

PSIKOLOGI PELAYANAN PENYINTAS BENCANA

Juneman, S.Psi.

Pengantar

Indonesia merupakan negeri yang rawan mengalami bencana, baik bencana alam maupun bencana konflik sosial. Indonesia rawan mengalami bencana alam, oleh karena: (1) *Pertama*, secara geologis, Indonesia terletak pada pertemuan antara tiga lempeng tektonis dan jalur gunung api lingkaran pasifik serta lintas Asia; disamping itu, Indonesia juga bercurah hujan cukup tinggi, antara 1.000-4.000 milimeter per tahun (Roestam Sjarief, dalam Suara Merdeka, 2007). Menurut Sjarief, 83% wilayah Indonesia rawan bencana alam, dan 98% dari 220 juta warga Indonesia tidak siap menghadapi ancaman bencana. Contoh bencana dalam kategori penyebab ini adalah: tsunami Aceh dan Pangandaran-Yogyakarta;

rangkaian gempa bumi Tasikmalaya-Yogyakarta-Toli-toli-Padang; (2) *Kedua*, ulah manusia, yang menyebabkan "alam mulai enggan bersahabat dengan kita" (Ebiyet G. Ade dalam lagu "Berita Kepada Kawan"), seperti eksploitasi berlebihan terhadap hasil bumi, pembalakan hutan liar, emisi karbondioksida (yang menyebabkan *global warming*), dsb. Termasuk dalam kategori penyebab ini adalah: Semburan Lumpur Panas di Sidoarjo. Menurut Prof. Dr. R.P. Koesoemadinata (2007), Bapak Geologi Indonesia, bencana lumpur tersebut disebabkan atau dipicu oleh kelalaian/kegagalan operasi pemboran Banjar Panji-1 oleh P.T. Lapindo Brantas. Oleh karena disebabkan oleh ulah manusia, maka, menurut Koesoemadinata, semburan mestinya dapat dihentikan

dengan pembaruan *relief well*. Untuk memahami peta rawan bencana (*hazard maps*), pembaca dapat mengunduh dokumen Peta Rawan Bencana (2007) melalui tautan http://www.sadisun.enggeol.org/pdf/2007_Hazard_Maps.pdf

Indonesia juga rawan bencana konflik sosial, oleh karena, menurut Prof. Dr. Sarlito Wirawan Sarwono (2003, antara lain dalam situs web <http://www.sarlito.hyperphp.com>), mengambil inspirasi dari teori

"Perilaku Kolektif" dari Neil J. Smelser (1963), terdapatnya enam faktor, yakni: (1) ketegangan/keresahan/tekanan (*strain*) atau deprivasi relatif (Gurr) yang relatif kronis, misalnya: perasaan miskin, diperlakukan diskriminatif, pengangguran, biaya hidup dan pendidikan yang mahal; (2) suasana kondusif, misalnya: pelanggaran yang tidak dihukum, pelipatan oleh media massa, kelompok minoritas yang menyolok mata kelompok mayoritas, dsb; (3) opini/keyakinan publik, misalnya: keyakinan bahwa tindakan masal dapat mengubah situasi sesuai kehendak; syiar atau aktivitas keagamaan yang memperkokoh keyakinan keimanan pemeluknya secara internal, tetapi pada sisi lain, mempertipis keterikatan dengan komunitas lainnya dengan membentuk persepsi adanya ancaman dari satu komunitas atas komunitas lainnya; (4) peluang (sarana dan prasarana) mobilisasi masa, yang

mencakup kondisi transportasi dan komunikasi yang baik; (5) lemahnya kontrol sosial, misalnya perilaku pemerintah dan aparat keamanan yang tidak profesional dalam menyikapi *strain*; serta (6) pemicu, yang sulit diterka, dapat terjadi sewaktu-waktu, dan sumbernya sering tidak jelas; misalnya pernyataan politik tertentu, petisi masal, peristiwa pemukulan guru agama oleh oknum polisi (di Tasikmalaya), penusukan tukang becak oleh pemuda China (Solo, 1980), perselisihan antara pengikut almarhum Kyai As'ad dan keponakannya (Situbondo). Kerusuhan Sanggau Ledo, di Kalimantan Barat, misalnya, dipicu oleh kecemburuan seorang pemuda Madura, sebab pacarnya diajak menari oleh seorang pemuda Dayak dalam suatu pesta pernikahan (J.E. Wawa, dalam Kompas, 2001). Kecemburuan itu diluapkan dengan menikam pemuda Dayak hingga tewas sehingga menimbulkan kemarahan keluarga korban. Dua atau lebih dari keenam faktor di atas harus saling berinteraksi. Hanya salah satu faktor saja tidak akan menyebabkan bencana konflik.

Berikut ini adalah gambar peta konflik kekerasan komunal di Indonesia sepanjang tahun 2006:

PETA KONFLIK KEKERASAN KOMUNAL DI INDONESIA SELAMA TAHUN 2006



Gambar 1. Peta Konflik Kekerasan Komunal di Indonesia Sepanjang Tahun 2006 (Institut Titian Perdamaian, 2007)

Memperhatikan kondisi objektif di atas, tidak mengherankan bahwa Pendidikan Tinggi di Indonesia menaruh perhatian dengan ikut berpartisipasi dalam memahami dan mengupayakan intervensi terhadap keseluruhan fase dari siklus bencana (Siklus bencana: lihat Gambar 2. Perhatikan bahwa, misalnya, fase “Pasca Bencana” harus selalu dilihat dalam konteks kesinambungannya dengan fase “Persiapan Bencana selanjutnya”). Universitas Hasanuddin, Sulawesi Selatan memiliki program studi Magister Manajemen Bencana dan Kegawatdaruratan. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta memiliki prodi Magister Geo-Informasi untuk Manajemen Bencana, bekerjasama dengan ITC Netherlands. Institut Pertanian Bogor dikabarkan menyiapkan lahirnya prodi Magister Manajemen Bencana. Universitas Tarumanagara di Jakarta memiliki prodi Magister Manajemen Bencana. Universitas Indonesia memiliki prodi Magister Psikologi Terapan Trauma dan Bencana (gelar akademik: M.Psi.T.).

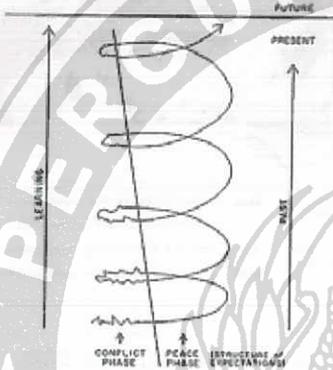


FIGURE 5B1: The Conflict Helix as a Coil Moving Upward on a Path of Learning

Gambar 2. [Atas] *The Disaster Cycle versus the Relief to Development Spiral* (FAO, 2001); [Bawah] *The Conflict Helix as a Coil Moving Upward on a Path of Learning* (Rummel, 1979)

Dalam setiap peristiwa bencana, seringkali terdapat korban jiwa. Frasa "korban jiwa" dalam bahasa Indonesia ini menarik. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Edisi III (Depdiknas, 2001), "korban" berarti: orang, binatang, dsb, yang menjadi menderita (mati, dsb) akibat suatu kejadian, perbuatan jahat, dsb. Penambahan kata "jiwa" dalam frasa "korban jiwa" menekankan arti penting jiwa itu sendiri, meskipun badan yang penuh dengan hidup, yang kita sentuh dan rasakan itu, (sesungguhnya)

sudah merupakan suatu badan yang dijiwai!, yang terstruktur berkat jiwa; dia sudah merupakan keseluruhan manusia dari segi badaniahnya (Leahy, 1996). Mengenai perhatian terhadap jiwa, dalam syair lagu kebangsaan "Indonesia Raya", kita ketahui juga bahwa "Bangunlah jiwanya" dikumandangkan lebih dahulu, yang kemudian segera disusul dengan "... bangunlah badannya, untuk Indonesia Raya".

Sebuah ilmu terbuka (*open science*) yang mendalami persoalan jiwa adalah Psikologi. Secara etimologis, psikologi berarti "ilmu jiwa" (*psyche* = jiwa, *logos* = ilmu). Ironisnya, di Indonesia, pendekatan psikologis seringkali terabaikan dalam pelayanan kepada korban bencana. Padahal, dari pihak filsafat, kita ketahui bahwa meskipun jiwa tidak dapat dilihat atau diverifikasikan dengan pancaindera, jiwa dianggap sebagai sesuatu yang nyata badan, karena jiwa itu dituntut supaya makhluk hidup dapat dimengerti *persis sebagaimana adanya*; jiwa merupakan "instansi pemimpin" yang menunjukkan bahwa dalam keseluruhan kompleks manusia itu terdapat suatu pusat pimpinan, suatu tempat batin di mana semua diputuskan (Leahy, 1996, 2001).

Berdasar pada latar belakang kenyataan di atas, melalui tulisan ini penulis membahas prinsip-prinsip dan praktik-praktik psikologis yang

bahwa kata “penyintas” muncul pertama kali pada 2005, bukan dari kalangan ahli sastra maupun ahli linguistik, melainkan berasal dari aktivis LSM dalam konteks bencana.

Berikut ini, penulis mengupas prinsip-prinsip dan praktik-praktik layanan psikologis kepada penyintas bencana sebagaimana disebutkan di atas.

Prinsip-Prinsip Pelayanan Psikologis Kepada Penyintas Bencana

1. Koordinasi, fokus sumberdaya, dan integrasi layanan.

Program pelayanan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial kepada penyintas bencana yang efektif mensyaratkan koordinasi antarsektor diantara pelaku-pelaku yang beragam. Semua partisipan respons kemanusiaan memiliki tanggungjawab untuk melindungi dan mempromosikan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial para penyintas. Koordinasi layanan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial harus mencakup segi-segi kesehatan, pendidikan, perlindungan dan layanan sosial, serta representasi dari komunitas yang terimbas. Koordinasi layanan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial ini juga harus melibatkan sektor pangan, keamanan, tenda (*shelter*), serta

air dan sanitasi.

Oleh karena itu, perlu ditetapkan standar dan kebutuhan sehubungan dengan pemulihan psikososial penyintas bencana untuk memastikan adanya kesamaan praktik. Standar ini penting untuk memastikan bahwa ada interoperabilitas diantara badan-badan di pusat serta dengan dan antar daerah, serta menjadi pedoman advokasi dan peningkatan layanan psikososial. Sehubungan dengan hal ini, bukti-bukti ilmiah yang berkenaan dengan layanan kesehatan jiwa dan psikososial yang terbaik dan terefektif masih belum banyak dewasa ini. Kebanyakan riset yang dilakukan dalam area ini dilakukan justru berbulan-bulan atau pun bertahun-tahun setelah berakhirnya fase akut terjadinya bencana. Namun demikian, basis-basis riset mengenai hal ini dan juga basis-basis pengalaman praktisi terus berkembang. Guna mengikutsertakan wawasan-wawasan yang akan terus berkembang, standar-standar tersebut hendaknya diperbarui dan diadaptasikan secara periodik.

Bentuklah *sebuah kelompok koordinasi dan sub-sub kelompok koordinasi* aksi layanan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial, dan secara bersama mengembangkan

sebuah rencana yang menunjukkan hal-hal yang akan dilakukan beserta siapa pelakunya, apabila kelompok semacam itu belum terdapat. Bila sudah ada, gunakan kelompok koordinasi yang ada. Masukkan kedalam kelompok koordinasi itu, bilamana mungkin dan tepat, perwakilan-perwakilan dari pemerintah nasional dan daerah, LSM-LSM, agen-agen PBB, lembaga-lembaga donor, asosiasi-asosiasi profesional dan universitas-universitas, organisasi-organisasi religius atau yang berbasis-komunitas, dan gerakan-gerakan Palang Merah/Bulan Sabit Merah.

Populasi lokal yang terkena bencana memiliki aset atau sumberdaya yang bersifat mendukung kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial mereka. Kekeliruan umum dalam kerja-kerja kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial adalah pengabaian sumberdaya-sumberdaya ini dan hanya berfokus pada defisit (kelemahan, penderitaan, dan patologi) orang-orang yang mengalami bencana. Sumberdaya-sumberdaya tersebut dapat berupa: (1) sumberdaya individual: kemampuan dalam pemecahan masalah, komunikasi, negosiasi, dan pencarian nafkah; (2) sumberdaya sosial: keluarga, pemerintah lokal, pemimpin-pemimpin komunitas, penyembuh-

penyembuh tradisional, pekerja-pekerja kesehatan komunitas, guru-guru, kelompok-kelompok perempuan, klub-klub anak muda, kelompok-kelompok perencanaan komunitas; (3) sumber daya ekonomi, pendidikan, kesehatan, religius dan spiritual, praktik-praktik kultural. Guna merencanakan respons yang tepat terhadap bencana, maka penting untuk mengetahui sifat sumberdaya-sumberdaya lokal, apakah mereka bersifat membantu ataukah justru berbahaya, dan sejauh mana sumberdaya ini dapat dijangkau. Sejumlah praktik lokal — yang terentang dari praktik-praktik kultural tradisional sampai dengan perawatan dalam panti-panti kustodial — dapat saja bersifat merugikan dan dapat melanggar prinsip-prinsip hak asasi manusia. Kendati demikian, prinsipnya adalah memaksimalkan partisipasi populasi lokal yang terkena bencana dalam asesmen, perancangan, implementasi, pemantauan, dan penilaian bantuan, untuk menumbuhkan rasa memiliki bersama (*sense of belonging*) terhadap program-program layanan kesehatan jiwa dan psikososial. Di samping itu, penting diingat bahwa banyak layanan kunci kesehatan jiwa dan psikososial yang seringkali berasal dari komunitas penyintas bencana itu sendiri ketimbang berasal dari pihak-pihak atau badan-badan ek-

sternal.

Kurangi perbedaan-perbedaan kekuatan diantara anggota-anggota kelompok koordinasi, serta fasilitasi partisipasi dari kelompok-kelompok yang tidak terwakilkan atau kurang memiliki kekuatan/*power* (misalnya, dengan menggunakan bahasa-bahasa lokal serta mempertimbangkan struktur dan lokasi pertemuan). Kenali dan selalu sadari bahwa dalam setiap bencana, di samping terdapat kerugian (misalnya, tergerogotinya mekanisme dukungan/bantuan yang bersifat tradisional yang dimiliki sebelumnya oleh masyarakat serta tergerogotinya struktur-struktur komunitas), ada pula populasi yang “diuntungkan”, entah karena kepentingan politik, bisnis bantuan, perbuatan koruptif, dan sebagainya.

2. Hindari ego disiplin ilmu.

Dalam pelayanan psikologis kepada penyintas bencana, kita harus menghindari pandangan bahwa profesi dari disiplin ilmu tertentu lebih otoritatif, lebih berwenang, lebih sah daripada yang lain. Profesi atau relawan dari disiplin ilmu di luar psikologi dan psikiatri merupakan sumberdaya yang harus disambut dan dioptimalkan perannya, seperti dari disiplin-disiplin ilmu pendidikan, sosiologi, kesejahteraan sosial (*social*

welfare; lihat paradigma kesejahteraan sosial melalui <http://www.policy.hu/suharto/Naskah%20PDF/UINYogyaParadigmaKesos.pdf>), studi agama, keperawatan, antropologi kesehatan (lihat peran umum antropologi kesehatan, antara lain melalui tautan <http://www.papuaweb.org/uncen/dlib/jr/antropologi/01-01/jurnal.pdf>), kesehatan masyarakat, ekonomi/manajemen, komunikasi massa, dsb; sepanjang sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dan beretika. Disiplin-disiplin ini memiliki kontribusinya yang khas dalam menunjang kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial penyintas bencana.

Penting diingat, bahwa perilaku manusia tidak hanya dipelajari oleh Psikologi (Irwanto, 2002)! Berbasiskan pernyataan Irwanto tersebut, disiplin-disiplin yang disebutkan di atas dapat dikelompokkan juga ke dalam keluarga besar ilmu-ilmu perilaku (*behavioral sciences*). Meskipun profesi kesehatan jiwa (*mental health professional*) — yang terdiri dari psikiater, psikoterapis, pekerja sosial klinis, perawat jiwa (lihat standar praktik keperawatan jiwa, misalnya <http://moveamura.wordpress.com/dsm-1v/mhn>), konselor kesehatan jiwa, psikolog klinis, profesi kesehatan jiwa bersertifikasi, dsb — seyogyanya

diberikan kewenangan supervisi dalam konteks layanan spesialisasi psikologis dan psikiatris, namun mereka hanya merupakan bagian dari komunitas profesi disiplin ilmu yang lebih luas yang mengadvokasi dan memberikan intervensi keperilakuan yang tepat terhadap faktor-faktor risiko yang memengaruhi kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial penyintas bencana.

Misalnya, Sekretaris Lembaga Penelitian dan Pemberdayaan Masyarakat (LPPM) IPB, Dr. Ir. Suryahadi (September, 2006) menyampaikan, *"Meskipun IPB memiliki ranah kompetensi utama dalam ilmu pertanian dalam arti luas, namun dengan bertumbuhnya fakultas baru seperti Fakultas Ekologi Manusia (FEMA), kini IPB bisa lebih mengembangkan perhatian pada sisi manusianya... Ada konsep yang sudah dalam bentuk proposal serta telah diterima oleh LPPM IPB. Proposal itu berisi tentang 'Penanganan Masalah Tumbuh Kembang Anak Pasca Bencana', dan ini akan dengan segera direalisasikan dengan melibatkan mahasiswa IPB... IPB sangat peduli terhadap masalah perkembangan anak, pasalnya pada situasi bencana, stress dan tekanan pada anak cukup tinggi. Maka dari itu kita harus cepat menanggulangnya"* ?

Dalam sebuah buku yang disunting oleh J. Worell dan N.G. Johnson (1997) dan diterbitkan oleh American Psychological Association (APA), *"Shaping the future of feminist psychology: Education, research, and practice"*, praktik psikologis telah didefinisikan secara luas dengan mencakup kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan semua wilayah terapan psikologi, seperti: *clinical practice and supervision, pedagogy, research, scholarly writing, administration, leadership, social policy, and any of the other activities in which psychologists may engage.*

3. Pertimbangan nuansa permasalahan, populasi rentan, dan bentuk layanan.

Permasalahan kesehatan jiwa dan psikososial dalam bencana sangat terkait erat, meskipun dapat saja ada nuansa-nuansa *beban utama* faktual, yang bersifat psikologis atau sosial, seperti hal-hal berikut ini (diperlukan Diagnostik):

- **Permasalahan yang sudah ada sebelum terjadi bencana:**
 - *Permasalahan psikologis* yang telah ada, misalnya: gangguan jiwa yang berat, penyalahgunaan alkohol.
 - *Permasalahan sosial* yang telah ada, misalnya: kemiskinan, kelompok

terdiskriminasi atau termarginalkan, opresi politis.

• **Permasalahan yang merupakan imbasan dari bencana:**

• Permasalahan psikologis yang merupakan imbasan bencana, misalnya: duka cita, distress non-patologis; depresi dan gangguan kecemasan, termasuk gangguan stres pasca-trauma (PTSD).

• Permasalahan sosial yang merupakan imbasan bencana, misalnya: keterpisahan dari keluarga; terganggunya jejaring sosial; rusaknya struktur-struktur komunitas, sumberdaya-sumberdaya dan kepercayaan (trust); meningkatnya kekerasan berbasis jender.

• **Permasalahan yang merupakan imbasan dari pemberian bantuan:**

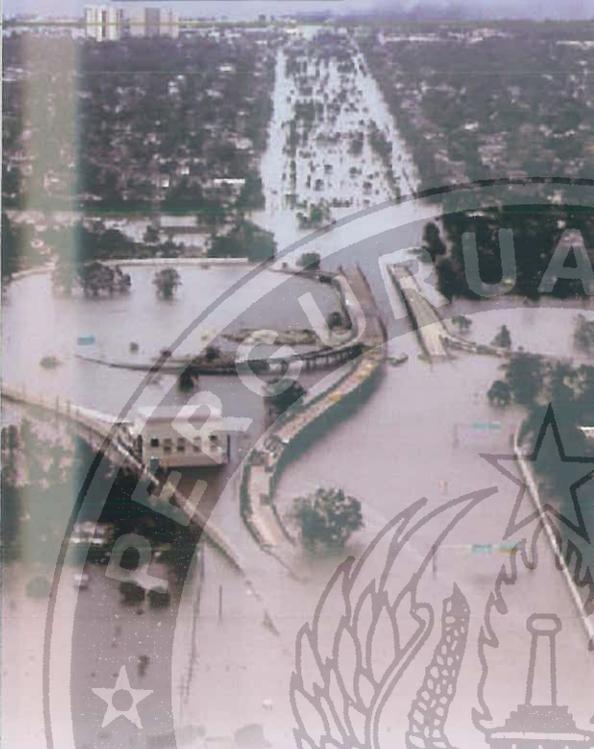
• Permasalahan psikologis yang merupakan imbasan pemberian bantuan, misalnya: kecemasan karena kekurangan informasi mengenai distribusi pangan;

• Permasalahan sosial yang merupakan imbasan pemberian bantuan, misalnya: tergerogotinya

mekanisme dukungan/ bantuan yang bersifat tradisional yang dimiliki sebelumnya oleh masyarakat serta tergerogotinya struktur-struktur komunitas.

Dengan demikian, permasalahan kesehatan jiwa dan psikososial dalam bencana meliputi jauh daripada sekadar pengalaman gangguan stres pasca-trauma (PTSD) yang sering didengung-dengungkan. Dalam situasi bencana, tidak setiap orang memiliki atau pun mengembangkan permasalahan psikologis yang berarti. Banyak orang menunjukkan ketangguhan (resiliensi), yang merupakan kemampuan untuk menghadapi atau menanggulangi situasi-situasi kemalangan secara relatif baik. Terdapat sejumlah faktor sosial, psikologis, dan biologis yang saling berinteraksi serta memengaruhi apakah seseorang mengembangkan permasalahan psikologis ataukah menunjukkan daya tahan dan ketangguhan dalam menghadapi kemalangan.

Bergantung pada konteks bencana, kelompok atau orang tertentu memiliki kerentanan risiko yang meningkat untuk mengalami permasalahan sosial dan/atau psikologis. Meskipun banyak



bentuk-bentuk dukungan dan layanan kunci secara umum seyogianya tersedia bagi populasi yang terkena bencana, namun perencanaan yang baik secara spesifik mencakup pula penyediaan layanan-layanan yang relevan terhadap orang-orang yang berisiko lebih tinggi (misalnya pengungsi, anak 0-18 tahun, orang dengan gangguan jiwa berat, orang yang sangat miskin, orang-orang dalam panti asuhan dan panti jompo, aktivis politik dan kaum minoritas etnik, orang dalam tahanan, mantan korban pelanggaran HAM, anak jalanan, dsb), yang butuh diidentifikasi dalam masing-masing krisis spesifik. Pengidentifikasian orang-orang yang “rentan/berisiko” bukan berarti menunjukkan bahwa mereka adalah korban

yang pasif. Kendatipun orang-orang tersebut memerlukan layanan/dukungan, seringkali mereka memiliki kapasitas dan jejaring sosial yang memungkinkan mereka untuk berkontribusi terhadap keluarga atau lingkungan mereka dan untuk aktif dalam kehidupan sosial, religius, dan politis.

Dalam situasi bencana, oleh karena orang-orang terimbas dengan cara yang berbeda-beda, maka dibutuhkan layanan yang berbeda-beda pula. Kunci untuk mengorganisasikan layanan kesehatan jiwa dan psikososial adalah dengan mengembangkan sebuah sistem berlapis dari layanan-layanan yang bersifat komplementaris yang sesuai dengan kebutuhan dari kelompok-kelompok yang berbeda-beda. Misalnya, dengan piramida intervensi, dari lapisan bawah ke atas, sebagai berikut:

(1) layanan dasar dan keamanan (makanan, tenda, air, kesehatan dasar, pengendalian penyakit menular); (2) layanan komunitas dan keluarga (pelacakan dan penyatuan kembali keluarga, asistensi terhadap perayaan perkabungan atau penyembuhan komunal, komunikasi massa mengenai metode-metode *coping* yang konstruktif, program-program *parenting* yang suportif, aktivitas-aktivitas pendidikan formal dan non-formal, aktivitas-aktivitas mata pencaharian, dan aktivasi jejaring sosial, seperti melalui kelompok-kelompok perempuan dan klub-klub pemuda); (3) layanan terfokus non-spesialistik (contoh: penyintas korban kekerasan berbasis jender sangat mungkin memerlukan layanan majemuk dari para pekerja komunitas, baik layanan yang bersifat emosional maupun yang berkenaan dengan penghidupan/mata pencaharian); (4) layanan spesialisik (misalnya, layanan psikologis dan psikiatris bagi orang-orang dengan gangguan jiwa berat, khususnya bilamana kebutuhan orang-orang ini melampaui kapasitas layanan kesehatan umum).

4. Perlunya estimasi satuan pembiayaan ekonomi dari kerusakan psikologis.

Ingat pesan Menteri Keseha-

tan RI, Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.J.P.(K.), pada Puncak Peringatan Hari Kesehatan Jiwa Sedunia (HKJS) Tahun 2008 di halaman kantor Walikota Bogor, 20 Oktober 2008, bahwa "*Kesehatan Jiwa adalah bagian integral dari Kesehatan; tidak ada Kesehatan tanpa Kesehatan Jiwa*". Konsekuensinya, khususnya dalam pedoman-pedoman dan SOP-SOP yang dikeluarkan oleh badan-badan Pemerintah maupun badan-badan Asuransi, merupakan suatu urgensi untuk menyusun suatu ukuran-ukuran baku-kuantitatif (meskipun tidak selalu mungkin, namun harus senantiasa diupayakan) mengenai pengaruh bencana terhadap kondisi psikologis penyintas. Sampai dengan saat ini, sejauh penulis ketahui, ukuran-ukuran kerusakan psikologis (*psychological damage*) yang diakibatkan berbagai jenis bencana, yang elaboratif, akuntabel, dan disepakati, belum ada di Indonesia, padahal ini penting untuk menentukan jenis perlakuan rehabilitatif, rekonstruktif, dan pemeliharaan yang akurat dan tepat guna, beserta rentang-rentang penganggarnya. Dalam rangka penyusunan ukuran ini, rujuk antara lain, paper "*Economic Valuation of Catastrophe Risk: Beyond Expected Losses Paradigms*" oleh Kobayashi & Yokomatsu (2000).

Praktik-Praktik Pelayanan Psikologis Kepada Penyintas Bencana

Sejumlah hal yang sangat penting diperhatikan dalam pelayanan psikologis kepada pelayan bencana, diinspirasi oleh Inter-Agency Standing Committee (2007) di Jenewa, adalah sebagai berikut:

- Program asesmen harus menghindari pembebanan yang tidak perlu terhadap populasi yang disebabkan asesmen yang bersifat ganda, misalnya: konstruk-konstruk yang sudah diperiksa oleh Departemen Kesehatan kemudian diperiksa lagi oleh Departemen Sosial, atau sebaliknya. Ingat, bahwa kondisi manusia telah mengalami perubahan setelah mengalami setiap asesmen! Organisasi-organisasi pemberi bantuan hendaknya menginformasikan kelompok koordinasi mengenai persoalan-persoalan apa sajakah yang telah di-*assess*, di manakah dan bilamanakah, serta hendaknya bersiap untuk mengadaptasikan asesmen-asesmen mereka apabila diperlukan, dan membagi informasi itu (misalnya, mem-pos/menaruh hasil asesmen di internet dan menyelenggarakan sesi umpan balik dengan komunitas).
- Populasi yang terimbas bencana hendaknya dilibatkan pula dalam mendefinisikan apakah “kesejahteraan” (*well-being*) dan “distress” itu bagi mereka, apakah problem-problem, sumberdaya-sumberdaya dan solusi-solusi potensial yang terdapat di lingkungan terjadinya bencana.
- Asesmen berfokus pada identifikasi prioritas tindakan, bukan sekadar pengumpulan dan pelaporan data atau informasi.
- Asesmen hendaknya menghindari penggunaan istilah-istilah yang dalam konteks kultur lokal dapat memengaruhi stigmatisasi.
- Prinsip-prinsip etis: privasi, konfidensialitas dan kepentingan terbaik dari orang-orang yang diwawancarai harus dihormati. Sejalan dengan prinsip “tidak membahayakan/merugikan”, perhatian harus diberikan untuk menghindarkan harapan-harapan yang tidak realistis yang berkembang selama asesmen (misalnya, para penyintas yang diwawancarai hendaknya mengerti bahwa asesor mungkin tidak kembali apabila mereka tidak menerima dana yang pernah dijanjikan oleh pihak-pihak tertentu kepada mereka).
- Asesmen hendaknya cukup cepat untuk diperoleh hasilnya dalam rangka digunakan secara efektif dalam perencanaan program ke-daruratan. Proses asesmen terdiri atas dua fase yang dinamis:

(a) Asesmen awal (*cepat/rapid*) yang berfokus pada pemahaman terhadap pengalaman-pengalaman dan situasi saat itu dari populasi yang mengalami bencana, beserta kapasitas komunitas dan organisasional, serta kesenjangan-kesenjangan dalam perencanaan. Normalnya, ini dilakukan dalam 1-2 minggu; (b) Asesmen rinci: asesmen yang lebih ketat yang dilakukan untuk memeriksa persoalan yang beragam yang disajikan dalam informasi kunci di atas, yang dilakukan ketika situasi darurat berkembang.

- Pemantauan dan evaluasi hendaknya berbasiskan pendekatan partisipatoris. Hal ini berarti bahwa komunitas-komunitas yang terimbas bencana hendaknya berpartisipasi pada jangkauan maksimum dalam semua aspek proses pemantauan dan evaluasi, termasuk diskusi mengenai hasil-hasil dan implikasi-implikasinya.
- Indikator-indikator proses, kepuasan dan keluaran pelayanan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial hendaknya dirumuskan bersama secara konsisten dengan tujuan-tujuan yang telah didefinisikan sebelumnya. Indikator-indikator hendaknya bersifat SMART (*Specific* = spesifik, *Measurable* = Terukur, *Achievable* = Dapat Diraih, *Relevant* = relevan, dan *Time-bound* = memiliki rentang waktu).
- Data kuantitatif hendaknya dilengkapi dengan data kualitatif yang relevan (misalnya, kesaksian-kesaksian dari pengalaman-pengalaman penyintas bencana mengenai intervensi).
- Hormati hak para penyintas akan konfidensialitas (kerahasiaan) dan akan persetujuan (*informed consent*), termasuk hak untuk menolak *treatment*.
- Advokasi dan berikan nasihat spesifik untuk membawa legislasi, kebijakan dan program-program nasional yang relevan untuk sejalan dengan standar-standar HAM internasional dan meningkatkan kepatuhan terhadap standar-standar ini oleh badan-badan pemerintah (institusi-institusi, polisi, tentara, dsb).
- Problem-problem perlindungan semacam itu menghasilkan penderitaan langsung serta dapat bertentangan dengan pembangunan kembali jejaring sosial serta rasa kebersamaan (*sense of community*), dalam hal mana keduanya semestinya mendukung kesejahteraan psikososial. Kedaruratan mungkin juga mempertajam perbedaan dalam kekuasaan diantara populasi yang terpengaruh, meningkatkan kerentanan dari orang-orang yang sebelumnya telah termarjinalkan.
- Perlindungan mensyaratkan baik

mekanisme hukum maupun sosial. Perlindungan hukum (*legal protection*) memerlukan pengaplikasian instrumen-instrumen HAM internasional, hukum-hukum nasional dan internasional. Perlindungan sosial (*social protection*) berlangsung sebagian besar melalui pengaktifan dan pemerkuatan jejaring sosial dan mekanisme komunitas dalam mengurangi risiko serta memenuhi kebutuhan yang bersifat segera.

- Identifikasikan dalam suatu rentang berbagai *setting* (misalnya, kamp-kamp, rute-rute yang dilalui oleh orang-orang yang mengumpulkan air atau kayu bakar, tempat-tempat pendidikan non-formal, pasar-pasar) ancaman-ancaman perlindungan, seperti kekerasan berbasis jender, penyerangan terhadap warga sipil, pemindahan paksa, penculikan, rekrutmen kaum minoritas, perdagangan orang (*trafficking*), eksploitasi, perburuhan yang berbahaya/berisiko, ranjau-ranjau, paparan terhadap HIV/AIDS dan pengabaian terhadap orang-orang dalam panti-panti. Namun demikian, hindari menggunakan pendekatan daftar-cek (*checklist approach*), yang dapat "membutakan" para asesor akan ancaman-ancaman

perlindungan yang lain atau yang baru muncul.

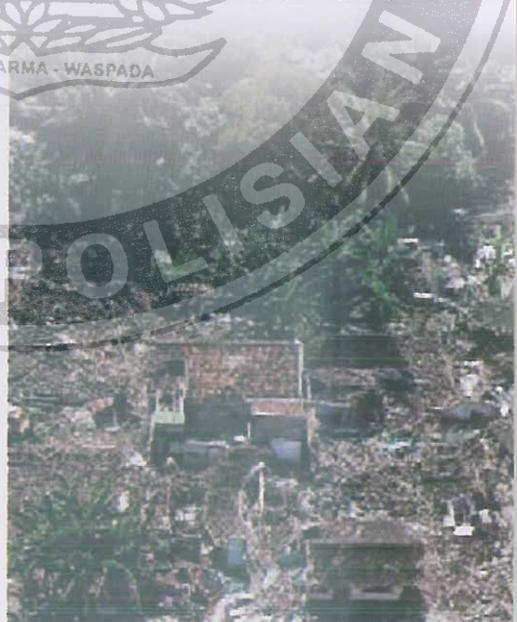
- Hindari untuk menjadikan target tunggal atau menargetkan secara spesifik sub-sub kelompok tertentu untuk diberikan asistensi/bantuan, kecuali hal ini penting untuk mencegah terjadinya bahaya lebih jauh. Layanan yang terintegrasi (*integrated support*) adalah lebih baik, untuk membantu mengurangi diskriminasi dan dapat membangun keterhubungan sosial (*social connectedness*). Sebagai contoh, pertimbangkan untuk menyediakan bantuan bagi kelompok-kelompok perempuan secara umum, ketimbang pengkhususan/pemilahan perlakuan (yang dapat menimbulkan stigmatisasi) kelompok-kelompok perempuan yang secara khusus mengalami perkosaan.
- Tetapkan prosedur-prosedur yang berkenaan dengan akses media oleh orang-orang yang berada dalam risiko, dengan menyadari bahwa atensi/perhatian media dapat menimbulkan (a) pembalasan dendam terhadap para penyintas perkosaan; (b) distres yang berkaitan dengan pelanggaran konfidensialitas, wawancara berganda atau penggunaan pertanyaan-pertanyaan yang

tidak tepat; dan (c) stigma yang disebabkan karena pengkhuisan.

- Kenali bahwa pada sejumlah situasi, mekanisme-mekanisme resmi/ofisial seperti kepolisian merupakan tempat-tempat yang tepat untuk pelaporan, sementara dalam situasi yang lain, pelaporan kepada kepolisian dapat menciptakan risiko bahaya.
- Identifikasikan dan dukung mekanisme-mekanisme yang mengakhiri pembebasan (*impunitas*) bagi para pelaku kejahatan serta menuntut tanggung jawab/akuntabilitas tindakan para pelaku kejahatan tersebut. Hal ini mencakup pengakuan bahwa keadilan punitif (yang bersifat menghukum) tidak selalu harus diberlakukan dalam rangka penyembuhan level-komunitas atau sistem keadilan restoratif berbasis komunitas yang konsisten dengan standar-standar hukum internasional, serta bahwa hal tersebut hendaknya membawa kepada pemaafan dan rekonsiliasi (misalnya, pembebasan anak dan para kombatan yang rentan secara aman, penelusuran jejak dan reunifikasi, serta promosi langkah-langkah awal dalam proses reintegrasi).
- Lakukan advokasi dengan

cara yang menghormati konfidensialitas, martabat dan integritas, dan yang menghindari distres lebih jauh. Pemajangan/pemertontonan publik mengenai wajah-wajah para penyintas, sekalipun untuk mengomunikasikan informasi mengenai upaya-upaya kemanusiaan, dapat bersifat menghina atau merendahkan. Hindari gambar-gambar dan citra-citra yang mempertontonkan penderitaan yang berat dan nyata, atau yang memperkuat rasa pengkorbanan (*sense of victimization*) terhadap para penyintas.

- Kenali kebutuhan akan sistem rujukan perlindungan hukum bagi orang-orang yang ditemui dalam layanan Kesehatan Jiwa dan Kesejahteraan Psikososial. Sebagai contoh, penyintas



kekerasan seksual seringkali menerima layanan medis dan psikosial, namun mungkin berlanjut untuk berada atau merasa dalam bahaya dan tidak dapat sembuh secara penuh apabila mereka mengetahui bahwa pelaku kejahatan tidak akan dihukum.

- Distres yang dialami oleh populasi yang terpengaruh bencana dapat menjadi semakin diperburuk oleh arus masuk para pekerja kemanusiaan apabila para aktor kemanusiaan tersebut tidak memiliki kompetensi teknis atau mereka tidak mampu untuk menangani stres-stres yang diprediksi muncul dari pemberian bantuan. Staf lokal dan para sukarelawan mungkin mengenal dengan baik kultur-kultur dan tradisi-tradisi lokal, namun masih dapat terdapat

perbedaan-perbedaan sosio-kultural, seperti misalnya antara populasi perkotaan dan pedesaan dan antar kelompok-kelompok etnis.

- Terdapat prinsip-prinsip yang hendaknya diikuti dalam pengelolaan pekerja kemanusiaan. Tujuan dari rekrutmen adalah untuk memperoleh orang yang tepat (staf dan sukarelawan) pada tempat yang tepat pada saat yang tepat. Pada kebanyakan situasi darurat, hal ini merupakan tantangan yang hebat, dan kompetisi untuk memperoleh staf lokal merupakan hal yang biasa.
- Tunjuk personil-personil yang mengetahui dan bertanggung jawab untuk menyelenggarakan rekrutmen. Personil tersebut hendaknya mengerti persyaratan minimum kesehatan dan kesehatan jiwa bagi penugasan berisiko tinggi dan berstres tinggi (berdasarkan pengalaman organisasi sendiri dan agen-agen serupa).
- Cegah atau kurangi kabur/mengalir keluarnya tenaga ahli (*brain drain*) dari organisasi lokal sampai dengan internasional. Pelaku-pelaku kemanusiaan internasional hendaknya (a) berkolaborasi dengan pelaku-pelaku lokal untuk menyelenggarakan tugas-tugas

peredaan/penenangan yang esensial, mengurangi kebutuhan untuk mempekerjakan jumlah yang besar dari staf organisasi internasional; serta (b) menghindari untuk menawarkan gaji yang sangat besar yang membuat staf lokal meninggalkan organisasi-organisasi yang telah bekerja di wilayah tersebut.

- Ketika mempekerjakan para profesional, periksa kualifikasi formal (bukti kelengkapan pelatihan profesional, bukti keanggotaan organisasi profesional).
- Apabila waktu memungkinkan, periksa rekam jejak kriminal. Pertimbangkan hal-hal sebagai berikut: (1) Dalam situasi-situasi represi politis, orang-orang mungkin memiliki rekam jejak bahwa dirinya telah ditahan tanpa melakukan kejahatan apapun; (2) Jangan mempekerjakan orang-orang yang memiliki sejarah melakukan jenis kekerasan apapun. Perkecualian dengan sengaja dapat diberikan dalam kasus mantan pejuang/tentara, dengan tujuan untuk mempromosikan reintegrasi mereka kedalam masyarakat.
- Secara berhati-hati, evaluasi penawaran bantuan dari para profesional kesehatan jiwa asing individual (non-afiliasi). Para pekerja kesehatan jiwa asing yang memiliki niat yang baik

(yang tidak berafiliasi kepada organisasi apapun) hendaknya dihindari dan dijaga agar mereka tidak melakukan perjalanan ke wilayah terpengaruh bencana, kecuali mereka memenuhi kriteria, antara lain: (1) Mereka memiliki kompetensi dasar dalam sejumlah intervensi ; (2) Mereka memiliki pemahaman mengenai psikologi komunitas atau prinsip-prinsip kesehatan publik; (3) Mereka diundang untuk bekerja sebagai bagian dari suatu organisasi yang berkemungkinan memelihara kehadiran komunitas yang berkelanjutan dalam wilayah kedaruratan; (4) Mereka tidak memfokuskan kerja mereka pada implementasi intervensi oleh diri mereka sendiri (misalnya, dalam pekerjaan klinis), melainkan memberikan layanan kepada program-program pada level yang bersifat umum/general, yang mencakup transfer keahlian kepada staf lokal, sedemikian sehingga intervensi-intervensi dan layanan-layanan diimplementasikan oleh staf lokal.

- Keberadaan kode etik atau standar etis yang disepakati tidak dengan sendirinya mencegah penyelewengan atau eksploitasi. Akuntabilitas mensyaratkan bahwa semua staf dan komunitas diinformasikan mengenai

standar-standar dan bahwa mereka mengerti relevansi dan aplikasi standar-standar tersebut. Harus terdapat budaya organisasi yang mendukung dan melindungi para pengungkap fakta (*whistle-blowers*) dan yang mematuhi mekanisme-mekanisme yang aksesibel dan terpercaya melalui mana orang-orang, termasuk mereka yang paling terisolasi dan/atau paling rentan (dan dengan demikian paling berisiko terhadap bahaya), dapat melaporkan persoalan-persoalan secara rahasia.

- Berikan tindakan disiplin yang tepat terhadap staf yang terbukti melakukan pelanggaran kode etik.
- Pelihara rekam jejak tertulis dari para pekerja yang telah ditemukan melakukan pelanggaran kode etik, guna meningkatkan efektivitas dari perujukan atau rekrutmen berikutnya.
- Para pekerja pemberi bantuan nasional dan internasional memainkan sebuah peran kunci dalam penyelenggaraan Kesehatan Jiwa dan Kesejahteraan Psikososial dalam situasi darurat. Dalam rangka itu, dipersyaratkan bahwa semua pekerja memiliki pengetahuan dan keahlian yang penting/dibutuhkan. Pelatihan hendaknya mempersiapkan para

pekerja untuk menyediakan respons-respons kedaruratan yang diidentifikasi dalam asesmen kebutuhan

- Meskipun isi pelatihan akan memiliki sejumlah keserupaan lintas situasi darurat yang beragam, isi pelatihan ini wajib dimodifikasi sesuai dengan kultur, konteks, kebutuhan dan kapasitas dari tiap-tiap situasi, dan tidak dapat ditransfer secara otomatis dari satu situasi darurat ke situasi lainnya. Keputusan-keputusan mengenai siapa yang berpartisipasi dalam pelatihan serta mengenai modus, isi dan metodologi pembelajaran adalah bervariasi bergantung kepada kondisi-kondisi kedaruratan dan kapasitas-kapasitas dari para pekerja. Pekerja yang tidak terlatih serta tanpa sikap dan motivasi yang tepat dapat membahayakan populasi yang dibantu.
- Seminar-seminar pelatihan hendaknya partisipatoris, hendaknya diadaptasikan pada kultur dan konteks lokal, serta hendaknya menggunakan model-model pembelajaran dalam hal mana para peserta berfungsi baik sebagai pelajar (*learner*) maupun pembelajar (*educator*).
- Gunakan gaya pengajaran partisipatoris (misalnya, permainan peran, dialog, drama, pemecahan masalah kelompok, dan sebagainya) yang melibatkan parti-

sipasi *trainee* secara aktif.

- Di samping kelas-kelas teoritis, gunakan pelatihan berbasis-lapangan yang bersifat praktis dan langsung guna mempraktikkan keahlian di lokasi yang berada dalam atau menyerupai wilayah yang terkena bencana.
- Setelah tiap-tiap pelatihan, tentukan sistem tindak lanjut untuk pemantauan, layanan, umpan balik dan supervisi terhadap semua *trainee*, sepanjang tepat terhadap situasinya.
- Anggota-anggota staf yang bekerja dalam situasi darurat cenderung untuk bekerja dalam banyak jam di bawah tekanan serta dalam kendala keamanan yang sulit. Banyak pekerja pemberi bantuan mengalami dukungan manajerial dan organisasional yang tidak memadai, dan mereka cenderung melaporkan hal ini sebagai stresor terbesar bagi mereka.
- Lebih dari itu, konfrontasi-konfrontasi dengan kengerian, bahaya, dan kesengsaraan manusia secara emosional bersifat menuntut (*demanding*) dan secara potensial memengaruhi Kesehatan Jiwa dan Kesejahteraan Psikososial dari para sukarelawan maupun para pekerja, baik untuk mereka yang berasal dari wilayah/region/negara yang terpengaruh bencana maupun dari luar negeri.
- Implementasikan kebijakan layanan staf organisasi, termasuk penyediaan relaksasi dan penyembuhan (*R & R = rest and recuperation*).
- Latih sejumlah staf dalam menyediakan dukungan sejawat, termasuk manajemen stres umum dan pertolongan pertama yang bersifat psikologis (*PFA = psychological first aid*) dasar.
- Jamin *back-up* spesialis dan senantiasa siap sedia bagi keluhan-keluhan psikiatris yang bersifat mendesak dalam staf (misalnya, perasaan-perasaan bunuh diri, psikosis, depresi berat dan reaksi-reaksi kecemasan akut yang memengaruhi fungsi sehari-hari, kehilangan kontrol emosional yang signifikan, dan sebagainya). Pertimbangkan pengaruh dari stigma terhadap kemauan staf untuk mengakses bantuan kesehatan jiwa serta sesuaikan dukungan *back-up* seturut dengan hal tersebut (misalnya, staf internasional mungkin takut bahwa mereka akan dikirim pulang ke negara mereka apabila mereka mencari bantuan).
- Dalam komunitas cenderung ada banyak sub-sub kelompok yang berbeda-beda kebutuhannya dan sering saling bersaing untuk memengaruhi dan memperoleh kekuasaan. Agar komunitas dapat berperanserta sungguh-sungguh, diperlukan pemaha-

man akan struktur kekuasaan setempat dan pola-pola konflik komunitas, bagaimana bekerja dengan sub-kelompok yang berbeda-beda dan menghindari menganakemaskan kelompok-kelompok tertentu.

- Proses eksternal sering mendorong komunitas menyesuaikan diri dengan agenda organisasi pemberi bantuan. Ini adalah suatu masalah sendiri, terutama saat pekerja kemanusiaan dari luar bekerja secara tidak terkoordinasi. Misalnya, setahun setelah tsunami 2004 di Asia Tenggara, suatu komunitas yang terdiri dari 50 keluarga di utara Sri Lanka, yang diwawancarai dalam suatu survey psikososial dari rumah ke rumah, mengidentifikasi ada 27 LSM berbeda yang menawarkan atau memberikan bantuan. Salah

satu yang diwawancarai mengatakan: *"Kami tidak pernah memiliki ketua disini. Sebagian besar orang yang ada adalah saudara. Kalau ada yang mempunyai masalah, para tetangga datang menolong. Tapi sekarang beberapa orang bertindak seolah mereka adalah pemimpin, untuk menegosiasikan donasi. Para saudara ini tidak lagi saling menolong."*

- Contoh di atas menunjukkan efek merusak bila peran serta komunitas dalam tingkat tinggi dipermudah oleh adanya agensi atau badan yang datang dengan membawa agenda tawaran bantuan sendiri, namun agensi itu tidak mempunyai ikatan kuat atau pemahaman tentang komunitas tersebut. Oleh karena itu penting untuk menciptakan kondisi dimana komunitas

mengorganisasi tindakan bantuan sendiri, ketimbang mendorong komunitas mengikuti agenda dari luar.

- Pendekatan bantu-diri (*self-help*) menjadi pendekatan penting dalam situasi bencana karena dengan mengendalikan sendiri berbagai aspek kehidupannya, maka kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial penyintas akan terpacu.
- Stres kolektif yang dialami penyintas bencana seringkali dapat dikurangi dengan melakukan kegiatan budaya, spiritual dan keagamaan yang tepat. Kematian atau upacara penguburan dapat mengurangi stress dan membebaskan kesedihan dan rasa duka. Di beberapa tempat, upacara kebersihan dan penyembuhan dapat membantu pemulihan dan reintegrasi. Bagi masyarakat yang amat religius, keyakinan atau kegiatan seperti berdoa membantu dan memberi makna akan situasi yang sulit. Memahami dan memberdayakan atau membantu kegiatan penyembuhan secara budaya dapat meningkatkan kesejahteraan psikososial bagi banyak penyintas. Mengabaikan kegiatan penyembuhan semacam itu dapat memperpanjang stres dan mungkin merugikan bila menepiskan cara pengatasan

masalah yang berpendekatan budaya. Dalam beberapa konteks, bekerja dengan pimpinan agama dan SDM lain merupakan bagian penting dari bantuan psikososial dalam situasi darurat.

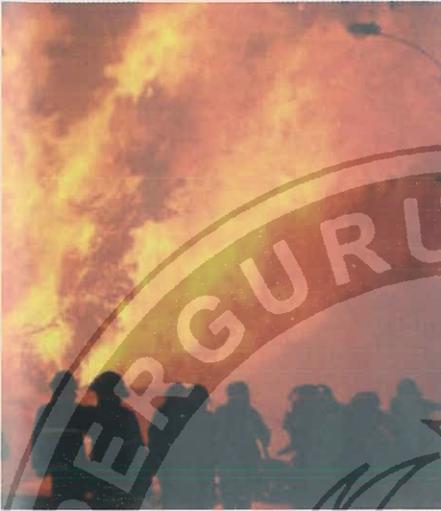
- Keterlibatan dalam agama setempat atau budayanya sering mendorong para pekerja pemulihan yang berasal dari luar untuk mempertimbangkan pandangan orang setempat yang amat berbeda dari pandangan mereka sendiri. Karena beberapa kegiatan lokal dapat merugikan (misalnya, dalam konteks dimana spiritualitas dan agama dipolitisasi), para pekerja kemanusiaan harus berpikir kritis dan membantu kegiatan lokal dan sumberdayanya bila kegiatan itu cocok dengan standar internasional tentang HAM.
- Masa kanak-kanak (0-8 tahun) adalah periode paling penting dalam kehidupan manusia bagi perkembangan kognitif, sosial dan emosional. Selama masa ini, bagian otak yang penting berkembang pesat dan bergantung pada perlindungan, stimulasi dan perawatan ekstensif.
- Kehilangan pada masa kanak-kanak (misalnya kematian orangtua), menyaksikan kekerasan fisik atau seksual, dan kejadian menakutkan

lainnya dalam bencana alam maupun konflik sosial dapat mengacaukan perkembangan dan melemahkan perkembangan sosial dan emosionalnya dalam jangka panjang. Namun, sebagian besar anak pulih dari pengalaman semacam itu, terutama bila mereka diberi bantuan dan pengasuhan tepat.

- Jaga anak-anak bersama ibu, ayah, keluarganya atau pengasuh lain yang dikenal. Bantulah pengaturan alternatif pengasuhan. Dalam situasi krisis dimana tidak tersedia pilihan lain dalam masalah pengasuhan, mungkin perlu untuk mengelola pusat pengasuhan sementara untuk melindungi anak yang terpisah hingga ada solusi jangka panjang. Sambil menunggu disatukan kembali dengan keluarganya, anak yang terpisah dapat diasuh orang atau keluarga yang dapat memberikan pengasuhan memadai dan perlindungan. Panti asuhan harus dipandang sebagai tempat terakhir.
- Dorong keberlanjutan menyusui. Menyusui adalah kegiatan optimal bagi perkembangan fisik, psikososial dan kognitif bayi dan anak. Menyusui mendorong perkembangan kognitif anak, membuat anak merasa nyaman, dan memperkuat ikatan ibu dan anak, dan mudah dilakukan, bebas dan biasanya sangat aman.

Oleh karenanya: (1) Dorong kegiatan menyusui melalui dialog perorangan dan dengan masyarakat; (2) Hindari tekanan berlebihan bagi ibu menyusui. Ibu yang menolak menyusui, yang mengalami kesulitan atau tidak dapat menyusui harus menerima bantuan memadai.

- Berikan bantuan agar anak dapat bermain, mendapat pengasuhan dengan kasih sayang dan dukungan sosial.
- Para pengasuh hendaknya bertemu secara periodik di sebuah tempat yang aman untuk membahas persoalan dan saling membantu
- Staf kesehatan umum harus mengetahui bagaimana melindungi dan mendorong hak pasien akan martabatnya melalui pemberian persetujuan, kerahasiaan dan privasi.
- Staf kesehatan umum harus mampu memberi pertolongan psikologis pertama (PFA = *psychological first aid*) kepada pasien sebagai bagian dari perawatan.
- Banyak orang mengalami stres mental akut setelah dihadapkan pada kejadian yang menimbulkan stres berat, dan mereka ini paling baik mendapat bantuan yang tidak menggunakan obat-obatan. Semua pekerja pemberi bantuan dan terutama pekerja kesehatan, harus mampu memberikan



Pertolongan Psikologis Pertama (PFA) yang sangat mendasar, yang sering disalahartikan sebagai intervensi psikiatris klinis atau darurat. Sebenarnya, PFA adalah gambaran respons yang suportif dan manusiawi kepada orang yang menderita dan butuh bantuan. PFA sangat berbeda dari wawancara psikologis. PFA tidak selalu berisi pembahasan akan suatu kejadian yang menyebabkan distress. PFA mencakup:

- Melindungi penyintas bencana dari penderitaan lebih dalam (dalam sejumlah kecil situasi, orang yang sangat tertekan akan mengambil keputusan yang membuat mereka berisiko mengalami penderitaan lebih dalam). Bila dirasa tepat, beritahukan

kepada penyintas yang sedang tertekan itu, hak mereka untuk menolak membicarakan kejadian dengan pekerja bantuan (lainnya) atau dengan reporter.

- Beri kesempatan kepada penyintas untuk membicarakan kejadiannya dengan bebas. Hormati keinginan mereka untuk tutup mulut, dan jangan mendesak mereka untuk mendapat informasi lebih dalam dari yang ingin disampaikan oleh penyintas itu.
- Dengarkan dengan sabar, dengan cara penuh penerimaan dan tidak menilai.
- Tunjukkan perhatian yang tulus
- Identifikasi kebutuhan dasar dan pastikan bahwa kebutuhan itu terpenuhi.
- Tanyakan apa yang dikhawatirkan dan berusaha mengatasinya.
- Tidak mendorong cara-cara negatif menghadapi masalah. Utamanya, jangan mendorong cara menghadapi masalah melalui penggunaan alkohol dan zat-zat lain. Jelaskan bahwa orang yang sedang amat tertekan berisiko tinggi mengalami masalah penggunaan napza.

- Dorong peran serta dalam rutinitas normal sehari-hari (bila mungkin) dan menggunakan cara positif menghadapi masalah (misalnya metode relaksasi yang tepat secara kultural, mendapat akses bantuan kultural dan spiritual).
- Dorong, namun tidak memaksa, adanya pendamping yang berasal dari satu atau lebih anggota keluarga atau teman penyintas.
- Bila perlu, tawarkan kemungkinan kembali untuk mendapatkan bantuan lebih intensif.
- Bila perlu, rujuk ke mekanisme bantuan yang tersedia di lingkungan sekitar atau ke klinisi terlatih.
- Sudah diperkirakan bahwa dalam situasi bencana, rata-rata persentase penyandang gangguan jiwa parah (misalnya, psikosis dan gangguan suasana hati yang parah dan kecemasan) bertambah satu persen melebihi data dasar yang sebesar 2 sampai 3 persen. Selain itu, persentase penyandang gangguan jiwa ringan atau sedang, termasuk gangguan suasana hati dan kecemasan (seperti gangguan stres pasca trauma) dapat meningkat 5 sampai 10 persen di atas perkiraan data dasar sebesar 10 persen. Pada umumnya proses penyembuhan bagi para penyintas dari gangguan jiwa ringan dan sedang, berlangsung seiring dengan berjalannya waktu (sembuh sendiri tanpa intervensi dari luar), namun memang tidak semua terjadi demikian.
- Gangguan jiwa parah yang dialami penyintas boleh jadi merupakan gangguan yang telah dialami sebelum bencana atau terpicu situasi darurat bencana. Mereka yang mengalami gangguan jiwa pertama kali akan datang ke layanan kesehatan utama (PHC = *primary health care*) untuk mencari bantuan atas keluhan somatis yang secara medis tidak dapat dijelaskan. Namun, orang dengan gangguan jiwa parah barangkali tidak sanggup mencari bantuan karena masalah isolasi, stigma, ketakutan, pengabaian diri sendiri, ketidakmampuan dan akses yang buruk. Mereka menjadi amat rentan, baik karena gangguannya parah maupun karena situasi darurat yang terjadi menjauhkan mereka dari bantuan sosial yang sebelumnya telah diperoleh. Dalam situasi normal saja, keluarga seringkali merasa tertekan dan mendapat stigma oleh beban perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Situasi ini membuat penyandang

sial dan tidak mengakibatkan ada stigma, dan dalam beberapa kasus tertentu, kemungkinan juga efektif. Seringkali layanan kesehatan setempat ini menggunakan pendekatan sebab-akibat yang dapat diterima masyarakat setempat. Contoh kegiatannya antara lain penyembuhan yang dilakukan tokoh agama, dengan menggunakan doa-doa atau mantra; para penyembuh spesialis yang diijinkan komunitas agama dengan menggunakan metode serupa; atau penyembuhan oleh penyembuh khusus yang bergerak dalam kerangka budaya setempat. Mereka ini mungkin menggunakan herbal atau zat alami lain, pijat atau kegiatan fisik lain, ritual tertentu dan atau sihir, serta ritual yang melibatkan roh-roh.

- Meskipun beberapa tokoh agama barangkali tidak menghukum atau secara aktif melarang kegiatan tersebut, para penyembuh lokal seringkali populer dan kadang juga berhasil menyembuhkan. Dalam beberapa budaya, keyakinan dan praktik kesembuhan ini bercampur dengan kelompok agama besar. Selain itu, farmasi setempat barangkali menyediakan layanan kesehatan dengan menggunakan pengobatan medis dan tradisional sekaligus. Beberapa kelompok agama memberikan penyembuhan

berbasis keyakinan.

- Perlu dicatat bahwa praktek penyembuhan tradisional kadang bersifat merugikan. Misalnya, memberikan informasi salah, melakukan metode penyiksaan, perpanjangan masa puasa, perpanjangan penahanan fisik, atau ritual pembersihan secara sosial dimana para tukang magis dienyahkan dari komunitas itu. Selain itu, beberapa ritual berbiaya amat mahal dan dulu beberapa penyembuh memanfaatkan situasi darurat untuk mengubah keyakinan pasien dan mengeksploitasi populasi rentan. Tantangan yang dihadapi dalam kasus semacam ini adalah mendapatkan cara efektif dan konstruktif mengatasi praktek-praktek merugikan, selama cara ini dapat diwujudkan dalam situasi darurat. Sebelum membantu atau bekerjasama dengan praktek penyucian atau penyembuhan tradisional, lebih dulu perlu ditentukan obat apa yang digunakan dalam praktek-praktek itu dan apakah obat itu menguntungkan atau merugikan atau justru tidak berefek apa-apa.
- Beberapa penyembuh tradisional mungkin mencoba membuat "jarak" secara fisik dan simbolik dengan praktisi medis, dan mungkin menghindari kerjasama. Pada saat yang sama,

staf kesehatan yang terlatih dalam pengobatan medis dapat bersikap tidak simpati atau ketus atau tidak peduli terhadap praktisi tradisional. Meskipun dalam beberapa situasi, menjaga jarak dapat menjadi cara terbaik menghadapi mereka, namun perlu dibangun jembatan antara kedua sistem perawatan yang berbeda.

- Tunjukkan penghargaan pada peranan penyembuh dan tanyakan apakah mereka dapat menjelaskan kegiatannya dan bagaimana kegiatan itu terpengaruh oleh situasi bencana (misalnya, ada peningkatan jumlah pasien, atau kesulitan menjalankan kegiatannya karena kekurangan bahan atau kehilangan fasilitas?).
- Undang para penyembuh dalam pertemuan komunitas untuk berbagi informasi dan sesi pelatihan. Pertimbangkan untuk memberikan para penyembuh itu peranan dalam pelatihan, misalnya dengan menjelaskan pemahaman mereka bagaimana penyakit disebabkan oleh definisi mereka tentang penyakit. Bila kegiatan ini tidak sesuai dengan pendekatan organisasi setempat atau internasional yang turut dalam respon terhadap situasi darurat, maka tetap diperlukan pemahaman terhadap model yang digunakan para penyembuh

setempat mengenai perawatan pasien yang baik karena barangkali hal itu mendasari pemahaman pasien sendiri tentang masalahnya.

- Bila mungkin, bentuklah layanan kerjasama, antara lain rujukan silang, misalnya: masalah seperti stres, kecemasan, kehilangan, reaksi kejang, dan stres eksistensial, mungkin lebih baik ditangani oleh penyembuh tradisional, sementara penyembuh medis lebih baik mengatasi gangguan jiwa parah dan epilepsi.
- Dalam situasi darurat bencana, pendidikan adalah salah satu intervensi psikososial utama. Pendidikan memerlukan lingkungan aman dan stabil dan dapat mengembalikan perasaan normal, bermartabat dan membangun harapan dengan adanya kegiatan terstruktur, tepat dan mendukung. Banyak anak dan orangtua memandang partisipasi dalam pendidikan sebagai dasar masa kanak-kanak yang sukses.
- Pendidikan yang dirancang juga baik untuk membantu masyarakat yang terkena bencana menghadapi situasinya dengan menyebarkan pesan-pesan penting untuk bertahan hidup, memberdayakan proses belajar tentang perlindungan diri, dan mendukung strategi

masyarakat setempat memahami kondisi darurat. Kegiatan pendidikan formal dan non formal perlu segera dimulai lagi dengan menjadikan keamanan dan kesejahteraan sebagai prioritas bagi semua anak dan pemuda, termasuk bagi mereka yang risikonya bertambah dengan adanya bencana atau mereka yang memiliki kebutuhan pendidikan khusus.

- Hilangnya kegiatan pendidikan sering menjadi stresor terbesar bagi para siswa dan keluarganya, yang memandang pendidikan sebagai jalur menuju masa depan lebih baik. Pendidikan dapat menjadi alat utama membantu masyarakat membangun ulang kehidupannya. Akses terhadap pendidikan formal dan non-formal dalam lingkungan yang mendukung dapat membangun intelektualitas siswa dan kompetensi emosinya, memberikan dukungan sosial melalui interaksi dengan sebaya dan pendidik dan memperkuat perasaan siswa tentang masalah kendali diri dan harga diri. Akses itu juga membangun keterampilan hidup yang memperkuat strategi mengatasi masalah, seperti masalah pekerjaan di masa datang dan mengurangi stres ekonomi.
- Para pendidik (guru kelas formal, instruktur kegiatan belajar non-formal dan fasilitator kegiatan

pendidikan) berperan penting dalam kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial siswa. Seringkali, para pendidik berjuang mengatasi tantangan yang mereka dan para muridnya hadapi, termasuk kesehatan jiwa mereka sendiri terkait dengan bencana dan masalah psikososial.

- Pendidik dapat menyediakan bantuan psikososial bagi siswa dengan menyesuaikan cara mereka berinteraksi dengan siswa, menciptakan lingkungan yang aman dan kondusif, dimana para siswa dapat menyatakan emosi dan pengalamannya, dan dengan memasukkan kegiatan psikososial terstruktur dalam proses pengajaran/belajar. Namun, pendidik tidak perlu berusaha melakukan terapi, yang memerlukan keterampilan khusus tertentu.
- Aktifkan bantuan psikososial yang tersedia bagi pendidik. Misalnya, membawa para pendidik bersama-sama dengan fasilitator terampil untuk mulai berbicara tentang masa lalu, sekarang dan masa depan, atau bentuk mekanisme bantuan masyarakat untuk membantu pendidik menghadapi situasi krisis.
- Bantu staf sekolah, seperti administrator, konselor, guru dan pekerja kesehatan agar paham kemana merujuk anak penyandang gangguan kesehatan jiwa parah dan kesulitan psikososial



(termasuk anak yang tidak secara langsung terpengaruh bencana namun yang sebelumnya telah menunjukkan gangguan) ke layanan kesehatan jiwa yang tepat, layanan sosial dan bantuan psikososial dalam komunitas, dan ke layanan kesehatan, bila perlu. Pastikan bahwa siswa, orangtua dan anggota masyarakat memahami bagaimana menggunakan sistem rujukan ini.

- Sistem informasi dan komunikasi dapat dirancang untuk membantu masyarakat berperan dalam proses pemulihan dan menjadi penyintas yang aktif, bukannya korban yang pasif. Teknologi komunikasi dan informasi (ICT) dan metode tradisional dalam

komunikasi dan hiburan (seperti sketsa, lagu dan drama) berperan penting dalam penyebaran informasi tentang hak dan kewajibannya, sementara informasi tepat tentang pemulihan dan keberadaan orang yang dipindahkan dapat membantu mempersatukan keluarga.

- Pastikan bahwa tidak perlu ada pengulangan tayangan tidak mendesak tentang kejadian menakutkan yang telah lewat, di media setempat (misalnya, menghindari pengulangan video klip momen terburuk dalam bencana) dengan mengadakan jumpa pers dan kunjungan ke lokasi. Doronglah organisasi media dan jurnalis menghindari penggu-

naan gambar yang tidak perlu yang mungkin menimbulkan stres berat untuk pemirsa. Selain itu, dorong media untuk tidak hanya menyampaikan gambar dan cerita tentang mereka yang putus asa, tetapi juga tentang mereka yang tabah dan kegiatan para penyintas, selama dalam upaya pemulihan.

- Imbangi kepentingan media setempat dengan mengambil berita dari sudut berbeda, seperti berbagai dimensi dari kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial, kisah pemulihan penyintas, keterlibatan kelompok-kelompok berisiko dalam upaya pemulihan dan prakarsa tanggapan terhadap bencana.
- Sebarkan pesan akan hak dan kewajiban para penyintas, seperti hukum kecacatan, hukum kesehatan masyarakat, kewajiban terkait dengan tanah untuk rekonstruksi, program pemulihan, dsb.
- Dalam kaitan dengan informasi yang disebar, jangan menggunakan bahasa yang rumit atau teknis (misalnya istilah psikologi atau psikiatri), jangan menjanjikan secara khusus kerangka waktu untuk pemulihan (misalnya, „Anda akan merasa lebih baik dalam 3 minggu“) dan jangan menyarankan untuk mencari bantuan profesional bila me-

ng tidak tersedia.

- Meskipun bahan cetak (seperti brosur dan poster) adalah metode paling umum menyebarkan informasi, mekanisme lain seperti radio, televisi, lukisan/gambar, lagu, drama, atau teater jalanan, berpotensi lebih efektif.
- Bersama-sama masyarakat dan pimpinan agama, cobalah menggali cara-cara menyampaikan informasi tak tertulis. Cara paling tepat menyampaikan pesan adalah bergantung pada sasarannya, tingkat kemampuan baca dan konteks budaya. Misalnya, bahan non-tulis (misalnya buku komik yang menggambarkan tokoh, drama) mungkin lebih efektif dalam berkomunikasi dengan anak-anak.
- Pemahaman mengenai keterkaitan antara kesejahteraan psikososial dan keamanan pangan/gizi membuat pekerja kemanusiaan mampu meningkatkan kualitas dan efektifitas program bantuan pangan dan gizi seraya mendukung martabat kemanusiaan. Pengabaian terhadap interaksi ini dapat merugikan, berakibat pada program yang membuat orang mengantri selama berjam-jam untuk menerima makanan, memperlakukan penerimanya secara tidak manusiawi, menjadi konsumen pasif atau mencipta-

kan kondisi kekerasan di dalam dan sekitar pembagian makanan.

- Pengelolaan tempat penampungan dan tenda (*shelter*) berdampak besar pada kesejahteraan. Kesejahteraan dapat berkurang bila tempat terlalu sesak dan kurang privasi dan hal ini umum dijumpai dalam tempat penampungan atau tempat lain.
- Masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat timbul bila orang terisolasi dari keluarganya atau dari kelompok komunitasnya, atau terpaksa tinggal di sekitar orang tak dikenal, yang berbicara dengan bahasa berbeda atau yang menimbulkan ketakutan atau kecurigaan.
- Konflik di kalangan pengungsi atau antara pengungsi dengan masyarakat penampung, karena berebut sumberdaya yang minim, seperti tempat atau air, seringkali menjadi masalah besar, dan karena itu kegiatan perencanaan tempat penampungan harus dapat mengurangi masalah-masalah itu.
- Bergantung pada cara bagaimana penyediaannya, air dan sanitasi dapat meningkatkan atau merugikan kesehatan jiwa dan kesejahteraan psikososial. Pada beberapa situasi darurat, toilet yang remang-remang,

tidak terkunci, telah menjadi tempat kekerasan berbasis gender, termasuk perkosaan, sedangkan di tempat lain, konflik karena sumber air, telah menjadi sumber stres besar.

- Sebagian dari stress yang dialami karena terkait dengan penyediaan air dan sanitasi, berasal dari masalah budaya. Misalnya di Afghanistan anak perempuan dan wanita melaporkan bahwa kurangnya toilet yang terpisah untuk wanita telah menjadi kekhawatiran besar karena jika menunjukkan bagian badannya, maka ia akan dihukum dan malu dan membuat keluarga merasa terhina.

Penutup

Demikian telah penulis diskusikan prinsip-prinsip dan praktik-praktik layanan psikologis kepada para penyintas bencana. Penulis berharap, seluruh bahasan di atas berguna bagi segenap pemangku kepentingan (*stakeholders*) terkait bencana.

Jikalau benar bahwa kita mencintai dan menyayangi bangsa kita sendiri, maka kita tidak akan melupakan atau sengaja mengabaikan pelayanan optimal terhadap dimensi psikologis kawan-kawan kita sebangsa yang tengah berjuang sebagai penyintas-penyintas bencana. *Psikologi Bencana? Ayo dong, ah!*