseli sendiri, baik secara lisan maupun tulisan, 2) observasi konselor terhadap konseli, 3) laporan dari pihak lain yang mengetahui dan bertanggung jawab terhadap konseli.

Khusus penilaian yang dilakukan oleh konselor terhadap hasil konseling terdapat tiga kegiatan yaitu; konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline yang telah dibuat, selanjutnya adalah membandingkan dengan tujuan konseling.

n. Tahap Terminasi (Penghentian Konseling)

Menghentikan kontak konseling bukan berarti bahwa konselor tidak berbicara lagi dengan konseli secara informal ketika kebetulan bertemu atau

bahwa konselor tidak harus mengadakan tindak lanjut terhadap hasil konseling. Penjelasan tentang penghentian dilakukan dengan cara semestinya, tentu saja konselor menghindari adanya implikasi bahwa ia menolak konseli.

Beberapa konseli terutama mereka yang telah mengembangkan hubungan yang sangat erat, akan menunjukkan suatu keinginan untuk melanjutkan kontrak konseling ketika konselor mengakhiri proses konseling.

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

Dalam konseling *cognitive*, konselor membantu untuk merubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi dan mengganggu kegiatan-kegiatan kita. Misalnya seorang korban kejahatan mungkin menyalahkan diri sendiri karena tidak hati -hati. Tujuan kognitif terapi adalah mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pikiran tersebut tidak rasional untuk melawan pikiran tersebut yang kemudian mengadopsi pikiran yang lebih realistik untuk membantu mencapai emosi yang lebih seimbang (Anonim, 2005b).

Sementara itu, dalam *exposure therapy* para terapis membantu menghadapi situasi yang khusus, orang lain, obyek, memori atau emosi yang mengingatkan pada trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistik dalam kehidupannya. Terapi dapat berjalan dengan cara: *exposure in the*

imagination, yaitu bertanya pada penderita untuk mengulang cerita secara detail sampai tidak mengalami hambatan menceritakan; atau *exposure in reality*, yaitu membantu menghadapi situasi yang sekarang aman tetapi ingin dihindari karena menyebabkan ketakutan yang sangat kuat (misal: kembali ke rumah setelah terjadi perampokan di rumah). Ketakutan bertambah kuat jika kita berusaha mengingat situasi tersebut dibanding berusaha melupakannya. Pengulangan situasi disertai kesadaran yang berulang akan membantu menyadari situasi lampau yang menakutkan tidak lagi berbahaya dan dapat diatasi (Anonim, 2005b).

Selain tiga tipe di atas, dikenal juga *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapies* (TF-CBT) merupakan intervensi yang bertujuan agar konseli mampu mengatasi trauma, dengan cara memberikan kemampuan mengatur stres. Cohen et al. menggambarkan komponen TF-CBT dengan akronim PRACTICE:

- a. *psychoeducation*, mendidik anak dan orang tua tentang jenis kejadian traumatik yang dialami anak, berapa banyak anak yang mengalaminya, apa penyebabnya, dan bagaimana pendekatan terapinya,
- b. *parenting skills*, kemampuan mengasuh anak yang baik juga harus digunakan, seperti memujinya, perhatian positif.
- c. *relaxation skills*, mengatur nafas, relaksasi otot, dan aktivitas lain yang dapat memulihkan kondisi konseli.
- d. *affective modulation skill*, mengidentifikasi perasaan, memunculkan gambaran positif terhadap diri sendiri, pemecahan masalah, dan kemampuan sosial.
- e. *cognitive coping and processing*, mengenali hubungan antara pikiran, perasaan dan kebiasaan yang ada dalam dirinya.
- f. *trauma narrative*, menceritakan pengalaman traumatik anak, memperbaiki distorsi kognitif dari pengalaman ini dan menempatkan pengalaman ini dalam konteks keseluruhan hidup si anak.
- g. *in vivo mastery of trauma reminder*, melatih paparan terhadap stimuli yang ditakuti.
- h. *conjoint child parent sessions*, sesi bersama dengan orang tua dan anggota keluarga lainnya, dan

- i. *enhancing future safety and development*, melatih kewaspadaan terhadap kemungkinan terjadinya trauma berikutnya dan kembali ke tahap pertumbuhan dan perkembangan yang normal.



Untuk lebih memahami materi, dibawah ini disajikan prosedur konseling *Cognitive-Behavioral* untuk menangani trauma dalam bentuk tabel sebagai berikut.

KOMPONEN/ LANGKAH	ISI KEGIATAN
Langkah 1 : Pembinaan Hubungan (Rappot)	• konselor membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif • konselor menggunakan ketrampilan <i>attending dan active listening</i> • konselor memberi gambaran yang tepat tentang konseling yang disebut <i>structuring</i>
Langkah 2: Asesmen Masalah	• konseli mengkomunikasikan problem yang sedang dihadapi kepada konselor • konselor akan terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprasi, klarifikasi, refleksi perasaan, probe dan sebagainya. • konselor dan konseli mengidentifikasi problem secara spesifik dan obyektif • konselor mengidentifikasi komponen yang mendukung terjadinya masalah, berat-ringannya masalah serta pengaruh masalah tersebut terhadap konseli
Langkah 3: Penetapan tujuan	• Konselor meminta konseli merumuskan tujuan yang ingin dicapai, bila belum bisa konselor bisa membantu konseli.
Langkah 4: Seleksi Strategi	• konselor mendefinisikan problem, • konselor mengidentifikasi dan mendata strategi yang memungkinkan digunakan untuk mengatasi trauma <i>relaxation Training, breathing retraining, positif thinking dan self-talk, asertive Training, thought stopping, exposure in the imagination, dan exposure in reality</i> • konselor mengeksplorasi konsekuensi strategi yang diusulkan serta • konselor memprioritaskan strategi yang paling tepat dan disepakati
Langkah 5: Implementasi Strategi	• konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan deskripsi singkat suatu strategi, • konselor memberi contoh penggunaan atau mendemonstrasikan strategi • konselor melatih menggunakan strategi dan pemberian umpan balik, • serta konselor memberi pekerjaan rumah.
Langkah 6:	• Konselor menilai proses konseling melalui laporan dari konseli sendiri, observasi konselor, dan laporan dari pihak lain. • konselor menilai hasil konseling dengan cara konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline

KOMPONEN/ LANGKAH	ISI KEGIATAN
Evaluasi dan Tindak lanjut	yang telah dibuat, dan membandingkan dengan tujuan konseling.
Langkah 7: Terminasi	• Konselor menghentikan program bantuan. • Konselor mendorong konseli melakukan <i>transfer of learning</i>

Tabel 2. Prosedur konseling *Cognitive-Behavioral*

8. **Konseling dengan Teknik *Ego state***

Ego state therapy merupakan teknik konseling yang berdasar pada premis kepribadian yang terdiri dari bagian-bagian (parts) terpisah dan ini disebut *ego state* (Emmerson, 2003). *Ego state* seringkali disebut bagian kecil dari kepribadian seseorang. J.G. Watkins & H.H Watkins (1997) mendefinisikan konseling *ego state* sebagai sebuah konseling yang menggunakan pendekatan individu, keluarga, dan konseling kelompok dalam mengakses dan berhubungan dengan *ego state* yang bertujuan untuk melepaskan dan mengatasi konflik *ego state* yang terjadi.

Sebuah *ego state* merupakan satu bagian dari sekumpulan kelompok yang mempunyai keadaan atau kondisi emosi yang setara, yang dibedakan berdasarkan tugas khusus, perasaan (*mood*), dan fungsi mental, dimana kesadaran diasumsikan sebagai identitas dari orang tersebut (Hartman & Zimmeroff, 2003, Emmerson, 2003). Kumpulan dari *ego state* membentuk kepribadian utuh dari seseorang dan jumlahnya tidak dapat dihitung akan tetapi dalam satu minggu *ego state* seseorang yang muncul berjumlah sekitar 5 hingga 15 *ego state* (Emmerson, 2003).

Setiap *ego state* memiliki potensi untuk konflik dan melakukan sabotase diri. Fenomena ini dapat kita lihat pada seseorang yang mengalami trauma. Misalkan korban trauma akibat kekerasan seksual. Ada bagian diri yang berkata “saya ingin terbebas dari rasa bersalah dan menjalani hidup lebih baik”. Tetapi bagian diri yang lain merasakan bahwa “saya sudah tidak suci lagi. Saya berdosa dan jijik”. Disini terjadi konflik *ego state* dimana *ego state* yang merasa bersalah tumbuh dan berkembang diakibatkan dari perasaan luka yang dalam karena trauma. Van der Kolk (1994) menjelaskan bahwa ketika seseorang mengalami trauma, memori yang berkaitan dengan peristiwa trauma akan menempel di dalam otak pada bagian non verbal, tidak sadar dan sangat sulit untuk diakses. *Ego state* yang tumbuh akibat pengalaman traumatis kadangkala melakukan manipulasi dengan cara menekan memori menyakitkan tersebut agar tidak muncul kembali (Hartman & Zimmeroff, 2003).

Strategi konseling dengan menggunakan *ego state* adalah dengan cara menemukan *ego state* yang terluka (*waded*) akibat trauma kemudian mencari *ego state* lain yang dapat menenangkan atau membantunya sehingga menjadi

lebih produktif dan saling melindungi (Watkins & Watkins, 1997; Emmerson, 2003; Forgas & Knipe, 2008).

Konseling *Ego state* menekankan pada analisis komunikasi terhadap fungsi dan peranan *ego state* terhadap individu. Terdapat dua teknik yang sering digunakan dalam *ego state* (Emmerson, 2003; Arif, 2011; Watkins & Watkins 1997) diantaranya adalah :

a. Konseling *Ego state* tanpa menggunakan kondisi hipnosis

Adapun teknik yang seringkali digunakan dalam konseling *ego state* yang tidak memanfaatkan kondisi hipnosis dalam proses terapinya adalah

- 3) *Empty Chair Technique* yaitu teknik terapi *ego state* dengan menggunakan kursi sebagai media dalam memfasilitasi komunikasi antar *ego state*. Teknik ini sangat cocok bagi individu yang kurang bisa melakukan imajinasi karena dengan menggunakan kursi kosong seseorang akan terbantu dengan lebih mudah untuk mengakses *ego state* atau perasaannya. Teknik ini merupakan pengembangan dari konseling *gestalt*, yang membedakannya adalah selama sesi konseling *ego state*, kursi yang dibutuhkan sekitar 5 sampai 10 kursi. Tujuan dari kursi kosong ini adalah sebagai manifestasi dari *ego state* dari individu agar dapat berkomunikasi dan mengubah *vaded, retro* atau *conflicted ego state* menjadi normal *ego state*.
- 4) *Conversational Technique* yaitu teknik konseling *ego state* yang dilakukan selayaknya percakapan biasa. Teknik ini sangat membantu dalam sebagai persiapan melakukan *resistence bridging* yakni teknik untuk mencari akar masalah. Teknik percakapan hampir sama dengan teknik kursi kosong, yang membedakannya adalah disini tidak mencari akar masalah dalam konselingnya akan tetapi fokus pada komunikasi antara *ego state* yang terluka dan mencari *ego state* pelindung (*protector*).

b. Konseling *Ego state* dengan menggunakan kondisi hipnosis.

Hipnosis adalah suatu keadaan fokus, tenang, dan relaks sehingga dapat mencerna informasi atau sugesti yang masuk ke dalam pikiran. Korban yang mengalami gangguan PTSD dan ASD memiliki kemampuan masuk kondisi hipnosis yang sangat tinggi dibanding dengan orang biasa (Yard, DuHamel, & Galyner, 2008). Pendapat lain dikemukakan oleh Hilgard (Watkins, 1993) yang menjelaskan hipnosis berkaitan dengan fokus

yang tinggi dan proses pemisahan diri (*disosiative*). Melalui hipnosis, konselor dapat secara efektif memanggil dan memisahkan *ego state* yang terluka serta melakukan proses pelepasan emosi. Kondisi hipnosis merupakan bagian terpenting dalam satu sesi *ego state therapy* (Emmerson, 2003; Barabasz et al, 2011).

Kondisi hipnosis digunakan untuk mencari akar masalah (*root cause*) yang menjadi permasalahan konseli. Emmerson (2003) menjelaskan dalam kasus trauma, kondisi hipnosis digunakan untuk mencari *ego state* yang terluka kemudian melakukan pelepasan emosi melalui ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*maladaptive ego state*) yaitu dengan cara melakukan regresi atau kembali kepada memori masa lalu yang menjadi pemicu trauma kemudian melakukan rekonstruksi yang positif terhadap peristiwa itu (Abramowitz & Lichtenberg, 2010; Watkins & Watkins, 1997).

Barabasz et al. (2011) memaparkan langkah-langkah satu sesi konseling *ego state* dengan menggunakan hipnosis yang bisa dilakukan oleh konselor diantaranya: (1) melakukan induksi secara tidak langsung kepada konseli untuk memasuki kondisi hipnosis. Setelah itu konseli dibantu untuk mengingat kembali memori masa lalu yang menjadi pemicu trauma dengan menggunakan teknik regresi. Emmerson (2003) menjelaskan untuk menghindari konseli yang takut dihipnosis, konselor dapat menggunakan teknik induksi secara tidak langsung (*indirect hypnosis*) dan teknik *resistance bridging* sebagai teknik regresi permisif dimana konseli tidak tahu sedang dihipnosis. (2) selanjutnya konselor melakukan proses ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*maladaptive ego state*). Ketika proses ekspresi dilakukan konselor membantu konseli untuk melepaskan dan meluapkan seluruh emosi yang tersimpan di dalam pikiran bawah sadar konseli. (3) tahapan akhir adalah melakukan penenangan (*reliefe*) yakni proses komunikasi antara *ego state* dimana *ego state* yang terluka dibantu oleh *ego state* yang lebih dewasa (*nurturance*).

c. Prosedur Konseling Traumatik dengan teknik *Ego state*

Konseling merupakan pemberian bantuan yang sangat tepat bagi korban yang mengalami trauma. Weaver, dkk. (2003) menjelaskan pemberian konseling merupakan dukungan utama bagi korban yang mengalami PTSD. Konselor yang menggunakan konseling *ego state*

membantu untuk menyembuhkan masalah trauma yang dihadapi oleh konseli. Ketika masalah trauma terselesaikan, gejala-gejala trauma seperti kecemasan, takut yang berlebihan mulai menghilang karena sudah tidak lagi dalam pengendalian *ego state* yang negatif (Barabasz et al, 2011).

Pengalaman traumatis yang selalu teringat akan ditekan oleh pikiran dan tersimpan di dalam pikiran bawah sadar. Oleh karena itu, *ego state* yang muncul akibat trauma akan melakukan manipulasi perilaku dengan cara menghindari (*avoidance*) dari segala hal yang berkaitan dengan kejadian yang menjadi pemicu trauma. Forgash & Knife (2008) menjelaskan manipulasi *ego state* yang dilakukan untuk menghindari trauma seperti sulit berkonsentrasi, marah yang meledak-ledak, menghindari orang-orang dan segala hal yang mengingatkan kejadian trauma, kaku, merasa terisolasi, *distress* dan kurang kepercayaan baik pada diri maupun orang lain. Untuk itu, konseling traumatik dengan menggunakan *ego state* dapat digunakan sebagai intervensi pendekatan untuk menghilangkan gejala-gejala trauma yang dirasakan oleh konseli.

Konseling bagi konseli yang mengalami pengalaman traumatis merupakan bantuan utama yang harus segera diberikan. Hal ini dilakukan agar gejala-gejala trauma yang dirasakan menghilang dan konseli dapat menjalani hidup dengan bahagia tanpa diikuti rasa takut yang berlebihan. konseling *ego state* merupakan teknik yang simple dan luar biasa dapat secara efektif menangani kasus trauma. Konseling traumatik menggunakan *ego state therapy* adalah model konseling yang menyembuhkan pengalaman traumatis seseorang melalui proses ekspresi, pelepasan dan penenangan *ego state* yang terluka. Hal ini dilakukan dengan cara mencari *ego state* yang lebih dewasa (*mature*) dan mau mengasuh (*nurturing*) *ego state* yang terluka. Untuk itu, konseling traumatik dengan menggunakan teknik *ego state* dapat menjadi solusi dalam menangani kasus-kasus trauma.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sindrom trauma seperti gangguan stress pascatrauma (*Post Traumatic Stress Disorder*) dan gangguan stress akut (*Acute Stress Disorder*) secara efektif dapat dihilangkan dengan menggunakan *ego state therapy* (Watkins & Watkins, 1997; Barabasz & Watkins, 2008; Abramowitz & Lichtenberg, 2010). Teknik *ego state* yang secara efektif dapat membantu menangani trauma adalah

dengan menggunakan kondisi hipnosis (Emmerson, 2003). Melalui kondisi hipnosis, konselor dapat secara cepat menemukan akar masalah dan *ego state* yang terluka serta melakukan proses ekspresi dan pelepasan emosi. Adapun gambaran secara detail mengenai manual satu sesi konseling traumatik dengan menggunakan *ego state* adalah sebagai berikut :

6) Mengakses *ego state* (*Accessing ego state*) dengan menggunakan teknik *Resistance Deepening*

Dalam kasus traumatik, konselor mengeksplorasi untuk menemukan *ego state* yang terluka. Konselor membimbing konseli untuk memasuki kondisi hipnosis dengan teknik *resistance deepening* yang tanpa disadari konseli sudah berada dalam kondisi hipnosis. Arif (2011) menjelaskan bahwa teknik *resistance deepening* diciptakan untuk orang yang cenderung menghindari atau takut dihipnosis. Emmerson (2003) menciptakan teknik ini dengan memanfaatkan *trance* atau kondisi hipnosis dengan mata terbuka. Teknik *resistance deepening* menekankan pada unsur perasaan saat melakukan pengambilan kondisi hipnosis.

Langkah awal yang dapat konselor lakukan dalam melakukan teknik adalah dengan meminta konseli untuk membayangkan situasi yang membuat dia trauma dan menanyakan perasaan yang muncul ketika dalam situasi tersebut. Tahapan pertama ini bertujuan untuk mengakses *ego state* yang terluka atau kondisi yang membuat konseli trauma. Pengalaman traumatis biasanya membuat konseli mengalami ketakutan yang sangat kuat ketika menghadapi situasi yang menjadi pemicu trauma dan saat itulah *ego state* yang terluka muncul (*executive*). Misalnya pada kasus trauma naik motor. Dalam mengakses *ego state* yang terluka, konselor dapat meminta konseli untuk membayangkan konseli duduk di atas motor dan tanyakan bagaimana perasaannya.

Selain itu, konselor memberikan nama kepada *ego state* yang terluka tersebut. Konselor menanyakan kepada konseli mengenai nama dari *ego state* ini. Tujuannya adalah supaya konselor lebih mudah berkomunikasi dengan *ego state* yang merupakan bagian dari konseli. Contohnya pada kasus di atas, konseli merasa ketakutan ketika naik motor dan memberi namanya dengan “si takut”. Setelah itu tanyakan

pada *ego state* apa fungsi “si takut” untuk konseli. Hal ini dilakukan agar konselor mengetahui fungsi *ego state* bagi konseli. Karena pada dasarnya setiap *ego state* memiliki niat dan fungsi yang baik bagi dirinya (Emmerson, 2003).

Kemudian konselor melakukan cek skala kedalaman dari 1 sampai 10. Angka 10 menandai bahwa intensitas emosi sangat tinggi dan 1 jika intensitas emosi rendah. Tanyakanlah pada konseli “Ada di angka berapa emosi yang saat ini anda rasakan?”, bila angkanya rendah misalkan 6, konselor meminta konseli untuk melipatgandakan perasaan itu sampai sembilan atau sepuluh.

- 7) Melakukan regresi dengan menggunakan teknik *Resistance Bridging*
Langkah selanjutnya adalah melakukan regresi yaitu membawa konseli ke dalam memori situasi atau peristiwa pertama kali munculnya *ego state* yang terluka. Emmerson (2003) menjelaskan bahwa teknik *resistance bridge* adalah sebuah teknik hipnosis yang membawa konseli untuk berpindah secara langsung setelah selesai melakukan teknik *resistance deepening*. Penggunaan teknik ini diintegrasikan secara langsung setelah melakukan teknik *resistance deepening*.

Pada kasus di atas, setelah konselor membimbing konseli merasakan intensitas emosi sampai angka 10, setelah itu gunakan teknik *resistance bridging* dengan menanyakan konseli sebagai berikut : a) Menurut anda, perasaan (emosi) ini tua atau muda?; b) Pada sekitar umur berapa, perasaan ini muncul pertama kali?; c) Silahkan menjadi umur (sebutkan umur berapa yang muncul dari jawaban b); d) Peristiwa ini sepertinya terjadi di dalam atau diluar ruangan?; e) sendiri atau bersama orang lain?; f) Ceritakan apa yang terjadi disana. Pertanyaan-pertanyaan tersebut merupakan teknik untuk mengeksplorasi muncul pertama kalinya *ego state* yang terluka.

- 8) Proses ekspresi terhadap *ego state* yang negatif (*introject*) yang memunculkan pengalaman traumatis

Setelah akar masalah yang menjadi pengalaman traumatis bagi konseli diketahui, langkah selanjutnya adalah melakukan proses ekspresi terhadap *ego state* negatif (*introject*). Dalam tahapan ini,

konseli harus mengekspresikan dan mengungkapkan permasalahan atau emosi yang terpendam. Secara khusus *ego state* yang mengekspresikan emosi tersebut harus *ego state* yang terluka. Misalkan Si Marah mengekspresikan kemarahannya pada orang yang menabrak motor konseli sebagai orang yang telah melukai hatinya tanpa ia bisa mengungkapkan dihadapannya secara langsung. Tujuan dari proses ekspresi adalah untuk melepaskan semua emosi yang terpendam dalam diri konseli dan seringkali menjadi masalah yang memicu untuk munculnya gejala-gejala trauma (Barabasz et al, 2011).

9) Removal atau pelepasan

Setelah proses mengekspresikan perasaan selesai, dilakukan proses removal atau pelepasan rasa kesal. Konselor harus membantu *ego state* yang terluka untuk melakukan pelepasan dari *ego state* negatif yang masih melekat. Ada dua cara yang dapat dilakukan oleh konselor : (a) bila *ego state* yang negatif (introject) itu adalah lain atau sesuatu, buatlah menjadi sesuatu yang sangat kecil ukurannya dan konselor membantu konseli untuk mengusirnya. Cara mengusirnya adalah dengan menanyakan langsung pada konseli. Konselor dapat membantu dengan menanyakan “Apakah mau ditendang atau ditiup?” atau mau diambil pakai tangan lalu dibuang?” (b) bila *ego state* yang negatif itu adalah orang tua, dilakukan proses pemaafan dengan teknik forgiveness antara konseli dan orang tuanya

10) Proses relief atau penenangan

Setelah melakukan proses pelepasan *ego state* negatif, langkah selanjutnya adalah melakukan proses penenangan (relief) yaitu dengan memanggil *ego state* yang lebih dewasa (mature) dan mau mengasuh (nurturing) *ego state* yang terluka tadi. Bila *ego state* yang dewasa dan mau mengasuh tidak muncul sama sekali, maka konselor dapat memanggil *ego state introject* yang lebih dewasa dan mau mengasuh *ego state* yang terluka tersebut.

Caranya adalah konselor dapat meminta konseli untuk memanggil bagian dari konseli yang lebih dewasa dan matang kemudian beri nama *ego state* tersebut. Misalkan Si Tenang yang muncul pada konseli, langkah selanjutnya konselor membantu konseli untuk melakukan

proses penenangan dengan cara meminta *ego state* “si tenang” untuk mau mengasuh dan menyayangi *ego state* “si takut”. Prosesnya adalah dengan cara konseli mengungkapkan secara lisan pada *ego state* “si takut” dan memfasilitasi komunikasi antara *ego state* yang dewasa dan *ego state* yang terluka. Bila *ego state* “si takut” sudah merasa tenang, langkah selanjutnya adalah mengubah nama *ego state* yang terluka (si takut) menjadi nama *ego state* yang lebih positif, misalkan *ego state* “berani”.



Untuk lebih memahami materi, dibawah ini disajikan langkah-langkah Konseling dengan teknik *ego state* melalui hypnosis dalam bentuk tabel sebagai berikut.

KOMPONEN / LANGKAH	ISI KEGIATAN
Langkah 1 : Pembinaan Hubungan (Rappot)	• konselor membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif • konselor menggunakan ketrampilan <i>attending dan active listening</i> • konselor memberi gambaran yang tepat tentang konseling yang disebut <i>structuring</i>
Langkah 2: Asesmen Masalah	• konseli mengkomunikasikan problem yang sedang dihadapi kepada konselor • konselor akan terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprasi, klarifikasi, refleksi perasaan, probe dan sebagainya. • konselor dan konseli mengidentifikasi problem secara spesifik dan obyektif • konselor mengidentifikasi komponen yang mendukung terjadinya masalah, berat-ringannya masalah serta pengaruh masalah tersebut terhadap konseli
Langkah 3: Penetapan tujuan	• Konselor meminta konseli merumuskan tujuan yang ingin dicapai, bila belum bisa konselor bisa membantu konseli.
Langkah 4: Seleksi Strategi	• konselor memperkenalkan strategi <i>ego-state</i> melalui hipnosis • konselor mengeksplorasi konsekuensi strategi yang diusulkan
Langkah 5: Implementasi Strategi	• konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan diskripsi singkat suatu strategi, • konselor mengakses ego state dengan menggunakan teknik <i>Resistance Deepening</i> • konselor melakukan <i>regresi</i> dengan menggunakan teknik <i>Resistance Bridging</i> • konselor membantu konseli mengekspresikan <i>ego state</i> yang negatif (<i>introject</i>) yang memunculkan pengalaman traumatis

	• konselor membantu konseli melakukan (<i>removal</i>) pelepasan dari ego state negatif yang masih melekat • konselor membantu konseli melakukan proses penenangan (<i>relief</i>) yaitu dengan memanggil <i>ego state</i> yang lebih dewasa
Langkah 6: Evaluasi dan Tindak lanjut	• Konselor menilai proses konseling melalui laporan dari konseli sendiri, observasi konselor, dan laporan dari pihak lain. • konselor menilai hasil konseling dengan cara konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline yang telah dibuat, dan membandingkan dengan tujuan konseling.
Langkah 7: Terminasi	• Konselor menghentikan program bantuan

Tabel 3. Prosedur Konseling dengan teknik *ego state*

9. Konseling EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)

Pendekatan EMDR sebagai suatu bentuk pengolahan informasi yang dipercepat (*Accelerated Information Processing*) dan dapat menjadikan sistem pengolahan informasi otak terurai dengan menggunakan berbagai cara gerakan. Kemungkinan lain adalah bahwa pengolahan yang terhambat dalam diri seseorang dimanifestasikan sebagai ketidakcocokan fase antara wilayah yang setara dalam belahan otak (otak kiri dan otak kanan), dan bahwa intervensi ritme EMDR membuat komunikasi antara belahan otak membaik (Nicosia, 1994).

Dalam EMDR didalilkan, bahwa bila terjadi insiden yang "traumatis", maka pengolahan informasi akan tereksitasi/ terhambat. Traumatisasi ini menyebabkan terjadinya eksitasi yang berlebihan pada suatu bagian otak dan terjadilah patologi syaraf aktual (Pavlov dalam Shapiro, 1995). Patologi ini merupakan pemicu terjadinya "pembekuan" informasi dalam bentuk aslinya dan mengakibatkan kegelisahan, lengkap dengan kesan, dan pikiran diri yang negatif. Menurut Shapiro (1995) ada delapan tahap dalam menerapkan EMDR, yaitu sebagai berikut.

i. Tahap Mempelajari Riwayat Konseli

Tahap ini merupakan tahap untuk menyajikan permasalahan, dengan maksud untuk mengidentifikasi ingatan di masa silam yang menyebabkan terjadinya disfungsi, hal-hal yang merupakan pemicu di saat ini dan kemampuan yang dimiliki konseli untuk bisa berperilaku adaptif di masa yang akan datang.

j. Tahap Persiapan

Pada tahap ini konselor mempersiapkan segala sesuatu yang terkait dengan kelancaran proses konseling. Konselor membantu konseli melakukan gerakan mata (*Eye Movement*) atau melakukan sentuhan silang pada telapak tangan (*tapping*) secara berulang. Dalam tahap ini beberapa hal yang dilakukan konselor antara lain; a) konselor menempatkan kursi duduknya di samping konseli untuk melakukan gerakan mata, berada di luar pandangan konseli. Atau bisa juga menempatkan diri di depan konseli untuk melakukan gerakan tepukan, dan lain-lain. b) membangun hubungan baik (*rappor*t), c) memberikan penjelasan kepada konseli mengenai EMDR dan kesepakatan awal, d) melakukan uji coba stimulasi bilateral, dan e) menciptakan tempat yang aman (*safe place*).

k. Tahap Pemeriksaan (*Assesment*)

Pada tahap ini konselor dan konseli memeriksa topik atau memori yang dipilih oleh konseli untuk ditangani dalam terapi EMDR. Langkah-langkahnya mengikuti singkatan ICES (*Image, Cognition, Emotion, Body Sensation*). Dengan kata lain, konselor pada tahap ini harus memeriksa dan menilai *image* (gambaran) buruk konseli tentang peristiwa traumatis yang dialaminya; kognisi negatif dan positif tentang diri konseli saat membayangkan peristiwa traumatis; emosi yang dirasakan saat membayangkan peristiwa traumatis; dan sensasi tubuh (bagian tubuh yang terganggu oleh emosi atau perasaan tersebut). Pada sensasi tubuh ini yang diperlukan adalah lokasi tubuh yang terganggu.

l. Tahap Desensitisasi

Pada tahap ini yang menjadi penekanan adalah melihat kembali gambaran kognisi dan emosi negatif serta lokasi tubuh yang terganggu seperti yang ditemukan pada tahap pemeriksaan. konselor dapat mengatakan kepada konseli, Saya ingin anda membayangkan gambaran....., kata-kata negatif (ulangi kognisi negatif di sini) dan perhatikan di mana anda merasakannya dalam tubuh anda (sebutkan lokasi dan emosi) dan ikuti jari saya (atau katakan sesuatu yang serupa misalnya)bersamaan dengan saya menepuk tangan anda”. Kemudian konselor melakukan gerakan mulai perlahan-lahan sampai pada kecepatan yang dapat ditoleransi oleh konseli dengan nyaman.

m. Tahap Instalasi

Tujuan tahap kelima adalah untuk menghubungkan antara kognisi positif yang diharapkan dengan target kenangan atau kejadian. Konselor mengungkapkan kesesuaian sejumlah kognisi positif konseli dan perasaannya. Apabila sesuai, maka dilakukan gerakan bilateral untuk menginstal lebih jauh, sehingga memperkuat keyakinan konseli akan kognisi positifnya. Jika nilai keyakinan terhadap kognisi positif tidak meningkat, carilah kemungkinan adanya resistensi atas keyakinan, sensasi, dan konflik-konflik lain.

n. Tahap Body Scan

Pada tahap ini konselor mengatakan: "sekarang tutuplah mata anda. Konsentrasikan pada pengalaman menyakitkan periksa seluruh tubuh anda. Beritahukan saya di mana itu ketika anda merasakan sesuatu".

- (4) Jika ada sensasi yang diberitahukan, proseslah dengan gerakan bilateral.
- (5) Jika diberitahukan adanya sensasi yang positif atau yang menyenangkan, proseslah untuk menguatkan perasaan positif.
- (6) Jika sebuah sensasi yang tidaknyaman dilaporkan, proseslah sampai perasaan itu berkurang.

o. Tahap Penutupan

Pada tahap ini dilakukan laporan akhir (*debriefing*) mengenai sesi yang baru selesai. Ada 2 cara dasar *debrief*, tergantung pada apakah konseli telah mengalami sesi dengan lengkap atau sesi belum lengkap.

Sebuah sesi yang tidak lengkap terjadi ketika konseli tidak menyelesaikan hal yang traumatis, yang berarti bahwa konseli jelas masih merasa terganggu. Apabila hal ini yang terjadi, maka ada 5 langkah yang disarankan yaitu; a) minta ijin untuk menutup sesi, jelaskan alasannya, b) tawarkan support dan katakan apa yang telah diperoleh konseli hari ini, c) lewati instalasi kognisi positif dan *body scan*, d) konselor menawarkan latihan relaksasi.

p. Tahap Reevaluasi

Pada tahap ini konselor melakukan penilaian terhadap sesi sebelumnya. Dalam sesi ini konselor melakukan; a) mengkaji ulang dialog, b) memusatkan

pada masa depan (masa lalu → masa kini → masa depan), c) carilah total integrasi, individual dan sistemik.



Untuk lebih memahami materi, dibawah ini disajikan langkah-langkah Konseling dengan teknik EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocesing*) dalam bentuk tabel sebagai berikut.

KOMPONEN / LANGKAH	ISI KEGIATAN
Langkah 1 : Pembinaan Hubungan (Rappot)	• konselor membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif • konselor menggunakan ketrampilan <i>attending dan active listening</i>
Langkah 2: Asesmen Masalah	• konselor akan terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprasi, klarifikasi, refleksi perasaan, probe dan sebagainya. • konselor mengidentifikasi ingatan di masa silam konseli yang menyebabkan terjadinya disfungsi • konselor mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki konseli untuk bisa berperilaku adaptif di masa yang akan datang • konselor memeriksa dan menilai image (gambaran) buruk konseli tentang peristiwa traumatis yang dialaminya, emosi yang dirasakan saat membayangkan peristiwa traumatis; dan sensasi tubuh (bagian tubuh yang terganggu oleh emosi atau perasaan tersebut)
Langkah 3: Penetapan tujuan	• Konselor meminta konseli merumuskan tujuan yang ingin dicapai, bila belum bisa konselor bisa membantu konseli.
Langkah 4: Seleksi Strategi	• konselor memperkenalkan strategi EMDR (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocesing</i>)
Langkah 5: Implementasi Strategi	• konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan diskripsi singkat suatu strategi • Konselor membantu konseli melakukan gerakan mata (<i>Eye Movement</i>) atau melakukan sentuhan silang pada telapak tangan (<i>tapping</i>) secara berulang • konselor mengajak konseli untuk melakukan desensitisasi sistematis • Konselor mengungkapkan kesesuaian sejumlah kognisi positif konseli dan perasaannya • Konselor mengajak konseli untuk melakukan <i>body scan</i>.
Langkah 6: Evaluasi dan Tindak lanjut	• Konselor menilai proses konseling melalui laporan dari konseli sendiri, observasi konselor, dan laporan dari pihak lain. • konselor menilai hasil konseling dengan cara konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline yang telah dibuat, dan membandingkan dengan tujuan konseling.

Langkah 7: Terminasi	• Konselor menghentikan program bantuan
-------------------------	---

Tabel 3. Prosedur Konseling dengan teknik *EMDR*

10. Konseling Religiusitas

Pendekatan religius yang berorientasi keislaman dikemukakan oleh Neviyarni (2005). Dalam pendekatan ini tidak sepenuhnya religius tapi juga masih digunakan relaksasi sebagai salah satu langkahnya. Di bawah ini akan dikemukakan tahap-tahap konseling traumatis dengan pendekatan religius.

g. Memberi Perhatian

Upaya memperlihatkan perhatian dapat dilakukan dengan berbagai teknik antara lain, mulai dari menerima konseli, sentuhan fisik (bagi konseli sejenis), kontak mata, pertanyaan terbuka, refleksi isi, refleksi perasaan, dan memperlihatkan empati.

h. Relaksasi

Konselor dapat membimbing konseli untuk melakukan relaksasi sesuai dengan keadaan yang dialami konseli. Relaksasi dapat mengurangi kecemasan, berbagai keluhan psikosomatis, dan kegelisahan. Dapat dilakukan relaksasi sederhana, relaksasi dengan komitmen, atau relaksasi penuh. Relaksasi dilakukan dengan persetujuan konseli, konseli boleh memilih mana yang diperkirakannya akan cocok dengan keadaan yang sedang dideritanya.

Menurut Haryanto, (2002) salah satu bentuk relaksasi dapat dilakukan sewaktu melaksanakan ibadah shalat, karena shalat mempunyai efek relaksasi otot, yaitu kontraksi otot, pijatan dan tekanan pada bagian-bagian tubuh tertentu.

i. Mengajak Konseli Mencari Hikmah dari Setiap Kejadian

Usahakan melihat kebaikan dari peristiwa yang dialami, banyak orang merasa peristiwa yang mendatangkan kesusahan cenderung dipandang sebagai sesuatu yang jelek. Hal ini terjadi hanya karena ketidakmampuan orang melihat hal yang tersirat di balik peristiwa yang tidak menyenangkan itu. Konselor dapat membantu konseli untuk mencoba mencari nilai-nilai positif dari peristiwa yang dialami konseli.

j. Mengajak konseli meningkatkan kesabaran

Konselor dapat mengajak konseli untuk meningkatkan kesabaran dalam menghadapi traumatis yang sedang dideritanya. Menurut ajaran agama Islam, peristiwa yang menyebabkan trauma itu adalah ujian. Setiap orang yang beriman, harus diuji dulu keimanannya. Seseorang belum dapat dikatakan beriman apabila belum diuji keimanannya. Dalam menghadapi ujian, sebagaimana diajarkan dalam Al-Quran (QS. Al-Baqarah, 2:153) yang artinya, “Hai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan (mengerjakan) shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.” Manusia hendaklah minta pertolongan dengan sabar dan shalat kepada Allah yang Maha Kuasa atas segala sesuatu, termasuk kekuasaan untuk menyembuhkan traumatis yang sedang diderita manusia tersebut.

k. Mengajak konseli melakukan shalat

Konselor dapat menjelaskan kepada konseli bahwa dengan melakukan shalat dapat sangat membantu dalam pemulihan penderitaan traumatis. Upaya yang paling baik dilakukan untuk penanganan traumatis menurut agama Islam adalah dengan melakukan shalat. Apabila dilihat gerakan-gerakan yang dilakukan orang sewaktu shalat mulai dari takbir, berdiri, ruku', sujud duduk di antara dua sujud, duduk akhir, sampai mengucapkan salam dapat melebihi relaksasi karena kontraksi otot, pijatan dan tekanan pada bagian-bagian tubuh tertentu terlaksana selama menunaikan shalat. Haryanto (2002:77-78) mengutip beberapa buku dan mengungkapkan bahwa relaksasi otot dapat mengurangi kecemasan, depresi, insomnia, hiperaktif pada anak, keluhan berbagai penyakit terutama psikosomatis. Menurut Adi (1985) dalam Haryanto (2002:82) shalat akan berpengaruh pada seluruh sistem yang ada dalam tubuh orang yang mengerjakannya, seperti pada sistem syaraf, peredaran darah, pernafasan, pencernaan, otot-otot, kelenjar reproduksi.

Berikut ini dijelaskan diantara efek dan manfaat masing-masing posisi tubuh dalam gerakan-gerakan shalat.

- (8) Tubuh terasa bebas dari berbagai beban karena pembagian beban yang sama pada kedua kaki. Punggung lurus akan memperbaiki postur tubuh. Otot-otot punggung bagian atas dan bawah dilemaskan,
- (9) Konsentrasi menyebabkan pengendoran kaki dan punggung, menimbulkan perasaan kerendahan hati dan keshalehan. Waktu berdiri kedua tangan diletakkan di atas pusat, merupakan sikap istirahat yang

paling sempurna, sendi pergelangan tangan dan otot-otot kedua tangan berada dalam keadaan istirahat penuh. Sirkulasi darah, terutama aliran darah ke jantung serta produksi getah bening dan jaringan yang terkumpul dalam kantong-kantong kedua persendian itu menjadi lebih baik, sehingga gerakan kedua sendi menjadi lancar dan dapat menghindarkan dari penyakit persendian,

- (10) Otot-otot punggung bagian bawah, paha, dan betis sepenuhnya dilonggarkan. Darah dipompa ke batang tubuh bagian atas. Melonggarkan otot-otot bagian perut, abdomen, dan ginjal. Tulang punggung akan tetap dalam kondisi yang baik, karena persendian di antara badan-badan ruas tulang belakang tetap tinggal lembut dan lentur. Gerakan ini dapat menghindarkan atau menyembuhkan penyakit membengkoknya tulang punggung,
- (11) Darah segar bergerak naik ke batang tubuh pada postur sebelumnya, kembali ke keadaan semula dengan membawa toksin. Tubuh kembali santai dan lepas ketegangan,
- (12) Aliran darah ke tubuh bagian atas seperti kepala, mata, telinga, hidung, dan paru-paru dapat membersihkan toksin-toksin. Dengan lutut yang membentuk sudut secara tepat, memungkinkan otot-otot perut berkembang dan mengencang. Dapat mengurangi tekanan darah tinggi, menambah elastisitas tulang. Kontraksi otot pada waktu sujud dengan meletakkan jari dan telapak tangan membuat otot akan menjadi besar dan kuat. Pembuluh nadi dan pembuluh darah balik serta urat-urat getah bening akan terpijit sehingga peredaran darah dan limpa menjadi lancar. Di samping itu membantu pekerjaan jantung dan menghindarkan pengerutan dinding-dinding pembuluh darah akan menghasilkan energi panas yang diperlukan untuk proses pencernaan makanan oleh tubuh. Menghilangkan kesombongan dan egoisme, meningkatkan kesabaran, menaikkan situasi rohani, menghasilkan energi batin yang tinggi di seluruh tubuh, dan yang terpenting dari semua itu adalah meningkatkan kepercayaan kepada Tuhan Allah SWT,
- (13) Tumit kanan ditebuk dan bobot kaki serta bagian tubuh bertumpu pada tumit kaki bagi laki-laki. Posisi ini membantu menghilangkan efek racun pada hati dan merangsang gerakan peristaltik usus besar. Bagi wanita, kedua kaki disatukan di bawah tubuh. Posisi ini akan membawa kembali

ke posisi pengendoran yang besar dan postur ini akan membantupencernaan dengan mendesak turun isi perut.

- (14) Sujud ulangan yang agak lama, dalam beberapa detik akan membersihkan sistem pernafasan, peredaran darah dan syaraf. Merasakan keringanan tubuh dan kegembiraan emosional. Penyebaran oksigen ke seluruh tubuh lebih lancar dan menyeimbangkan sistem syaraf simpatik dan para-simpatik, i) Pada posisi duduk iftirasy otot-otot pangkal paha diduduki. Di dalam otot-otot tersebut terdapat salah satu syaraf pangkal paha yang besar di atas kedua tumit. Tumor dilapisi oleh sebuah otot yang berfungsi sebagai bantal. Dengan demikian maka tumor menekan otot dan syaraf pangkal paha. Pijitan tersebut dapat menghindarkan atau menyembuhkan penyakit syaraf pangkal paha.

I. Niatkan Segala Kegiatan sebagai Amal Ibadah kepada Allah (Ikhlas) dalam Rangka Mencari Ridha-Nya

Orang yang dapat menikmati hidupnya adalah orang yang paling bersungguh-sungguh menjaga keikhlasannya. Ibadah apapun yang dilakukannya tanpa keikhlasan akan sia-sia belaka. Betapa indah makna yang terkandung dalam ikhlas. Ikhlas, bebas dari segala perbuatan yang tidak disukai Allah, lepas dari maksud-maksud pribadi, tidak pamrih, tidak riya, menjadikan Allah menjadi satu-satunya yang diharapkan, ditaati, dicintai, dan ditakuti. Allah sebagai Pencipta, Pemilik, Pemelihara, dan Penguasa sekalian alam. Hanya apa yang diperintahkan Allah yang menjadi tujuan hidupnya.

Apapun yang dilakukan orang yang ikhlas tidak terpengaruh oleh ada atau tidaknya penghargaan orang lain. Suatu hal yang dicari adalah semata ridha Allah SWT. Ajaran agama Islam menyuruh orang membuat kebajikan karena kebajikan itu baik, dan harus dilakukan serta mencegah perbuatan yang jelek. Berbuat kebajikan dan meninggalkan yang buruk bukan mengharapkan balasan dari orang lain, karena balasan yang sempurna hanya dapat diharapkan datang dari Allah Swt.

Seorang yang ikhlas tidak akan melakukan perbuatan untuk mencari kemegahan, ketenaran, kekuasaan, jabatan, pangkat, kenikmatan, bersukaria, mencari kemanfaatan materil, atau kekayaan pribadi. Sesungguhnya perbuatan kebajikan itu dilakukan hanya semata untuk mencari ridha Allah. Tujuan hidupnya jelas dan tegas, langkahnya pasti dan penuh harapan. Bila mengalami kegagalan dalam melakukan sesuatu dia tidak akan merasa

kecewa dan frustrasi, dia tidak akan putus asa dengan usahanya, akan selalu berikhtiar dengan ulet menempuh jalan yang disukai Allah.



Untuk lebih memahami materi, dibawah ini disajikan langkah-

langkah Konseling traumatis dengan pendekatan relegius dalam bentuk tabel sebagai berikut.

KOMPONEN / LANGKAH	ISI KEGIATAN
Langkah 1 : Pembinaan Hubungan (Rappot)	• konselor membangun suatu iklim terapeutik yang kondusif • konselor memberi sentuhan fisik (bagi konseli sejenis), kontak mata, pertanyaan terbuka, refleksi isi, refleksi perasaan, dan memperlihatkan empati.
Langkah 2: Asesmen Masalah	• konseli mengkomunikasikan problem yang sedang dihadapi • konselor menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan konseling diantaranya adalah paraprasi, klarifikasi, refleksi perasaan, probe dll. • konselor dan konseli mengidentifikasi problem secara spesifik dan obyektif • konselor mengidentifikasi komponen yang mendukung terjadinya masalah, berat-ringannya masalah serta pengaruh masalah tersebut terhadap konseli
Langkah 3: Penetapan tujuan	• Konselor meminta konseli merumuskan tujuan yang ingin dicapai, bila belum bisa konselor bisa membantu konseli.
Langkah 4: Seleksi Strategi	• konselor memperkenalkan konseling dengan pendekatan relegius
Langkah 5: Implementasi Strategi	• konselor yaitu menjelaskan rasional strategi yang berisi tujuan dan diskripsi singkat suatu strategi • konselor membimbing konseli untuk melakukan relaksasi • Mengajak konseli mencari hikmah dari kejadian • Mengajak konseli untuk meningkatkan kesabaran dalam menghadapi traumatis yang sedang dideritanya • Menjelaskan kepada konseli bahwa dengan melakukan shalat dapat sangat membantu dalam pemulihan penderitaan traumatis. • Mendorong konseli ikhlas, dan mendorong konseli meniatkan segala sesuatu karena Allah.
Langkah 6: Evaluasi dan Tindak lanjut	• Konselor menilai proses konseling melalui laporan dari konseli sendiri, observasi konselor, dan laporan dari pihak lain. • konselor menilai hasil konseling dengan cara konselor mencatat perilaku konseli, membandingkan dengan baseline yang telah dibuat, dan membandingkan dengan tujuan konseling.
Langkah 7: Terminasi	• Konselor menghentikan program bantuan

Tabel 3. Prosedur Konseling Traumatik dengan Pendekatan Relegius

Contoh Konseling Traumatik

Di bawah ini disajikan contoh pelaksanaan konseling traumatis yang berupa catatan Antologi:

Mengurangi trauma melalui Konseling dengan Teknik *Ego state*

Sore itu, matahari mulai beranjak ke peraduan, saat saya beranjak menuruni tangga dari lantai dua menuju ruang dosen. Ada seorang mahasiswi yang bernama Ulia (nama samaran) yang menghampiri saya, dan Ulia berkata; “maaf pak! Bolehkan saya bicara sebentar dengan bapak? “ Boleh” jawab saya. Saya dan Ulia berjalan menuju ruang dosen.

Sesampai di ruang dosen, setelah saya persilahkan duduk Aulia bercerita bahwa ada seorang temannya yang bernama Ani (nama samaran) ingin konsultasi untuk memecahkan masalahnya. Akhirnya disepakati dua hari berikutnya Ani akan menemui saya untuk berkonsultasi.

Pada hari yang telah disepakati, Ani datang menemui saya di ruangan. Setelah saya persilahkan Ani duduk, saya menanyakan kabarnya. Ani bercerita banyak tentang dirinya, asal sekolahnya, dan tentang keluarganya. Setelah selesai menceritakan tentang identitasnya ia mulai menceritakan tentang masalahnya. Ani menyatakan bahwa akhir-akhir ini ia merasa tak nyaman dengan perkuliahan yang ia ikuti. Apalagi bila dosen menyatakan bahwa besok akan ditunjuk seorang mahasiswa untuk presentasi ke depan kelas. Mendengar perkataan dosen itu, tangannya gemetar seolah seperti tremor. Jantungnya berdegup keras, keringatnya mengucur deras, ia berfikir bahwa peristiwa masa lalu akan berulang. Saat, ia sekolah di MI, MTs dan SMA pernah mengalami perlakuan yang menyenangkan dari teman-temannya. Bila guru menyuruh bertanya Anipun mengangkat tangan untuk bertanya, sesaat setelah ia bertanya teman-temannya secara bersama-sama berkata “huuuu” kata-kata “huuuu” itulah yang sampai sekarang asing terngiang ditelinganya. Ia takut teman kuliahnya juga akan melakukan hal yang sama. Akibatnya, saat ia pulang ke kost-an ia selalu memikirkan tugas presentasi. Ia tidak bisa tidur semalaman, bahkan ia menangis tersedu-sedu.

Ketika Ani menceritakan problem yang sedang dihadapi, saya berusaha terus menampilkan perilaku pendampingan dengan menggunakan ketrampilan dasar konseling diantaranya adalah paraprase, klarifikasi, refleksi perasaan, probe dan

sebagainya. Demikian juga saya berusaha mengidentifikasi komponen-komponen permasalahan, menentukan baseline (patokan) permasalahan, mengidentifikasi faktor penguat terjadinya masalah, serta intensitas dan frekuensi terjadinya masalah.

Setelah ia bercerita banyak tentang masalahnya, sayapun merangkum permasalahannya dan saya sampaikan rangkuman itu pada Ani dan ia mengiyakan rangkuman itu. Selanjutnya Ani saya tanya tentang tujuan ia menghadap saya. Ani menyatakan bahwa ia ingin mengurangi pikiran negatif yang selalu berulang-ulang dan dipikirkan setiap waktu setiap saat, terutama saat dosen memberi tugas presentasi.

Untuk mengatasi permasalahan Ani saya menawarkan strategi pemecahan masalah yaitu dengan strategi thought stopping (berhenti memikirkan). Salah satu alasan yang mendasari penggunaan strategi ini adalah masalah yang dialami Ani lebih dominan disebabkan oleh pikiran negatif yang selalu berulang, dan pikiran itu mengganggu kehidupan Ani. Ani menyetujui tawaran saya.

Awalnya saya menjelaskan tentang rasional penggunaan strategi thought stopping yang berisi tentang alasan penggunaan strategi dan penjelasan singkat (overview) tentang strategi. Saya berusaha menerangkan dasar pemikiran strategi thought stopping, bahwa masalah Ani disebabkan oleh pikiran-pikirannya yang menyalahkan dirinya, serta menunjukkan bagaimana pikiran itu mengganggu dan dengan cara apa konseli dapat keluar dari masalah itu tanpa diganggu oleh pikiran-pikiran itu.

Selanjutnya saya meminta Ani duduk rileks dan menyatakan semua pikiran-pikirannya secara keras. Ini dimaksudkan agar saya dapat menentukan pernyataan yang mana yang tepat untuk dihentikan. Sudah disepakati sebelumnya bila Ani menyatakan pikirannya yang menyalahkan diri dan mengganggu maka saya akan mengatakan “stop”. Ketika Ani diminta menyatakan semua pikiran yang mengganggu ia menyatakan; “ketika saya disuruh bertanya oleh dosen, saya merasa ragu apakah saya bertanya atau tidak? Kalau saya bertanya maka peristiwa di MI, MTs dan SMA akan terulang, teman-teman saya akan mengatakan “huuuu” maka segera saya menyatakan “stop”. Dan menjelaskan bahwa pikiran Ani yang dinyatakan secara verbal tersebut adalah contoh pikiran yang mengganggu dan menyalahkan diri.

Selanjutnya saya meminta Ani untuk menyatakan semua pikiran-pikirannya secara keras, selanjutnya mengatakan “stop” dengan keras kapanpun bila dia menemukan pikiran-pikiran yang negatif. Kegiatan selanjutnya saya meminta Ani menyatakan semua pikirannya dalam hati, dan meminta Ani untuk menyatakan

“stop” dalam hati bila apa yang difikirkan itu merupakan pikiran negatif yang mengganggu dan mengalahkan diri. Setelah ia mahir melakukan “stop” pada pikiran yang negatif dan mengalahkan diri, saya memberi contoh perpindahan dari pikiran negatif yang mengalahkan diri ke pikiran yang lebih positif, asertif atau netral. Anipun melakukannya dengan baik.

Di akhir sesi konseling, saya memberikan tugas rumah dengan cara meminta Ani untuk mempraktekkan ketrampilan yang telah diperoleh untuk mengatasi masalah yang dialaminya. Sore itu proses konseling saya akhiri dengan harapan Ani dapat mengatasi masalahnya, dan kami sepakat 6 hari berikutnya untuk sesi konseling berikutnya .

Pada hari Selasa, sekitar pukul 16.00, enam hari setelah pertemuan sesi konseling yang pertama, Ani menemui saya di ruang BK. Dari sorot wajahnya tampak kelihatan pucat, dengan suara lirih ia berkata,” maaf pak saya menemui bapak lagi, saya sudah berusaha mempraktekkan yang telah bapak sampaikan kemarin, namun terus terang pak, hasilnya hanya sedikit. Saya masih teringat masa lalu. Masa lalu itu masih menghantui saya. Saya ingin bapak menterapi saya dengan hipno saja!”.

Sayapun mengorek lebih jauh tentang kegiatan Ani ketika melaksanakan tugas rumah yang saya berikan terkait pelaksanaan strategi “thought stopping”. Setelah mendapat penjelasan Ani saya dapat menyimpulkan bahwa memang sudah ada kemajuan, Ani sudah mampu melaksanakan strategi dengan baik dan Ani sudah mampu berfikir positif, Hanya saja Ani masih dihantui peristiwa traumatis masa lalu.

Setelah disepakati, akhirnya saya mencoba membantu Ani dengan menggunakan hypnocounseling untuk menghilangkan trauma Ani pada peristiwa masa lalu. Langkah awal yang saya lakukan adalah melakukan induksi. Induksi merupakan sugesti untuk membawa Ani dari kondisi normal ke kondisi hipnosis atau dengan kata lain Induksi akan membuat Ani sadar ke kondisi “sangat rileks”. Saya meminta Ani untuk menarik nafas panjang dan teratur, sambil meminta Ani memejamkan mata, hingga akhirnya Ani dapat memasuki kondisi hipnosis/ Trance level.

Untuk memperdalam kondisi hipnosis/ trance level ke kondisi “deepening”, saya menggunakan hitungan dan sugesti langsung. Deepening merupakan kelanjutan dari induksi. Tujuannya dari penggunaan teknik deepening adalah untuk membuat klien semakin suggestible. Untuk mengetahui apakah Ani sudah pada tahap “deep” maka saya melakukan cek dengan menggunakan trance level Test dengan cara kelopak mata terkunci.

Setelah deepening tercapai, selanjutnya saya meminta Ani untuk membayangkan situasi yang membuat dia trauma dan menanyakan perasaan yang muncul ketika dalam situasi tersebut. Selanjutnya saya memberikana nama kepada ego state yang terluka tersebut. Saya menanyakan kepada Ani mengenai nama dari ego state ini. Ani memberi nama “si penakut” Tujuannya adalah supaya saya lebih mudah berkomunikasi dengan ego state yang merupakan bagian dari konseli. Kemudian saya melakukan cek skala kedalaman dari 1 sampai 10. Angka 10 menandai bahwa emosi Ani sangat terasa dan 1 jika emosi tersebut tidak terasa.

Langkah selanjutnya adalah melakukan regresi yaitu membawa konseli ke dalam memori situasi atau peristiwa pertama kali munculnya ego state yang terluka dengan teknik resistance deepening. Pada kasus Ani ini, saya menanyakan berapa hal diantaranya: (a) Menurut anda, perasaan (emosi) ini tua atau muda?; (b) Pada sekitar umur berapa, perasaan ini muncul pertama kali?; (c) Silahkan menjadir umur (sebutkan umur berapa yang muncul dari jawaban b); (d) Peristiwa ini sepertinya terjadi di dalam atau diluar ruangan?; (e) sendiri atau bersama orang lain?; (f) Ceritakan apa yang terjadi disana. Pertanyaan-pertanyaan tersebut saya maksudkan untuk mengeksplorasi muncul pertama kalinya ego state yang terluka.

Ketika saya mengajak Ani untuk regresi (kembali ke masa lalu) dengan teknik resistance deepening, Ani bercerita bahwa perasaan terluka itu terjadi pada saat Ia di MI, MTs dan MA. Ia Mengatakan teman-temannya selalu menghinaanya, ketika Ani bertanya atau menjawab pertanyaan guru teman-temannya selalu berbersorak “huuuuu” secara bersama. Perlakuan teman-teman itulah yang membuat Ani merasa terluka. Pada saat ini terjadilah “abreaction” Ani menangis sejadi-jadinya dan meronta-ronta, maka sayapun mengajak Ani ke suatu tempat yang tenang yang membuatnya sangat rileks.

Setelah akar masalah yang menjadi pengalaman traumatis bagi Ani diketahui, langkah selanjutnya adalah melakukan proses ekspresi terhadap ego state negatif (introject). Dalam tahapan ini, Ani saya minta mengekspresikan dan mengungkapkan permasalahan atau emosi yang terpendam. Tujuan dari proses ekspresi adalah untuk melepaskan semua emosi yang terpendam dalam diri Ani dan seringkali menjadi masalah yang memicu untuk munculnya gejala-gejala trauma. Pada tahap ini saya meminta Ani untuk membayangkan di tangan kiri Ani terdapat sebuah wadah yang mampu menampung semua orang yang pernah melukai, dengan kekuatan yang luar biasa Ani mampu menghajar orang-orang yang pernah melukainya. Dan orang-orang itupun terluka, sampai berdarah-darah. Dan akhirnya saya meminta Ani

membayangkan bahwa orang yang pernah melukainya meminta maaf, dan merengek-renek minta maaf. Dan saya bertanya pada Ani, “apakah orang-orang ini kamu maafkan?” Ani mengatakan “saya memaafkannya”.

Setelah proses mengekspresikan perasaan selesai, dilakukan proses removal atau pelepasan rasa kesal. Saya membantu ego state Ani yang terluka untuk melakukan pelepasan dari ego state negatif yang masih melekat. Saya meminta Ani membayangkan bahwa wadah yang berada ditangan kiri yang berisi orang-orang yang pernah melukai, semakin lama ukurannya semakin kecil, sehingga Ani mampu menggenggam dan meremas wadah itu. Hingga akhirnya wadah itupun hancur menjadi debu. Saya bertanya “mau diapakan debu ini?” Apakah mau ditendang atau ditiup?” Ani menyatakan ditiup saja. Selanjutnya saya meminta Ani meniup debu yang ada ditangan kirinya dengan keras hingga debu itupun terbang ke luar angkasa dan orang-orang itu tak lagi mengganggu kehidupan Ani kapanpun dan dimanapun.

Setelah melakukan proses pelepasan ego state negative, langkah selanjutnya saya meminta Ani membayangkan tangan kanan Ani ada sebuah wadah dan wadah itu diberi nama “si pemberani”. ego state ini berisi keberanian, percaya diri, kehebatan-kehebatan Ani. Tangan kanan Ani semakin lama, semakin dekat ke dada hingga akhirnya menyatu ke dada. Dan ego state pemberani ini menjadi bagian tak terpisahkan dari diri Ani. “Sekarang Ani adalah orang yang hebat, orang yang pemberani” selanjutnya saya mengatakan” masa lalu tidak lagi berpengaruh terhadap masa kini”.

Untuk mengakhiri konseling ini saya mengatakan “saya akan menghitung dari 1 sampai dengan 5, dan tepat pada hitungan ke-5 nanti, silakan anda bangun dalam keadaan sehat dan segar Satu ... tarik nafas ... dan hembuskan ... Dua ... rasakan anda semakin sehat ... Tiga ... anda bertambah segar ... Empat Anda benar-benar merasakan tubuh anda sehat dan segar Lima ... silakan bangun dalam keadaan yang sangat sehat dan sangat segar”

Untuk memperkuat hasil konseling yang telah saya lakukan saya melakukan tahap “Anchor” dengan meminta Ani memandang saya dan saya mengatakan “Ani, mulai saat ini jika dosen kamu mengatakan “siapa yang bertanya?” maka kamu segera angkat tangan dan bertanya dengan penuh keberanian dan rasa percaya diri yang tinggi. Proses konseling hari itu diakhiri, dan Ani berjanji Minggu depan akan menemui saya.

Pada hari yang telah disepakati, Ani kembali menemui saya. Ia menceritakan ketika perkuliahan berlangsung, dosen menyatakan “siapa yang mau tampil Minggu

depan?” tiba-tiba tangan Ani terangkat ke atas dan mengacung. Ani terheran-heran, apalagi tak satupun temannya yang angkat tangan. Akhirnya Ani memberanikan diri dan berkata “saya siap tampil yang pertama pak”. Ani mengatakan, Ia mulai berani bertanya dan tampil didepan kelas. Di akhir semester Ani melaporkan bahwa nilai IPKnya naik. Dan Ia merasa bahagia karena masalahnya dapat terselesaikan.

Analisis:

Berdasarkan rangkaian cerita di atas dapat di analisis sebagai berikut, Pada awalnya konselor mencoba menangani masalah yang dialami oleh Ani dengan menggunakan strategi thought stopping, karena konselor menganggap masalah yang dialami Ani lebih dominan disebabkan oleh pikiran negatif yang selalu berulang, dan pikiran itu mengganggu kehidupan Ani. Setelah strategi thought stopping dipraktekkan di rumah ternyata belum memberi hasil yang menggembirakan. Ani masih merasakan diganggu oleh peristiwa masa lalu. Maka konselor melakukan penggalian masalah lebih lanjut, dan akhirnya di ketahui bahwa penyebab utama masalah Ani adalah peristiwa traumatis yang pernah dialami Ani, dan peristiwa itu berpengaruh pada kehidupan Ani sekarang. Akhirnya disepakati menggunakan hypnouncounseling untuk membantu Ani. Setelah masalah trauma dapat diselesaikan, selanjutnya konselor menggunakan strategi modeling untuk meningkatkan kemampuan Ani presentasi di depan kelas.

Daftar Pustaka

- Abramowitz, E., & Litchtenberg, P. 2010. A New Hypnotic Technique For Treating Combat Related Post Traumatic Stress Disorder : A Prospective Open Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, 316–328.
- Al-Quran dan Terjemahnya.
- Anonim, "Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatis (PTSD)?," http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main1_new.html, diakses 04 Mei 2005d.
- Anonim, "Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b.
- Arif, Antonius. 2011. *Ego State Therapy*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama
- Arredondo, P., & Judi L. 2004. Counselor Roles for The 21st Century. Dalam Don C. Locke. (Ed.). *The Handbook of Counseling*. London: Sage Publications.
- Barabasz, Arreed, Marianne Barabasz & Jhon G. Watkins. 2011. Single-Session Manualized Ego State Therapy For Combat Stress Injury, Post Traumatic Stress Disorder, Acuted Stress Disorder, Part 1 : *The Theory*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 379-391.
- Barlow, D.H. & Hersen, M. 1984. *Single Case Experimental Designs*. New York: Pergamom Press
- Blumberg, Herbert H, Paul Hare, & Anna Costin. 2006. *Peace Psychology a Comprehensive Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press
- Borg, W.D., & Gall, Meredith. D. 2003. *Educational Research: An Introduction*. New York:Longman.
- Bryant, R.A. 2000. Acute stress disorder. *PTSD Research Quarterly*, 11, 1-7.
- Canary, Daniel J. and Richard T. S. 2001. A Competence -Based Approach to Examining In-terpersonal Conflict: Test of a Longitudinal Model. *Communication Research Vol. 28*: 79
- Cano, A., & O'Leary, K.D. 2000. *Infidelity And Separations Precipitate Major Depressive Episodes And Symptoms Of Nonspecific Depression And Anxiety*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 774-781.
- Carll, Elizabeth K. 2007. *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. United Kingdom : Greenwood Publishing Group, Inc.
- Chen, Ping-Hwa. 2009. A Counseling Model for Self Relation Coordination for Chinese Clients With Interpersonal Conflicts. *The Counseling Psychologist*, Volume 37 , No. 7
- Corey, G. 2001. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, USA: Brooks/Cole Thomson Learning.
- Davies, K., & New storm, J.W. 1989. *Human Behavior at Work Organizational Behavior*. New York: Graw-Hill Book Company.

- Davis, Mark H. & Linda. 2004. Measuring Conflict-Related Behaviors: Reliability And Validity Evidence Regarding The Conflict Dynamics Profile. *Educational and Psychological Measurement*. 2004 64: 707
- Dedi, Supriadi. 2001. *Konseling Lintas Budaya: Isu-isu dan Relevansinya di Indonesia. Pidato Pengukuhan Jabatan Guru besar Tetap dalam Bidang Bimbingan dan Konseling Pendidikan* pada FIP UPI 18 Oktober 2001. Bansung: UPI
- Doherty, George W. 1999. *Cross-Cultural Counseling In Disaster Setting*. <http://www.massey.ac.nz/utrauma/issues/1999-2/doherty.htm>.
- Elliot R.T., & Cheri L. Marmarosh. 1994. Problem Solving Appraisal, Health Complaints, and Health-Related Expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 72,531-536.
- Elmes, D.G., Kantowitz, B.H. & Roedinger, H.L. 1981. *Methods in Experimental Psychology*. Boston: Hoghton Mifflin Company.
- Emmerson, Gordon. 2003. *Ego State Therapy*. Carmethen, United Kingdom : Crown House
- Erford, B.T. 2004. *Professional School Counseling*. Texas: CAPS Press.
- Farland, Willam P. 1992. Counselors Teaching Peaceful Conflict Resolution. *Journal Of Counseling & Development*. Volume 71, No. 1
- Feedman, F. Kenneth. 1999. *Muticultural Counseling*. <http://www.alaskanet/-fken/multicul.htm>.
- Flanagan, Jhon-Sommers & Rika-Sommers Flanagan. 2004. *Counselling and Psychotherapy Theory In Context and Practice*. New Jersey : Jhon Wiley and Son, Inc.
- Foa E.B. and Rothbaum B.A. 1998. *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Folger, J.P., & Poole, M.S. 1984. *Working Throught Conflict: A Communication Perspective*. Glenview, Il: Scoott, Foresman.
- Forgash, Carol & Jim Knipe. 2008. Integrating EMDR and *Ego state* Therapy for Client with Trauma Disorder. In Carol L. Forgash and Margaret Copeley, *Healing Trauma with EMDR and Ego state Therpay*. (pp. 91-120). New York, NY : Springer Publishing.
- Forgash, Carol & Jim Knipe. 2008. Integrating EMDR and Ego State Therapy for Client with Trauma Disorder. In Carol L. Forgash and Margaret Copeley, *Healing Trauma with EMDR and Ego State Therpay*. (pp. 91-120). New York, NY : Springer Publishing.
- Gay, L.G. 1987. *Educational Research: Competencies for Analysis and Aplication* (3rd Ed). Colombus: Merril Publishing Company.
- Gordon, J. 1991. *A Diagnostic Approach to Oganizational Behavior*. Boston:Allyn and Bacon.
- Hartman, David & Diane Zimmeroff. 2003. Ego State In Heart-Centered Therapies. *Journal of Heart-Centered Therapies*, Vol. 6, No. 1, pp. 47-92

- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. 2000. A two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 157, 626-628.
- Haryanto, S. 2002. *Psikologi Shalat: Kajian Aspek-aspek Psikologis Ibadah Shalat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hawkins, Peter J. 2000. Hypnosis in Counselling and Psychotherapy. In Stephen Palmer, *Introduction to Counselling and Psychotherapy : Essential Guide*. London : Sage Publication Ltd
- Herman, J. L. 1992. *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hikmat, Eka Kurnia, 2005. "Trauma Pasca -perang," <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/0504/15/1105.htm>, diakses 04 Mei 2005.
- Hull, A. M. 2002. Neuroimaging Findings In Post Traumatic Stress Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 102–110.
- Kaplan, H.I., B. J. Sadock, J.A. Grebb, 1997, *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis, 2* (Terjemahan), Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaplan, Harold & Benjamin J. Sadock, 1998 *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat* (Terjemahan), Jakarta: Widya Medika.
- Litz, B. T. 1992. Emotional Numbering In Combat Related Post Traumatic Stress Disorder: A Critical Review and Reformation. *Clinical Psychology Review*, 12, 417–432.
- Lynn, Steve Jay & Judith W. Rhue. 1991. *Theory of Hypnosis : Current Models and Perspective*. New York : The Guilford Press
- Meichenbaum, D.H., & Deffenbacher, J.L. 1998. Stress inoculation training, *the counseling psychologist*, 16, 69-90.
- Neukrug, Ed. 2012. *The World of Counselor : An Introduction to The Counseling Profession*. Belmont, CA : Brooks/Cole
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B., 2006. *Abnormal Psychology in a changing World* (six edition). Upper saddle river, Nj; Prentice Hall.
- Neviyarni, 2005. Konseling Krisis. *Makalah* disampaikan dalam Konvensi Nasional XIV dan Kongres Nasional X ABKIN di Semarang 13 - 16 April 2005.
- Nicosia, G.J. 1994. The QEEG of PTSD with EMDR. *Makalah* disampaikan pada konferensi EMDR Internasional. Sunyvale, California.
- Nurachman, Nani, 2002. Psikologi Pasca Trauma: Perspektif Sosial Klinis dan Lintas Budaya serta Catatan Pribadi, *Jurnal Psikologi Sosial*. No. X th VII/ Januari 2002.
- Okawa, Judy B. & Ronda B Hauss. 2007. The Trauma of Politically Motivated Torture. In Elizabeth K. Carll, *Trauma Psychology : Issues In Violence, Disaster, Health, and Illness*. (pp. 33-60) United Kingdom : Greenwood Publishing Group, Inc.
- Philips, Maggie. 2001. Healing The Divided Self. In Raymond J. Corsini, *Handbook of Innovative Therapy*. (pp. 279-292). New York, NY : Jhon Wiley & Son, Inc.

- Philips, Maggie. 2008. Combining Hypnosis with EMDR and Ego State Therapy for Ego Strengthening, In Carol L. Forgash and Margaret Copeley, *Healing Trauma with EMDR and Ego State Therapy*. (pp. 91-120). New York, NY : Springer Publishing Practice: New Jersey: John Wiley & Sons, In
- Roan ,W., 2014. "Melupakan Kenangan Menghapus Trauma" dalam *Intisari*, Desember 2003, <http://www.jaga-jaga.com/anljakTerkini.php?ida=65234>, diakses 30 Juni 2014.
- Schaefer, Charles and Reid Steven, 2001, *Game Play, Therapeutic Use of Childhood Games*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Scherer, K.R et all., 1986. *Emotional experience in cultural content: a comparison between Europe, Japan, and united state*.
- Selye, H. 1976. *The Stress Of Life*. New York: Knap.
- Shapiro, F. 1989. Eye Movement Desensitization: A New Treatment for Traumatic Stress Disorder, *Journal of behavior Therapy and Experimental Psikhiatri*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. 1995. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. 2001. *Eye movement desensitization and reprocessing*: New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. 2002. Paradigms, Processing, and Personality Development. In F. Shapiro (Ed.) *EMDR as and Integrative Psikhoterapy Approach: Expert of Diverse Orientations Explore the paradigm* Prism. Washington D.C: American Psychological Association Books.
- Sharp TJ, Harvey AG. 2001. Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology* 21: 57-77.
- Sukmaningrum, Avi. 2001. Terapi Bermain sebagai Salah Satu Alternatif Penanganan Pasca Trauma Pada Anak. *Jurnal Psikologi*, Vol. 8, No. 2 hal 14-23. September 2001.
- Surya, Mohamad, 2005. Bimbingan Dan Konseling Untuk Kebutuhan Khusus *Makalah* disampaikan dalam Konvensi Nasional XIV dan Kongres Nasional X ABKIN di Semarang 13 - 16 April 2005
- Sweeney, Daniel & Homeyer, Linda E., 1999. *The Handbook of Group Play Therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Van der Kolk, B. 1994. Psychobiology of Post Traumatic Stress Disorder. In J. Panksepp (Ed.), *Text Book of Biological Psychiatry* (pp. 319-344). New York, NY : Wiley-Liss
- Wallboat, H.G & Scherer, H.R., 1986. *How universal and specific is emotional experiences? Evidence from 27 countries on five continents*.
- Watkins, Helen Huth. 1993. *Ego state Therapy : Overview*. American Journal of Clinical Hypnosis. Vol. 35, No. 4, pp 232-240.
- Watkins, Jhon G. & Barabasz, Arreed. 2005. *Hypnotherapeutic Techniques 2E*. New York, NY : Routledge
- Watkins, Jhon G. & Barabasz, Arreed. 2005. *Hypnotherapeutic Techniques 2E*. New York, NY : Routledge

- Watkins, Jhon G. & Barabasz, Arreed. 2008. *Advanced Hypnotherapy : Hypnodynamic Technique*. New York, NY : Routledge
- Watkins, Jhon G. & Watkins, Helen H. 1997. *Ego state : Theory and Therapy*. New York, NY : Norton & Company
- Weaver, Andrew J. et all. 2003. *Counseling Survivors of Traumatic Events : A Handbook for Pastoral and Other Helping Professional*. Nashville : Abingdon Press
- Yard, S., DuHamel, K., & Galynker, I. 2008. Hypnotizability As A Potential Risk Factor For Post Traumatic Stress : A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 334–356

Inventori Gangguan Stres Pascatrauma

Jika Anda menduga bahwa Anda atau orang yang anda cintai mengalami gangguan stres pascatrauma, lengkapi inventori di bawah ini dengan menjawab “ya” atau “tidak” pada tiap pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda ✓.

Pertanyaan/ Pernyataan	Jawaban	
	Ya	tidak
Pernahkah Anda atau orang yang anda cintai mengalami atau menyaksikan suatu peristiwa yang mengancam jiwa yang menyebabkan ketakutan terus menerus dan menimbulkan ketidakberdayaan		

Apakah kamu pernah mengalami kembali suatu kejadian dengan cara di bawah ini:

Terulang, memori atau mimpi menyedihkan		
Seolah-olah melakukan atau merasakan suatu kejadian terulang kembali		
Merasakan kecemasan fisik dan kecemasan emosional ketika menghadapi atau mengingat suatu kejadian		

Apakah kamu menghindari suatu kejadian atau merasa mati rasa, dengan cara di bawah ini:

Menghindari pikiran, perasaan atau pembicaraan tentang suatu hal		
Menghindari aktivitas, tempat atau orang-orang yang mengingatkan anda pada suatu hal		
Merasa hambar pada suatu hal		
Kehilangan minat yang signifikan terhadap aktivitas kehidupan anda		
Merasa terpisah dari orang lain		
Merasa cakupan emosi yang terbatas		
Merasa memiliki masa depan suram (contoh, anda tidak punya harapan tentang karier, perkawinan, anak-anak dan kehidupan yang normal).		

Apakah kamu bermasalah seperti berikut:

Masalah tidur		
Lemas marah atau timbul ledakan kemarahan		
Gangguan konsentrasi		
Kewaspadaan yang berlebihan		
Melakukan repon yang berlebihan		
Apakah satu peristiwa menjadikan adanya perubahan pada kebiasaan makan dan tidurnu		

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Mochamad Nursalim, Lahir di dusun Lampah, desa Sumberejo, kecamatan Rengel, kabupaten Tuban, pada tanggal 3 Mei 1968, anak kelima dari pasangan H. Maskub Ibrahim dan Siti. Riwayat Pendidikannya di mulai dari SDN 1 Sumberejo, SMPN 1 Rengel, SPCN Tuban, S1 Bimbingan dan Konseling IKIP Surabaya dan S2 Psikologi UGM. Menikah dengan Wiwik Widayanti (1997) dan dikaruniai 2 putri yaitu Sherrin Nurlita Widya (1998) dan Salma Mayang Widya (2004).

Penulis merupakan tenaga pengajar di Prodi Bimbingan dan Konseling Unesa sejak 1994, saat ini berpangkat Pembina TK I/IV c dengan jabatan akademik Lektor kepala. Selain mengajar di Unesa, penulis pernah mengajar di Unipa Surabaya (2000), ITS (2006-2007), Stikes Dr. Sutomo (2008-2010). Penulis pernah menjabat sebagai Ketua Jurusan PPB FIP Unesa dua periode tahun 2004-2008 dan 2008-2012, Pembantu Dekan III FIP periode 2012-2016. Penulis juga pernah menjabat sebagai ketua forum jurusan PPB/BK se-Indonesia tahun 2007-2009. Penulis memperoleh penghargaan Nominasi Dosen Berprestasi (2007) dan penghargaan Satya Lencana Karya Satya 10 tahun (2008), sebagai Ketua Program Studi berprestasi (2011), serta sebagai Peneliti Berprestasi (2012).

Berbagai pelatihan dan seminar lokal, nasional dan internasional telah diikuti penulis, baik sebagai pembicara maupun peserta. Selain itu, penulis juga sebagai nara sumber di berbagai seminar serta sebagai instruktur di berbagai pelatihan. Penulis telah menghasilkan ratusan tulisan baik dalam bentuk makalah, laporan penelitian, laporan PKM, artikel di jurnal ilmiah terakreditasi dan dalam bentuk buku referensi. Buku yang telah dihasilkan penulis yaitu Pengantar Bimbingan dan Konseling (2003), Layanan Bimbingan dan Konseling (2003), Analisis Masalah dalam Konseling (2004), Strategi Konseling (2004), Ketrampilan Konseling (2005), Psikologi Pendidikan (2008), Konseling Kelompok (2008), Media Bimbingan dan Konseling (2010), Bimbingan dan Konseling di Sekolah Dasar (2011), Strategi dan Intervensi Konseling (2013) serta Pengembangan Media Bimbingan dan Konseling (2013). Saat ini penulis juga sedang mengembangkan Lembaga "Nursalim Institut" sebagai pusat pengkajian hipnoterapi dan konseling.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

Kampus Ketintang
Jalan Ketintang, Surabaya 60231
Telepon: +6231-8280009
Faksimil: +6231-8280804

KEPUTUSAN
REKTOR UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA
Nomor 137/UN38/HK/LT/2014

Tentang
PENETAPAN PENERIMA PENELITIAN PROGRAM DESENTRALISASI OFFLINE DANA BOPTN
UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA TAHUN ANGGARAN 2014

REKTOR UNIVERSITAS NEGERI SURABAYA

- Sebab : Bahwa untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan Penelitian Program Desentralisasi Offline Dana BOPTN Tahun Anggaran 2014, maka dipandang perlu menerbitkan Keputusan ini.
- Dasar : 1. Undang-Undang RI Nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-Undang RI Nomor 12 tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi;
3. Peraturan Pemerintah Nomor 66 tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan;
4. Surat Keputusan Presiden RI Nomor 269 tahun 1965 tentang Pendirian IKIP Surabaya;
5. Surat Keputusan Presiden RI Nomor 93 tahun 1999 tentang Perubahan IKIP Surabaya menjadi Universitas Negeri Surabaya;
6. Surat Keputusan Presiden RI Nomor 71/M tahun 2010 tentang Pengangkatan Rektor Universitas Negeri Surabaya;
7. Surat Keputusan Mendikbud RI Nomor 279/O/1999 tentang Organisasi dan Tata Kerja Universitas Negeri Surabaya;
8. Surat Keputusan Mendiknas RI Nomor 92/O/2001 tentang Statuta Universitas Negeri Surabaya;
9. Keputusan Menkeu RI Nomor 50/KMK.05/2009 tentang Penetapan Universitas Negeri Surabaya Pada Departemen Pendidikan Nasional sebagai Instansi Pemerintah yang menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
10. Peraturan Menteri Keuangan RI Nomor 92/PMK.05/2011 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran Serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum;
11. Surat Pengesahan Menteri Keuangan Nomor DIPA-023.04.2.414970/2014, tentang DIPA BLU tahun 2014;

MEMUTUSKAN

- Ditetapkan :
Bahwa : Saudara yang nama-namanya tersebut dalam lajur 6 lampiran Keputusan ini sebagai Tim Peneliti pada penelitian Desentralisasi Offline Dana BOPTN Tahun Anggaran 2014.
Dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti supaya tetap berpedoman pada ketentuan yang berlaku.
Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan selesainya kegiatan tersebut dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan ditinjau dan akan diubah sebagaimana mestinya apabila ternyata di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : Surabaya
Pada tanggal : 22 April 2014
Rektor,

ttd.

MUCHLAS SAMANI
NIP 195112151974121001

Salinan sesuai dengan bunyi
Keputusan yang asli
Kepada BAU dan Keuangan,



Drs. BUDIARSO, S.H., M.M.
NIP. 196406031980000000

Salinan disampaikan kepada Yth:
Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI
Sekretaris Jenderal Kemdikbud
Inspektur Jenderal Kemdikbud
Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi Kemdikbud
Para Pembantu Rektor Unesa
Para Dekan, Direktur Pascasarjana, Kepala LPPM
Kepala Biro di lingkungan UNESA

Nomor : 137/UN38/HK/LT/2014

Tanggal : 22 April 2014

**DAFTAR PENETAPAN PENERIMA PENELITIAN DESENTRALISASI OFFLINE DANA BOPTN
TAHUN ANGGARAN 2014**

No.	Fak.	Jurusan	Judul Penelitian	Bidang Ilmu	Tim Peneliti	NIDN	Gol.	Pend.	LP	Dana (Rp.)	Kategori	Skim Penelitian
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	FBS	Pendidikan Bahasa dan Sastra Indonesia	Pengembangan Keterampilan Berfikir Kreatif Melalui Pembelajaran Bahasa	Ilmu Pendidikan	Dr. Dianita Indrawati, S.S., M.Hum. Prof. Dr. Kisyani, M.Hum. Dr. Suhartono, M.Pd.	0016067608 0025106205 0010027104	III/b IV/d III/d	S3 S3 S3	P P L	100,000,000	III	Unggulan Perguruan Tinggi
2	FMIPA	Kimia	Mekanisme Hipokolesterolemik dan Hipoglikemik Prebiotik FOS-Inulin Umbi Yacon (<i>Smallanthus sonchifolia</i> (Poepp. et Endl.) H. Robinson) pada Variasi Lama Perebusan	MIPA	Prof. Dr. Leny Yuanita, M.Kes. Dr. Prima Retno Wikandari, M.Si.	0012095107 0015116402	IV/d III/d	S3 S3	P P	90,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
3	FMIPA	Kimia	Pengembangan Bahan Ajar Kreatif dan Perilaku Berkarakter Melalui Pembelajaran IPA	Ilmu Pendidikan	Prof. Dr. Hj. Sri Poedjastoeti, M.Si. Nining Widyah Kusnanik, S.Pd., M.Appl.Sc. Bertha Yonata, S.Pd., M.Pd.	0025114703 0005126906 0022068201	IV/d IV/a III/c	S3 S3 S2	P P P	100,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
4	FMIPA	Biologi	Pengembangan Perangkat Pembelajaran Berorientasi Model Pembelajaran untuk Melatih Keterampilan Berpikir Kreatif	Ilmu Pendidikan	Prof. Dr. Endang Susantini, M.Pd. Dr. Suryanti, M.Pd. Dr. Wahono Widodo, M.Si.	0013076605 0013056801 0010096807	IV/b IV/b IV/a	S3 S3 S3	P P L	100,000,000	III	Unggulan Perguruan Tinggi
5	FT	Teknik Mesin	Penelitian dan Pengembangan Strategi Belajar Untuk Mengembangkan Keterampilan Berfikir Kreatif dan Perilaku Berkarakter	Ilmu Pendidikan	Prof. Dr. H. Muchlas, M.Pd. Dr. Euis Ismayati, M.Pd. Prof. Dr. Hj. Luthfyah Nurfaela, M.Pd.	0015125102 0024125705 0018106603	IV/e IV/b IV/c	S3 S3 S3	L P P	145,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
6	FT	Teknik Elektro	Pengembangan Infrastruktur, Analisis dan Standarisasi E-Learning Unesa	Teknologi Informasi	Drs. Edy Sulistiyu, M.Pd. Ari Kurniawan, S.Kom., M.T. Alim Sumarmo, S.Pd., M.Pd. Made Pramono, S.S., M.Hum. Dr. Ina Ika Pratita, M.Hum.	0020046403 0030037305 0030087701 0005127403 0001066508	IV/b III/a III/b IV/a IV/b	S2 S2 S2 S2 S3	L L L L P	300,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
7	FT	Pendidikan Kesejahteraan Keluarga	Pengembangan Buku Ajar Gizi Masyarakat Berbasis Contextual Teaching and Learning Untuk Peningkatan Kualitas Pembelajaran	Pendidikan Kesejahteraan Keluarga (Boga)	Dr. Rita Ismawati, S.Pd., M.Kes. Dra. Rahayu Dewi Soeyono, M.Si.	0011076904 0024116304	IV/b III/c	S2 S2	P P	65,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
			Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik Sektor Jasa Komersial Menuju	Sosiologi Agama	Dr. Mutimmatul Faidah, S.Ag., M.Ag.	0017057411 0011074502	III/d IV/d	S3 S3	P L	50,000,000	I	Unggulan Perguruan

No.	Fak.	Jurusan	Judul Penelitian	Bidang Ilmu	Tim Peneliti	NIDN	8	9	10	(Rp.)	Kat	Penelitian
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
9	FT	Pendidikan Kesejahteraan Keluarga	Pengembangan Kurikulum Tata Busana Berbasis Kebutuhan Stakeholder	Pengembangan Kurikulum	Dra. Ratna Suhartini, M.Si. Dra. Hj. Sri Rusmiyati Yuhri Inang Prihatina, S.Pd., M.Sn.	0031126708 0012065309 0027037406	IV/a IV/a III/c	S2 S2 S2	P P P	50,000,000	I	Unggulan Perguruan Tinggi
10	FMIPA	Matematika	Metode Pembentukan dan Penghitungan Dimensi pada Geometri Fractal Beserta Aplikasinya	Matematika	Prof. Dr. Dwi Juniati, M.Si. Prof. Des. I Ketut Rudayasa, Ph.D.	0015066704 0004125703	IV/b IV/e	S3 S3	P L	58,000,000	I	Fundamental
11	FMIPA	Matematika	Ekstraksi Fitur Sinyal Instrumen Gamelan Sebagai Upaya Digitalisasi Musik Tradisional	Ilmu Komputer	Dra. Atik Wintarti, M.Kom. Joko Winarko, S.Sn., M.Sn.	0012106608 0026037604	IV/a III/b	S2 S2	P L	59,500,000	I	Fundamental
12	FMIPA	Biologi	Eksplorasi Enzim Pencernaan Berbagai Jenis Ikan Sebagai Bahan Alternatif Kegiatan Praktikum Analisis Enzim Pencernaan	Biologi	Dra. Nur Kuswanti, M.Sc.St. Nur Qomariyah, S.Pd., M.Sc.	0022116402 0023028101	IV/a III/b	S2 S2	P P	60,000,000	III	Fundamental
13	FMIPA	Matematika	Sifat Small Reimann Sum Pada Integral Henstock di Dalam Ruang Metrik Kompak Lokal dari Fungsi Benilai Vektor	Matematika	Dr. Manuherawati, M.Si. Dwi Nur Yuniati, S.Si., M.Sc.	0018016103 0029068302	IV/a III/a	S3 S2	P P	52,500,000	I	Fundamental
14	FT	Teknik Sipil	Model Alat Rancang Bangun Untuk Menentukan Garis Aliran Rembesan Air (Seepage Line Formation) di Timbunan Bendungan Tipe Urugan Homogen	Teknik Pengairan	Prof. Dr. Des. Ir. H. Kusnan, S.E., M.T., M.M. Drs. H. Sudijono Drs. Didiek Purwadi, M.Si.	0010025104 0030045203 0021025602	IV/b IV/a III/c	S3 S1 S2	L L L	70,000,000	I	Fundamental
15	FIP	Bimbingan & Konseling	Pengembangan Model Konseling Traumatis Untuk Mengurangi Trauma Pada Siswa di Surabaya	Bimbingan dan Konseling	Drs. Moch. Nursalim, M.Si. Dra. Titin Indah Pratiwi, M.Pd. Dra. Retno Tri Hariastuti, M.Pd. Kons.	0003056807 0001116307 0024026703	IV/c III/d III/d	S2 S2 S2	L P P	45,000,000	I	Hibah Bersaing
16	FIP	Pendidikan Luar Biasa	Pengembangan Paket Layanan Bimbingan Karier Untuk Pemahaman Diri Dan Pekerjaan Pada Siswa Tunadaksa SMALB	Ilmu Pendidikan Luar Biasa	Dr. Endang Pudjiastuti Sartinah, M.Pd. Dr. Najlatun Naqiyah, M.Pd.	0030105905 0006097803	IV/a III/c	S3 S3	P P	45,000,000	I	Hibah Bersaing
17	FBS	Pendidikan Bahasa Daerah	Pendokumentasian Seni Wayang Kayu Jawa Timur Sebagai Upaya Pemertahanan Budaya Lokal	Sosial	Drs. Sukarman, M.Si. Yohan Susilo, S.Pd.	0031126423 0016047704	IV/b III/a	S2 S1	L L	45,000,000	I	Hibah Bersaing
18	FBS	Pendidikan Seni Rupa	Pemanfaatan Lumpur Lapindo Untuk Bahan Baku Industri Seni Interior dan Eksterior	Seni Rupa	Dr. I Nyoman Lodra, M.Si. Drs. Sulbi, M.Pd.	0001105906 0009055507	IV/a III/d	S3 S2	L L	45,000,000	I	Hibah Bersaing
19	FMIPA	Biologi	Pengembangan Model Bioremediasi Lumpur Lapindo Sidoarjo Melalui Pemanfaatan Multisimbiotik Organisme	Biologi (dan Bioteknologi Umum)	Dr. Hj. Yuni Sri Rahayu, M.Si. Guntur Trimulyono, S.Si., M.Sc.	0008066605 0009048004	III/d III/b	S3 S2	P L	45,000,000	I	Hibah Bersaing
20	FMIPA	Matematika	Pengembangan Model Perangkat Pembelajaran matematika Berbasis Creative Problem Solving (CPS) dengan Soal Higher Order Thinking (HOT) di Sekolah Menengah	Pendidikan	Dr. Janet Trineke Manoy, M.Pd. Dr. Siti Khabibah, M.Pd.	0024016208 0001107206	IV/a III/d	S3 S3	P P	45,000,000	I	Hibah Bersaing
21	FMIPA	Matematika	Pengembangan Buku Panduan Guru Untuk Melaksanakan Asesmen Autentik Pada Pembelajaran Matematika Dengan Pendekatan Saintifik	Pendidikan Matematika	Dra. Hj. Masriyah, M.Pd. Budi Priyo Prawoto, S.Pd., M.Si.	0011026010 0017048502	IV/a III/b	S2 S2	P L	45,000,000	III	Hibah Bersaing
				Biologi (dan	Reni Ambarwati, S.Si., M.Sc.	0022077711 0021007806	III/b III/c	S2 S2	P P	45,000,000	I	Hibah Bersaing

No.	Fak.	Jurusan	Judul Penelitian	Bidang Ilmu	Tim Peneliti	NIDN	Gd	Pe	L	(Rp.)	Kat	Pelaksanaan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
24	FT	Teknik Mesin	Rancang Bangun Diesel Particulate Trap Berbahan Dasar Logam Transisi dan Glasswool Untuk Mereduksi Kepekatan Asap (Opasitas) Gas Buang Mesin Diesel Multi Silinder	Teknik Mesin (dan Ilmu Pemesinan Lain)	Warju, S.Pd., S.T., M.T. Drs. Marsudi, M.Pd.	0028038101 0008125005	III/c IV/c	S2 S2	L L	50,000,000	I	Hibah Bersaing
25	FT	Pendidikan Kesejahteraan Keluarga	Pengembangan Disain Busana Pengantin Muslim Sebagai Ekonomi Kreatif Bagi Pelaku Bisnis Bidang Industri Fashion di Jawa Timur		Dra. Marniati, S.E., M.M. Deny Arifiana, S.Pd., M.A.	0031075702 0005077803	IV/c III/c	S2 S2	P P	45,000,000	I	Hibah Bersaing
26	FT	Teknik Elektro	Pengembangan Aplikasi Terpadu Untuk Peningkatan Layanan dan Akses Mahasiswa Terhadap Ruang Baca dengan QR Code dan Android	Teknologi Informasi	Agus Prihanto, S.T., M.Kom. Dwi Fatrianto Suyatno, S.Kom., M.Kom.	0006087903 0020127904	III/a III/b	S2 S2	L L	50,000,000	I	Hibah Bersaing
27	FMIPA	Fisika	Sintesis Komposit PVDF/SiO2 Bahan Alam untuk Bahan Dielektrik Superkapasitor	Fisika	Woro Setyarsih, S.Pd., M.Si. Lydia Rohmawati, S.Si., M.Si. Prof. Dr. Darminto, M.Sc. Dr.re.nat. Tri Wikantoro, M.Sc.	0002047103 0010058402 0003036006 0014016601	III/d III/b	S2 S2 S3 S3	P P L L	75,000,000	I	Kerjasama antar Perguruan Tinggi
28	FT	Pendidikan Kesejahteraan Keluarga	Eksplorasi pada Produksi Sosis Angkak Komersial dengan Teknik Kuring dari Kombinasi Kalium Nitrat dan Angkak	Bioteknologi dan Teknologi Pertanian	Dra. Lucia Tri Pangesthi, M.Pd. Lilis Sulandari, S.Pt., M.P. Dr. Ir. Lilik Eka Radiati, M.S.	0028096702 0020027407 0023085411	III/d III/c	S2 S2 S3	P P P	75,000,000	I	Kerjasama antar Perguruan Tinggi

Salinan sesuai dengan bunyi
Keputusan yang asli.
Kepala BAU dan Keuangan,



Drs. BUDIARSO, S.H., M.M.
NIP 196005111980101002

Ditetapkan di : Surabaya
Pada tanggal : 22 April 2014
Rektor,

ttd

MUCHLAS SAMANI
NIP 195112151974121001

