

Penerapan strategi penanggulangan penanganan PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) pada anak-anak dan remaja

Ira Palupi Inayah Ayuningtyas

Universitas Negeri Semarang, Semarang, Indonesia | ✉ iratyas85@gmail.com

Abstract

Coping strategy is a strategy to overcome the negative emotions that accompany it (Emotion Focused Coping). Handling or counseling the counselor in facing clients who experience PTSD, especially by children or adolescents who require intervention to apply coping strategies in patients with PTSD and counselors collaborate with parents as the closest people. Crisis counseling services using coping strategies is one of the efforts to help trauma victims or clients in crisis conditions using counseling approaches. The purpose of crisis counseling or traumatic counseling is to help restore psychological conditions so that clients gain an understanding of the events and receive traumatized feelings, free from post-traumatic disorders, realistic thinking that trauma is part of the journey of life, normally returning (Resilience). Therefore, the counselor needs to have a thorough understanding of the client's crisis conditions in overcoming the traumatic symptoms that arise. So counselor can provide the right strategy in dealing with PTSD sufferers.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Coping Strategy

How to Cite: Ira Palupi Inayah Ayuningtyas. (2017). Penerapan strategi penanggulangan penanganan PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) pada anak-anak dan remaja. In Ifdil & Krishnawati Naniek (Eds.), *International Conference: 1st ASEAN School Counselor Conference on Innovation and Creativity in Counseling* (pp. 47-56). Yogyakarta: IBKS Publishing.

© 2017. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pendahuluan

Masa anak-anak adalah masa yang paling penting dalam menyelesaikan tahap perkembangan yang harus mereka lalui. Banyak reaksi yang ditampilkan oleh anak-anak dan remaja yang telah terkena peristiwa traumatis yang mirip atau identik dengan perilaku yang profesional kesehatan mental melihat setiap hari dalam praktek mereka.

Kecemasan bahkan gangguan stres yang terjadi pada anak akan sangat menghambat perkembangan mereka. Anak dan remaja sangat rentan untuk mengembangkan mordibitas psikologi

setelah peristiwa traumatis. Gangguan kecemasan yang dapat terjadi setelah mengalami atau menyaksikan suatu peristiwa traumatik yang disebut dengan PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Anak yang mengalami Gangguan Stres Pasca Traumatik (PTSD) ini unik diantara gangguan yang sejenisnya pada masa kanak-kanak dan remaja. Peristiwa yang menimbulkan trauma diantaranya adalah termasuk fisik atau pelecehan seksual atau penganiayaan, cedera, kekerasan di jalan raya, trauma perang, luka bakar yang parah, dan bencana alam. Sejumlah studi telah meneliti gejala yang jelas ketika anak-anak dihadapkan pada trauma besar, seperti kekerasan dalam rumah atau komunitas, paparan bencana alam, perang, bencana buatan manusia, penyakit medis yang serius, kecelakaan, dan kekerasan seksual bahkan anak-anak yang menyaksikan pertengkaran orang tua atau KDRT. Anak yang mengalami Gangguan Stres Pasca Traumatik (PTSD) ini unik diantara gangguan yang sejenisnya pada masa kanak-kanak dan remaja, persyaratan dari sebuah komunitas Etiopsthogrnic dengan bertahan seperti pada orang dewasa hal ini ditandai oleh sekelompok gejala yang berkembang sebagai akibat dari peristiwa yang menimbulkan trauma yang sebenarnya melibatkan atau mengancam kematian atau cedera atau mengancam integritas fisik dari diri sendiri atau orang lain. Penyebab Gangguan Stres Pasca Traumatik (PTSD) salah satunya disebabkan karena Anak-anak yang sangat rentan dan biasanya menjadi saksi peristiwa kekerasan dalam lingkup keluarga dapat mengalami gangguan fisik, mental dan emosional. Ekspos kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) pada anak dapat menimbulkan berbagai persoalan baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Makara Seri Sosial Humaniora, 2013, 17(1): 33-42). Akibat pengalaman peristiwa tersebut dapat menyebabkan dalam jangka pendek seperti: ancaman terhadap keselamatan hidup anak, merusak struktur keluarga, munculnya berbagai gangguan mental. Sedangkan dalam jangka panjang memunculkan potensi anak terlibat dalam perilaku kekerasan dan pelecehan di masa depan, baik sebagai pelaku maupun korbannya.

Peristiwa yang dianggap traumatik yang lebih banyak terjadi pada anak-anak atau remaja yang diperlukan kemampuannya agar dapat mengatasi trauma tersebut. Selama peristiwa traumatik ada layanan secara adaptif, stressmediating sistem syaraf (misalnya: sumbu hypothalamic adrenal pituitary dan sistem simpatik syaraf) yang pada gilirannya, menghasilkan adaptif secara fisiologis, perilaku, emosional dan kognitif. DSM-IV TR sebagai persyaratan dari sebuah respon subyektif untuk mengakui bahwa reaksi individu yang menimbulkan trauma memainkan peranan penting dalam menentukan perkembangan PTSD.

Dalam mengenali anak-anak dan remaja dengan PTSD mungkin memiliki gejala yang berbeda dibandingkan dengan orang dewasa, pola yang lebih dari studi baru-baru ini dengan menggunakan alternatif kriteria PTSD telah menunjukkan kebutuhan yang optimal diagnostik yang lebih dari sebuah perkembangan yang sensitif, berlaku, dan stabil untuk membuat diagnosis pada anak pra sekolah.

Permasalahan-permasalahan yang dihadapi tersebut memerlukan pemecahan sebagai upaya untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi terhadap masalah dan tekanan yang menimpa mereka. Konsep untuk memecahkan permasalahan ini disebut dengan coping. Anak-anak dan remaja memerlukan dukungan dan bantuan dari orang dewasa dalam menghadapi kecemasan yang dialami setelah mengalami kejadian traumatis. Sehingga anak dan remaja penderita PTSD mampu menghadapi dan menyesuaikan permasalahan tersebut. Penyesuaian mengandung pengertian yang lebih luas jika dibandingkan dengan coping, yaitu semua reaksi terhadap tuntutan baik yang berasal dari lingkungan maupun yang berasal dari dalam diri seseorang. Sedangkan coping dikhususkan pada bagaimana seseorang mengatasi tuntutan yang menekan (Rustiana, 2003) dalam *Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi*, Vol 11 No 1, 2009).

Maka dalam menangani PTSD pada anak harus dilihat gejala-gejala yang mempengaruhi dan reaksi sosial, psikologis bahkan biologisnya, sehingga konselor dapat melakukan pendekatan dan pendampingan pasca pengobatan untuk menurunkan PTSD pada anak. Dalam artikel ini akan

membahas mengenai konseptual secara keseluruhan dari PTSD pada anak dan remaja serta strategi coping bagi orang tua yang mempunyai anak menderita PTSD anak dan remaja itu sendiri yang sedang mengalami gangguan kecemasan / PTSD.

Pembahasan

Posttraumatic Stress Disorder/PTSD adalah gangguan kecemasan yang dapat terjadi setelah mengalami atau menyaksikan suatu peristiwa traumatik (Nutt, 2009). Peristiwa yang menimbulkan trauma termasuk fisik atau pelecehan seksual atau penganiayaan, cedera, kekerasan di jalanan, kecelakaan lalu lintas, trauma perang, luka bakar yang parah, dan bencana alam lainnya (Nutt, 2009). Peristiwa ini dianggap traumatik karena dialami oleh anak-anak dan remaja yang dirasakan kemampuannya untuk mengatasinya. Selama peristiwa traumatik ada rekrutmen dari adaptif, stressmediating sistem syaraf (misalnya hypothalamic adrenal pituitary dan sistem syaraf simpatik) yang pada gilirannya menghasilkan adaptif fisiologis, emosional dan kognitif. Anak yang mengalami Gangguan Stres Pasca Traumatik (PTSD) ini unik diantara gangguan yang sejenisnya pada masa kanak-kanak dan remaja. Peristiwa yang menimbulkan trauma termasuk fisik atau pelecehan seksual atau penganiayaan, cedera, kekerasan di jalan raya, trauma perang, luka bakar yang parah, dan bencana alam.

Menurut Levers (2012) menyatakan bahwa PTSD ditandai oleh tiga set gejala inti, yaitu *reexperiencing*, penghindaran, dan *hyperarousal*, yang bertahan selama lebih dari 1 bulan. Selama perawatan psikologis, atau dalam kinerja aktivitas sehari-hari, gejala inti dapat menyebabkan kecemasan berlebihan, yang dapat menimbulkan hambatan dalam mengekspresikan emosi perasaan, keyakinan, dan reaksi yang tidak bisa dilakukan secara signifikan. Selain itu PTSD ditandai dengan sekelompok gejala yang mencakup pikiran yang terus menerus terganggu, penghindaran, dan *hyperarousal*. Tanda-tanda ini dapat ditunjukkan melalui perilaku seperti impulsif, agresi, atau bahkan depresi (American Psychiatric Association [APA], 2000; Davis, Ingggris, Ambrose, & Petty, 2001 dalam Levers, 2012). Klasifikasi umum jenis trauma psikologis atau fisik yang dapat menginduksi PTSD mencakup penyalahgunaan (mental, fisik, seksual, atau lisan), bencana (kecelakaan, bencana alam, atau terorisme), serangan kekerasan (kekerasan, perkosaan, atau baterai), dan eksposur (obyek yang rentan terhadap resiko). Traumatis dan distres jangka pendek kebnyakan terjadi pada anak-anak dan remaja. Ketahanan dalam menghadapi traumatic tersebut biasanya menghasilkan penurunan baik secara psikologis maupun gangguan perkembangan yang normal (APA, 2008 dalam Journal Internasional Angie J. Smith September 26, 2014).

Menurut Levers (2012) menyatakan bahwa Pasien yang terus mengembangkan PTSD (gangguan stres pasca trauma) setelah terpapar stres dan peristiwa traumatik menunjukkan tanda-tanda khas dari gangguan tersebut, yang meliputi *reexperiencing* (gejala mengalami kembali peristiwa yang menyebabkan trauma), menghindari dari lingkungan, dan *hyperarousal* (teragitasi). Selanjutnya, gejala ini diungkapkan dalam hubungannya dengan perasaan takut dan tidak berdaya. Seperti halnya yang dikemukakan dalam Jurnal Internasional Khusus Pendidikan, Vivian (Vol 28, No; 1, 2013) mengukur bahwa Skala yang diukur dua dimensi dari PTSD: intrusi terkait trauma dan menghindari seperti kesulitan tidur, merasa seolah-olah

itu tidak terjadi atau tidak nyata, mencoba untuk tidak berbicara tentang hal itu, merasa mudah tersinggung dan marah.

Timbulnya gangguan ini juga ditandai dengan tiga subtype yang berbeda dari PTSD, yaitu: akut, kronis, dan onset/gejala yang tertunda. Subtype PTSD akut memiliki onset/tanda-tanda atau gejala suatu penyakit yang sangat cepat setelah gejala tersebut, dengan gejala yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala PTSD kronis dapat berlangsung 3 bulan atau lebih. Akhirnya, gejala pasien tertunda mungkin mulai mengalami gejala PTSD 6 bulan atau paparan berikut lebih lama untuk peristiwa traumatis (APA, 2000 dalam Levers, 2012).

Diakui bahwa peristiwa traumatis dapat menyebabkan reaksi psikologis yang signifikan (Nutt, 2009). Empat jenis yang berbeda dari respon telah dijelaskan (Nutt, 2009) :

- 1) Respon tangguh di mana tidak ada gejala psikologis yang hadir tak lama setelah kejadian atau kemudian,
- 2) Respon tertunda di mana gejala psikologis secara bertahap berkembang dari waktu ke waktu, respon berkepanjangan di mana gejala psikologis nyata segera dan tidak berkurang dari waktu ke waktu respon pemulihan di mana individu pengalaman gejala psikologis awalnya yang kemudian secara bertahap mengurangi dari waktu ke waktu.

Trauma psikologis dapat menyebabkan perubahan yang tidak signifikan dalam *neurochemical* dan fungsi neurobiologis. Trauma kehidupan awal telah terbukti menjadi faktor risiko tidak bisa signifikan untuk pengembangan penyakit jiwa di kemudian hari, termasuk PTSD, gangguan kecemasan lainnya, dan depresi (Levers, 2012). Perubahan neurobiologis dan neurokimia yang terjadi sebagai akibat dari stres kehidupan awal akan mengendap dan terakumulasi dikemudian hari (Heim & Nemeroff, 1999, 2001).

Menurut SAMHSA (2011) mengatakan bahwa Pada tahun 2009, Johnsen dan Asbjørnsen mempelajari peran strategi encoding dalam mempelajari materi baru pada pasien dengan PTSD dan menemukan bukti penggunaan gangguan strategi organisasi, menunjukkan bahwa gangguan tersebut mengganggu proses eksekutif digunakan sambil belajar materi baru. Para peneliti menyarankan- gested yang spesifik c intervensi diarahkan ini gangguan memori verbal dapat memberikan veteran dengan prognosis pendidikan yang lebih baik.

Pasien datang dengan sikap gugup, agitasi, gangguan tidur, hypervigilance, dan memori pengolahan pikiran yang meningkat yang terpusat pada otak dan sumsum tulang belakang. Pasien dapat hadir dengan gejala fisiologis atau somatik kecemasan, seperti tekanan darah tinggi; pernapasan yang cepat dan dangkal; serta tremor. Tipe lain dari perubahan fisiologis yang unik untuk PTSD, berbeda dengan gangguan kecemasan lainnya, melibatkan SSP dan adaptasi perifer respon tubuh terhadap hormon corticotropin-releasing (CRH) dari kelenjar hipofisis, yang terletak di bagian anterior basal otak (Levers, 2012).

Levers (2012) mengatakan bahwa pasien yang mengalami hubungan yang kasar, korban kekerasan fisik atau mental, hidup yang penuh serangan kekerasan atau overtures, menyaksikan tindakan kekerasan atau peristiwa traumatis, atau berada pada situasi kekerasan atau mengganggu tidak selalu menyebabkan seseorang untuk mengembangkan PTSD. Pengalaman menyaksikan dan mengalami KDRT adalah suatu peristiwa traumatis karena kekerasan dilakukan oleh orang-orang yang terdekat bagi anak, keluarga yang

semestinya memberikan rasa aman, justru menampilkan dan memberikan kekerasan yang menciptakan rasa takut serta kemarahan. Pengalaman traumatis anak menyaksikan dan mengalami KDRT sering ditemukan sebagai prediktor munculnya problem psikologis di masa depan, seperti: penelantaran dan pelecehan secara fisik dan psikologis pada anak. problem perilaku eksternalinternal, serta berbagai perilaku beresiko seperti merokok, penyalahgunaan zat dan perilaku seks beresiko.

Pada jangka panjang, problem-problem ini juga akan menunjukkan pengaruhnya pada masa dewasa, yaitu ketidakmampuan mengembangkan kemampuan *coping* yang efektif. Kebanyakan anak-anak ini akan menjadi orang-orang dewasa yang rentan terhadap depresi dan menunjukkan gejala-gejala traumatis, hingga akhirnya beresiko tinggi menjadi pelaku KDRT atau relasi intim yang mereka jalin ketika dewasa (Robinson, 2007 dalam Jurnal Internasional khusus Pendidikan Vol 28, No: 1, 2013). Pengalaman menyaksikan KDRT pada masa kanak telah diketahui sebagai salah satu faktor penting yang dapat menjelaskan terjadinya KDRT atau kekerasan dalam relasi intim di masa dewasa. Anak laki-laki yang tumbuh dalam keluarga yang mengalami kekerasan memiliki resiko tiga kali lipat menjadi pelaku kekerasan terhadap isteri dan keluarga mereka di masa mendatang; sedangkan anak perempuan saksi KDRT akan berkembang menjadi perempuan dewasa yang cenderung bersikap pasif dan memiliki resiko tinggi menjadi korban kekerasan di keluarga mereka nantinya (Arrigo, 2005; Holt, Buckley, & Whelan, 2008 dalam Makara Seri Sosial Humaniora, 17(1): 33-42 2013). Pengalaman menyaksikan, mendengar, mengalami kekerasan dalam lingkup keluarga menimbulkan pengaruh-pengaruh negatif pada keamanan, stabilitas hidup dan kesejahteraan anak. Pengalaman traumatis KDRT dapat menghasilkan korban langsung (yang langsung mengalami kekerasan) dan korban tidak langsung (yang menyaksikan kekerasan). Keduanya dapat mengalami pengaruh negatif pengalaman kekerasan. Beberapa penelitian sebelumnya menemukan bahwa anak korban langsung kekerasan (pelecehan dan pengabaian) dan korban tidak langsung KDRT sama-sama memiliki kerentanan mengalami trauma; hingga pada akhirnya juga memiliki kemungkinan dapat terlibat dalam relasi intim yang diliputi kekerasan di masa dewasanya (Appel & Holden, 1998; Capaldi *et al.*, 2001; Dalam Makara Seri Sosial Humaniora, 17(1): 33-42 2013).

Demikian pula, penelitian di pra sekolah pada kelompok usia dari 2-6 tahun dan 7-10 tahun (n = 60) yang terkena kecelakaan kendaraan bermotor di mana kajian untuk ASD dan PTSD, masing-masing, dilakukan 2-4 minggu dan lagi pada 6 bulan menggunakan kedua kriteria DSM-IV, dan kriteria alternatif (yaitu, pengurangan diperlukan sejumlah yang disahkan untuk menghindari gejala dari 3 untuk 1 dan penghapusan kriteria DSM-IV A2 mengenai kriteria respon emosional tersebut), menemukan bahwa tingkat PTSD adalah 10% menggunakan kriteria alternatif dibandingkan dengan 1,7% menggunakan standar kriteria DSM-IV (Nutt, 2009). Alternatif kriteria juga menunjukkan lebih baik prediksi validitas dan stabilitas dari waktu ke waktu dengan 69 % anak didiagnosis dengan ASD setelah trauma, dengan mempertahankan sebuah diagnosis dari PTSD 6 bulan.

PTSD yang dialai oleh anak akan menghambat perkembangan anak pada fase berikutnya. Adapun gejala yang ditimbulkan dari penderita PTSD pada anak diantaranya adalah Cluster, terakhir hyperarousal, memerlukan sedikitnya dua gejala (kesulitan tidur, iritabilitas atau marah yang berlebihan, kesulitan berkonsentrasi, hypervigilance, dan peningkatan reaksi

mengejutkan). Hyperarousal dapat hadir dengan berbagai gejala fisik pada anak-anak, termasuk sakit kepala dan sakit perut/lambung. Selain anak-anak, remaja juga sangat rentan dengan gejala PTSD. Remaja dengan PTSD memiliki resiko yang jauh lebih besar dari risiko gangguan *co-occurring*, baik dalam hidup mereka maupun masa lalunya. Nutt (2012) menyatakan bahwa Giaconia dan rekannya di komunitas studi remaja yang lebih tua, melaporkan bahwa empat dari lima remaja dengan PTSD setidaknya satu tambahan gangguan dan lebih dari dua dari empat remaja memiliki dua atau lebih gangguan lain dalam hidupnya. Juga, lebih dari 40% dari remaja dengan PTSD, dibandingkan dengan kurang dari 8% dari teman sebayanya, yang paling utama adalah depresi dengan usia 18 tahun dengan PTSD biasanya sebelum atau terjadi pada usia yang sama seperti depresi untuk para remaja dengan kedua gangguan. Sebaliknya, awal dari ketergantungan alkohol didahului dari PTSD di sekitar setengah dari kasus ini.

Dari berbagai penyebab terjadinya gejala atau gangguan stress pasca traumatis yang dialami oleh beberapa anak dan remaja maka perlu adanya intervensi yang diberikan oleh konselor serta dukungan dari orang terdekat yaitu orang tua untuk membantu proses penyembuhan anak atau remaja yang mengalami PTSD. Tergantung dari tingkat PTSD yang diderita (kronis, akut, parah dan ringan). Orang yang didiagnosis dengan PTSD ringan mungkin tidak perlu obat dalam proses psikoterapi. Namun pasien dengan diagnosa PTSD ringan kronis, PTSD akut, dan PTSD kronis yang parah akan diberikan modalitas pengobatan ganda yang kombinasikan oleh farmakoterapi dan psikoterapi. Oleh karena itu, pilihan apakah iya atau tidak untuk menggunakan obat didasarkan pada keparahan dan durasi gejala. Remaja yang mengalami PTSD, menghadapi kesulitan dalam sosial, akademik, kognitif dan emosional, dan penderita PTSD yang tidak bisa ditangani dengan cepat adalah berada pada meningkatnya resiko bunuh diri, bahkan upaya untuk bunuh diri.

Permasalahan-permasalahan yang dihadapi tersebut memerlukan pemecahan sebagai upaya untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi terhadap masalah dan tekanan yang menimpa mereka terutama pada anak-anak atau remaja. Konsep untuk memecahkan permasalahan ini disebut dengan *coping*. Kata *coping* sendiri berasal dari kata *cope* yang dapat diartikan sebagai menghadapi, melawan ataupun mengatasi, walaupun demikian belum ada istilah dalam bahasa Indonesia yang tepat untuk mewakili istilah ini. Pengertian *coping* hampir sama dengan penyesuaian (*adjustment*). Perbedaannya, penyesuaian mengandung pengertian yang lebih luas jika dibandingkan dengan *coping*, yaitu semua reaksi terhadap tuntutan baik yang berasal dari lingkungan maupun yang berasal dari dalam diri seseorang. Sedangkan *coping* dikhususkan pada bagaimana seseorang mengatasi tuntutan yang menekan (Rustiana, 2003 dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 2012).

Menurut Qun G. Jiao, (Volume 16 Nomor 2, 2013) penelitian yang dilakukan adalah dengan penelitian yang telah berfokus pada bereksperimen dan menilai praktik pembelajaran yang efektif yang dipercaya untuk membantu mengurangi kecemasan dan perasaan negatif yang terkait dengan kursus metodologi penelitian.

Menurut Taylor (dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol. 11; No 1, 2012) terdapat empat tujuan *coping*, yaitu:

1. Mempertahankan keseimbangan emosi,

2. Mempertahankan *selfimage* yang positif,
3. Mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap kajian negatif,
4. Tetap melanjutkan hubungan yang memuaskan dengan orang lain.

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 2012) *coping* terdiri atas strategi yang bersifat kognitif dan behavioral. Strategi tersebut adalah:

- a. Strategi yang digunakan untuk mengatasi situasi yang menimbulkan stres (*Problem Focused Coping*). *Problem Focused Coping* adalah strategi dengan cara menyelesaikan masalah yang dihadapi, sehingga individu segera terbebas dari masalahnya tersebut. Bentuk strategi *coping* ini adalah:
 - 1) *Exercised Caution (Cautiousness)*. Individu berpikir dan mempertimbangkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang tersedia, meminta pendapat orang lain, berhati-hati dalam memutuskan masalah serta mengevaluasi strategi yang pernah dilakukan sebelumnya.
 - 2) *Instrumental Action*. Tindakan individu yang diarahkan pada penyelesaian masalah secara langsung, serta menyusun langkah yang akan dilakukannya.
 - 3) *Negotiation (Negosiasi)*, merupakan beberapa usaha oleh seseorang yang ditujukan kepada orang lain yang terlibat atau merupakan penyebab masalahnya untuk ikut menyelesaikan masalah.
- b. Strategi *coping* untuk mengatasi emosi negatif yang menyertainya (*Emotion Focused Coping*). Strategi ini untuk meredakan emosi individu yang ditimbulkan oleh stressor (sumber stres), tanpa berusaha untuk mengubah suatu situasi yang menjadi sumber stres secara langsung. Bentuk strategi *coping* ini adalah:
 - 1) *Escapism (Menghindar)*. Perilaku menghindari masalah dengan cara membayangkan seandainya berada dalam suatu situasi lain yang lebih menyenangkan, menghindari masalah dengan makan ataupun tidur, bisa juga dengan merokok ataupun meneguk minuman keras.
 - 2) *Minimization (Pengabaian)*. Tindakan menghindari masalah dengan menganggap seakan-akan masalah yang tengah dihadapi itu jauh lebih ringan daripada yang sebenarnya.
 - 3) *Self Blame (Menyalahkan Diri)*. Merupakan strategi yang bersifat pasif yang lebih diarahkan ke dalam, daripada usaha untuk keluar dari masalah.
 - 4) *Seeking Meaning (Berdoa)*. Suatu proses dimana individu mencari arti kegagalan yang dialami bagi dirinya sendiri dan mencoba mencari segi-segi yang menurutnya penting dalam hidupnya. Dalam hal ini individu coba mencari hikmah atau pelajaran yang bisa dipetik dari masalah yang telah dan sedang dihadapinya.

Menurut Pareek (dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 20012) terdapat delapan strategi *coping* yang biasa digunakan, yaitu:

1. *Impunitive* yaitu menganggap tidak ada lagi yang dapat dilakukan dalam menghadapi tekanan dari luar
2. *Intropunitive* yaitu tindakan menyalahkan diri sendiri saat menghadapi masalah
3. *Ekstrapunitive* yaitu melakukan tindakan agresi saat bermasalah
4. *Defensiveness* yaitu melakukan pengingkaran atau rasionalisasi

5. *Impersistive* yaitu merasa optimis bahwa waktu akan menyelesaikan masalah dan keadaan akan membaik kembali
6. *Intrapersistive* yaitu mengharap orang lain akan membantu menyelesaikan masalahnya
7. *Interpersistive* yaitu percaya bahwa kerjasama antara dirinya dengan orang lain akan dapat mengatasi masalah
8. *Intropersistive* yaitu individu percaya bahwa harus bertindak sendiri untuk mengatasi masalahnya.

Manfaat dari strategi *coping* adalah pada intinya agar seseorang tetap dapat melanjutkan kehidupan selanjutnya walaupun memiliki masalah, yaitu untuk mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan *self image* yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap kajian negatif dan tetap melanjutkan hubungan yang memuaskan dengan orang lain (Firdaus, 2004 dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 2012). *Coping* merupakan reaksi terhadap tekanan yang berfungsi memecahkan, mengurangi dan menggantikan kondisi yang penuh tekanan (Hapsari, dkk, 2002, dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 2012). Perilaku *coping* juga diartikan sebagai tingkah laku dimana individu melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya, dengan tujuan menyelesaikan tugas atau masalah. Jika individu dapat menggunakan perilaku *coping*nya dengan baik maka ia dapat melakukan penyesuaian sosial dengan baik pula. Terutama strategi yang diterapkan pada anak dan remaja yang mengalami pasca traumatic dengan tujuan agar mereka dapat menyesuaikan dengan lingkungannya serta dapat menjalani kehidupan layaknya anak dan remaja lain yang sehat dan normal.

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Jurnal Ilmiah Berskala Psikologi, Vol 11 No 1, 2012) menyatakan bahwa strategi *coping* yang merupakan respon individu terhadap tekanan yang dihadapi secara garis besar dibedakan atas dua fungsi utama yaitu: *Problem Focused Coping* (PFC) dan *Emotional Focused Coping* (EFC). PFC atau yang biasa disebut strategi menghadapi masalah yang berorientasi pada masalah merupakan usaha yang dilakukan oleh individu dengan cara menghadapi secara langsung sumber penyebab masalah. EFC atau yang biasa disebut strategi menghadapi masalah yang berorientasi pada emosi merupakan perilaku yang diarahkan pada usaha untuk menghadapi tekanan tekanan emosi atau stress yang ditimbulkan oleh masalah yang dihadapi. Adapun tujuan dari artikel ini adalah untuk mengetahui orientasi strategi *coping* yang digunakan oleh penderita PTSD yang masih ringan dalam bentuk perilaku *coping* yang digunakan, dan dampak perilaku *coping* tersebut bagi penderita tersebut dan orang tua yang menghadapi anak yang menderita PTSD. Ketahanan dalam menghadapi permasalahan yang menyebabkan kecemasan atau gangguan stres merupakan ketahanan kreatif. Ketahanan kreatif adalah kemampuan untuk menghasilkan pemecahan masalah yang fleksibel selama acara stres daripada menghindari mereka atau emosional runtuh dalam kecemasan yang benar-benar meningkatkan respon stres (Endler dan Parker 1994 dalam American Journal, 2016). Perilaku berorientasi tugas merupakan sarana yang efektif untuk mengatasi situasi stres.

Maka dari itu, Penting bagi semua tenaga profesional yang terlibat dalam perawatan pasien PTSD untuk menyadari setiap perubahan yang terjadi pada pasien atau kliennya, baik

secara mental maupun fisik (Levers, 2012). Dalam hal ini adalah konselor yang berkolaborasi dengan orang tua dalam mendampingi anak dan remaja dalam mengelola emosi negatif mereka supaya reaksi emosi yang dimunculkan oleh mereka dapat dikelola dengan baik dan perlahan mereka dapat menyelesaikan dan menghadapi masalahnya secara mandiri. Pengobatan pasien pasca traumatic akan melibatkan banyak disiplin ilmu, dan perawatan yang optimal bagi mereka yang menderita gangguan tersebut membutuhkan pendekatan terpadu yang seperti tadi sudah dijelaskan yaitu antara konselor dengan orang tua. Dalam interaksi normal, konselor adalah peran yang memiliki posisi yang paling baik untuk mengamati pasien terkait gejala inti serta munculnya efek samping.

Menurut Levers (2012) apabila klien atau pasien yang datang dengan efek samping tak tertahankan, seperti memburuknya kecemasan, mual, sakit kepala, pusing, atau tidak ter kendalinya aspek psikomotorik perlu dirujuk ke dokter untuk dilakukan evaluasi lebih lanjut. Oleh karena itu, aksesibilitas konselor harus ditambah dengan membangun terapi aliansi, memberikan fasilitas "rumah kliring" yang sempurna untuk perbaikan gejala psikologis, sambil menghindari efek samping atau efek samping obat yang mungkin menyebabkan pasien menjadi individu atau kelompok kecanduan pengobatan bagi penderita PTSD berat atau kronis. Hal ini bukan berarti bahwa konselor bertanggung jawab untuk semua aspek klinis perawatan. Tetapi konselor memberikan intervensi kepada klien penderita PTSD dengan menggunakan strategi coping yang diberikan kepada penderita PTSD.

Maka dari itu, Profesional kesehatan perlu menyadari munculnya gejala psikologis dari kondisi krisis dan gangguan pasca trauma, sehingga mereka dapat melakukan perujukan pasien kepada tim perawatan yang lebih spesifik secara tepat. Perawatan terpadu antara ranah kesehatan dan profesional kesehatan mental mencakup segala aspek, sehingga semua aspek perawatan pasien dapat dikelola dengan baik. Dalam hal ini konselor menerapkan strategi coping yang digunakan pada anak dan remaja dalam mengelola gangguan emosi, gangguan stres serta kecemasan yang mereka alami agar supaya mereka dapat menangani atau mengelola emosi mereka dengan baik dalam menghadapi permasalahan yang dialaminya secara mandiri.

Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan artikel diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa remaja dan anak yang menderita pasca traumatis atau PTSD dapat mempunyai orientasi penyelesaian masalah yang berfokus pada cara atau strategis untuk menyelesaikan masalah atau Problem Focused Coping yang diberikan oleh konselor atau orang tua mereka sebagai pendamping dan membantu dalam menggunakan strategi tersebut dalam menghadapi permasalahan tersebut. Dengan memberikan berbagai alternatif strategi coping yang harus mereka terapkan serta orang tua memberikan pengertian tentang keadaan yang dialami oleh anak mereka kepada masyarakat atau lingkungan mereka sehingga anak dan remaja akan lebih mudah dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Hal itu akan sangat membantu dalam proses penyembuhan serta proses anak dan remaja dalam menghadapi permasalahan yang terjadi sehingga anjak dan remaja dapat menyesuaikan diri dengan baik dan melupakan peristiwa yang pernah terjadi sebelumnya. Selain itu, penderita PTSD dapat merasakan perubahan

yang positif terhadap apa yang mereka dapatkan dari lingkungan sekitar yaitu dukungan sehingga akan mempermudah anak dan remaja dalam menggunakan strategi tersebut dan anak serta remaja dapat menjalani kehidupan selanjutnya dengan normal sesuai dengan perkembangannya.

Referensi

- Angie J. Smith. 2014. *PTSD in Children and Adolescents: The Aftermath of Parental Incarceration among Children and Adolescents*. September 26. Within the African-American Community
- Erfort, T. 2004. *Professional School Counseling: a Handbook of Theories, Program & Practices*. Texas: CAPS Press
- Hadadian, Azar. 2015. *Stress Levels Of Kuwaiti Mothers Of Children With Sld: Does Work And Educational Status Matter?*. International Journal Of Special Education Vol 30, No: 1. Ministry Of Education, Kuwait Charles Stuart University.
- Khamis, Vivian. 2013. *Psychosocial Adjustment In Siblings Of Children With War-Related Injuries*. International Journal of Special Education Vol 28, No: 1. American University of Beirut.
- Levers, Liza Lopes. 2012. *Trauma Counseling Theories and Interventions*. New York: Springer Publishing Company
- Margaretha. 2013. *Trauma Kekerasan Masa Kanak dan Kekerasan dalam Relasi Intim*. Makara Seri Sosial Humaniora, 17(1): 33-42. Fakultas Psikologi, Universitas Airlangga, Surabaya 60286, Indonesia
- Nutt, D. J. 2009. *Posttraumatic Stress Disorder: Diagnostik, Menejement, and Treatment*. UK. InformaHealthcare
- Sulistyo, W Desi. 2012. *Strategi Coping Orang Tua Menghadapi Anak Autis*. Indigenous, Jurnal Ilmiah Berkala Psikologi Vol. 11, No. 1 : 26-35. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Thomson, Paula. 2016. *Creativity, Coping, and PTSD in Talented Dancers and Athletes*. American Journal of Play, volume 8, number 3. Visiting The Muses.
- Qun, G Jiao. 2013. *The Role of Study Coping and Examination-Taking Coping Strategies*. Cooperative Group Performance in Graduate Research Methodology Courses. Volume 16 Number 2. College Quarterly.