

REPUBLIC INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202316163, 22 Februari 2023

Pencipta

Nama : **Dr. Anizar Rahayu, M.Si. Psi**
Alamat : Jalan Jambore Raya Cibubur Indah III, Blok D 3/4, RT:005, RW:011,
Cibubur Ciracas, Jakarta Timur, Jakarta Timur, DKI JAKARTA, 13720
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Dr. Anizar Rahayu, M.Si. Psi**
Alamat : Jalan Jambore Raya Cibubur Indah III, Blok D 3/4, RT:005, RW:011,
Cibubur Ciracas, Jakarta Timur, Jakarta Timur, DKI JAKARTA, 13720
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Modul**
Judul Ciptaan : **Modul Asesmen Dan Intervensi Psikologis Pada Penyintas Bencana**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : 22 Februari 2023, di Jakarta
di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000449086

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia
Direktur Jenderal Kekayaan Intelektual
u.b.
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP.196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.



**MODUL
ASESMEN
DAN
INTERVENSI
PSIKOLOGIS
PADA
PENYINTAS
BENCANA**

Dr. Anizar Rahayu, M.Si. Psi

Fakultas Psikologi

Universitas Persada Indonesia Y.A.I

2023

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	1
UCAPAN TERIMA KASIH	2
BAB I PENDAHULUAN	3
BAB II BENCANA	6
BAB III DAMPAK BENCANA.....	14
BAB IV <i>ASESSMENT</i> PSIKOLOGIS	20
BAB V INTERVENSI PSIKOLOGIS PASCA BENCANA	24
PENUTUP	37
LAMPIRAN	38
DAFTAR PUSTAKA	41

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat yang diberikan sehingga modul tentang Asesmen dan Intervensi Psikologis pada Penyintas Bencana ini dapat tersusun hingga selesai.

Tidak ada seorangpun berharap bahwa bencana akan terjadi, namun kesadaran bahwa bangsa Indonesia tinggal di atas wilayah cincin api, kesiagaan warga dituntut lebih tinggi dalam menghadapi berbagai bencana termasuk gempa bumi, letusan gunung berapi, banjir dan bencana alam lainnya yang sewaktu-waktu bisa terjadi.

Modul ini terinspirasi dari pengalaman penulis sebagai salah satu tim relawan ketika membantu penyintas gempa bumi Cianjur di periode pasca bencana, dimana petunjuk praktis penanganan psikologis terhadap penyintas bencana sangat dibutuhkan

Pada kesempatan ini tidak lupa penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada berbagai pihak yang telah memberikan batuan dalam penulisan modul ini.

Harapan penulis, modul ini dapat bermanfaat sebagai tambahan referensi dan panduan bagi relawan di daerah bencana dalam menangani para penyintas.

Penulis menyadari keterbatasan pengetahuan dan pengalaman penulis, sehingga masih banyak kekurangan dalam tulisan ini, karena itu penulis mengharapkan adanya masukan dan saran demi kesempurnaan tulisan ini.

Hormat saya,

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

Wilayah Indonesia terdiri dari berbagai pulau yang berjejer dengan gunung-gunung berapi di atasnya karena itu Indonesia memiliki wilayah yang rawan bencana, baik bencana alam maupun bencana yang disebabkan oleh tangan-tangan manusia. Bencana dapat disebabkan karena kondisi geografis, geologis, iklim maupun faktor-faktor lain seperti keragaman sosial, budaya dan politik. Secara umum bencana dapat dibagi menjadi tiga golongan yaitu bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang berasal dari alam, bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam, sedangkan bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia. (BNPB, 2007).

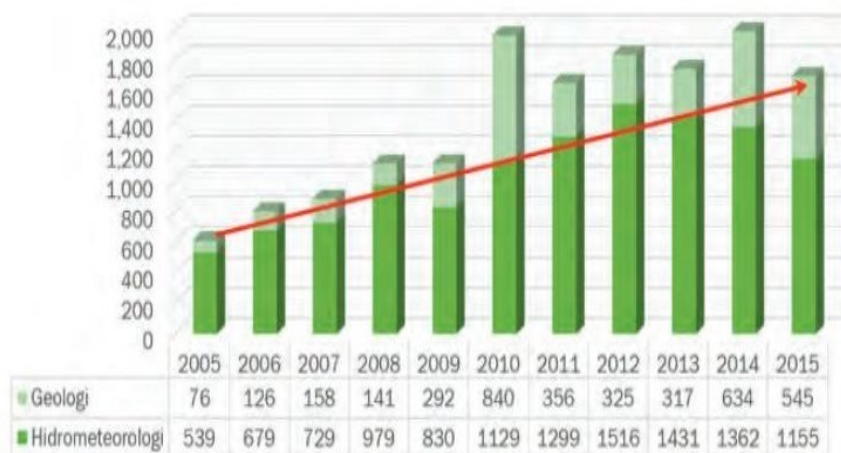
Indonesia memiliki paparan benua yang luas (Paparan Sunda dan Paparan Sahul), juga memiliki pegunungan lipatan tertinggi di daerah tropika dan bersalju abadi (di Pegunungan tengah Papua). Selain itu satu-satunya di dunia terdapat laut antar pulau yang sangat dalam yaitu Laut Banda (Lebih dari 5.000 meter), dan laut sangat dalam antara dua busur kepulauan yaitu palung Weber (lebih dari 7.000 meter). Dua jalur gunung api besar dunia juga bertemu di Nusantara dan beberapa jalur pegunungan lipatan dunia pun saling bertemu di Indonesia (Amri, dkk., 2016).

Secara geografis wilayah Indonesia terletak di dalam jalur lingkaran bencana gempa (*ring of fire*), dimana jalur sepanjang 1.200 km dari Sabang sampai Papua merupakan batas-batas tiga lempengan besar dunia yaitu : Lempengan Indo-Australia, Eurasia dan Pasifik yang berpotensi memicu berbagai kejadian bencana alam yang besar. Indonesia juga berada pada tiga sistem pegunungan (Alpine Sunda, Circum Pasifik dan Circum Australia), Indonesia memiliki lebih dari 500 gunung berapi di antaranya 128 statusnya masih aktif dan merupakan negara kepulauan karena 2/3 dari luas Indonesia adalah laut, memiliki hampir 5.000 sungai besar dan kecil dan 30% diantaranya melintasi wilayah yang padat penduduk (Paidi, 2012)

Menurut data yang dihimpun dalam Data Informasi Bencana Indonesia (DIBI)-

BNPB, terlihat bahwa lebih dari 1.800 kejadian bencana pada periode tahun 2005 hingga 2015 lebih dari 78% (11.648) kejadian bencana merupakan bencana hidrometeorologi dan hanya sekitar 22% (3.810) merupakan bencana geologi (Gambar 1). Kejadian bencana kelompok hidrometeorologi berupa kejadian bencana banjir, gelombang ekstrim, kebakaran lahan dan hutan, kekeringan, dan cuaca ekstrim. Sementara itu, untuk kelompok bencana geologi yang sering terjadi adalah gempa bumi, tsunami, letusan gunungapi, dan tanah longsor. Kecenderungan jumlah kejadian bencana secara total untuk kedua jenis kelompok yang relatif terus meningkat (Amri, dkk., 2016).

Kejadian bencana yang disebabkan oleh faktor geologis tidak terlalu signifikan dibandingkan jumlah kejadian bencana yang disebabkan oleh faktor hidrometeorologis. Meskipun demikian, bencana geologis khususnya gempa bumi dan tsunami pada kenyataannya banyak menimbulkan dampak yang cukup besar, baik dari sisi korban maupun kerugian ekonomi. Pengaruh perubahan iklim juga ikut memberikan kontribusi dalam peningkatan kejadian bencana hidrometeorologi. Dengan frekuensi kejadian yang banyak, kelompok bencana ini juga memberikan dampak yang sangat besar terutama pada sector ekonomi dan lingkungan, baik dampak langsung maupun dampak tidak langsung. Aktivitas manusia juga ikut memperburuk kondisi lingkungan, seperti perambahan hutan untuk perkebunan dan pemukiman atau aktivitas pembangunan yang mempengaruhi ekosistem dan ekologi di daerah penyangga (Amri, dkk., 2016).



Gambar 1.1 Grafik Kejadian Bencana 2005-2015 (diolah dari BNPB, 2016)

Risiko Bencana adalah potensi kerugian yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, kerusakan atau kehilangan harta dan gangguan rutinitas kegiatan masyarakat. Risiko merupakan fungsi dari ancaman atau bahaya dengan kerentanan dan juga kapasitas. Risiko bencana dapat berkurang, apabila kapasitas ditingkatkan atau kerentanan dikurangi, sedangkan risiko bencana dapat meningkat apabila kerentanan semakin tinggi dan kapasitas semakin rendah. Melihat pengertian tersebut, maka penduduk yang tinggal di wilayah rawan bencana sedang hidup bersama risiko bencana. Bencana yang setiap saat bisa mengancam, mungkin tidak bisa dicegah, tapi masyarakat bisa melakukan upaya pengurangan risiko bencana. Oleh sebab itu, masyarakat perlu memperkaya wawasan terkait konsep dasar dan pengertian tentang risiko bencana. Mengenali risiko bencana bisa dimulai dari mengenali lingkungan di mana mereka hidup dan tinggal.

Manajemen risiko bencana bertujuan: (1) Mengurangi atau menghindari kerugian secara fisik, ekonomi maupun jiwa yang dialami oleh perorangan atau masyarakat dan negara. (2) Mengurangi penderitaan korban bencana. (3) Mempercepat pemulihan. (4) Memberikan perlindungan kepada pengungsi atau masyarakat yang kehilangan tempat ketika kehidupannya terancam (Paidi, 2012).

Keberhasilan manajemen risiko bencana tidak terlepas dari peran berbagai pihak seperti relawan, masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) atau *Non Governmental Organization* (NGO), pemerintah bahkan masyarakat dunia internasional. Kerjasama berbagai pihak tersebut akan mempercepat menanggulangi berbagai persoalan bencana dan meminimalkan dampak risiko yang ditimbulkan akibat bencana secara cepat dan efektif, baik secara *shortterm* maupun *longterm* di wilayah yang terkena musibah tersebut (Paidi, 2012).

BAB II

BENCANA

A. Definisi Bencana

Definisi bencana adalah suatu kejadian alam atau buatan manusia, tiba-tiba atau progresive, yang menimbulkan dampak dasyat (hebat), sehingga komunitas (masyarakat) yang terkena atau terpengaruh harus merespon dengan tindakan-tindakan luar biasa (Nick, 1991). Undang-Undang R.I nomor: 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana mendefinisikan bahwa bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan oleh faktor alam dan/atau faktor non alam, maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. Pada ayat 2,3 dan 4 bencana dibedakan atas 3 kategori berdasarkan penyebabnya, yaitu bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial. Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor. Bencana non alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non alam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh tindakan manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat dan teror.

B. Penanggulangan Bencana

Penanggulangan bencana dapat didefinisikan sebagai segala upaya atau kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan berkaitan dengan bencana yang dilakukan pada tahapan sebelum, di saat dan setelah bencana. Mengingat bencana alam yang cukup beragam dan semakin tinggi intensitasnya, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan Undang-Undang (UU) No 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan

Bencana. Dengan lahirnya UU tersebut, terjadi perubahan paradigma penanganan bencana di Indonesia, yaitu penanganan bencana tidak lagi menekankan pada aspek tanggap darurat, tetapi lebih menekankan pada keseluruhan manajemen penanggulangan bencana mulai dari mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat sampai dengan rehabilitasi. Berdasarkan UU No 24 tersebut, tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana (Widayatun & Fatoni, 2013) meliputi:

1. Prabencana, pada tahapan ini dilakukan kegiatan perencanaan penanggulangan bencana, pengurangan risiko bencana, pencegahan, pemaduan dalam perencanaan pembangunan, persyaratan analisis risiko bencana, penegakan rencana tata ruang, pendidikan dan pelatihan serta penentuan persyaratan standar teknis penanggulangan bencana (kesiapsiagaan, peringatan dini dan mitigasi bencana).
2. Tanggap darurat, tahapan ini mencakup pengkajian terhadap lokasi, kerusakan dan sumber daya, penentuan status keadaan darurat, penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, pelayanan psikososial dan Kesehatan.
3. Paska bencana, tahapan ini mencakup kegiatan rehabilitasi (pemulihan daerah bencana, prasarana dan sarana umum, bantuan perbaikan rumah, sosial, psikologis, pelayanan Kesehatan, keamanan dan ketertiban) dan rekonstruksi (pembangunan, pembangkitan dan peningkatan sarana prasarana, termasuk fungsi pelayanan Kesehatan).

Penanggulangan masalah kesehatan merupakan kegiatan yang harus segera diberikan baik di saat terjadi dan pada saat pasca bencana disertai pengungsian. Upaya penanggulangan bencana perlu dilaksanakan dengan memperhatikan hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan sosial, pendidikan dan keterampilan dalam menyelenggarakan penanggulangan bencana serta hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 53 UU No. 24 tahun 2007, pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi pada kondisi bencana, disamping kebutuhan-kebutuhan dasar lainnya yaitu: 1). Air bersih dan sanitasi, 2) Pangan, 3). Sandang, 4). Pelayanan psikososial serta 5) Penampungan dan tempat hunian (Widayatun & Fatoni, 2013).

Penanggulangan masalah kesehatan dalam kondisi bencana ditujukan untuk

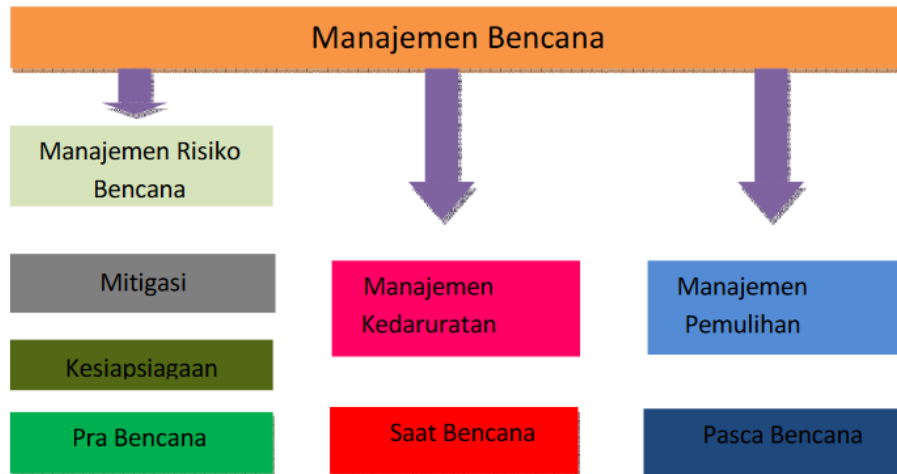
menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal (Widayatun & Fatoni, 2013). Secara khusus, upaya ini ditujukan untuk memastikan:

- 1) Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
- 2) Terpenuhinya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
- 3) Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
- 4) Terpenuhinya kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.
- 5) Terpenuhinya kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.

C. Manajemen Bencana

Manajemen penanggulangan bencana merupakan suatu proses yang dinamis, yang dikembangkan dari fungsi manajemen klasik yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas, pengendalian dan pengawasan dalam penanggulangan bencana.

Manajemen penanggulangan bencana dapat didefinisikan sebagai segala upaya atau kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka upaya pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan berkaitan dengan bencana yang dilakukan pada tahapan sebelum, di saat dan setelah bencana. Manajemen penanggulangan bencana merupakan suatu proses dinamis, yang dikembangkan dari fungsi manajemen klasik meliputi perencanaan, pengorganisasian, pembagian tugas, pengendalian dan pengawasan dalam penanggulangan bencana. Proses tersebut juga melibatkan berbagai pihak yang harus bekerjasama untuk melakukan pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan akibat bencana (Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi, 2017).



Gambar 2.1. Proses Manajemen Bencana

Selanjutnya Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi (2017) menyebutkan bahwa dalam upaya menerapkan manajemen penanggulangan bencana, dilaksanakan melalui 3 (tiga) tahapan sebagai berikut:

1. Tahap pra-bencana yang dilaksanakan ketika tidak terjadi bencana dan terdapat potensi bencana
2. Tahap tanggap darurat yang diterapkan dan dilaksanakan pada saat sedang terjadi bencana.
3. Tahap pasca bencana yang diterapkan setelah terjadi bencana

Dalam keseluruhan tahapan penanggulangan bencana tersebut, menurut Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi (2017) ada 3 (tiga) manajemen yang terlibat, yaitu:

1. Manajemen Risiko Bencana

Adalah pengaturan/manajemen bencana dengan penekanan pada faktor-faktor yang bertujuan mengurangi risiko saat sebelum terjadinya bencana. Manajemen risiko ini dilakukan dalam bentuk:

- a. Pencegahan bencana, adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan sebagai upaya untuk menghilangkan dan/atau mengurangi ancaman bencana.
- b. Mitigasi, adalah serangkaian upaya untuk mengurangi risiko bencana, baik melalui pembangunan fisik maupun penyadaran dan peningkatan kemampuan menghadapi ancaman bencana.

- c. Kesiapsiagaan, adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Kesiapsiagaan ini sebenarnya masuk manajemen darurat, namun letaknya di pra bencana. Dalam fase ini juga terdapat peringatan dini yaitu serangkaian kegiatan pemberian peringatan sesegera mungkin kepada masyarakat tentang kemungkinan terjadinya bencana pada suatu tempat oleh lembaga yang berwenang.

2. Manajemen Kedaruratan

Adalah pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor pengurangan jumlah kerugian dan korban serta penanganan pengungsi saat terjadinya bencana dengan fasenya yaitu:

Tanggap darurat bencana adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan dengan segera pada saat kejadian bencana untuk menangani dampak buruk yang ditimbulkan, meliputi kegiatan penyelamatan dan evakuasi korban, harta benda, pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan, pengurusan pengungsi, penyelamatan, serta pemulihan prasarana dan sarana.

3. Manajemen Pemulihan

Adalah pengaturan upaya penanggulangan bencana dengan penekanan pada faktor-faktor yang dapat mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana secara terencana, terkoordinasi, terpadu dan menyeluruh setelah terjadinya bencana dengan fase-fasenya yaitu:

- a. Rehabilitasi yaitu perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pascabencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pasca bencana.
- b. Rekonstruksi adalah pembangunan kembali semua prasarana dan sarana, kelembagaan pada wilayah pascabencana, baik pada tingkat pemerintahan maupun masyarakat dengan sasaran utama tumbuh dan berkembangnya kegiatan perekonomian, sosial dan budaya, tegaknya hukum dan ketertiban, dan

bangkitnya peran serta masyarakat dalam segala aspek kehidupan bermasyarakat pada wilayah pasca bencana.

4. Tanggap Darurat Bencana

Tanggap Darurat adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan segera sesudah kejadian bencana oleh lembaga pemerintah atau non pemerintah. Tujuan umum dari tanggap darurat menurut Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi (2017) adalah:

1. Memastikan keselamatan sebanyak mungkin korban dan menjaga mereka dalam kondisi kesehatan sebaik mungkin.
2. Menyediakan kembali kecukupan diri dan pelayanan-pelayanan dasar secepat mungkin bagi semua kelompok populasi, dengan perhatian khusus bagi mereka yang paling membutuhkan yaitu kelompok paling rentan baik dari sisi umur, jenis kelamin maupun keadaan fisiknya.
3. Memperbaiki infrastruktur yang rusak atau hilang dan menggerakkan kembali aktivitas ekonomi yang paling mudah.
4. Dalam situasi konflik kekerasan, tujuannya adalah melindungi dan membantu masyarakat sipil dengan memahami bentuk kekerasan yang mungkin manifestasinya berbeda bagi korban lelaki, perempuan dan anak-anak. Kekerasan dalam situasi konflik yang dialami perempuan seperti kekerasan seksual tak selalu mudah terungkap terutama jika kaum lelaki dari kelompok korban menyembunyikan fakta itu untuk menjaga harga diri kelompok.
5. Dalam kasus pengungsian, tujuannya adalah mencari solusi-solusi yang bertahan lama secepat mungkin.

Secara umum proses tanggap darurat meliputi: (1) Siaga darurat, (2) Pengkajian cepat, (3) Penentuan status kedaruratan, (4) *Search and Rescue*, (5) Pencarian, penyelamatan dan evakuasi, (6) Respon dan bantuan, (7) Pengkajian untuk rehabilitasi dan rekonstruksi. Pemenuhan kebutuhan darurat merupakan hal yang sangat vital dalam tanggap darurat. Keberhasilan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan darurat akan mengurangi daya rusak dari bencana dan dampak susulan dari sebuah bencana. Selain itu, efektivitas pemenuhan kebutuhan darurat merupakan

tolak ukur bagi kesiapan kegiatan rehabilitasi dan rekonstruksi selanjutnya.

D. Rehabilitasi Pasca Bencana

Rehabilitasi adalah perbaikan dan pemulihan semua aspek pelayanan publik atau masyarakat sampai tingkat yang memadai pada wilayah pasca bencana dengan sasaran utama untuk normalisasi atau berjalannya secara wajar semua aspek pemerintahan dan kehidupan masyarakat pada wilayah pasca bencana.

Rehabilitasi dilakukan melalui kegiatan perbaikan lingkungan daerah bencana, perbaikan prasarana dan sarana umum, pemberian bantuan perbaikan rumah masyarakat, pemulihan sosial psikologis, pelayanan kesehatan, rekonsiliasi dan resolusi konflik, pemulihan sosial ekonomi budaya, pemulihan keamanan dan ketertiban, pemulihan fungsi pemerintahan, serta pemulihan fungsi pelayanan publik.

prinsip dasar yang digunakan dalam penentuan kebijakan rehabilitasi meliputi:

1. Menempatkan masyarakat tidak sebagai korban bencana, namun juga sebagai pelaku aktif dalam kegiatan rehabilitasi.
2. Kegiatan rehabilitasi merupakan rangkaian kegiatan yang terkait dan terintegrasi dengan kegiatan prabencana, tanggap darurat dan pemulihan dini serta kegiatan rekonstruksi.
3. *Early recovery* dilakukan *Rapid Assessment Team* segera setelah terjadi bencana.
4. Program rehabilitasi dimulai segera setelah masa tanggap darurat (sesuai dengan Perpres tentang Penetapan Status dan Tingkatan Bencana) dan diakhiri setelah tujuan utama rehabilitasi tercapai.

Ruang lingkup pelaksanaan rehabilitasi meliputi: (1) Perbaikan lingkungan daerah bencana, (2) Perbaikan prasarana dan sarana umum, (3) Pemberian bantuan perbaikan rumah masyarakat, (4) Pemulihan sosial psikologis, (5) Pelayanan kesehatan, (6) Rekonsiliasi dan resolusi konflik, (7) Pemulihan sosial ekonomi budaya, (8) Pemulihan keamanan dan ketertiban, (9) Pemulihan fungsi pemerintahan, (10) Pemulihan fungsi pelayanan publik.

Salah satu rehabilitasi yang dilakukan seperti yang dikemukakan di atas, adalah pemulihan sosial psikologis. Pemulihan sosial psikologis adalah pemberian

bantuan kepada masyarakat yang terkena dampak bencana agar dapat berfungsi kembali secara normal. Sedangkan kegiatan psikososial adalah kegiatan mengaktifkan elemen-elemen masyarakat agar dapat kembali menjalankan fungsi sosial mereka secara normal. Kegiatan ini dapat dilakukan oleh siapa saja yang sudah terlatih. Pemulihan sosialpsikologis bertujuan agar masyarakat mampu melakukan tugas sosial seperti sebelum terjadi bencana, serta tercegah dari mengalami dampak psikologis lebih lanjut yang mengarah pada gangguan kesehatan mental (Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi, 2017).

BAB III

DAMPAK BENCANA

A. Dampak Bencana pada Sistem Manusia, Properti dan Lingkungan

Terjadinya bencana alam dapat menimbulkan kerugian bagi kehidupan masyarakat, seperti rusaknya rumah, rusaknya fasilitas umum, hilangnya harta benda, pekerjaan sebagai sumber mata pencaharian bahkan sampai menimbulkan korban jiwa. Rusaknya rumah akibat bencana alam, menyebabkan masyarakat pindah ke pengungsian dengan fasilitas hidup yang terbatas atau mengungsi ke tempat saudara yang jaraknya mungkin cukup jauh dari tempat kejadian. Selain itu terjadinya bencana alam juga menyebabkan rusaknya fasilitas atau sarana pendidikan yang ada, seperti gedung sekolah, peralatan belajar dan terganggunya proses belajar mengajar. Kondisi tersebut tentu sangat berpengaruh terhadap terbatasnya pemberian layanan pembelajaran dari sekolah kepada peserta didik. Sebagai akibat kerusakan lingkungan, selain rusaknya infrastruktur, fasilitas lain yang menyangkut kebutuhan dasar manusia juga terganggu, misalnya ketersediaan air bersih, distribusi bahan makanan dan pencemaran lingkungan. Semua dampak lingkungan ini, cepat atau lambat akan mengancam status kesehatan korban bencana.

Secara umum, setiap bencana akan mempengaruhi sistem tubuh manusia. Pada aspek fisik, dampak yang ditimbulkan dapat berupa badan terasa tegang, cepat lelah, susah tidur, mudah terkejut, palpitasi, mual, perubahan nafsu makan, dan kebutuhan seksual menurun (Toomoko, 2009). Sementara itu, dampak psikologis dari bencana dapat diketahui berdasarkan tiga faktor yaitu pra bencana, faktor bencana dan faktor pasca benca (Tomoko, 2009), yaitu:

1. Faktor pra bencana. Dampak psikologis pada faktor pra bencana ini dapat ditinjau dari beberapa hal yaitu:
 - a. Jenis kelamin. Perempuan mempunyai risiko lebih tinggi terkena dampak psikologis dibanding laki-laki dengan perbandingan $\geq 2:1$.
 - b. Usia dan pengalaman hidup. Kecenderungan kelompok usia rentan stress masing- masing negara berbeda karena perbedaan kondisi sosial, politik, ekonomi, dan latar belakang sejarah negara yang bersangkutan. Adanya pengalaman berhasil dalam menghadapi bencana masa lalu dapat meringankan

rasa cemas pada saat timbulnya bencana, dan meningkatkan kemampuan menghadapi bencana, apalagi jika pengalaman ini ditambah dengan pengetahuan dan pelatihan tentang bencana.

- c. Faktor budaya, ras, karakter khas etnis. Dampak yang ditimbulkan bencana ini lebih besar di negara berkembang dibandingkan dengan di negara maju. Pada kelompok usia muda tidak ada gejala khas untuk etnis tertentu baik pada etnis mayoritas maupun etnis minoritas, sedangkan pada kelompok usia dewasa, etnis minoritas cenderung mengalami dampak psikologis dibandingkan mayoritas.
 - d. Sosial ekonomi. Dampak bencana pada individu berbeda menurut latar belakang pendidikan, proses pembentukan kepribadian, penghasilan dan profesi. Individu dengan kedudukan sosio-ekonomi yang rendah akan mengalami stress pasca trauma lebih berat. Bencana yang terjadi akan mempengaruhi kedudukan sosio-ekonomi seseorang atau keluarga.
 - e. Keluarga. Pengalaman bencana akan mempengaruhi stabilitas keluarga seperti tingkat stress dalam perkawinan, posisi sebagai orang tua terutama orang tua perempuan. Gejala psikis pada orang tua ini akan berdampak pada anak sehingga perhatian pada orang tua dalam keluarga akan berdampak positif pada anak.
 - f. Tingkat kekuatan mental dan kepribadian. Hampir semua hasil penelitian menyimpulkan bahwa kondisi kesehatan mental pra bencana dapat dijadikan dasar untuk memprediksi dampak patologis pasca bencana. Individu dengan masalah kesehatan jiwa akan mengalami stress yang lebih berat dibandingkan individu dengan kondisi psikologis yang stabil.
2. Faktor bencana. Pada faktor ini, dampak psikologis dapat ditinjau dari beberapa hal di bawah ini
- a. Tingkat keterpaparan. Keterpaparan seseorang akan masalah yang dihadapi merupakan variabel penting untuk memprediksi dampak psikologis korban bencana.
 - b. Ditinggal mati oleh sanak keluarga atau sahabat
 - c. Diri sendiri atau keluarga terluka
 - d. Merasakan ancaman keselamatan jiwa atau mengalami ketakutan yang luar biasa

- e. Mengalami situasi panik pada saat bencana
- f. Pengalaman berpisah dengan keluarga, terutama pada korban usia muda
- g. Kehilangan harta benda dalam jumlah besar
- h. Pindah tempat tinggal akibat bencana
- i. Bencana yang menimpa seluruh komunitas. Hal ini mengakibatkan rasa kehilangan pada individu dan memperkuat perasaan negatif dan memperlemah perasaan positif.

Semakin banyak faktor di atas, maka akan semakin berat gangguan jiwa yang dialami korban bencana. Apalagi pada saat-saat seperti ini mereka cenderung menolak intervensi tenaga spesialis, sehingga menghambat perbaikan kualitas hidup mereka.

3. Faktor pasca bencana. Dampak psikologis pasca bencana dapat diakibatkan oleh kegiatan tertentu dalam siklus kehidupan dan stress kronik pasca bencana yang terkait dengan kondisi psikiatrik korban bencana. Hal ini perlu adanya pemantauan dalam jangka panjang oleh tenaga spesialis. Hal lain yang penting diperhatikan pada masa pasca bencana adalah menginventarisasi semua sumber daya yang ada secara terinci, kongkrit dan diumumkan.

B. Reaksi yang Muncul setelah Bencana

Dalam kondisi normal, manusia dapat berpikir dan berencana untuk memberikan reaksi terhadap berbagai kejadian seperti bencana dengan sangat baik. Akan tetapi ketika dihadapkan pada situasi yang sebenarnya, umumnya informasi yang membangun kognitif untuk rujukan bertindak/bereaksi dapat buyar dan terabaikan. Berkaitan dengan ini Tuckson dalam Wirawan (2005) mengungkapkan bahwa reaksi normal yang muncul saat terjadinya bencana terbagi dalam empat tahap, yaitu:

1. Fase *storm*, orang-orang terkejut, panik, bingung, takut, serba emosi negatif seperti marah, menyesal dan mencari kambing hitam. Situasi ini bukan hanya dialami oleh survivor (orang yang selamat dari bencana), tetapi juga oleh orang-orang yang berempati dan siap memberikan pertolongan. Pada fase ini, ada perilaku umum yang disebut sindroma bencana yang terjadi pada korban bencana. Biasanya mereka yang selamat dari bencana menjadi bingung dan tampak tidak menyadari luka-luka dan bahaya. Mereka berjalan kesana kemari dalam keadaan tanpa orientasi dan mungkin mengalami risiko cedera lain.

2. Fase *form*, ditandai oleh munculnya kesadaran potensi masing-masing dan bagaimana mereka dapat bekerja sama untuk memperbaiki keadaan. Para survivor atau korban mulai siap-siap mengonsolidasikan diri dalam kelompok-kelompok yang mereka bentuk sendiri maupun yang dibentuk oleh pihak lain.
3. Fase *norm* adalah tahap dimana telah terbentuk koordinasi. Kekacauan mulai dapat diatur, masing-masing pihak mulai melakukan koordinasi. Survivor tinggal di barak- barak dengan teratur, pihak yang memberi bantuan juga dapat menyalurkan bantuannya secara normal.
4. Fase *perform* adalah tahap dimana usaha telah menunjukkan hasilnya. Aktivitas bersama masyarakat telah dimulai, seperti aktivitas ekonomi pasien-pasien mulai sembuh dan mendapatkan perawatan secara baik, korban mulai membersihkan dan memperbaiki rumahnya dan seterusnya.

Beberapa fase reaksi masyarakat yang dikemukakan oleh Tuckson tersebut menunjukkan suatu proses, yakni mulai cerai berainya masyarakat sampai dengan tertatanya kembali kehidupan dan penghidupan masyarakat. Kondisi masyarakat pada setiap fase mempunyai permasalahan dan kebutuhan yang berbeda. Pada fase *strom*, *form* dan *norm* membutuhkan suatu pertolongan yang sifatnya segera yang sering disebut sebagai kebutuhan jangka pendek. Sementara itu, pada fase *perform* masyarakat lebih membutuhkan pertolongan (misalnya pemberdayaan) sebagai kebutuhan jangka panjang. Uraian ini mengisyaratkan bahwa dalam penanggulangan korban bencana perlu memperhatikan kondisi masyarakat pada setiap fase.

C. Penyebab Timbulnya Masalah Kesehatan Jiwa dan Respon bantuan pada Masa Bencana

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Yurianto (2015), ada berbagai masalah kesehatan jiwa yang muncul di masa bencana. Berikut tabel ringkasan proyeksi dan rekomendasi respon bantuan di masa bencana :

Tabel 3.1. Ringkasan Proyeksi dan Rekomendasi Respon menurut
World Health Organization (WHO)

	Sebelum Bencana: Prevalensi 12-bl.	Setelah Bencana: Prevalensi 12-bl.	Respon bantuan yang direkomendasikan
Gangguan jiwa berat (misal psikosis, depresi berat, gangguan ansietas yang berat dan ketidakberdayaan)	2-3%	3-4%	Perawat esehatan jiwa (sektor kesehatan)
Gangguan jiwa ringan dan sedang (misal gangguan depresi dan ansietas ringan dan sedang)	10%	20% (berkurang menjadi 15% dengan pemulihan alamiah)	Perawatan Kesehatan jiwa (sector Kesehatan) + intervensi sosial dan dukungan psikologik dasar di masyarakat (berbagai sektor)
Distres psikologik sedang atau berat (bukan gangguan)	Tidak ada perkiraan	30-50% (berkurang dengan pemulihan alamiah)	Intervensi sosial dan dukungan psikologik dasar di masyarakat (berbagai sektor)
Distres psikologik ringan (membaik seiring waktu)	Tidak ada perkiraan	20-40%	Tidak ada respon

Selanjutnya masalah kesehatan jiwa menurut Maramis A (2005) dapat melewati berbagai tahap. Berikut ini gambaran tahapan tersebut.

Tabel 3.2. Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikosial (Maramis A, 2005)



Kelima tahapan ini umumnya berlangsung secara berurutan, namun pada beberapa orang tahapan tersebut bisa tidak terjadi secara berurutan atau bahkan ada yang tidak pernah melewati tahapan tertentu tetapi langsung pada tahapan selanjutnya. Lama masing-masing tahapan juga berbeda antara satu dengan individu lainnya, tidak ada patokan pasti berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tahapan penerimaan.

BAB IV

ASESSMENT PSIKOLOGIS

A. Pengertian Asessment

Assessment adalah prosedur yang digunakan untuk menghimpun informasi tentang orang-orang (Friedenberg dalam Sari, 2021). *Assessment* adalah proses mengumpulkan informasi yang biasanya digunakan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan yang nantinya akan dikomunikasikan kepada pihak-pihak terkait oleh asesor (Nietzel dkk,1998).

Assessment psikologi terdiri dari beberapa macam prosedur yang dikenakan untuk mencapai berbagai tujuan. *Assesment* kadang-kadang disetarakan dengan tes, tetapi penilaian dalam asesmen lebih dari penilaian dalam tes. *Assesment* psikologis melibatkan pengumpulan informasi yang tidak hanya berasal dari protokol tes, tetapi juga dari wawancara, observasi perilaku, atau dokumen biografi (Weiner dalam Sari, 2021).

Assessment mencakup isi dan proses. Isi adalah pengumpulan informasi dan proses adalah aspek sosial emosional yang terlibat sepanjang proses asesmen. Supaya isi dan proses optimal, asesor mengawasi asesmen dengan membangun *rapport*. Proses asesmen melibatkan observasi, wawancara, psikotes, review arsip (buku harian, raport, catatan medis, lukisan, dsb).

Assessment psikologi adalah metode untuk mengidentifikasi kesamaan atau perbedaan individu berdasarkan karakteristik dan kapasitas personalnya (Weiner dalam Sari, 2021). *Assessment* psikologi dilakukan dengan mengumpulkan sejumlah informasi yang komprehensif yang tidak hanya berasal dari hasil tes psikologi akan tetapi juga melalui sumber lainnya seperti wawancara, observasi, atau dokumen pendukung.

Assessment merupakan salah satu langkah yang harus dilakukan oleh asesor professional dengan melibatkan diri dalam pemeriksaan klien, penilaian diagnostik, isu-isu dan masalah (Erford, 2007 dalam Ifdil & Ghani, 2017). Berdasarkan model ini *assessment* merupakan peringkat pertama dan yang penting dalam pengendalian konseling setelah bencana. Penilaian yang dilakukan menggunakan instrument seperti *Mental Status Exam* (MSE) dan *Mini Mental Status Exam* (MMSE), *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), *Post Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL) dan Pengungkapan aspek psikososial dan penilaian budaya dilakukan dengan observasi dan wawancara (Ifdil & Ghani, 2017).

B. Tujuan *Assessment*

Assessment dilakukan untuk menggali dinamika dan faktor penentu yang mendasari munculnya masalah. *Assessment* yang dilakukan sebelum, selama dan setelah konseling berlangsung dapat memberi informasi yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi konseli (Wahidah, Cuntini dan Fatimah, 2019). Menurut Hackney dan Cornier (Wahidah, Cuntini dan Fatimah, 2019) terdapat 12 tujuan *assessment* yaitu:

1. Melancarkan proses pengumpulan informasi
2. Memungkinkan konselor membuat diagnosis yang akurat
3. Mengembangkan rencana tindakan yang efektif
4. Menentukan tepat atau tidaknya konseli menjalani rencana tertentu
5. Menyederhanakan pencapaian sasaran dan pengukuran kemajuan
6. Meningkatkan wawasan *insight* mengenai diri konseli
7. Mampu menilai lingkungan
8. Meningkatkan proses konseling dan diskusi yang lebih terfokus dan relevan
9. Mengindikasikan kemungkinan peristiwa tertentu akan terjadi
10. Meningkatkan minat, kemampuan, dan dimensi kepribadian
11. Menghasilkan pilihan-pilihan
12. Memfasilitasi perencanaan dan pembuatan keputusan

Tujuan asesmen psikososial dan kesehatan jiwa untuk penyintas bencana menurut *Locally Led Disaster Preparedness and Protection Plan* Indonesia (2022) adalah:

1. Memahami situasi darurat yang ditimbulkan akibat bencana/situasi krisis
2. Menganalisa ancaman dan kapasitas kesehatan mental dan kesejahteraan para penyintas pasca kejadian bencana
3. Menganalisa sumber daya dan kemampuan yang masih ada dan relevan, menentukan bersama-sama dengan penyintas, kelompok ataupun komunitas tentang kesenjangan dan kebutuhan dukungan psikososial dan kesehatan jiwa dan bentuk bantuan yang diperlukan.

C. Kegunaan *Assessment*

Aspek kesehatan mental perlu dipertimbangkan dalam langkah-langkah penanganan bencana; baik dalam program khusus kesehatan mental, maupun sebagai

faktor yang harus dipertimbangkan dalam program lain (misal kesehatan fisik, rehabilitasi dan rekonstruksi fisik ekonomi, kemasyarakatan). Untuk itu diperlukan informasi yang akurat tentang kondisi kesehatan mental masyarakat yang terkena bencana beserta segala faktor yang terkait dengannya (positif maupun negatif), untuk itu diperlukan assessment (Prawitasari & Hidayat)

Sebagian besar bencana datangnya tidak dapat diprediksi dan dapat berdampak pada populasi yang besar, untuk itu *rapid assessment* diperlukan. Secara umum *rapid assessment* dilakukan untuk mendapatkan data tentang:

1. Besarnya populasi yang memerlukan bantuan psikologis. Populasi dalam 2 pengertian:
 - a. Populasi umum (berapa keseluruhan anggota masyarakat dalam satu wilayah atau dalam wilayah yang tertimpa bencana).
 - b. Populasi spesifik, yakni kelompok-kelompok rentan; anak-anak, ibu hamil, Wanita, remaja, lansia, orang cacat).
2. Sebaran populasi yang memerlukan bantuan psikologis dimana dan berapa banyak
3. Jenis dan tingkat beratnya permasalahan psikologis
 - a. Tingkat individu: gambaran tingkatan stress akut yang dialami masyarakat, latar belakang masalah-masalah psikologis yang mungkin sudah ada sebelumnya, misalnya dampak konflik sosial Aceh.
 - b. Tingkat rumah tangga: gambaran tingkat kehilangan pada rumah tangga (harta benda maupun nyawa). Hal ini dilakukan untuk membuat perkiraan tentang keberfungsian keluarga (penting untuk sistem dukungan)
 - c. Tingkat masyarakat: gambaran tingkat kerusakan pada jaringan sosial dan kepemimpinan di satuan-satuan masyarakat, infrastruktur jaringan masyarakat.
4. Informasi tentang kerusakan fisik pada lingkungan:
 - a. Informasi tentang tingkat kerusakan fisik pada lingkungan hunian masyarakat, dan pada lingkungan dimana sumber-sumber penghidupan masyarakat terletak.

- b. Informasi tersebut penting untuk membuat estimasi seberapa besar lingkungan pasca bencana memberikan tempat yang nyaman bagi masyarakat untuk menata hidup mereka kembali.
5. Informasi tentang sarana hunian sementara yang tersedia bagi masyarakat. Apa saja, bagaimana ketersediannya, seberapa jauh masyarakat korban bisa merasa tenang di tempat tersebut.
 6. Sumber yang ada:
 - a. Di dalam masyarakat yang terkena bencana:

Sistem nilai masyarakat (menentukan kemampuan dan strategi *coping*), struktur sosial dan jaringan sosial (menyediakan sistem dukungan), pengetahuan dan keterbukaan masyarakat (semakin tinggi, misal tingkat dan kualitas pendidikan masyarakat, serta pengalaman interaksi masyarakat dengan orang luar, prognosis akan semakin baik).
 - b. Sumber dari masyarakat luar, sumber yang sudah ada di lapangan
 - c. Sumber formal; fasilitas kesehatan
 7. Informasi tentang representasi mental korban terhadap peristiwa yang dialaminya.
 - a. Bagaimana masyarakat korban memaknai bencana yang mereka alami, lebih khusus faktor-faktor penyebab bencana ini (internal, eksternal)
 - b. Harapan-harapan yang dimiliki masyarakat (apa harapannya, ada atau tidak ada harapan).

Sumber data atau informasi di atas dapat diperoleh melalui:

1. Wawancara dengan masyarakat terdampak
2. Informasi dari relawan lain dan dari agen-agen yang telah bergerak di daerah bencana
3. Informasi dari media massa
4. Informasi tentang kerusakan fisik dan sarana/ prasarana.

BAB V

INTERVENSI PSIKOLOGIS PASCA BENCANA

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana menyebutkan definisi bencana sebagai suatu rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, yang disebabkan baik oleh alam atau non alam, maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. Pengalaman traumatic akibat bencana dapat mengubah perilaku dan kehidupan emosi seseorang. Perasaan marah, bingung, frustrasi, tidak berdaya, merasa bersalah, sering dirasakan oleh individu. Pemulihan kondisi psikis para korban bencana memerlukan penanganan dan perhatian khusus karena bila diabaikan dapat mengganggu kualitas kehidupan penderita dalam jangka panjang (Yurianto, 2015).

Sebelum terjadi bencana, perencanaan kesiapsiagaan menghadapi bencana dan respon terhadap masalah kesehatan jiwa dan psikososial yang bersifat nasional perlu dipersiapkan. Semua pelayanan kesehatan pada situasi bencana harus dapat menjamin terapi dan perawatan yang memiliki beberapa prinsip pelayanan yang dapat diakses. Oleh karena itu menjadi penting untuk memahami situasi dan dampak bencana, baik dalam tingkatan individu maupun masyarakat dalam melakukan mekanisme rujukan. Hal ini diperlukan agar siapapun dapat memberikan dukungan yang efektif bagi mereka yang mengalami bencana. Sistem kesehatan jiwa yang komprehensif perlu dikembangkan untuk merespon kebutuhan dukungan psikososial dan kesehatan jiwa pada masyarakat yang terkena bencana. Sistem kesehatan jiwa yang kuat memudahkan suatu daerah memiliki sumberdaya manusia yang terampil dan siap dimobilisasi dengan cepat bila terjadi bencana (Yurianto, 2015).

Penanganan kesehatan jiwa dan psikososial untuk kesiapsiagaan bencana adalah sebagai berikut (Yurianto, 2015):

1. Individual.

Intervensi masalah kesehatan jiwa dapat diberikan secara individual misalnya melalui terapi, konseling, psikoedukasi individual, dsb.

2. Komunitas.

Selain secara individual, intervensi juga bisa diberikan berazaskan komunitas, melalui pengorganisasian komunitas, psikoedukasi komunitas dan konseling kelompok. Hal ini agar para penyintas dapat saling bertukar pendapat dan pengalaman dalam menghadapi kejadian pasca bencana sehingga mereka tidak sendiri dan mampu untuk bangkit/pulih kembali..

Menurut Yurianto (2015) ada beberapa prinsip umum layanan kesehatan jiwa dan psikososial yaitu:

1. Pada dasarnya setiap orang memiliki kemampuan alamiah untuk memulihkan diri. transformasi dari perspektif korban ke penyintas.
2. Keberadaan dan dukungan dari orang lain untuk menjalin hubungan saling membantu sehingga para penyintas dapat saling meringankan beban
3. Setiap orang akan memiliki kebutuhan yang bisa saja berbeda satu sama lain, untuk itu perlu memastikan semua kebutuhan tersebut dapat terpenuhi pada setiap levelnya.
4. Layanan yang diberikan harus terintegrasi pada struktur layanan yang ada.

Dukungan psikososial terdiri dari strategi dan intervensi yang tidak hanya memerlukan keahlian medis saja tetapi juga memerlukan kemampuan tertentu. Intervensi harus berdasarkan bukti efektivitas dan mempunyai dampak psikologis dan sosial. Yurianto (2015) memandang pentingnya dukungan psikososial diberikan kepada penyintas, berupa :

1. Intervensi sosial

- a. Pulihnya kembali kegiatan kultural dan religius
- b. Fasilitasi jaringan sosial untuk dukungan bagi yatim piatu, janda atau mereka yang kehilangan keluarga intinya.
- c. Pengorganisasian aktivitas normal bagi anak-anak, termasuk kegiatan sekolah
- d. Pengikutsertaan penduduk dewasa dalam kegiatan yang kongkrit dan berguna bagi kepentingan bersama
- e. Memberi informasi yang baik dan benar serta menentramkan

2. Intervensi psikologis

Intervensi psikologis mengikuti prinsip *Psychological First Aid* (PFA) yakni meliputi serangkaian keterampilan yang bertujuan untuk mengurangi distress dan mencegah munculnya perilaku kesehatan jiwa yang negatif yang disebabkan oleh bencana atau situasi krisis yang dihadapi individu. PFA lebih pada memberikan perhatian dan dukungan dengan mendengar dan tidak memaksa penyintas untuk berbicara ataupun mendorong pendampingan tanpa paksaan.

A. *Psychological First Aid*

Psychological First Aid seringkali disebut dengan PFA, pertolongan pertama psikologis dapat didefinisikan sebagai kehadiran penuh belas kasih dan suportif yang didesain untuk mengurangi rasa tertekan akut dan mengukur kebutuhan perawatan kesehatan mental lanjutan. Apa yang dimaksud dengan pertolongan pertama psikologis bukanlah suatu proses formulasi diagnostik, bukan pula proses formulasi terapeutik dan intervensi. Program ini didesain khusus bagi personel kesehatan masyarakat, pendidik, petugas cepat tanggap darurat, serta petugas penanganan bencana yang memiliki sedikit pelatihan kesehatan mental. Meskipun juga dibutuhkan para ahli klinis dari perspektif kesehatan mental, program ini khusus didesain tanpa prasyarat tertentu, sehingga orang di luar disiplin kesehatan mental dapat menyediakan perawatan yang segera, penuh kasih, dan mendukung penyintas untuk bangkit dari kesulitan (*Indonesian Mental Health Association*, 2017).

Psychological First Aid merupakan suatu pendekatan untuk membantu individu atau komunitas yang mengalami kondisi darurat, bencana, atau traumatik. Pendekatan tersebut merupakan prinsip dasar untuk membantu proses *recovery* secara alamiah, meliputi bantuan untuk merasa aman, nyaman, hangat dan bangkitnya harapan, bantuan fisik, emosi, dukungan sosial, dan perasaan mampu membantu diri sendiri, juga upaya – upaya menghubungkan dengan orang lain yang ikut membantu sesuai yang dibutuhkan (Yuwanto, dkk., 2018).

Fokus *psychological first aid* utamanya diberikan kepada individu atau komunitas korban bencana terutama yang berpotensi mengalami masalah kesehatan fisik ataupun mental. *Psychological first aid* menasar pada kebutuhan dasar individu yang mengalami kondisi darurat atau trauma, antara lain berupa pengurangan bahaya yang dapat memberikan ancaman, meningkatkan rasa kontrol, penyediaan serta pemberian informasi

yang dibutuhkan, kebutuhan dasar seperti makanan, minuman kesehatan, tempat berlindung dan arah untuk masa depan setelah mengalami bencana (Yuwanto, dkk., 2018).

Tujuan utama penerapan *psychological first aid* dalam kondisi bencana adalah untuk mengurangi simtom stress dan mengembalikan kondisi kesehatan akibat peristiwa traumatik untuk membangun resiliensi. Tujuan jangka pendeknya lebih terkait dengan pencegahan atau penurunan tingkat stress akibat peristiwa traumatik dan tujuan jangka panjang untuk mencapai kondisi fungsi fisik, psikologis dan perilaku yang adaptif serta kemampuan menghadapi atau menyelesaikan masalah (National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD dalam Yuwanto, dkk., 2018).

Prinsip dasar *Psychological First Aid* (PFA) menurut *Indonesian Mental Health Association* (IMHA) (2017):

1. Mempromosikan *Safety, survivor* yaitu orang yang dapat mempertahankan atau membangun kembali rasa aman dengan mengecilkan risiko di masa depan setelah menderita *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) di bulan-bulan sebelumnya. Orang yang mungkin akan mengalami peningkatan gangguan adalah mereka yang membesar-besarkan risiko di masa depan.
2. Mempromosikan *Calming*, peningkatan emosional berkepanjangan dapat menyebabkan agitasi, depresi dan masalah somatik. Bukti menunjukkan bahwa menerapkan penenangan (misal latihan pernapasan, yoga, terapi musik dll) adalah kunci untuk mengelola emosi/kecemasan.
3. Mempromosikan efikasi diri dan kelompok, *survivor* yang memiliki keyakinan tertentu dapat mengatasi peristiwa trauma, mereka merasa memiliki kemampuan untuk mengatasi ancaman dan memecahkan masalah.
4. Mempromosikan keterhubungan, dukungan sosial dan penanganan berkelanjutan secara konsisten bermanfaat dalam mereduksi stres dan trauma.
5. Mempromosikan harapan, orang-orang yang tetap optimis cenderung memiliki hasil yang lebih menguntungkan setelah mengalami trauma karena mereka mempertahankan harapan untuk masa depan mereka.

Panduan PFA akronim dengan singkatan yang mudah diingat yaitu RAPID (literalnya berarti cepat). Melakukan tindakan dengan cepat. RAPID kepanjangan dari:

R = *Reflective Listening & Rapport*

A = *Assessment*

P = *Prioritization*

I = *Intervention*

D = *Disposition*

Tahap 1: *Reflective Listening and Rapport*

Adalah kerelaan untuk mendengarkan secara reflektif dan empatik, agar mendapatkan keakraban yang cukup. Jika konselor bingung dengan apa dilakukan di tempat kejadian, maka sangat mudah untuk mengatasinya, yaitu mulailah dengan ‘mendengar’. Mencoba mendengarkan apa yang dikatakan oleh korban, yang terlihat sebagai ‘penyintas’ atau sudah dirujuk sebagai ‘penyintas’.

Konseling bencana melibatkan mendengarkan dan membimbing. *Survivor* biasanya mendapatkan keuntungan dari kedua hal, berbicara tentang pengalaman bencana mereka dan mendapatkan bantuan penyelesaian masalah mereka atau rujukan ke sumber daya yang tersedia.

a. Membangun Hubungan

Survivor akan merespon ketika konselor bekerja dengan kontak mata penuh kepedulian, kehadiran konselor yang tenang dan mampu mendengarkan dengan hati mereka. Konselor berusaha membangun hubungan (*rapport*) dengan mengacu pada perasaan peduli dan memahami, dimana perhatian tulus ditampilkan, menunjukkan rasa hormat dan tidak menghakimi adalah alat yang diperlukan untuk membangun hubungan baik.

b. Mendengar Reflektif

Konselor mendengarkan dengan efektif, yaitu telinga, mata dan ekstra sensori untuk lebih memahami kebutuhan survivor.

Tips untuk mendengarkan adalah:

- 1) **Diam:** diam dapat memberikan waktu survivor untuk mencerminkan dan menyadari perasaan. Diam bisa meminta survivor untuk menguraikan, diam "menyatu dengan survivor" dan mensupport pengalaman mereka.
- 2) **Kehadiran non verbal:** Kontak mata, kepala mengangguk-angguk, ekspresi wajah yang bersedih dan kadang-kadang "he eh" membiarkan survivor tahu bahwa konselor selaras dengan mereka.
- 3) **Paraphrase (Mengutip):** konselor mengulangi bagian dari apa yang Survivor katakan, pahami, minati dan menunjukkan empati kita. Paraphrase juga memeriksa akurasi, menjelaskan kesalahan pemahaman konselor dan menunjukkan bahwa konselor sedang mendengarkan apa yang sedang diceritakan.
- 4) **Mengizinkan ekspresi emosi:** Mengekspresikan emosi yang intens melalui air mata atau penyaluran kemarahan merupakan hal penting dalam penyembuhan, hal tersebut sering membantu survivor mengekspresikan perasaannya sehingga dapat lebih terlibat dalam konstruksi pemecahan masalah. Konselor harus tetap santai dan membiarkan survivor mengetahui bahwa itu baik untuk diekspresikan.

Empat hal yang sangat baik jika konselor lakukan dalam tahap ini, adalah:

- a. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan kehadiran diri.
- b. Menanyakan apa yang terjadi dengan memparafrase kata-kata.
- c. Menanyakan kondisi survivor, dampak apa yang terjadi, bagian ini dapat ditukar dengan yang di atas urutannya tergantung situasi.
- d. Klarifikasi Pernyataan yang Ambigu. Contohnya perkataannya "saya depresi..." atau perilakunya 'saya sedang cemas.' survivor dapat diminta klarifikasi untuk memberikan contoh.

Tahap 2: *Assessment*

Tujuan asesmen adalah untuk mengukur kebutuhan psikologis dan fisik / biologis dasar dari survivor.

Ada tiga kategori kelompok warga yang selamat dari bencana.

- a. *Eustress*. Mereka adalah warga yang berdaya dan mampu untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari termasuk hal-hal yang harus dicapai. Kelompok Eustress sebenarnya juga tidak senang dengan terjadinya kesulitan dan bencana.
- b. *Disfungsi*. Sering disebut juga ‘*Impairment* (ketidakberdayaan)’ yang termasuk disini adalah mereka yang memiliki ketidakberdayaan yang berat. Ada hal-hal yang mereka perlu lakukan, tetapi mereka tidak dapat melakukannya, tugas konselor adalah mendampingi mereka secara langsung ataupun tidak langsung sesuai proporsinya. Kelompok penyintas yang ini adalah prioritas PFA.
- c. *Distress*. Ini sedikit membingungkan, karena survivor ini mungkin kelihatannya baik-baik saja, tetapi mereka sedang mencari apa yang mereka butuhkan. Meskipun ini adalah gejala ringan, tetapi perlu untuk dimonitor. Biasanya, dalam kelompok ini konselor jarang memberikan bantuan langsung, juga secara tidak langsung seperti bantuan kebutuhan fisik, seperti berteduh, makanan, pakaian, dan sejenisnya. Namun jika mereka diabaikan, mereka berpotensi bergeser ke arah *Dysfunction* melalui tahapan kehilangan solusi masalah, fungsi rutinitas dalam memenuhi kebutuhan hidup kesehariannya. Jadi, kelompok penyintas ini termasuk prioritas untuk mendapat bantuan.

Tahap 3: *Prioritization*.

Untuk melakukan prioritas siapa yang harus dibantu, gunakan triase berbasis bukti dan risiko, ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam Triase berbasis bukti, yaitu:

- a. Berkurangnya kemampuan kognitif (pemahaman, *recall*, pemecahan masalah), tetapi yang paling sering berkurang adalah kemampuan untuk memahami konsekuensi dari tindakan seseorang.
- b. Meningkatnya dorongan impulsif yaitu tindakan yang dapat merugikan diri sendiri, kerugian akut pada orientasi masa depan, atau perasaan tak berdaya dan putus asa.
- c. Berkurang kapasitas fungsional: yaitu ketidakmampuan untuk melakukan fungsi kehidupan.

Tiga hal pada survivor terkait Triase berbasis risiko:

- a. *Death*: Apakah orang tersebut melihat hidupnya sia-sia? Apakah dia berfikir ingin mati?

- b. *Dislocation*: Apakah orang tersebut terpisahkan dari keluarga / orang yang dicintai? Apakah orang tersebut memiliki tempat tinggal?
- c. *Disabling Impact*: Apakah orang tersebut terluka secara fisik dan memerlukan perawatan segera? Apakah orang tersebut mengalami disosiasi?

Tahap 4: *Intervention*.

Intervensi hanya sebuah tindakan bukan psikoterapi. Ini juga bukan sebuah penggantian untuk terapi. Konselor bukan melakukan *diagnosis* dan *treatment*, tetapi melakukan *crisis intervention* (tindakan krisis). Dalam intervensi PFA ada dua opsi terbaik yang memungkinkan untuk dilakukan, yaitu:

- a. Jika psikologis survivor terlihat belum stabil, maka lakukanlah penstabilan dengan satu cara atau lebih, seperti berikut ini;
 - 1) Singkirkan pemicu provokatif baik lingkungan atau pihak tertentu,
 - 2) Dorong agar survivor lebih fokus pikiran terhadap tugas dasar,
 - 3) Arahkan survivor untuk menyalurkan pelampiasan emosinya secara sehat
 - 4) Perlambat aksi spontannya / impulsifnya yang kurang pantas,
 - 5) Gunakan pengalih perhatian / *distraction*.
- b. Kurangi tekanan mental (*acute distress*). Kembangkan kemampuan survivor yang masih berfungsi dan produktif dengan cara;
 - 1) Edukasi dengan hal yang memperjelas / *explanatory guidance*,
 - 2) Normalisasikan tekanan mentalnya,
 - 3) Yakinkan bahwa masih ada harapan,
 - 4) Edukasi hal-hal untuk mengantisipasi / *anticipatory guidance*,
 - 5) Perlambat aksi spontannya / impulsifnya yang kurang pantas,
 - 6) Edukasi teknik manajemen stres, dan menyelesaikan masalah,
 - 7) Benarkan kesalahfahaman dalam memahami informasi / sesuatu hal
 - 8) Bingkai ulang persepsinya jika memungkinkan.

Tahap 5: *Disposition*.

Jika setelah tindakan (*intervention*) konselor mengamati survivor terlihat mampu dengan dirinya, maka cukup sudah tugas konselor. Dalam tahap ini konselor direkomendasikan mem-*follow-up* orang tersebut dengan cara yang paling sesuai.

Kadang-kadang follow-up kedua juga menjadi berguna. Bagaimanapun juga, jika ternyata diperlukan follow-up ketiga, ini berarti saatnya konselor berhenti dalam memfasilitasi akses terhadap dirinya ke level bantuan yang lain (*another level of care*).

Contoh level bantuan yang lain adalah ketika diamati *survivor* perlu dicarikan bantuan baik berupa bantuan psikologis, medis, logistik, finansial atau spiritual, yang dapat dilakukan dengan beberapa cara yaitu;

- a. Memotivasi *survivor* untuk mencari bantuan ke sana
- b. Memberikan harapan bahwa masih ada harapan
- c. *Follow-up* pertemuan selanjutnya di luar PFA.

Level bantuan ini juga bisa dibagikan dengan rinci sebagai berikut:

- a. Menemui teman-temannya
- b. Menemui keluarganya
- c. Lembaga Emergensi
- d. *Hotline* Telepon Krisis
- e. Telepon Emergensi Polisi / Paramedis
- f. Bagian penanganan bencana
- g. Ahli agama
- h. Keuangan/Pekerjaan

B. Konseling Pasca Bencana

Pelayanan konseling pasca bencana dapat dilakukan dalam menangani masalah kesehatan mental. Masalah kesehatan mental pasca bencana merujuk kepada kemampuan berfikir yang baik yaitu pemikiran yang rasional serta kemampuan untuk mengentaskan masalah. WHO menyebutkan bahwa mental yang sehat meliputi kemampuan individu untuk berfikir dan bertindak positif, bergaul secara sehat dan mampu mengendalikan masalah dan tekanan kehidupan sehari-hari secara sadar (Ifdil, 2014).

Prayitno dalam Ifdil (2014) menyebutkan secara umum tahapan pelayanan konseling pasca bencana yang mencakup kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi variasi dan intensitas permasalahan yang dapat mengakibatkan trauma dan menimbulkan gangguan terhadap *Effective Daily Living* sehingga

menjadikan kehidupan efektif sehari-hari terganggu yang dialami oleh seseorang atau komunitas.

2. Memberikan pelayanan konseling untuk mengatasi trauma dan kondisi sesuai permasalahan masing-masing pihak.
3. Mengkondisikan kembali keberlangsungan proses kehidupan yang kondusif dengan melibatkan *survivor* dan dukungan orang di sekitarnya serta kelembagaan dan unit sosial kemasyarakatan terkait.

Secara khusus masalah-masalah yang mengganggu keefektifan kehidupan sehari-hari pasca bencana merupakan masalah-masalah kesehatan mental, di antaranya yaitu depresi (*depression*), kegelisahan (*anxiety*), Stres (*Stress*) dan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

Arah penyelenggaraan pelayanan konseling pasca bencana mencakup pengentasan masalah kesehatan mental pasca bencana yaitu depresi (*depression*), kegelisahan (*anxiety*), Stres (*Stress*) dan *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Tujuan Konseling yang dilakukan yaitu terentasnya permasalahan kesehatan mental pasca bencana dengan berbagai pendekatan. Sunardi (2007) menyebutkan beberapa metode dan pendekatan yang dapat diselenggarakan dalam pelayanan secara umum dikenal di antaranya terapi tingkah laku, *art therapy*, relaksasi, *desentisasi sistematis*, *cognitive therapy*, *group support therapy*, dan *expressive therapy*, *play therapy*, *reality therapy*, *defusing*, dan *debriefing*, dan *coping stress*. Pemilihan pendekatan konseling disesuaikan dengan jenis bencana dan masalahnya (Ifdil, 2014), juga waktu atau tahap penanganan bencana di suatu tempat pasca terjadinya bencana.

C. Terapi Meditasi dan Yoga terhadap Gangguan Kecemasan Pasca Bencana

Upaya dalam mengurangi tingkat kecemasan pasca bencana dapat dilakukan dengan terapi komplementer berupa terapi meditasi dan Yoga. Ada banyak bentuk meditasi yang mengajarkan cara mengamati pikiran, perasaan dan sensasi tanpa menghakimi. Meditasi dapat mengarahkan perhatian ke masa kini dengan rasa keterbukaan, ingin tahu dan penerimaan. Adanya meditasi dan yoga bisa menjadi kegiatan positif untuk mengurangi gangguan cemas dan stress yang dialami oleh masyarakat. Meditasi juga dapat mengontrol ingatan yang mengganggu seperti pengalaman yang traumatis, sehingga korban bencana dapat mengalihkan perhatian akan ingatan traumatis

menjadi strategi koping dan pemecahan masalah yang efektif (Lang, dkk., 2012 dalam Hasanah, Palhadad, Tasalim, 2021).

Yoga juga merupakan salah satu terapi komplementer yang dapat diberikan kepada korban bencana. Yoga biasanya menggabungkan beberapa gerakan/postur fisik, teknik pernapasan, relaksasi dan meditasi. Oleh sebab itu, yoga merupakan pendekatan holistic yang dianggap dapat mempersatukan tubuh, pikiran dan jiwa sehingga dapat memelihara Kesehatan fisik dan mental (Cramer, dkk, 2018 dalam Hasanah, Palhadad, Tasalim, 2021).

Meditasi dan yoga merupakan jenis olahraga tubuh, pikiran dan mental yang sangat membantu untuk menenangkan pikiran serta mengurangi kecemasan. Meditasi dan yoga yang dilakukan mencakup berbagai relaksasi, mengatur postur serta mengatur pernafasan selama 30 menit serta dilakukan secara terbimbing (Zuhrotunida, 2020 dalam Hasanah, Palhadad, Tasalim, 2021).

D. *Tapas Acupressure Technique*

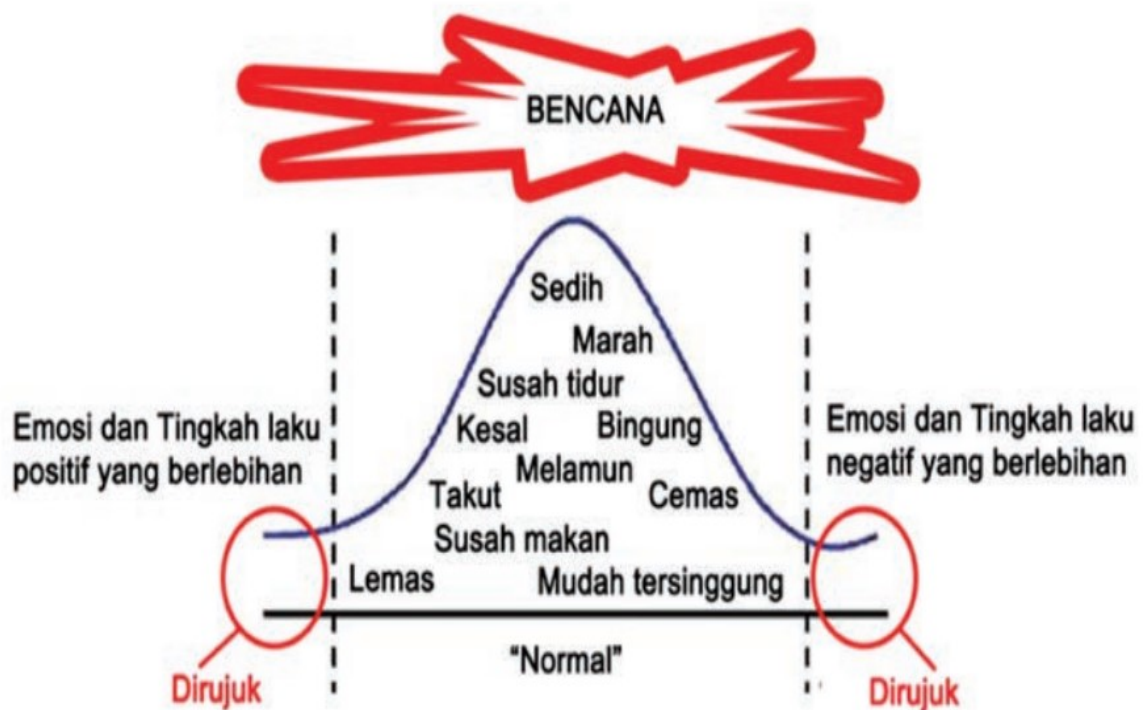
Tapas Acupressure Technique merupakan teknik terapi Psikologi yang sederhana tapi cukup efektif untuk dapat memberikan rasa tenang, damai, menyembuhkan luka batin, meningkatkan kesehatan dengan menangani masalah emosi dalam jangka waktu yang cepat (Apriliyanik, 2013 dalam Khotimah, Feriansyah, dan Muliani, 2020).

Tapas Acupressure Technique merupakan teknik acupressure pada titik akupuntur yang dapat memproduksi opioid endogen, meningkatkan produksi *neurotransmitter* seperti serotonin dan *Gamma Aminobutyric Acid (GAMA)*, serta regulasi *kortisol*, hormon utama dari stress. Biokimia ini merubah efek struktur otak untuk menurunkan cemas, memperlambat detak jantung, menciptakan rasa tenang, dan memotong respon *fight/freeze*. *Tapas Acupressure Technique* diberikan melalui langkah, yaitu mulai dari menekan titik akupuntur di kepala dengan mengarahkan perhatian melalui doa, bersyukur, memaafkan, melepaskan perasaan negatif dan pengalaman yang kurang menyenangkan dan mengurangi kecemasan (Fleming dalam Khotimah, Feriansyah, dan Muliani, 2020).

Tapas Acupressure Technique dapat menurunkan tingkat kecemasan dengan cara penekanan dengan menggunakan jari tangan pada titik acupressure di median tubuh, hal ini ditujukan untuk melepaskan neurotransmitter dan dopamine sehingga muncul rasa senang, dan tenang, melakukan *Tapas Acupressure Technique* 20 menit sehari selama 3 hari cukup efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan.

E. Rujukan Penanganan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Dalam masalah kesehatan jiwa dan psikososial, bila penyintas bencana diketahui membutuhkan penanganan masalah kesehatan jiwa lebih lanjut, maka keluarga atau pendamping di komunitas yang semula menanganinya dapat merujuk orang tersebut ke pusat layanan kesehatan jiwa dimana terdapat psikiater, psikolog atau perawat jiwa atau tenaga terlatih yang kompeten. Bila penyintas tersebut menunjukkan gangguan mental dan dianggap tidak mampu lagi ditangani di tempat lain maka sebagai rujukan terakhir adalah Rumah Sakit Jiwa (Yurianto, dkk., 2015).



Gambar 5.1. Tanda-tanda seseorang Butuh Rujukan

Berikut tanda-tanda seseorang perlu dirujuk:

1. Merasakan emosi negatif hampir setiap waktu dengan intensitas mendalam
2. Ada perubahan perilaku yang signifikan
3. Kesulitan melakukan kegiatan sehari-hari, terganggunya fungsi sosial
4. Tidak mampu memenuhi kebutuhannya sendiri
5. Sulit mengambil keputusan sendiri

6. Terus-menerus teringat pada insiden tersebut
7. Mudah terkejut, sering mimpi buruk
8. Menampilkan emosi yang datar
9. Kehilangan gairah hidup
10. Mengungkapkan keinginan untuk bunuh diri

Hal penting yang harus diingat adalah mengetahui apakah gangguan atau masalah yang ditemukan sudah dimiliki sebelum atau sesudah kejadian, sehingga penanganan yang diberikan juga bisa lebih tepat.

Berikut adalah piramida intervensi Kesehatan jiwa dan psikososial (Yurianto, dkk., 2015):



Gambar 5.2. Piramida Layanan Psikososial dan Kesehatan Jiwa di Daerah Bencana

PENUTUP

Modul ini membahas tentang Penyelenggaraan penanggulangan korban bencana di Indonesia yang dilakukan pada berbagai tahapan yang berpedoman pada kebijakan pemerintah yaitu Undang-Undang No. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dan Peraturan Pemerintah terkait lainnya yang telah memasukkan Pengurangan Risiko Bencana.

Penting memahami manajemen penanggulangan bencana yang terdiri dari manajemen risiko bencana, manajemen darurat bencana dan manajemen pemulihan bencana, dimana salah satu yang harus dilakukan adalah rehabilitasi, dengan melakukan salah satu upaya yaitu pemulihan sosial psikologis masyarakat. Pemulihan sosial psikologis adalah pemberian bantuan kepada masyarakat yang terdampak bencana agar dapat berfungsi kembali secara normal.

Tingginya frekuensi bencana yang terjadi akan membawa dampak yang tinggi pula, termasuk dampak terhadap kesehatan mental korban pasca bencana. Kondisi ini memerlukan upaya untuk mengentaskannya yang memerlukan perhatian menyeluruh dari berbagai pihak. Konselor dapat berpartisipasi dalam menangani masalah-masalah kesehatan mental pasca bencana. Peran dan ketrampilan konselor dalam menangani masalah kesehatan mental pasca bencana di Indonesia ini dirasa perlu untuk terus ditingkatkan seiring dengan meningkatnya intensitas bencana agar dapat menyelenggarakan pelayanan dengan maksimal.

LAMPIRAN

Contoh Lembar Ringkasan Hasil *Aessment*

Faktor	Deskripsi Situasi	Dampak pada kesehatan Mental
Lingkungan & Sarana Fisik		
Lingkungan Pengungsian	Tempat tinggal: jenis konstruksi, rasio luas/jumlah penghuni, proteksi (suhu udara, serangga, dll) terhadap penghuni, dll	Kesehatan, keamanan, kenyamanan, <i>self-esteem</i> , kebutuhan ruang privat, dll
	Lingkungan pengungsian kebersihan, ruang publik, dll	
Rumah tinggal	Prosentase rumah yang utuh, rusak ringan, rusak berat pada daerah bencana	Daya dukung lingkungan seperti keamanan, keselamatan dan kesehatan
	Kondisi shelters pada tahap emergency	Dampak psikologis di lingkungan pengungsian
Lingkungan tempat tinggal	Kondisi lingkungan tempat tinggal semula: tingkat kerusakan	Dampak psikologis seperti optimisme/pesimisme setelah melihat tingkat kerusakan
Sarana umum	Tempat ibadah, sekolah, balai pertemuan, teman main anak, dll	Ada kebutuhan ruang untuk bersama/bersosialisasi dan ibadah
Lingkungan sosial		
<i>Mortality rate</i> per keluarga inti	Besar/kecilnya korban meninggal	Perasaan kehilangan
<i>Social damage</i>	<i>Mortality rate</i> pada pimpinan masyarakat	Perasaan kehilangan sosial

Instansi pemerintah	Kerusakan fasilitas umum, kantor-kantor	Ada kebutuhan kepemimpinan setempat /pengayoman dari aparat
Infrastruktur kesehatan mental		
Infrastruktur dalam daerah bencana	Tingkat kerusakan/keberfungsian: PHC, rumah sakit	Kebutuhan layanan kesehatan yang meningkat
Infrastruktur di luar daerah bencana	Apa saja, bagaimana kapasitasnya	Kebutuhan dukungan sosial meningkat
Kondisi psikologis		
Emosi	Kesedihan, optimism/pessimism, etc	Stress, depresi
Kognisi	Konstruksi sosial: bagaimana masyarakat memaknai bencana	Ada ingatan pada peristiwa yang traumatis
Sikap dan motivasi	Rendahnya motivasi	Bisa/tidak bisa memaknai peristiwa bencana
Kondisi kesehatan mental		
Anak-anak	Kehilangan ruang bermain dan belajar	Kehilangan kegembiraan, Sakit-sakitan, malas dan murung
Remaja	Kehilangan ruang bersosialisasi dan mengembangkan diri	Pesimis, malas dan tidak bergairah
Wanita	Kelompok rentan bencana	Kesehatan menurun Tidak bahagia
Lansia	Kelompok rentan bencana	Kesehatan menurun Tidak bahagia
<i>Disabled</i>	Kelompok rentan bencana	Kesehatan menurun Tidak bahagia
<i>Rescue and relief workers</i>	Situasi darurat Tugas pekerjaan dengan bertambah tiba-tiba	Overload, stress, rasa empati, altruisme meningkat

<i>Bread winners</i>	Situasi darurat Pekerjaan bertambah tiba-tiba	Overload, stress, rasa empati, altruisme meningkat
<i>Sarana informasi dan knowledge</i>		
Akses informasi massa	Ada/tidak adanya akses informasi yang dapat dipercaya	Adanya kesiapsiagaan, sikap penerimaan atau justru didominasi kecemasan
Kebiasaan belajar masyarakat	Mudah/tidaknya masyarakat dalam menerima perubahan	Terdapat sikap terbuka/tertutup sehingga memudahkan/ menghambat adaptasi
<i>Kultur, sosial-politik, dll</i>		
Nilai dan norma yang relevan	Ada/tidaknya penolakan nilai dan budaya di luar budaya setempat	Sikap menerima /menolak bantuan dari luar
Konflik dan sentiment antar masyarakat	Ada/tidak adanya konflik yang sudah ada sebelum bencana	Adanya sikap penolakan, tidak sepaham, rasa iri

DAFTAR PUSTAKA

- Amri, M. R., Yulianti, G., Yunus, R., Wiguna, S., Adi, A. W., Ichwana, A. N., Randongkir, R. E., Septian, R. T. (2016). Risiko Bencana Indonesia. BNPB. https://inarisk.bnpb.go.id/pdf/Buku%20RBI_Final_low.pdf
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2007). Undang- Undang Nomo 24 tahun 2007, Tentang Penanggulangan Bencana.
- Hasanah, A., Pallhadah, M., Tasalim, R. (2021). Pengaruh Terapi Meditasi dan Yoga terhadap Gangguan Kecemasan Pasca Bencana Banjir di Desa Alat Kecamatan Hantakan. *Jurnal Suaka Insan Mengabdi (JSIM)*. 3(2). Hal. 44-44
- Indonesian Mental Health Association (IMHA). (2017). Panduan Praktis Dukungan Psikologis Pasca Bencana. <https://bikinflipchart.files.wordpress.com/2017/12/panduan-dukungan-psikologis-kebencanaan.pdf>
- Ifdil. (2014). Pelayanan Konseling Kesehatan Mental Pasca Bencana di Indonesia. *Jurnal Dialog Penanggulangan Bencana*. 5(1). Hal. 41-46.
- Ifdil & Ghani, F. A. (2017). Pengembangan dan Validasi Modul Konseling Pasca Bencana untuk Konselor. *Terapeutik – Jurnal Bimbingan dan Konseling*. 1(1). Hal. 13-23.
- Khotimah, N. I. H. H., Febriansyah, C., Muliani, R. (2020). Tapas Acuppressure Technique (TAT) 20 Menit Perhari dapat Menurunkan Tingkat Kecemasan Korban Pasca Bencana Banjir. *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung*. 12(2). Hal. 269-276
- Locally Led Disaster Preparedness and Protection Plan Indonesia (LLDPPPI). (2022). *Buku Saku Kesehatan Jiwa dan Dukungan Psikososial*.
- Nick. C. W. (1991). *Manajemen Penanggulangan Bencana*, Perpustakaan Nasional Data CIP. Manila, Philipina.
- Nashori, F. (2005). Refleksi Psikologi Terhadap Bencana Gempa dan Tsunami Aceh. UNISIA. No. 56/XXVIII/II/2005. <https://media.neliti.com/media/publications/221978-refleksi-psikologi-terhadap-bencana-gemp.pdf>
- Paidi. (2012). Pengelolaan Manajemen Risiko Bencana Alam di Indonesia. *Manajemen*. Tahun 29 Nomor 321. Hal. 37-46
- Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2008 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana.
- Prawitasari, J. E & Hidayat, R. Program Kesehatan Mental terpadu dalam Situasi Bencana. *Pengelolaan Kesehatan Masyarakat dalam Kondisi Bencana*. ISBN 978-979-15034-1-9, http://johana.staff.ugm.ac.id/wp-content/uploads/chpss_8.pdf
- Sari, E. Y. D. (2021). *Mengenal Tes Kepribadian Non Proyektif*. Jakarta Selatan. UM Jakarta Press.

Tim Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi. (2017). Modul Manajemen Penanggulangan Bencana – Pelatihan Penanggulangan Bencana Banjir. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia. Pusat Pendidikan dan Pelatihan Sumber Daya Air dan Konstruksi.

Undang-Undang R.I. Nomor: 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana.

Wahidah, N., Cuntini, C., Fatimah, S. (2019). Peran dan Aplikasi Asessment dalam Bimbingan dan Konseling. FOKUS. 2(2). Hal. 45-56

Widayatun & Fatoni, z. (2013). Permasalahan Kesehatan dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat. Jurnal Kependudukan Indonesia, 8(1). Hal. 37-50

Yuwanto, L., Hartanti, Tjong, Y. W., Eunike, P., Widyakristi, K. V., Halim, V. (2018). Intervensi Psikologi Bagi Penyintas Bencana. Cerdas Pustaka Publisher.

Yurianto, A. dkk. (2015). Modul Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan dalam Pengurangan Risiko Bencana Internasional. Pusat Krisis Kesehatan Republik Indonesia.