

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan beberapa literatur yang meliputi tinjauan teoritis dan tinjauan empiris. Tinjauan teoritis meliputi konsep tentang bencana (*disaster*), dampak terjadinya bencana, respon kehilangan dan berduka akibat bencana, manajemen bencana, peran perawat kesehatan jiwa dalam pengelolaan bencana, dan teori model sistem adaptasi Roy sebagai landasan teoritis dalam penelitian ini. Sementara untuk tinjauan empiris akan dijelaskan beberapa hasil penelitian terkait dengan kejadian bencana. Selanjutnya dari tinjauan teoritis dan empiris ini disusun kerangka pikir penelitian.

A. Definisi, Jenis dan Fase Bencana

Berbagai musibah dan bencana alam yang terjadi dalam dua dasawarsa terakhir ini tidak bisa lepas dari pengaruh kondisi geografis Indonesia dan ulah manusia. Dilihat dari kondisi geografis, Indonesia adalah negara maritim yang memiliki ribuan pulau besar dan kecil yang terletak di antara lempengan tektonis Euro-Asia dan lempengan Indo-Australia. Disamping itu bencana juga dapat terjadi karena ulah manusia seperti mengeksploitasi hutan yang berlebihan sehingga menyebabkan terjadinya bencana alam seperti gempa bumi, Tsunami, banjir dan tanah longsor di berbagai daerah wilayah Indonesia. Dengan demikian fenomena semburan lumpur Lapindo juga dimungkinkan karena faktor geografis dan ulah manusia dalam mengeksploitasi sumber energi gas alam.

Menurut Puspongoro (2006), peristiwa bencana yang terjadi di Indonesia sejak

gunung Galunggung meletus pada tahun 1980 sampai dengan peristiwa meluapnya lumpur panas Lapindo tahun 2006 ini sudah tercatat 58 kasus kejadian yang telah menyebabkan korban jiwa, kerugian material dan infrastruktur yang sangat besar. Berbagai hal telah dilakukan pemerintah antara lain membentuk Badan Penanggulangan Bencana (BPB) dari tingkat nasional hingga tingkat lokal terjadinya bencana.

1. Definisi bencana

Bencana adalah sesuatu peristiwa atau kejadian yang tidak menyenangkan, menimbulkan korban dan kerugian, serta identik dengan sesuatu yang buruk.

Bencana yang dalam bahasa Inggris dikenal dengan istilah *disaster* berasal dari kata "*dis*" yang berarti sesuatu yang tidak enak (*unfavorable*) dan "*astro*" yang berarti bintang (*star*). *Dis-astro* berarti peristiwa jatuhnya bintang-bintang ke bumi (www.wikimedia.com). Sedangkan menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang penanggulangan bencana pada bab 1: Ketentuan umum, Pasal 1 bahwa yang dimaksud dengan: bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik 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.

Bencana juga diartikan sebagai suatu gangguan fungsi sosial yang serius yang dapat menyebabkan meluasnya korban jiwa, materi dan atau lingkungan yang tidak mampu diatasi oleh orang yang mengalami musibah dengan sumber

daya yang tersedia. Dengan demikian bencana terjadi karena sumber daya atau kapasitas yang tersedia tidak mampu untuk mengatasi ancaman (musibah) yang menyebabkan korban jiwa, materi dan lingkungan (http://www.wpro.who.int/health_topics/disasters/). Beberapa kondisi yang dapat menjadi penyebab terjadi bencana adalah kondisi geografis, geologis, hidrologis, dan demografis baik yang disebabkan oleh faktor alam maupun faktor manusia. Akibat bencana dapat menyebabkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis yang dapat menghambat pembangunan nasional (UU No 24 Th 2007).

Berdasarkan beberapa pengertian bencana tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa bencana adalah suatu peristiwa atau kejadian yang disebabkan oleh faktor alam maupun ulah manusia, yang dapat mengakibatkan adanya kerusakan, kerugian, dan kehilangan baik materi maupun non materi yang dapat mengganggu proses kehidupan yang tidak dapat ditanggulangi tanpa bantuan dari orang atau pihak lain.

2. Jenis bencana

Pada Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana dalam Bab 1 tentang Ketentuan Umum, Pasal 1 terdapat tiga macam bencana, yaitu: bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial

- a. 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.

- b. 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.
- c. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror.

Sementara menurut Solehudin (2005) bencana dikelompokkan menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Bencana alam (*natural disaster*), yaitu kejadian alam seperti banjir, genangan, gempa bumi, gunung meletus, badai, kekeringan, wabah serangga
- b. Bencana ulah manusia (*man made disaster*), yaitu kejadian yang antara lain dikarenakan ulah atau perbuatan manusia, seperti kecelakaan berkendaraan, kebakaran, huru-hara, sabotase, ledakan, gangguan listrik, gangguan komunikasi, gangguan transportasi

Disisi lain bila kejadian bencana ditinjau dari cakupan wilayahnya, bencana dibedakan dalam dua jenis, yaitu bencana lokal dan bencana regional:

- a. Bencana lokal. Bencana ini dapat menimbulkan dampak pada wilayah sekitar yang berdekatan. Jenis bencana ini biasanya karena ulah manusia seperti kebakaran, ledakan teroris, kebocoran bahan kimia
- b. Bencana Regional. Jenis bencana ini memberikan dampak atau pengaruh pada area geografis yang cukup luas, dan biasa disebabkan oleh faktor alam seperti badai, banjir, letusan gunung, tornado

Berdasarkan klasifikasi jenis bencana yang ada, bencana lumpur Lapindo dapat dikemukakan sebagai bencana alam yang disebabkan oleh ulah manusia dalam hal ini adalah eksplorasi gas bumi yang dilakukan oleh PT Minarak Lapindo Jaya (LMJ). Sedangkan ditinjau dari cakupan wilayah, bencana lumpur Lapindo merupakan bencana regional

3. Fase-fase bencana

Menurut Santamaria (1995) bencana terjadi melalui tiga fase yaitu *pre-impact* (pra-dampak), *impact* (dampak), dan *post-impact*

- a. Fase pra-dampak (*pre-impact*) merupakan fase peringatan (*warning phase*) yaitu tahap awal adanya bencana. Informasi diperoleh dari badan satelit dan meteorologi cuaca, atau lembaga lain yang bertanggung jawab terjadinya bencana .
- b. Fase dampak merupakan fase terjadinya bencana. Pada fase inilah manusia berusaha semaksimal mungkin mencari pertolongan untuk menyelamatkan diri, keluarga, atau harta benda agar dapat bertahan hidup (*survive*). Fase ini terus berlanjut hingga mengakibatkan kerusakan dan mendapatkan bantuan-bantuan darurat. Dalam konteks ini korban lumpur Lapindo telah mengalami bencana dalam waktu yang cukup lama
- c. Fase pasca dampak dimulai saat pemulihan dari fase darurat. Fase ini juga ditandai dengan dimulainya masyarakat berusaha kembali melakukan aktifitas secara normal. Secara umum dalam pasca dampak ini para korban bencana akan mengalami dampak psikologis berupa penolakan, marah, tawar menawar, depresi hingga akhirnya bisa menerima. Bagi korban lumpur yang karenanya harus pindah dari tempat semula

(relokasi), maka di tempat baru mereka memasuki fase pasca dampak, bukan saat berada dalam pengungsian.

Sementara untuk peristiwa bencana yang bersifat emergensi atau gawat darurat, kelompok kerja UNICEF dan Pusat Studi Pengembangan Integratif Universitas Filipina membagi intervensi psikososial berdasarkan fase-fase sebagai berikut:

- a. Fase segera setelah kejadian (*rescue*)
- b. Fase pemulihan awal (bulan pertama setelah kejadian):
- c. Fase pemulihan lanjutan (dua bulan setelah kejadian dan setelahnya):
- d. Fase rekonstruksi

Sedangkan di Jepang, fase-fase penanganan bencana ini dilakukan berdasarkan masa akut, masa sub-akut, dan masa kronis (Mieko, 2009)

Berdasarkan uraian diatas, pembagian fase-fase bencana tergantung pada sifat bencana yang terjadi. Bencana lumpur Lapindo merupakan bencana yang mempunyai sifat dan karakteristik khusus. Bencana ini telah berlangsung lama dan terus terjadi tanpa ada yang mengetahui kapan berakhir. Sedangkan berdasarkan kebijakan pemerintah dan PT MLJ, masyarakat yang berada pada daerah terdampak harus meninggalkan wilayah tempat tinggal mereka untuk dijadikan area penampungan lumpur yang terus keluar. Kondisi inilah yang dapat menimbulkan masalah psikososial, karena masyarakat korban harus meninggalkan tempat tinggal yang sudah bertahun-tahun ditempati dengan struktur masyarakat yang telah terbentuk dan sosial budaya yang sudah mengakar.

B. Dampak Bencana pada Sistem Manusia, Properti, dan Lingkungan

Bencana yang terjadi secara mendadak dan cepat umumnya mengakibatkan perasaan syok dan ketidakberdayaan pada korban. Dampak bencana yang ditimbulkan dapat terjadi pada sistem manusia secara holistik, dampak pada sistem properti, dan pada sistem lingkungan.

1. Dampak bencana pada sistem manusia

a. Dampak bencana pada aspek fisik

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). Kondisi ini juga dialami oleh sebagian korban Lapindo yang saat ini masih menempati tempat pengungsian. Namun pada masyarakat terdampak masalah keluhan fisik diatas belum terungkap.

Masalah kesehatan fisik yang merupakan ancaman bagi masyarakat korban Lapindo adalah zat kimia beracun yang terkandung dalam lumpur Lapindo. Menurut penelitian para ahli, lumpur Lapindo mengandung zat beracun yang mengakibatkan gangguan pernapasan, bahkan mengandung *polycyclic aromatic hydrocarbons* (PAH) 2.000 kali lipat di atas normal, yang secara tidak langsung dapat menyebabkan penyakit kanker dan tumor (www.korbanlapindo.net)

Sedangkan berdasarkan investigasi yang dilakukan Wahana Lingkungan

Hidup (WALHI) Jawa Timur pada tanggal 31 Mei 2006 menemukan bahwa gas warna putih campur air yang terkandung dalam lumpur Lapindo merupakan zat kimia yang mengandung gas Hidrogen Sulfida (H₂S), Amonia (NH₂), Nitrit Nitrat, Timbal (Tb), dan Fenol (C₆H₅OH) serta mengandung merkuri yang kadarnya lebih dari 2,465 mg/lit yang semuanya itu beracun dan sangat berbahaya bagi manusia (Azhar, 2006).

Kondisi tersebut tentu sangat berbahaya bagi masyarakat korban karena setiap saat harus menghirup udara yang mengandung racun. Tingkat polutan akibat semburan lumpur Lapindo sudah sangat tinggi. Bahaya kandungan senyawa Lumpur sudah mencapai ribuan kali di atas ambang batas yang dapat menyebabkan kanker jika terjadi kontaminasi pada manusia (www.korbanlapindo.net)

b. Dampak bencana pada aspek psikologis

Masalah kesehatan jiwa juga terjadi akibat lumpur Lapindo ini. Anggota masyarakat yang kehilangan pekerjaan, sawah/ladang, tempat tinggal bahkan struktur keluarga dan budaya yang sudah tertata menimbulkan tekanan psikis yang dapat menimbulkan gangguan kejiwaan. Sejak terjadinya luapan lumpur Lapindo hingga sekarang ini tidak kurang dari 400 orang yang pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa (Kompas, 2007).

Secara khusus dampak bencana pada aspek psikis ini adalah terhadap emosi dan kognitif korban. Pada aspek emosi terjadi gejala-gejala sebagai

berikut: syok, rasa takut, sedih, marah, dendam, rasa bersalah, malu, rasa tidak berdaya, kehilangan emos seperti perasaan cinta, keintiman, kegembiraan atau perhatian pada kehidupan sehari-hari. Pada aspek kognitif, korban bencana ini juga mengalami perubahan seperti: pikiran kacau, salah persepsi, menurunnya kemampuan untuk mengambil keputusan, daya konsentrasi dan daya ingat berkurang, mengingat hal-hal yang tidak menyenangkan, dan terkadang menyalahkan dirinya sendiri (<http://www.ncptsd.org/>)

Berdasarkan hasil penelitian empiris, dampak psikologis dari bencana dapat diketahui berdasarkan tiga faktor yaitu faktor pra bencana, faktor bencana dan faktor pasca bencana (Tomoko, 2009)

1) Faktor pra bencana. Dampak psikologis pada faktor pra bencana ini dapat ditinjau dari beberapa hal dibawah ini:

a) jenis kelamin. Perempuan mempunyai resiko lebih tinggi terkena dampak psikologis dibanding laki-laki dengan perbandingan $\geq 2:1$

b) usia dan pengalaman hidup. Kecenderungan kelompok usia rentan stres 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 bila 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 dibanding 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 stres 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 stres yang lebih berat dibandingkan dengan individu dengan kondisi psikologis yang stabil.

2) Faktor bencana. Pada faktor ini, dampak psikologis dapat ditinjau dari beberapa hal dibawah 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 pasca bencana.

- 3) Faktor pasca bencana. Dampak psikologis pasca bencana dapat diakibatkan oleh kegiatan tertentu dalam siklus kehidupan dan stres 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 pasca bencana adalah menginventarisasi semua sumber daya yang ada secara terinci, konkrit dan diumumkan

Gejala dan dampak psikologis pasca bencana juga dapat dilihat dari daftar gejala Hopkins untuk mengetahui adanya depresi dan kecemasan. Gejala-gejala Hopkins tersebut meliputi perasaan depresi, minat atau rasa senang yang berkurang, dan DSM-IV kriteria A. Gejala perasaan depresi meliputi mudah menangis, merasa tidak ada harapan untuk masa depan, merasa galau dan merasa kesepian. Minat atau rasa senang yang berkurang seperti tidak ada rasa minat terhadap segala hal, dan hilangnya minat atau kesenangan seksual. Sedangkan gejala DSM-IV pada kriteria A adalah nafsu makan rendah, kesulitan untuk tidur atau tetap tidur, merasa kurang bertenaga dan atau merasa segala sesuatu perlu usaha, menaruh kesalahan pada diri sendiri untuk segala hal, terlalu khawatir mengenai segala hal atau merasa tidak berguna, dan berpikir untuk bunuh diri

Dampak psikologis karena bencana juga dapat dilihat dari DSM IV pada kriteria B, kriteria C, dan kriteria D. Kriteria-kriteria ini selanjutnya dikembangkan dan dijadikan acuan untuk menyusun kuesioner pada klien yang mengalami trauma oleh Mollica et al (2004) dari Havard University sehingga dikenal dengan *Trauma Havard Quesioner* (THQ). Pada DSM-IV kriteria B menjelaskan tentang gejala mengalami kembali (*re-experiencing*) misalnya pikiran atau ingatan yang muncul kembali tentang peristiwa yang paling menyakitkan atau menakutkan, merasa seolah-olah

peristiwa terjadi lagi, mimpi buruk yang muncul kembali, reaksi emosional atau fisik secara tiba-tiba ketika diingatkan mengenai peristiwa yang paling menyakitkan atau traumatik

Pada DSM-IV kriteria C atau disebut juga sebagai gejala penghindaran atau mati rasa (*avoidance and numbing*) yaitu merasa jauh dari orang lain, tidak mampu merasakan emosi, menghindari melakukan kegiatan atau pergi ke tempat yang mengingatkan peristiwa yang traumatik atau menyakitkan, ketidakmampuan untuk mengingat beberapa bagian dari peristiwa yang paling traumatik atau menyakitkan tersebut, menurunnya minat pada kegiatan sehari-hari, merasa seolah-olah tidak memiliki masa depan, menghindari pikiran atau perasaan yang terasosiasikan berkaitan dengan peristiwa traumatik atau menyakitkan tersebut. Sedangkan pada DSM-IV kriteria D atau disebut dengan gejala rangsangan (*arousal*) sebagai berikut merasa resah, mudah kaget, kesulitan untuk berkonsentrasi, sulit tidur, merasa was-was, dan merasa kesal atau sering tiba-tiba marah

c. Dampak bencana pada aspek sosial - budaya

Pada setiap bencana atau musibah pasti menimbulkan banyak kerugian, namun tidak semua kerugian yang diakibatkan karena bencana ini dapat dihitung. Kerugian yang selalu menjadi perhatian utama adalah kerugian pada sektor materi atau fisik. Misalnya kerusakan bangunan dan fasilitas pada sektor perumahan, infrastruktur, ekonomi, dan sosial. Pada sektor

sosial ini yang dimaksud adalah bangunan pendidikan, tempat ibadah, pondok pesantren, dan panti sosial.

Sementara, kerugian tak langsung itu dihitung berdasarkan keuntungan ekonomis yang hilang akibat kerusakan tersebut. Praktis, ini tidak menyinggung ihwal kerugian sosial-budaya masyarakat korban. Begitu pula dengan kebijakan resmi Pemerintah. Skema penyelesaian Pemerintah yang dituangkan lewat Peraturan Presiden no: 14 tahun 2007 maupun versi revisinya, Peraturan Presiden no: 48 tahun 2008, memperlakukan seluruh kerugian warga korban hanya menjadi aset fisik semata. Padahal peristiwa bencana telah menyebabkan kehancuran kehidupan sosial budaya, misalnya pudarnya ikatan kekeluargaan yang terbangun dari generasi ke generasi.

Rusaknya solidaritas antar tetangga yang merupakan buah interaksi puluhan tahun, tradisi dan budaya yang menjadi praktik bersama sejak nenek moyang, yang menyatukan perasaan dan pengalaman, telah musnah. Bila perubahan sosial akibat bencana tersebut diatas tidak mendapat perhatian serius, maka tidak menutup kemungkinan dampak sosial lebih lanjut akan terjadi, misalnya kenakalan remaja, konflik keluarga, tawuran antar kelompok masyarakat, pencurian, dan rusaknya norma masyarakat.

Menurut Michael Cernea dalam Mirdasy (2007), seorang antropologi dari George Washington University, Amerika Serikat menjelaskan bahwa dampak disintegrasi sosial, tercerai-berainya masyarakat, dan hancurnya budaya sangatlah serius, meskipun tak kasatmata dan tak bisa dikuantifikasi. Rusaknya komunitas, hancurnya struktur tatanan masyarakat, tercerai-berainya jaringan formal dan informal, perkumpulan-perkumpulan, merupakan kehilangan modal sosial yang sangat mahal meski tak bisa dikuantifikasi.

Kehilangan modal sosial itu bisa mengarah pada pemiskinan korban dari segala sisi. Dalam konteks sosial maka modal sosial masyarakat korban Lapindo telah mengalami kerugian yang luar biasa. Kegiatan sosial seperti gotong royong, acara tahlilan satu minggu sekali, dan dziba'an (Sholawatan) adalah contoh kegiatan sosial yang mampu mempererat ikatan mereka namun semua itu sekarang hilang karena masyarakat telah mencari kehidupannya sendiri-sendiri (www.korbanlapindo.net)

d. Dampak bencana pada aspek spiritual

Manusia sebagai makhluk yang utuh atau holistik memiliki kebutuhan yang kompleks yaitu kebutuhan biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual. Spiritual digambarkan sebagai pengalaman seseorang atau keyakinan seseorang, dan merupakan bagian dari kekuatan yang ada pada diri seseorang dalam memaknai kehidupannya. Spiritual juga digambarkan sebagai pencarian individu untuk mencari makna (Bown &

Williams, 1993). Dyson, Cobb, dan Forman (1997) menyatakan bahwa spiritual menggabungkan perasaan dari hubungan dengan dirinya sendiri, dengan orang lain dan dengan kekuatan yang lebih tinggi.

Bencana adalah fenomena kehidupan yang maknanya sangat tergantung dari mana seseorang memaknainya. Disinilah aspek spiritual ini berperan. Dalam kondisi bencana, spiritualitas seseorang merupakan kekuatan yang luar biasa, karena spiritualitas seseorang ini mempengaruhi persepsi dalam memaknai bencana selain faktor pengetahuan, pengalaman, dan sosial ekonomi (<http://www.ncptsd.org/>)

Kejadian bencana dapat merubah pola spiritualitas seseorang. Ada yang bertambah meningkat aspek spiritualitasnya ada pula yang sebaliknya. Bagi yang meningkatkan aspek spiritualitasnya berarti mereka meyakini bahwa apa yang terjadi merupakan kehendak dan kuasa sang Pencipta yang tidak mampu di tandangi oleh siapapun. Mereka mendekat dengan cara meningkatkan spiritualitasnya supaya mendapatkan kekuatan dan pertolongan dalam menghadapi bencana atau musibah yang dialaminya. Sedangkan bagi yang menjauh umumnya karena dasar keimanan atau keyakinan terhadap sang pencipta rendah, atau karena putus asa.

e. Dampak bencana pada aspek psikososial

Psikososial merupakan salah satu istilah yang merujuk pada perkembangan psikologi manusia dan interaksinya dengan lingkungan

sosial. Hal ini terjadi karena tidak semua individu mampu berinteraksi atau sepenuhnya menerima lingkungan sosial dengan baik. (<http://wikipedia.org/wiki/psychosocial>). Psikososial adalah Suatu kondisi yang terjadi pada individu yang mencakup aspek psikis dan sosial atau sebaliknya secara terintegrasi. Aspek kejiwaan berasal dari dalam diri kita, sedangkan aspek sosial berasal dari luar, dan kedua aspek ini sangat saling berpengaruh kala mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan. ([http://Remaja%20 dan%20Aspek%20Psikososial.htm](http://Remaja%20dan%20Aspek%20Psikososial.htm)).

Definisi lain menyebutkan bahwa aspek psikososial merupakan aspek hubungan yang dinamis antara dimensi psikologis/kejiwaan dan sosial. Penderitaan dan luka psikologis yang dialami individu memiliki kaitan erat dengan keadaan sekitar atau kondisi sosial. Pemulihan psikososial bagi individu maupun kelompok masyarakat ditujukan untuk meraih kembali fungsi normalnya sehingga tetap menjadi produktif dan menjalani hidup yang bermakna setelah peristiwa yang traumatik (Iskandar, Dharmawan & Tim Pulih, 2005). Dengan demikian dampak psikososial adalah suatu perubahan psikis dan sosial yang terjadi setelah adanya bencana atau peristiwa traumatik misalnya tsunami, banjir, tanah longsor atau seperti luapan lumpur Lapindo

Respon individu paska trauma bervariasi tergantung dari persepsi dan kestabilan emosi yang dimilikinya. Menurut Keliat, dkk (2005), ada 3 tahapan reaksi emosi yang dapat terjadi setelah bencana, yaitu : *pertama*, reaksi individu segera (24 jam) setelah bencana dengan reaksi yang

diperlihatkan: Tegang, cemas dan panik; terpaku, linglung, syok, tidak percaya; gembira/euphoria, tidak terlalu merasa menderita; lelah; bingung; gelisah, menangis dan menarik diri; merasa bersalah. Reaksi ini termasuk reaksi normal terhadap situasi yang abnormal dan memerlukan upaya pencegahan primer.

Adapun yang *kedua* adalah minggu pertama sampai dengan minggu ketiga setelah bencana. Reaksi yang diperlihatkan antara lain: ketakutan, waspada, sensitif, mudah marah, kesulitan tidur; kuatir, sangat sedih; mengulang-ulang kembali (*flashback*) kejadian; bersedih. Reaksi positif yang masih dimiliki yaitu: Berharap dan berpikir tentang masa depan, terlibat dalam kegiatan menolong dan menyelamatkan; menerima bencana sebagai takdir. Kondisi ini masih termasuk respon normal yang membutuhkan tindakan psikososial minimal, terutama untuk respon yang maladaptif.

Sedangkan reaksi yang *Ketiga* adalah lebih dari minggu ketiga setelah bencana dengan reaksi yang diperlihatkan dapat menetap. Manifestasi diri yang ditampilkan yaitu : Kelelahan; merasa panik; kesedihan terus berlanjut, pesimis dan berpikir tidak realistis; tidak beraktivitas, isolasi dan menarik diri; kecemasan yang dimanifestasikan dengan palpitasi, pusing, letih, mual, sakit kepala, dan lain – lain. Kondisi ini merupakan akumulasi respon yang menimbulkan masalah psikososial.

Masalah psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu baik yang bersifat psikologis ataupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik dan dianggap berpotensi cukup besar sebagai faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa (atau gangguan kesehatan) secara nyata, atau sebaliknya masalah kesehatan jiwa yang berdampak pada lingkungan sosial. Ciri-ciri masalah psikososial antara lain: a) cemas, khawatir berlebihan, takut, b) mudah tersinggung, c) sulit konsentrasi, d) bersifat ragu-ragu/merasa rendah diri, e) merasa kecewa, f) pemarah dan agresif, g) reaksi fisik seperti: jantung berdebar, otot tegang, sakit kepala (CMHN, 2005).

Danvers, dkk (2006) dalam penelitiannya tentang reaksi psikososial pasca bencana Tsunami dan bencana Tamil Eelam di Srilanka menemukan 19 reaksi psikososial yaitu: 1) pada tahap awal timbul ketakutan akan laut dan mimpi – mimpi buruk, 2) tidak percaya pada laut, mereka menjadi takut untuk kembali tinggal di pesisir pantai, 3) timbulnya perasaan bersalah, 4) banyak orang yang mengalami reaksi stres akut, perasaan berduka, bingung dan sangat emosional.

Reaksi tersebut secara umum bersifat temporal, 5) tingkat kehilangan nyawa yang tinggi, sehingga seluruh masyarakat menderita bersama – sama, dan masalah psikososial utama yang teridentifikasi adalah reaksi kesedihan, umumnya diperberat oleh rasa bersalah, kemarahan dan permusuhan serta gagasan untuk bunuh diri, 6) keadaan ekonomi berubah secara besar–besaran akibat bencana. Bahkan ada kasus bunuh diri karena

kehilangan harta benda, 7) sistem pendukung umum telah hancur, semua anggota masyarakat mengalami bencana, individu tidak menerima bantuan dari masyarakat.

Struktur desa dan masyarakat telah hancur, orang – orang berpindah pada keadaan dan situasi yang berbeda, baik dari segi lingkungan maupun sosial, 8) belum adanya persiapan diri dan skala kerusakan akibat Tsunami telah menambah kesusahan masyarakat. Sepertinya mereka tidak mampu untuk menghadapi tekanan/stres untuk waktu yang lama, 9) orang – orang yang terkena bencana harus berurusan dengan stres praktis. Stres praktis tersebut misalnya sistem registrasi yang rumit, berusaha untuk menyatukan kembali anggota keluarga yang masih ada, tidak meratanya pembagian distribusi dan pertolongan, harus tinggal di pusat – pusat penampungan dan di tempat penampungan sementara, 10) keluarga yang terpisah setelah bencana terdapat di tempat penampungan yang berbeda.

Emosi dan pertanyaan yang tak terjawab mengenai keadaan kerabatnya, kasus tubuh yang tidak diketemukan atau hanya teridentifikasi secara umum/tidak spesifik dan berbagai hal yang berhubungan dengan keadaan dukacita, 11) kurangnya kesempatan untuk melaksanakan ritual pemakaman. Hal ini berhubungan dengan pemakaman dilakukan secara asal karena banyak mayat yang tidak teridentifikasi dengan baik, 12) ekspresi marah adalah reaksi yang paling umum. Mereka juga saling menyalahkan karena kematian anggota keluarganya, marah pada diri sendiri dan merasa bersalah.

Kemarahan juga ditujukan kepada pihak lain seperti pada kelompok distribusi bantuan dan pemerintah, 13) ada masyarakat yang memandang secara magis tentang penyebab terjadinya bencana dan berusaha dengan cara – cara tertentu untuk selamat dari bencana, 14) kurangnya koordinasi antara organisasi dan agensi yang menyebabkan banyaknya bantuan yang tidak tersalurkan kepada yang membutuhkan. Khususnya pada proses pemulihan bagi yang mengalami reaksi psikologis yang berat sehingga penderitaan para korban semakin parah, 15) kurangnya sikap peka dan simpatik pemerintah terhadap para korban. Demikian juga dengan campur tangan politik yang mengejar keuntungan sendiri menyebabkan sulit terpenuhinya kebutuhan para korban, 16) banyak korban yang mempunyai riwayat kerugian di masa lalu yang dapat membangkitkan kenangan dan reaksi emosi mereka karena bencana sekarang. Dengan begitu semakin sulit bagi individu untuk menghadapinya, 17) banyak para duda yang kesulitan untuk mengurus anak kecil terutama bayi. Mereka mengkonsumsi alkohol dalam menghadapi masalahnya, 18) salah satu kelompok yang mempunyai kebutuhan paling spesifik yakni para remaja, khususnya yang kehilangan orang tua.

Mereka terlihat di pusat-pusat pemondokkan, menarik diri dan marah. Jika program spesifik tidak dilakukan dengan pada kelompok ini, akan timbul risiko perkembangan personalitas yang menyimpang seperti tindakan anti sosial, pengeksploitasian oleh pihak-pihak tertentu yang tidak bertanggung jawab, 19) ada semangat dan antusiasme yang tinggi dari beberapa kelompok untuk melakukan aktivitas psikososial, meskipun

tidak semua kelompok ini dibekali dengan kompetensi yang cukup untuk melakukan intervensi psikososial.

Teori Psikososial dari Erik Erikson (1955, dalam Frisch & Frisch, 2006), menjelaskan masalah perkembangan psikososial berbeda dalam delapan tahapan. Setiap tahap akan terjadi konflik psikososial berdasarkan usia. Peneliti hanya menjelaskan perkembangan psikososial yang terkait dengan subyek penelitian yaitu usia 20 tahun keatas. Pada usia ini tahap perkembangannya adalah tahap keintiman versus pengasingan (*Intimacy versus isolation*). Perkembangan tahap ini terjadi antara usia 18-25/30 tahun, dimana individu mampu berinteraksi akrab dengan orang lain terutama lawan jenis dan memiliki pekerjaan. Kegagalan tahap ini membuat individu menjauhi pergaulan, merasa kesepian dan menyendiri. Adanya bencana dapat menimbulkan masa ini tidak dapat dilampaui dengan baik. Mereka cenderung lebih memikirkan pemenuhan kebutuhan hidup dan harapan masing-masing.

Tahap selanjutnya adalah tahap perluasan versus stagnasi (*Generativity versus stagnation*). Perluasan yang dimaksud dalam tahap ini adalah perluasan perhatian dan kepedulian terhadap orang lain. Masa ini terjadi pada usia pertengahan antara 21-45/50 tahun. Perkembangan yang baik pada periode ini memunculkan semangat untuk *caring* kepada orang lain melebihi kebutuhan untuk kepentingan pribadinya. Termasuk perhatian dan kepedulian terhadap keluarga dan anak-anaknya. Adanya gangguan pada masa ini dapat menimbulkan stagnasi, yaitu ketidakpedulian atau

pengabaian kepada orang lain termasuk keluarga. Mereka hanya memikirkan untuk kepentingan dirinya sendiri.

Akhir tahap perkembangan psikososial menurut Erikson adalah tahap integritas diri versus putus asa (*Ego integrity versus despair*) Perkembangan periode ini dapat dimulai pada usia 45/60 tahun ketika mulai meninggalkan aktifitas-aktifitas dimasyarakat. Perkembangan psikososial yang baik pada masa ini diwujudkan dengan adanya integritas diri yang baik, lebih matang, dan tidak takut mati karena telah melalui kehidupan dengan baik. Namun bila hidup yang dilalui tidak semestinya, maka akan muncul perasaan putus asa, penyesalan dan "marah" dengan dirinya sendiri karena merasa gagal menjalani hidup.

5. Dampak bencana pada properti

Bencana lumpur Lapindo yang terjadi sejak 29 Mei 2006 hingga sekarang masih aktif mengeluarkan semburan lumpur panas ini telah menenggelamkan 200 hektar sawah dan empat desa yaitu desa Siring, Renokenongo, Kedungbendo dan Jatirejo. Semburan yang berada di desa Siring kecamatan Porong Sidoarjo ini juga telah mengakibatkan 30 pabrik ditutup, 4 kantor pemerintahan, 33 Sekolah, 10,426 rumah, 65 tempat Ibadah, 28 Taman Pendidikan Qur'an, 3 Pondok Pesantren, 600 hektar sawah, dan gagal panen yang menurut Dewan Tani kerugian diperkirakan mencapai Rp.15 Triliun.

Data tersebut dipastikan terus berubah bila semburan lumpur tidak kunjung berhenti (Mirdasy, 2007). Sedangkan berdasarkan laporan Badan

Perencanaan Pembangunan (Bappenas). Pada 2007, Bappenas sudah mengeluarkan laporan mengenai kerusakan dan kerugian akibat semburan lumpur Lapindo mencapai 7,3 triliun rupiah. Lalu ditambah dengan kerugian tidak langsung yang mencakup potensi ekonomi yang hilang sekira 16,5 triliun rupiah (www.korbanlapindo.net)

6. Dampak bencana pada lingkungan

Akibat terjadinya bencana alam, tentu menimbulkan kerugian bagi kehidupan masyarakat seperti rusaknya rumah, rusaknya fasilitas umum, hilangnya harta benda bahkan sampai menimbulkan korban jiwa. Rusaknya rumah masyarakat akibat bencana alam, menyebabkan masyarakat pindah ke tempat pengungsian dengan persediaan fasilitas hidup yang terbatas atau mengungsi ke tempat saudara yang jaraknya 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. Padahal mendapatkan layanan pembelajaran kepada peserta didik merupakan salah satu hak asasi manusia bagi setiap warganegara Indonesia yang dijamin oleh negara, sebagaimana yang tercantum di dalam Undang-Undang dasar 1945, pasal 31, ayat 2.

Sebagai akibat kerusakan lingkungan, selain rusaknya infrastuktur, 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

C. Respon Kehilangan dan Berduka Akibat Bencana

Bencana menimbulkan kerugian dan gangguan pada sistem manusia. Hal ini dapat menimbulkan berbagai perubahan. Salah satu perubahan yang sering dialami oleh korban bencana adalah perasaan kehilangan dan berdukacita & berkabung. Menurut Fortinash (1996), kehilangan merupakan proses yang dicirikan oleh serangkaian tahapan yang tumpang tindih meliputi manifestasi psikologis, penyesuaian dan resolusi. Sedangkan berdukacita dan berkabung merupakan respon fisiologis dan psikologis yang dinamik terhadap kehilangan yang mempengaruhi aspek fisik, kognitif, perilaku, sosial dan spiritual. Perasaan kehilangan dan berdukacita & berkabung ini tidak dapat dipisahkan karena berada dalam suatu rangkaian kesatuan rentang respon.

Kozier, et al. (2004), mendefinisikan kehilangan adalah situasi saat ini atau yang akan terjadi (resiko), saat dimana sesuatu yang bernilai menjadi berbeda nilainya, tidak lagi ada ataupun bahkan hilang. Dukacita merupakan respon emosional yang dialami berhubungan dengan kehilangan. Dukacita dapat dimanifestasikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang bercampur dengan stres berat dan penderitaan. Berkabung adalah proses perilaku/aktivitas setelah kesedihan/dukacita telah selesai. Hal ini sering dipengaruhi oleh budaya, pengalaman keagamaan dan adat istiadat. Berkabung merupakan respon

subyektif yang dialami seseorang setelah kematian orang yang dikasihi yang memiliki hubungan yang berarti/erat.

Penjelasan mengenai respon psikososial kehilangan dan berdukacita-berkabung, dapat digambarkan dalam uraian dibawah ini:

1. Tipe dan sumber – sumber kehilangan

Menurut Kozier, et al (2004) ada 2 tipe umum dari kehilangan, yaitu kehilangan aktual dan kehilangan yang dipersepsikan. Kehilangan aktual dapat diidentifikasi oleh orang lain dan dapat timbul sebagai respon ataupun sebagai antisipasi dari suatu situasi. Sebagai contoh, seorang perempuan mempunyai suami yang akan meninggal dunia, mengalami kehilangan aktual untuk mengantisipasi kematian suami. Kehilangan yang dipersepsikan dialami oleh seseorang akan tetapi tidak dapat dijelaskan oleh orang lain. Sebagai contoh, seorang perempuan yang meninggalkan pekerjaan untuk mengasuh anak-anak di rumah dapat merasakan kehilangan kebebasan dan kemandirian.

Dijelaskan lebih lanjut menurut Kozier, et al. (2004) bahwa kehilangan dapat bersumber dari beberapa aspek seperti: *Pertama*, kehilangan aspek diri seseorang misalnya anggota tubuh dan fungsi psikologis. Kehilangan aspek diri akan mengubah gambaran diri seseorang, walaupun kehilangan tersebut tidak nyata terlihat oleh orang lain. *Kedua*, kehilangan obyek eksternal meliputi: kehilangan barang/benda mati yang sangat penting bagi orang tersebut seperti kehilangan uang, kehilangan rumah dan properti lainnya

akibat bencana. *Ketiga*, berpisah dari lingkungan yang sudah terbiasa (lingkungan sehari-hari) dan orang – orang yang memberikan rasa aman. Dan *Keempat*, kehilangan orang – orang yang dikasihi akibat penyakit atau kematian. Kematian orang yang dikasihi merupakan kehilangan yang permanen dan berat.

Menurut Harvey dan Weber (1998) kehilangan terbagi atas: *Pertama*, kehilangan yang nyata, contohnya: kehilangan dari visi pendengaran, aktivitas seksual atau kapasitas mental, infertilitas, penyakit kronis, pemerkosaan dan penyalahgunaan obat-obatan atau hukuman politis. Kehilangan nyata tersebut dapat menjadi pengalaman bagi diri sendiri. *Kedua*, kehilangan interpersonal, contohnya bercerai, putus hubungan persahabatan, kematian orang yang dicintai. *Ketiga*, kehilangan material, contohnya kehilangan pekerjaan, perubahan kewarganegaraan, trauma waktu perang, perubahan tempat tinggal, menjadi gelandangan.

Keempat, kehilangan simbolik, contohnya: kehilangan berhubungan dengan rasisme, redefinisi peran, memasuki situasi kebiasaan keluarga baru. *Kelima*, kehilangan psikologis yang tidak nyata, seperti perubahan nilai personal karena penurunan pangkat; perubahan perasaan dikontrol dan penyelamatan diri dari kriminal, teroris, penipuan; perubahan identitas diri yang berhubungan dengan menjadi janda; perubahan pada pandangan universal yang berhubungan dengan pengalaman bencana alam atau kecelakaan kimia.

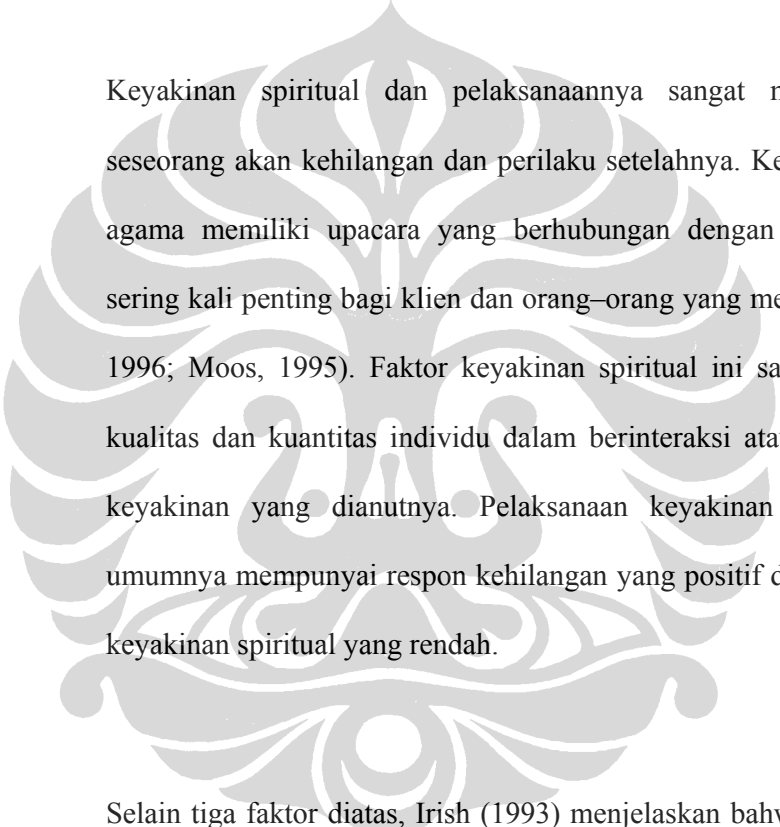
2. Faktor–faktor yang berpengaruh terhadap kehilangan dan berdukacita

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi respon kehilangan antara lain jenis kelamin, budaya, keyakinan spiritual, dan sosial ekonomi. Peran jenis kelamin dapat mempengaruhi perubahan drastis pada aspek psikososial individu akibat suatu kehilangan. Hal ini bisa dikarenakan karena faktor hormonal yang dapat mempengaruhi persepsi terhadap adanya kehilangan. Sebagai contoh, seorang laki–laki menganggap luka pada wajah akibat cedera adalah hal yang jantan, namun perempuan menganggapnya bukan sesuatu yang indah. Maka perempuan akan melihatnya sebagai suatu kehilangan (Corr, Nabe dan Corr 2000)

Faktor budaya juga mempengaruhi respon kehilangan dan berdukacita-berkabung. Menurut Koziar, et al. (2004), beberapa kelompok budaya menilai mendapat dukungan masyarakat dari ekspresi kehilangan. Dalam beberapa kelompok, ekspresi dukacita ditunjukkan melalui menangis, meratap, fisik melemah, dan contoh lain di luar itu diterima dan mendorong sebagai bagian dari mengatasi kehilangan. Kelompok lainnya tidak menyukai contoh ini dan menganggap sebagai hilang kendali, mereka lebih menyukai ekspresi duka yang dilakukan dengan tenang dan tabah.

Menurut Scheper dan Hughes (1985), respon kehilangan memiliki arti yang berbeda antar budaya dan diantara individu dalam sebuah budaya, tergantung pada kebiasaan hidup masing – masing. Contoh, di dalam budaya masyarakat yang kurang mampu dimana kematian bayi dan anak – anak dilihat sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindarkan, keadaan penyakit yang serius pada

anak – anak dapat dikategorikan sebagai kematian dan pada kematian yang sebenarnya dari anak tersebut tidak ditangisi lebih dari beberapa hari. Demikian halnya anggapan tentang kematian dapat dipandang sebagai misteri bagi orang lain. Mereka belajar meyakini bahwa kematian anak kecil masih sebagai suatu bagian dari keluarga besar dan diharapkan dapat bertemu lagi dengan ibunya pada kehidupan setelah kematian.



Keyakinan spiritual dan pelaksanaannya sangat mempengaruhi reaksi seseorang akan kehilangan dan perilaku setelahnya. Kebanyakan kelompok agama memiliki upacara yang berhubungan dengan sakratul maut, yang sering kali penting bagi klien dan orang-orang yang mendukungnya (Gilbert, 1996; Moos, 1995). Faktor keyakinan spiritual ini sangat tergantung pada kualitas dan kuantitas individu dalam berinteraksi atau menjalankan ajaran keyakinan yang dianutnya. Pelaksanaan keyakinan spiritual yang baik umumnya mempunyai respon kehilangan yang positif dibanding pelaksanaan keyakinan spiritual yang rendah.

Selain tiga faktor diatas, Irish (1993) menjelaskan bahwa faktor status sosial ekonomi juga sangat mempengaruhi dalam merespon kehilangan. Status sosial ekonomi individu seringkali mempengaruhi sistem dukungan yang didapat ketika ia mengalami kehilangan. Orang yang mengantisipasinya melalui kebiasaan menabung melalui sarana asuransi sebelum mengalami musibah akan lebih memperoleh dukungan sosial ekonomi dibandingkan dengan yang tidak. Status sosial ekonomi yang baik mempunyai banyak alternatif untuk menentukan pilihan dalam menghadapi masalah kehilangan.

3. Koping terhadap kehilangan

Berbagai reaksi ditunjukkan seseorang yang mengalami kehilangan. Menurut Kozier, dkk (2004), usia mempengaruhi pemahaman dan reaksi kehilangan. Perkabungan/berkabung normal biasanya terjadi sampai dengan satu tahun. Dengan adanya pengalaman, biasanya pemahaman dan penerimaan seseorang terhadap kehidupan, kehilangan dan kematian akan meningkat. Seseorang yang tidak biasa menghadapi kehilangan dalam hidup atau kehilangan orang yang dikasihi, berakibat pada kesulitan dalam menghadapi kehilangan lain yang terjadi. Usia dan pengalaman merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penggunaan koping ketika mengalami bencana (kehilangan).

Menurut McGoldrick's (1991), berdukacita/berkabung adalah gejala dari patah hati yang diakibatkan karena kehilangan cinta dan kasih sayang. Hal tersebut merupakan pengalaman psikodinamik yang memberikan kematangan/maturasi untuk dapat bangkit kembali dari suatu kondisi depresi dan mengembalikan fungsi peran ke sedia kala. Rasa berdukacita tersebut juga memberikan pengalaman bagi reaksi psikologis anggota keluarga dan individu yang akhirnya menjadi lebih teruji dan berpengalaman

Berdukacita merupakan respons normal dari kehilangan dan hal ini sangat penting untuk mental yang baik dan kesehatan fisik. Berdukacita membuat seseorang berusaha untuk mengatasi dengan berangsur-angsur memulihkan kehilangan serta menerimanya sebagai kenyataan. Berdukacita adalah proses sosial, dan sebaiknya dijalani dengan dukungan orang lain (John Rolland,1994)

Dijelaskan lebih lanjut bahwa membantu seseorang yang sedang berdukacita sangatlah penting karena mereka menunjukkan efek-efek yang bisa mengganggu kesehatannya. Gejala yang biasanya menyertai dukacita adalah kecemasan, depresi, penurunan berat badan, gangguan menelan, muntah, lemah, sakit kepala, pusing, gangguan penglihatan, gangguan pola menstruasi, palpitasi, nyeri dada, dispnea dan infeksi. Orang tersebut juga bisa mengalami kemunduran dalam gairan seks, konsentrasi, pola makan, pola tidur, aktivitas dan komunikasi.

Meskipun berdukacita dapat mengancam kesehatan, hal positif yang diperoleh adalah memperkaya cara pandang, ketegaran, pengalaman, sensitifitas serta kemampuan menilai hidup dan kehidupan orang tersebut. Hal ini berpengaruh, baik untuk orang yang sedang sekarat dan keluarganya, juga untuk orang lain. Bila memungkinkan, orang yang sedang sekarat harus memiliki kesempatan untuk berkembang secara emosional dan spiritual (Kozier, dkk, 2004)

4. Tahap atau fase – fase berdukacita

Menurut Sanders (1989, dalam Kozier, dkk. 2004) menggambarkan fase – fase berdukacita sebagai berikut : *Pertama*, fase *syok* : Orang yang bertahan/selamat ditinggalkan dengan perasaan bingung, khayalan dan ketidakpercayaan. Mereka sering kali tidak berfikir (berpikir) secara normal. Fase ini terjadi dari beberapa menit hingga beberapa hari. Respon yang ditampilkan yaitu, ketidakpercaayaan, kebingungan, kegelisahan, merasa tidak nyata, kemunduran dan ketidakberdayaan, status bahaya. Gejala fisik:

mulut dan tenggorokkan kering, mendesah, menangis, kehilangan kontrol otot, tubuh bergetar tidak terkontrol, gangguan tidur dan kehilangan nafsu makan; gejala psikologis: pikirannya dipenuhi oleh orang yang telah meninggal dan menjauh secara psikologis.

Kedua, fase menyadari kehilangan : Setelah pemakaman, teman dan keluarga kembali pada aktivitas sehari-hari. Orang yang berduka merasa kehilangan dukungan sosial. Respons yang ditampilkan yaitu, kecenderungan memisahkan diri, konflik, menampilkan ekspresi emosi, stres yang berkepanjangan. Gejala fisik seperti menangis dan gangguan tidur. Gejala psikologis seperti kemarahan, merasa bersalah, frustrasi, malu, sangat sensitif, tidak percaya dan pengingkaran, bermimpi, merasa kehadiran orang yang telah meninggal dan takut akan kematian.

Ketiga, fase konservasi/menarik diri: Pada fase ini, orang yang bertahan/selamat merasa perlu waktu untuk menyendiri agar dapat memelihara dan mengisi energi fisik dan emosinya. Dukungan dari masyarakat menurun dan mereka mengalami keputusan dan ketidakberdayaan. Respon yang ditampilkan, yaitu, gejala fisik seperti lemah, lelah, butuh waktu tidur lebih, menurunnya system kekebalan tubuh. Gejala psikologis seperti menarik diri, pikiran yang menghantui, berduka dan memperbaharui atau merubah harapan.

Keempat, fase pemulihan kembali: Mulai merasa menderita hidup tanpa

orang yang dicintainya dan belajar hidup mandiri. Respon yang ditampilkan yaitu pengendalian diri, pembaharuan identitas, melepaskan peran misalnya sebagai suami, isteri, anak atau orangtua. Gejala fisik seperti bertambahnya energi, kembalinya waktu tidur, kembalinya sistem kekebalan tubuh dan penyembuhan fisik. Gejala psikologis seperti memaafkan, melupakan, pencarian makna dan harapan baru.

Kelima, fase pembaharuan : Mulai menyadari realitas baru, suatu penerimaan akan tanggung jawab atas dirinya sendiri dan belajar hidup tanpa didampingi orang yang telah tiada. Respon yang ditampilkan yaitu: Keseimbangan fungsi, penyegaran kembali, merasa bertanggung jawab akan kebutuhan merawat diri sendiri. Gejala Psikologis : Kesepian, reaksi terhadap perayaan atau hari jadi, berusaha mencari orang lain.

Menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, dkk. 2004), respon berdukacita terbagi dalam 5 kelompok antara lain: *Pertama*, syok dan tidak percaya, dengan respon; Perasaan mati rasa yaitu perasaan yang biasa dialami saat seseorang berdukacita karena kehilangan orang yang dikasihi. Orang tersebut bisa merasakan depresi, marah, perasaan bersalah dan sedih. Ketidakpercayaan atau penolakan tetap terjadi walaupun kehilangan tersebut telah dapat diterima secara intelektual/rasio.

Kedua, protes, dengan respon perasaan marah yang bisa ditujukan pada almarhum, pada Tuhan, pada orang – orang di sekitar almarhum yang masih

hidup atau pada perawat. Individu tersebut akan mulai merasa ketakutan dengan kemunduran mentalnya dan memutuskan untuk menarik diri dan tidak mau membicarakan pikiran dan perasaan mereka dengan orang lain.

Ketiga, Kesedihan yang mendalam, putus asa dan kacau dalam bermasyarakat, dengan respon: Ketika kenyataan dari kehilangan sungguh – sungguh diakui, orang bisa mulai depresi. Tangisan biasa terjadi pada situasi seperti ini. Individu kehilangan motivasi tentang masa depan, tidak mampu membuat keputusan, kehilangan rasa percaya diri dan tujuan hidup. Berbagai kegiatan yang pernah dilakukan bersama almarhum menjadi tidak menarik.

Keempat, kehilangan identitas selama berdukacita, dengan respon : Orang yang berdukacita bisa meniru perilaku, habit dan ambisi dari almarhum. Kadang mereka juga merasakan tanda dan gejala yang sama dengan penyakit almarhum. *Kelima*, Reorganisasi dan restitusi, dengan respon : Meraih stabilitas dan reintegrasi membutuhkan waktu yang cukup lama, kurang dari satu tahun hingga beberapa tahun. Walaupun orang yang merasa kehilangan merasa dirinya baik – baik saja dan dapat melanjutkan fungsi pola hidupnya, perasaan berdukacita tidak hilang begitu saja. Bagi kebanyakan orang timbul rasa sakit karena kehilangan, walaupun berkurang tetap membekas dalam hidupnya.

Kubler – Ross (1969, dalam Kozier, dkk. 2004), membagi dukacita dalam 5 tahapan. *Pertama*, *denial*/menolak, dengan respon perilaku: menolak untuk

percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah – masalah yang akan terjadi, misalnya tidak siap untuk menggunakan protesis/kaki palsu setelah kehilangan kaki, bisa berpura – pura bersikap gembira untuk memperpanjang penolakan.

Kedua, anger/marah, dengan respon perilaku : Individu atau keluarga bisa langsung marah kepada orang – orang di sekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka. *Ketiga, bargaining/tawar – menawar*, dengan respon perilaku : Mulai menawarkan untuk menghindari kesulitan, mungkin akan mengungkapkan perasaan bersalah, ketakutan, hukuman, dosa masa lalu yang dapat secara nyata ataupun tidak. Respon tawar – menawar lebih ditunjukkan melalui aspek verbalisasi.

Keempat, depression/depresi, dengan respon perilaku : Kesedihan lebih dalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mungkin tidak akan banyak berbicara ataupun menyendiri/menarik diri. Respon depresi ini lebih dominan tercermin dari aspek perilaku.

Kelima, acceptance/penerimaan, dengan respon perilaku : Memasuki tahap akhir dari tahap kehilangan, bisa mengalami penurunan perhatian pada keadaan sekitar dan orang – orang terdekat. Individu mungkin mulai membuat rencana penggunaan alat bantu seperti kaki palsu dan lain – lain, serta menata rencana kehidupannya ke depan.

Engel's (1964, dalam Koziar, dkk. 2004), menggambarkan tingkatan berdukacita disertai respon perilaku sebagai berikut : *Pertama*, shock dan tidak percaya. Respon perilaku yang ditampilkan: Penolakan untuk menerima kehilangan, perasaan kacau, menerima secara intelektual tetapi menolak secara emosional.

Kedua, mengembangkan kesadaran. Individu mulai memasuki tahap menyadari akan kehilangan, dengan perilaku yang ditampilkan yaitu, kemarahan dapat terjadi dan dilampiaskan kepada di sekitarnya, menangis dan menyalahkan diri sendiri.

Ketiga, Restitusi. Respon perilaku yang ditampilkan yaitu, mengikuti kegiatan /ritual perkabungan, misalnya pemakaman, dan lain – lain. Individu menyatu dengan situasi perkabungan bersama orang lain.

Keempat, menyelesaikan masalah kehilangan. Respon perilaku yang ditampilkan yaitu, berusaha untuk menerima rasa sakit, masih belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal. Mungkin mulai menerima hubungan ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung, berpikir dan berbicara tentang kenangan orang yang telah meninggal.

Kelima, idealisasi, dengan respon perilaku : Menggambarkan sikap respek terhadap orang yang meninggal dan menekan semua perasaan negatif dan bermusuhan terhadap almarhum. Timbul rasa bersalah karena semua perbuatan dan pikiran di masa lalu yang tidak baik pada almarhum, tanpa

sadar menghargai almarhum, perasaan sedih saat mengingat almarhum semakin berkurang dan mulai memiliki perasaan memiliki orang lain.

Keenam, tahap mencapai hasil. Respon perilaku yang ditampilkan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, pentingnya orang yang meninggal sebagai sumber dukungan selama ini dan sejauh mana tingkat ketergantungan dan hubungan diantara mereka. Apakah ada perasaan yang bertentangan di antara mereka, jumlah persahabatan/hubungan dengan orang lain selain almarhum, dan pengalaman berdukacita yang sudah pernah dialami oleh individu selama ini.

Beberapa pandangan dan penjelasan diatas menunjukkan bahwa persepsi kehilangan dan respon yang ditimbulkan dari masing-masing individu yang sifatnya sangat subyektif dan masing-masing berbeda. Hal ini dapat dipengaruhi karena faktor internal (dari dalam) maupun eksternal (dari luar). Faktor internal misalnya, kepribadian, gen, keyakinan spiritual dan jenis kelamin. Sedangkan faktor eksternal misalnya karena faktor lingkungan, budaya, dan sosial ekonomi

D. Manajemen Bencana

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi luapan lumpur Lapindo, namun hingga kini belum mampu menghentikannya. Mulai dari *Snubbing unit* (suatu alat untuk menghentikan luapan Lumpur), *relief well* (teknik mencari pusat semburan pada kedalaman tertentu dengan cara ngebor miring), *water treatment*

(suatu cara pengenceran air lumpur sebelum dibuang ke sungai atau badan air) dan cara *Spilway* yaitu mengalirkan lumpur ke sungai dengan cara memompa. Semua skenario dan upaya tersebut hingga kini belum mampu menghentikan luapan lumpur Lapindo.

Secara Nasional peristiwa bencana sudah menjadi perhatian pemerintah. Hal ini terbukti dengan dibentuknya lembaga-lembaga yang khusus menangani masalah-masalah yang timbul akibat bencana, seperti adanya badan penanggulangan bencana mulai dari tingkat pusat hingga lokal tempat kejadian bencana.

Manajemen bencana dalam penelitian ini difokuskan pada bagaimana manajemen bencana dilakukan agar tidak menyebabkan gangguan atau masalah bagi kesehatan manusia, baik sebagai individu, keluarga dan masyarakat. Disamping itu juga akan diulas sedikit mengenai penanganan bencana yang ada di Indonesia terutama penanganan bencana Lumpur Lapindo.

1. Penanganan bencana di Indonesia

Setiap peristiwa yang mengancam kehidupan manusia akan selalu menjadi perhatian bagi Individu, kelompok, LSM, Ormas maupun negara. Begitu pula setiap kejadian bencana di Indonesia. Pemerintah, organisasi-organisasi bantuan baik dalam negeri maupun luar negeri, dan masyarakat itu sendiri melakukan upaya untuk penanganan bencana secara bekerjasama dibawah koordinasi Satuan Pelaksana Penanggulangan Bencana dan Pengungsian

Di Indonesia sudah terbentuk struktur lembaga yang menangani atau

bertanggung jawab terjadinya bencana dari pusat hingga daerah, yaitu BAKORNAS PBP (Badan Koordinasi Nasional Penanggulangan Bencana dan Pengungsian), SATKORLAK PBP (Satuan Koordinasi Pelaksana Penanggulangan Bencana dan Pengungsian) pada tingkat propinsi, dan SATLAK PBP (Satua Pelaksana Penanggulangan Bencana dan Pengungsian) pada tingkat Kabupaten, SATGAS (Satuan Tugas) pada tingkat kecamatan, dan HANSIP/KMPB (Pertahanan Sipil/Kelompok Masyarakat Penanggulangan Bencana) pada tingkat desa/kelurahan.

Dalam perannya sebagai tenaga kesehatan, perawat merupakan bagian dari sistem di lembaga-lembaga penanggulangan bencana yang ada, baik pada tingkat lokal maupun nasional. Disamping itu, peran perawat juga bisa berada di lembaga swasta baik tergabung dalam Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) maupun Organisasi Masyarakat (Ormas)

2. Kompetensi perawat dalam manajemen bencana

Amelia (2007) menjelaskan, untuk menjadi perawat bencana harus mempunyai kompetensi khusus sesuai posisinya. Bila dalam posisi manajer keperawatan, maka seorang perawat bencana harus mempunyai kompetensi:

- a. mampu membuat keputusan cepat dalam rangka mengatasi masalah bencana, misalnya menentukan staf (SDM) yang dilibatkan dalam penanganan bencana, memenuhi alat dan obat-obatan yang harus disiapkan, dan mampu memenuhi kebutuhan logistik penanganan bencana
- b. mampu melakukan koordinasi dengan baik pada saat terjadi bencana

Sedangkan sebagai pelaksana keperawatan, kompetensi yang harus dimiliki adalah mampu: a) melakukan triage darurat bencana, b) melaksanakan penyelamatan kehidupan dasar dan lanjutan, c) melaksanakan tindakan keperawatan gawat. d) memenuhi kebutuhan klien gawat darurat, e) melaksanakan pengawasan, f) membuat dokumentasi setiap tindakan, g) menangani kepanikan klien dan keluarga, dan h) menangani sukarelawan

Kompetensi tersebut diatas dapat terus ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan khusus secara terencana dan periodik, baik formal maupun informal. Secara formal kompetensi ini dapat diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan keperawatan, sedangkan untuk informal dapat dilakukan dengan cara melaksanakan pelatihan-pelatihan khusus tentang tanggap bencana. Hal ini penting mengingat Indonesia merupakan negara yang rawan bencana.

3. Peran perawat dalam manajemen bencana

Bencana yang terjadi seringkali menimbulkan trauma dan penderitaan bagi korban. Sebagai salah satu tenaga kesehatan, perawat mempunyai tanggung jawab dalam membantu mengatasi ancaman bencana baik pada fase preimpact, impact/emergency maupun postimpact. Dalam melakukan pertolongan tentunya perawat tidak bisa bekerja sendiri, namun perlu keterlibatan dan kerjasama dengan berbagai komponen dengan koordinasi dan persiapan yang baik mulai dari pemerintahan pusat hingga kelurahan

Peran perawat cukup komplit, mulai dari penyusun rencana, pendidik, pemberi layanan kesehatan dan bagian dari tim pengkajian kejadian bencana. Tujuan tindakan keperawatan yang dilakukan selama bencana adalah untuk mencapai kemungkinan tingkat kesehatan terbaik bagi masyarakat korban. Jika perawat berada di pusat area bencana, ia diharapkan mampu atau ikut melakukan evakuasi dan memberi pertolongan pertama pada korban. Sementara di lokasi penampungan, perawat dapat melakukan evaluasi kondisi korban, melakukan tindakan keperawatan berkelanjutan dan mengkondisikan lingkungan terhadap perawatan korban dengan penyakit menular.

Untuk menjadi perawat bencana yang sigap dan terampil, ada beberapa hal yang perlu diikuti pada masa pra bencana yaitu:

- 1) perawat mengikuti pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan dalam penanggulangan ancaman bencana untuk tiap fasenya (*preimpact, impact, postimpact*). Materi pelatihan mencakup berbagai tindakan dalam penanggulangan ancaman dan dampak bencana. Misalnya mengenai intruksi ancaman bahaya, mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan saat fase darurat (makanan, air, obat-obatan, pakaian, selimut, tenda dsb) dan mengikuti pelatihan penanganan pertama korban bencana (PPGD)
- 2) Perawat ikut terlibat dalam berbagai tim kesehatan, baik dari dinas kesehatan pemerintah, organisasi lingkungan, Palang Merah Nasional, maupun LSM dalam memberikan penyuluhan dan simulasi dalam menghadapi ancaman bencana kepada masyarakat. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan kepada masyarakat harus meliputi:
 - a) usaha pertolongan diri sendiri (masyarakat korban)

- b) keluarga atau kelompok
- c) pelatihan pertolongan pertama pada anggota keluarga, misalnya menolong anggota keluarga dengan kecurigaan fraktur, perdarahan dan pertolongan luka bakar. Pelatihan ini akan lebih baik bila keluarga juga dikenalkan mengenai perlengkapan kesehatan (*first aid kit*) seperti obat penurun panas (parasetamol), tablet antasida, antidiare, antiseptik, laksatif, termometer, perban, plester, bidai
- d) Pembekalan informasi tentang bagaimana menyimpan dan membawa persediaan makanan, penggunaan air yang aman dan sehat
- e) Perawat juga dapat memberikat beberapa alamat dan nomor telepon darurat seperti dinas kebakaran, rumah sakit dan ambulans.
- f) Memberikan tempat alternatif penampungan atau posko bencana
- g) Memberikan informasi tentang perlengkapan yang dapat dibawa (misal pakaian seperlunya, portable radio, senter dan baterai)

Sementara untuk peristiwa emergensi, intervensi psikososial yang dilakukan pada saat-saat gawat darurat (*emergency*) telah dikembangkan dan direkomendasikan oleh kelompok kerja sebagai berikut

- 1) Fase segera setelah kejadian (*rescue*):
 - a) Menyediakan *defusing* (sarana pengungkapan tekanan/beban/emosi) dan pelayanan intervensi krisis untuk pekerja yang memberikan bantuan kedaruratan.
 - b) Memastikan keselamatan korban dan memastikan terpenuhnya kebutuhan-kebutuhan fisik dasar (rumah, makanan, air bersih).
 - c) Mencari cara menyatukan kembali keluarga dan komunitas.

- d) Menyediakan informasi, kenyamanan, asistensi praktis, dan pertolongan pertama masalah emosional.
- 2) Fase *inventory* awal (bulan pertama setelah kejadian):
- a) Melanjutkan tugas-tugas penyelamatan.
 - b) Mendidik & melatih orang lokal dan relawan mengenai efek trauma.
 - c) Melatih konselor-konselor tambahan untuk situasi bencana.
 - d) Menyediakan dukungan praktis jangka pendek.
 - e) Mengidentifikasi mereka yang berada dalam resiko-resiko khusus.
 - f) Memulai dukungan krisis, *debriefing* dan bentuk lain semacamnya.
- 3) Fase *inventory* lanjutan (dua bulan setelah kejadian dan setelahnya):
- e) Melanjutkan tugas penyelamatan dan fase awal.
 - f) Menyediakan pendidikan masyarakat.
 - g) Mengembangkan pelayanan-pelayanan *outreach*, dan mengidentifikasi yang memerlukannya.
 - h) Menyediakan *debriefing* dan aktivitas-aktivitas lain sesuai kebutuhan korban bencana.
 - i) Mengembangkan layanan berbasis sekolah dan layanan-layanan lain berbasis lembaga kemasyarakatan.
- 4) Fase rekonstruksi:
- a) Tindaklanjut terhadap korban yang selamat yang telah ditemui atau ditangani sebelumnya.
 - b) Menyediakan *hotline* dan cara-cara lain yang memungkinkan komunitas menghubungi konselor.
 - c) Melanjutkan layanan *defusing* dan *debriefing* untuk pekerja penyelamatan dan komunitas.

Tomoto (2009) dari *Hyogo Care centre* Jepang menjelaskan bahwa intervensi dasar yang dapat dilakukan pada korban bencana adalah:

- a. menjelaskan bahwa kondisi sudah aman
- b. berbagi pengetahuan dan informasi, dengan melakukan pendidikan psikologis dan memanfaatkan sumber daya lokal
- c. tidak memaksa terhadap tindakan yang akan dilakukan
- d. tidak menjanjikan bahwa tugas selanjutnya kita tanggung semua

Pilihan intervensi yang direkomendasikan adalah intervensi tahap awal, tindakan medis berdasarkan diagnosis umum, dan tindakan medis oleh tenaga spesialis:

1) Intervensi tahap awal

Korban bencana yang memerlukan intervensi awal ini adalah korban yang terasingkan, korban yang tidak dapat beristirahat sebagaimana mestinya, dan korban yang tidak memiliki tempat yang aman untuk menceritakan pengalamannya (Foy dkk, 1984; Keane dkk., Martin dkk., 2000 dalam Tomota, 2009). Prinsip intervensi pada tahap awal ini adalah: a) tidak membahayakan, b) reaksi normal terhadap kondisi abnormal, c) menceritakan pengalaman dan perasaan sendiri kepada orang yang dapat dipercaya, d) pemulihan pola hidup normal dan aktifitas sehari-hari, e) olah raga secukupnya, dan f) usahakan waktu tidur cukup

Intervensi awal yang dilakukan dengan tepat menunjukkan hasil 90% diantaranya pulih tanpa bantuan tenaga spesialis (Rothbaum dkk, 1992 dalam Tomota, 2009). Pada tahap ini juga direkomendasikan untuk tidak melakukan *debriefing* karena berdasarkan penelitian upaya *debriefing* ini

tidak efektif pada korban bencana baik untuk meringankan penderitaan maupun untuk mencegah terjadinya PTSD

- 2) tindakan medis berdasarkan diagnosis umum (*primary care*)
 - a) pilihan pertama: SSRI (*selective serotonin Reuptake Inhibitor*, misalnya Paxil, Luvox, Depromel)
 - b) Pilihan kedua: Tricyclic antidepressant, Catapres, inderal
 - c) Jika rasa cemas menguat, diberikan: Benzodiazepine anxiolytic dosis tinggi, Solanax, Constan, tambahan Rivotril Landsen
 - d) Jika timbul dorongan impulsif dan ofensif yang kuat, diberikan Tegretol, Depakene dan sebagainya. Tujuan diberikan obat ini tidak untuk melupakan memori pengalaman yang traumatik namun untuk memulihkan rasa percaya diri bahwa memori sudah dapat dikontrol.
 - e) Bila gejala mengarah gangguan jiwa, maka diberikan antiispsychotic
- 3) tindakan medis oleh tenaga spesialis, seperti a) terapi dengan obat, b) terapi dengan dukungan moral, c) EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), d) CBT (*Cognitive Behaviour Therapy*), dan e) Eksposur dalam jangka waktu panjang

Selain prinsip-prinsip intervensi tersebut diatas, Tomoto (2009) juga menjelaskan perlunya menghindari kata-kata yang diucapkan selama memberikan intervensi karena dapat melukai perasaan klien, antara lain:

- 1) teruslah berusaha. Pernyataan ini memberikan motivasi namun pada

waktu yang tidak tepat karena kondisi klien yang sedang berduka yang masih sulit menerima *advise* dari luar

- 2) kalau kamu tidak sembuh-sembuh, orang yang sudah meninggal juga tidak akan tenang lho!.
- 3) kalau kamu menangis, orang yang sudah meninggal juga tidak akan tenang lho!
- 4) Sudah bagus lho bahwa nyawa kamu masih bisa diselamatkan
- 5) Kamu kan punya keluarga, itu saja sudah bisa bahagia, bukan?
- 6) Anggap saja ini tidak pernah terjadi, mari mulai segalanya dari awal
- 7) Pasti ada hal yang baik dimasa yang akan datang
- 8) Cepat lupakan, bangkitkan semangatmu
- 9) Kamu lebih sehat dari yang saya pikirkan sebelumnya
- 10) Jangan berfikir begitu lagi
- 11) Mari berfikir positif
- 12) Segini saja cukupkan?
- 13) Tidak apa-apa lho!

Individu korban bencana merupakan pihak yang sangat rentan dan sensitif terhadap ungkapan atau pernyataan orang lain. Hal ini terjadi karena ketidakstabilan emosi korban pasca bencana. Untuk itu perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan perlu memahami dan melatih untuk menggunakan tehnik komunikasi secara terapeutik ketika berinteraksi dengan klien.

E. Peran perawat kesehatan jiwa dalam manajemen bencana

Salah satu peran penting perawat kesehatan jiwa adalah melakukan intervensi psikososial. Intervensi psikososial merupakan pemberian layanan kesehatan mental yang tidak hanya berbasis pada layanan yang diberikan di rumah sakit jiwa, namun lebih mengarah pada layanan yang diberikan dalam komunitas yang sifatnya lebih informal. Intervensi ini berupaya untuk mendekatkan psikologi dan psikiatri ke dalam kehidupan sehari-hari dan memberikan layanan kepada kelompok-kelompok yang ada dimasyarakat baik yang mengalami masalah psikiatri (gangguan), yang beresiko mengalami gangguan maupun yang sehat.

Dengan intervensi psikososial, bagi yang mengalami gangguan agar meningkat kemampuannya dan mandiri. Untuk yang beresiko agar terhindar atau tidak terjadi gangguan, dan untuk yang sehat agar semakin sehat dan meningkat status kesehatannya (CMHN, 2005). Intervensi psikososial selain diberikan kepada masyarakat yang mengalami bencana, juga perlu diberikan kepada para relawan atau pekerja kemanusiaan (yang bukan profesional kesehatan mental) yang memberi pertolongan kepada masyarakat korban

Menurut Iskandar dkk (2005), untuk dapat melakukan intervensi psikososial secara baik dan efektif maka langkah-langkah di bawah ini perlu diperhatikan:

- a. Mengembangkan kepercayaan (*trust*). Terapis perlu membina hubungan saling percaya kepada korban. Apalagi korban dalam kondisi emosi yang labil atau masih dalam fase berkabung dan kehilangan sehingga sangat sensitif terhadap keberadaan orang lain. Terapis perlu memperkenalkan diri dengan sopan, mendengarkan, menghormati cara-cara dan keyakinan lokal dalam berhubungan dengan masyarakat.

- b. Menunjukkan empati, terutama apabila memberikan pertolongan pertama dan bantuan tanggap darurat, sehingga masyarakat korban tidak merasa menjadi obyek tetapi subyek dari intervensi yang dilakukan. Prosedur untuk memberitahukan tahap-tahap yang dilakukan dalam memberi bantuan dan mendapatkan *informed consent* atau izin sebelum memberikan pertolongan wajib dilakukan.
- c. Membantu atau memfasilitasi terpenuhinya kebutuhan fisik dasar, misalnya penampungan darurat, bantuan sandang dan pangan. Dapat juga memastikan perlindungan kelompok-kelompok yang rentan kekerasan seperti perempuan dan anak-anak
- d. Tetap tenang meski orang yang dihadapi sangat gelisah, agresif, ataupun situasi mengagetkan/berbeda tak seperti dugaan sebelumnya.
- e. Dalam menghadapi individu-individu khusus, upayakan menempatkan individu pada situasi yang aman, meminimalkan kemungkinan ia melukai diri sendiri atau orang lain
- f. Mendorong dilakukannya kegiatan-kegiatan kelompok.
- g. Mengembangkan rutinitas yang positif
- h. Menghadiri kegiatan meskipun sekadar ada bersama, mendengar, mengamati, menunjukkan kepedulian.
- i. Melakukan kunjungan-kunjungan rumah.
- j. Mengidentifikasi masalah-masalah psikososial khusus dan orang-orang yang menunjukkan gejala-gejala trauma lebih dalam.

Paradigma baru dalam layanan kesehatan jiwa dari *hospital base* ke *commiunity base* memerlukan komitmen yang kuat dari tenaga kesehatan untuk mau dan

mampu terjun langsung kemasyarakat dalam rangka mengatasi masalah kesehatan yang ada. Dalam kasus masyarakat korban Lapindo tenaga kesehatan atau pihak-pihak terkait harus memberikan perhatian khusus terutama masalah kesehatan yang mencakup biopsikososiospiritual.

Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan yang ada mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa dalam konteks klien sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Pelayanan yang diberikan dapat bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif, melalui berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Salah satu terapi yang dapat dilakukan kepada individu korban adalah psikoterapi. Model terapi ini lebih dikenal dengan psikoterapi individu didesain sebagai orientasi tindakan, fokus penampilan, struktur dan batasan waktu intervensi (Carson, 2000). Model ini menggunakan teknik yang berfokus pada pemecahan masalah untuk membantu klien menyelesaikan konflik utama yang dihadapi klien dari dimensi fisik, psikologis, sosial kultural dan spiritual.

Pendekatan yang digunakan pada psikoterapi individu ini adalah rasional emotif yang membantu klien menghapus pandangan hidup klien yang menyalahkan hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan atau Tuhan dan membantu klien memperoleh pandangan hidup yang lebih rasional dalam mencari makna dan tujuan hidup.

Tujuan dari psikoterapi individu ini adalah untuk mengembalikan klien pada kondisi sebelum sakit dalam periode yang singkat (Carson, 2000). Menurut

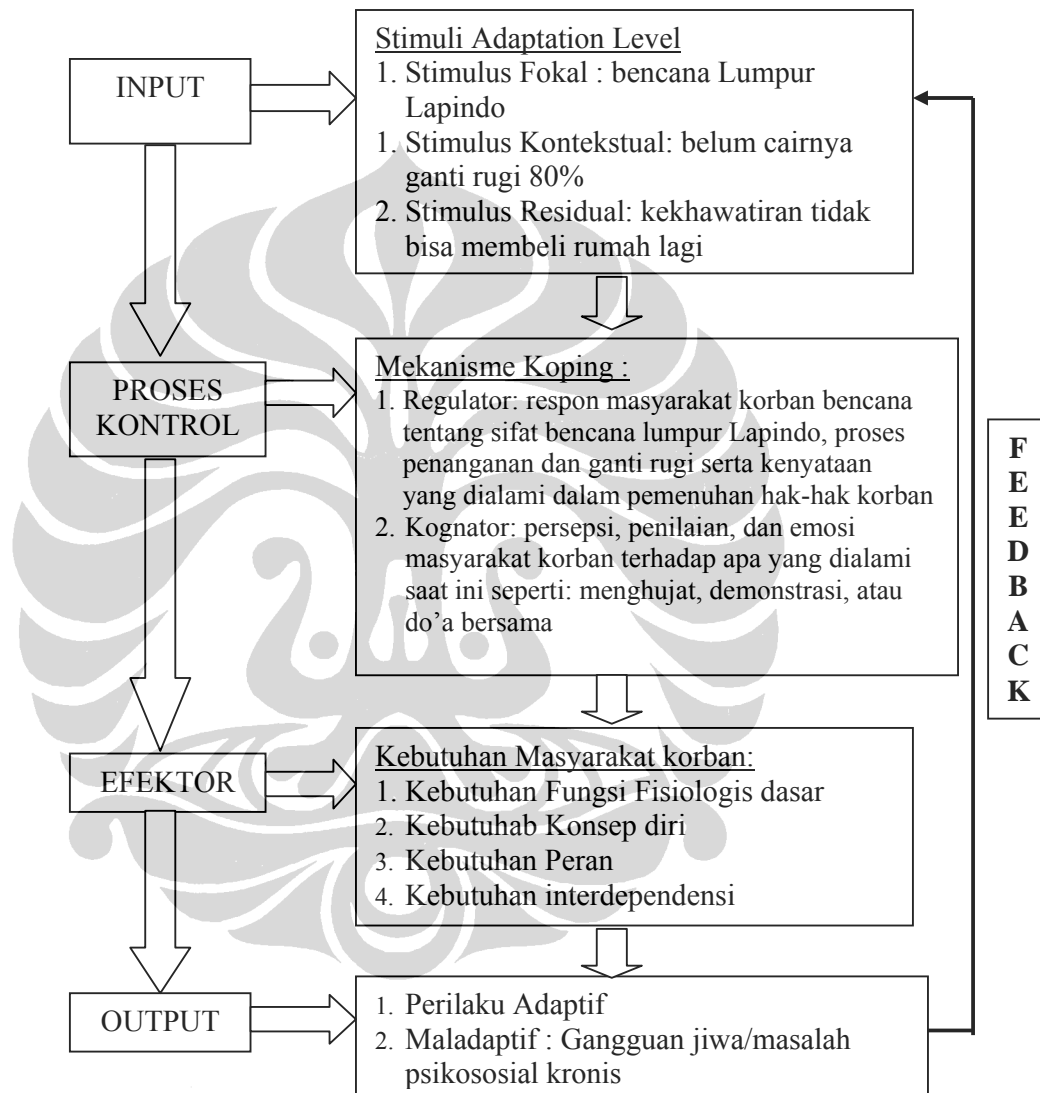
Corey (2005) tujuan dari psikoterapi individu adalah penyusunan kembali kepribadian, penemuan makna dalam kehidupan, penyembuhan gangguan emosional, penyesuaian dalam masyarakat, pencapaian aktualisasi diri, peredaan kecemasan, serta penghapusan tingkah laku maladaptif dan belajar pola-pola tingkah laku adaptif. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa psikoterapi bertujuan untuk merubah perilaku maladaptif melalui distorsi kognitif.

Menurut Kathleen Wheeler (2008) ada dua pendekatan psikoterapi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah gangguan stres paska trauma, yaitu cognitive behavior therapy (CBT) dan eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

F. Teori Model Sistem Adaptasi dari Calysta Roy

Pendekatan teoritis diperlukan untuk memayungi konsep-konsep yang menjadi fokus penelitian ini. Model konseptual Sistem Adaptasi Roy dipilih karena peneliti menganggap model ini paling dalam penelitian ini. Teori Model Adaptasi Roy (1971) memandang klien sebagai suatu sistem yang adaptif. Adaptasi mempunyai makna positif dan ada korelasi dengan respon yang sehat. Ketika tingkah laku mengganggu integritas individu, hal itu dianggap maladaptif, respon maladaptif oleh individu dianggap sebagai suatu hal yang negatif atau respon yang tidak sehat. Sesuai dengan model Roy, keperawatan akan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan hubungan interdependensi selama sehat sakit. Kebutuhan asuhan keperawatan akan muncul ketika klien tidak dapat beradaptasi terhadap kebutuhan lingkungan internal dan eksternal

Roy dalam Tomey dan Marinner (1994) menjelaskan bahwa seseorang dalam beradaptasi melalui sebuah system yang terdiri dari input, proses, output dan feed back sebagaimana dijelaskan dalam gambar 2.1 Modifikasi model sistem adaptasi Roy. Komponen dalam sistem dijelaskan sebagai berikut:



Gambar 2.1 . Modifikasi Model Sistem Adaptasi Roy

1. Input

Input adalah suatu stimulus, yaitu kesatuan informasi, bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon. Stimulus ada tiga jenis, yaitu a)

stimulus fokal adalah stimulus yang langsung dihadapi saat itu, b) stimulus kontekstual yaitu stimulus lain yang mempengaruhi situasi, dan c) stimulus residual yaitu ciri tambahan yang relevan terhadap situasi tersebut. Dalam penelitian ini yang dimaksud stimulus fokal adalah adanya luapan lumpur Lapindo yang masih aktif, yang menggenangi sekitar tempat tinggalnya. Stimulus kontekstualnya adalah pencairan dana ganti rugi sebanyak 80% yang belum terlaksana, dan stimulus residualnya adalah kekhawatiran tempat tinggal baru setelah meninggalkan tempat tinggal sekarang.

2. Proses

Proses pengendalian manusia sebagai system adaptasi oleh Roy dikenal dengan mekanisme koping. Mekanisme pengendalian atau kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem. Sub sistem regulator mempunyai komponen yang terdiri dari input, proses dan out put dan system penghubungnya, yaitu kimia, neuron dan endokrin. Sub system kognator merupakan system adaptasi selanjutnya dimana pengendaliannya dihubungkan dengan fungsi yang lebih tinggi dari otak yaitu persepsi, penilaian dan emosi. Regulator dan kognator bekerja sama dalam mempertahankan integritas manusia, meskipun tingkat adaptasi tersebut dipengaruhi oleh pertumbuhan individu dan pemahaman mekanisme koping. Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan subsistem regulator adalah respon masyarakat korban bencana tentang sifat bencana lumpur Lapindo, proses penanganan untuk menghentikan semburan lumpur dan ganti rugi bagi masyarakat korban serta kenyataan yang dialami oleh masyarakat korban akan pemenuhan hak-hak yang harus diterima. Sedangkan subsistem kognatornya adalah persepsi, penilaian, dan emosi atau respon psikososial

masyarakat korban terhadap apa yang dialami saat ini bahwa PT LMJ sebagai pihak yang paling bertanggung jawab terhadap timbulnya bencana lumpur ini belum dapat merealisasikan kewajibannya kepada warga, sehingga upaya-upaya untuk mendapatkan hak-haknya terus dilakukan seperti menghujat, demonstrasi, atau do'a bersama

3. Efektor

Proses internal manusia sebagai sub sistem adaptasi dijelaskan oleh Roy melalui system efektor, yang dikenal dengan empat mode, yaitu :

a. Fungsi fisiologis dasar

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian. Lima mode fungsi fisiologis tingkat dasar yaitu proteksi, perasaan, cairan dan elektrolit, syaraf dan endokrin. Sedangkan empat fungsi fisiologis kompleks meliputi oksigienasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat. Fungsi fisiologis dasar yang dialami masyarakat korban lumpur Lapindo diyakini bermasalah seperti ketidaknyamanan tempat tinggal terutama musim hujan yang dihantui perasaan was-was akan masuknya lumpur campur dengan air hujan masuk kedalam rumah mereka, terbatasnya ketersediaan air bersih, masalah eliminasi, aktifitas sehari-hari, dan istirahat yang tidak bisa tenang karena cemas dan takut

b. Konsep diri

Konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik

pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *physical self* yaitu berkaitan dengan bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya, dan *personal self* yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral- etik dan spiritual diri orang tersebut. Konsep diri masyarakat korban lumpur Lapindo di prediksi akan mengalami gangguan terkait dengan persepsi, aktifitas mental dan ekspresi perasaan akibat luapan lumpur dan pencairan ganti rugi yang tidak kunjung terrealisasi. Berbagai persepsi dan ekspresi perasaan terungkap akibat masalah ini. Seolah-olah masalah lain terabaikan termasuk masalah harga diri, ideal diri, gambaran diri dan konsep diri lain karena masyarakat korban umumnya saat ini fokus pada penyelesaian ganti rugi dan tempat tinggal baru.

c. Peran

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya di masyarakat sesuai kedudukannya. Peran masing-masing anggota masyarakat korban juga diperkirakan mengalami perubahan. Hal ini terkait dengan timbulnya berbagai masalah yang dialami masyarakat korban dengan sifat masalah dan persepsi terhadap masalah sangat bervariasi dari individu satu dengan individu lainnya.

d. Interdependensi

Interdependensi adalah keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Mode ini sangat di sadari oleh masyarakat korban, bahwa kebersamaan dan saling membantu dan bekerjasama akan dapat memperkuat keberadaanya sebagai masyarakat korban.

4. Output

Output adalah perilaku yang dapat di amati, diukur. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Output yang baik dalam peristiwa bencana lumpur Lapindo ini adalah munculnya perasaan dan sikap maladaptif misalnya marah, kecewa, menangis atau susah tidur, namun terjadi dalam waktu yang relatif pendek lambat laun akan dapat menerima dengan baik (adaptif) tentang realitas kondisi bencana yang dialami dan mempunyai semangat untuk bangkit dan produktif lagi seperti sebelumnya.

5. Feed back

Perilaku yang muncul pada output akan menjadi umpan balik dalam teori

model adaptasi Roy. Perilaku adaptif ataupun maladaptif akan diteruskan kepada stimulus berikutnya. Perilaku tersebut menjadikan individu memiliki strategi koping yang lebih baik karena adanya pengalaman sebelumnya. Pada tahap inilah diperlukan sistem pendukung yang kuat baik dari keluarga maupun masyarakat. Masalah psikososial yang terjadi akan menjadi umpan balik yang positif untuk menjadikan individu korban lebih kuat dan tegar dalam menghadapi stimulus atau stressor lainnya.

Penggunaan model system adaptasi Roy pada penelitian ini diperkuat dengan penelitian Perett (2007) yang menjelaskan tentang pandangan Model Adaptasi Roy bahwa penelitian kualitatif dengan menggunakan model ini dapat memberikan informasi yang baru dan berharga dalam meningkatkan ilmu pengetahuan keperawatan. Hal ini dibuktikan oleh Perret dengan cara membandingkan hasil penemuan penelitian kualitatif 25 tahun sebelumnya yaitu dari tahun 1970 – 1995 dengan tahun 1995-2005.

G. Metode Fenomenologi dalam Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif dibangun dari paradigma fenomenologis yang bertujuan tidak untuk mencari hubungan sebab – akibat dari suatu fakta sosial, tetapi lebih berusaha untuk memahami situasi tertentu yang dihayati oleh individu atau kelompok sosial tertentu (Semiawan 2006, dalam Moleong, 2006). Moleong (2006), melalui sintesisnya dari kajian berbagai sumber definisi tentang penelitian kualitatif mendeskripsikan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya aspek perilaku, persepsi, motivasi dan tindakan

secara holistik. Berbagai aspek tersebut selanjutnya dideskripsi dalam bentuk kata – kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah.

Ciri-ciri penelitian kualitatif diuraikan sebagai berikut: 1) adanya latar alamiah, 2) manusia instrumen, 3) berdasarkan metode kualitatif, 4) analisis data secara induktif, 5) membangun teori dari dasar, 6) deskriptif, 7) lebih mementingkan proses daripada hasil, 8) adanya batas yang ditentukan oleh fokus, 9) adanya kriteria khusus untuk keabsahan data, 10) desain yang bersifat sementara, dan 11) hasil penelitian dirundingkan dan disepakati bersama (Moleong, 2006)

Landasan filosofis penelitian fenomenologi adalah mempercayai realitas yang kompleks, memiliki komitmen untuk mengidentifikasi suatu pendekatan dan pemahaman yang mendukung fenomena yang diteliti. Pelaksanaan suatu penelitian dengan suatu cara yang membatasi gangguan terhadap konteks alamiah dan fenomena yang diamati, meyakini partisipasi peneliti dan penelitian, serta penyampaian suatu pemahaman dari fenomena dengan mendeskripsikan secara lengkap elemen – elemen penting dari suatu fenomena (Speziale & Carpenter, 2003).

Definisi fenomenologi menurut Speziale dan Carpenter (2003), adalah mempelajari kesadaran dan perspektif pokok individu melalui pengalaman subyektif atau melalui peristiwa hidup yang dialaminya. Van Manen (1984, dalam Speziale & Carpenter, 2003), menyebutkan bahwa secara khusus

fenomenologi berupaya untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana adanya, tanpa proses interpretasi dan abstraksi. Pada penelitian fenomenologi, peneliti mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada satuan alamiah, dan memberikan makna atau menginterpretasikan suatu fenomena berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Cresswell, 1998).

Sedangkan Spiegelberg (1965, 1975 dalam Speziale dan Carpenter, 2003) mengidentifikasi ada enam elemen dasar fenomenologi yang umum dilakukan saat menelaah suatu fenomena, yaitu *descriptive phenomenology*, *phenomenology of essences*, *phenomenology of appearances*, *constitutive phenomenology*, *reductive phenomenology*, dan *hermeneutik phenomenology*. Namun dari keenam elemen tersebut hanya tiga yang umum dilakukan oleh peneliti fenomenologi, yaitu *descriptive phenomenology*, *phenomenology of essences*, dan *reductive phenomenology*. *Descriptive phenomenology* merupakan elemen fenomenologi yang paling umum dilakukan dan akan dijadikan acuan dalam penelitian ini. *Descriptive phenomenology* meliputi proses eksplorasi, analisis, dan deskripsi fenomena untuk memperoleh gambaran yang utuh dan mendalam dari fenomena.

Spiegelberg (1975 dalam Speziale dan Carpenter, 2003) mengidentifikasi tiga langkah untuk mendeskripsikan fenomena, yaitu *intuiting* atau merenungkan, menganalisis, dan mendeskripsikan fenomena. *Intuiting* adalah langkah awal peneliti untuk memulai berinteraksi dan memahami fenomena yang akan diteliti. Pada tahap ini memungkinkan peneliti untuk melihat, mendengar, dan sensitif

terhadap setiap aspek fenomena. Proses *intuiting* dapat berjalan bersamaan dengan proses analisis. Proses analisis meliputi proses identifikasi esensi atau elemen dasar dan pola hubungan esensi yang nantinya akan membentuk struktur esensial fenomena yang pada akhirnya dapat diubah menjadi suatu bentuk yang berstruktur dan konseptual. Langkah berikutnya adalah mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Deskripsi yang baik akan membantu pembaca untuk mengenali fenomena yang diteliti sebagai bagian dari pengalamannya sendiri. Langkah ini merupakan bagian integral dari *intuiting* dan analisis.

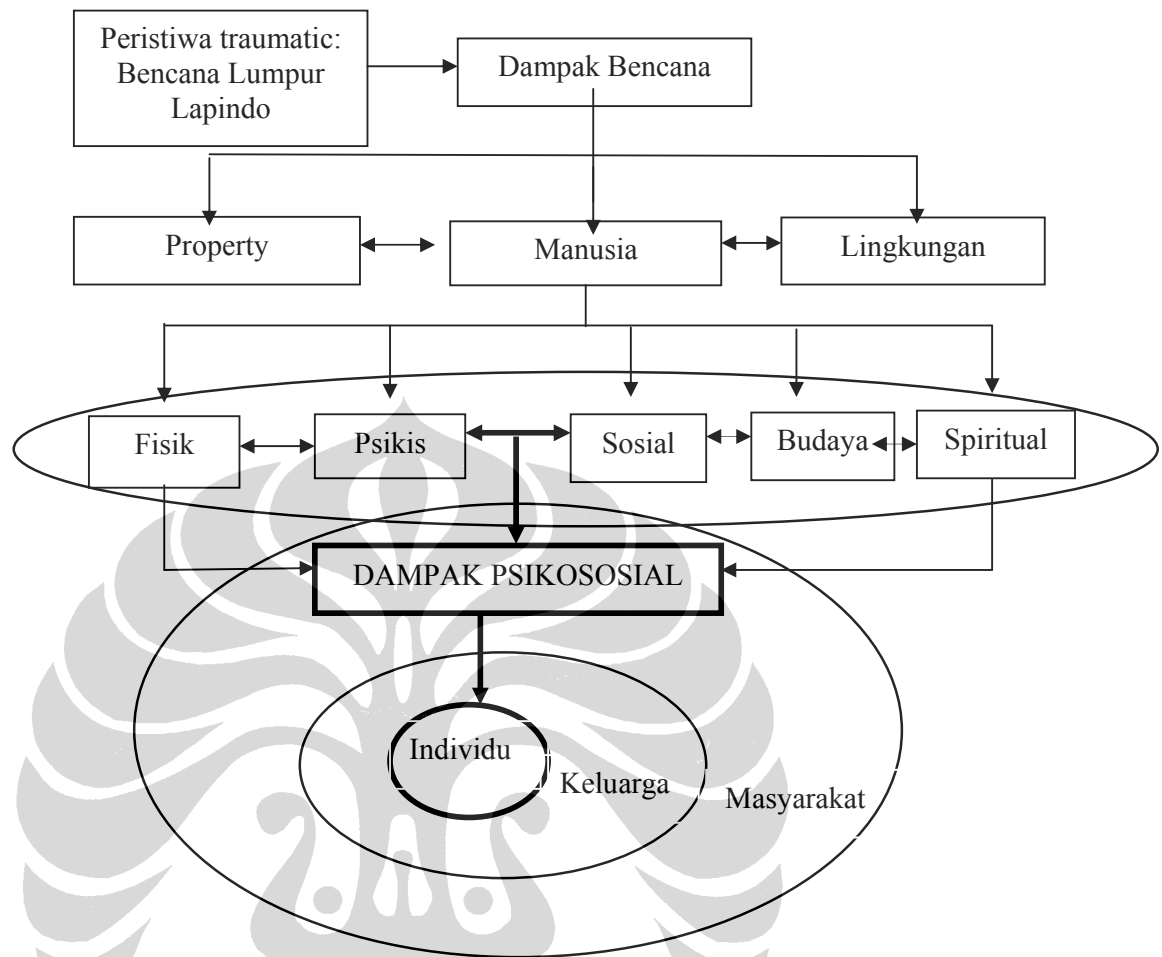
Dalam konteks terjadinya bencana lumpur Lapindo, berbagai perubahan dan kerugian dialami oleh masyarakat dapat dipandang dari sistem manusia secara holistik, properti, dan lingkungan. Dampak pada sistem holistik manusia terdiri dari aspek fisik, psikis, sosial-budaya dan spiritual. Perubahan pada aspek psikis dan sosial yang saling mempengaruhi dan terkait inilah yang disebut dengan dampak psikososial.

Dalam suatu penelitian tentang dukungan psikososial akibat Tsunami, Bhugra dan Ommeren (2006) menjelaskan bahwa dampak bencana yang utama adalah masalah social dan psikologis baik secara langsung maupun tidak langsung yang dipengaruhi oleh factor budaya dan dukungan social yang ada serta factor yang lain. Penelitian lain yang dilakukan oleh Jacob et.al (2008) tentang penanganan bencana akibat Angin Topan Katrina dijelaskan bahwa pertolongan yang dilakukan ditekankan pada kebutuhan psikososial dan perilaku untuk menghindari terjadinya konflik dan masalah kesehatan mental dan fisik.

Berdasarkan uraian singkat dan fenomena yang terjadi di masyarakat korban lumpur Lapindo, maka peneliti menggunakan pendekatan fenomenologi, yaitu suatu penelitian kualitatif yang berfokus pada penemuan fakta mengenai suatu fenomena sosial yang ditekankan pada usaha untuk memahami makna perilaku manusia berdasarkan perspektif partisipan (Poerwandari, 2005). Dengan demikian, tujuan penelitian fenomenologi deskriptif ini adalah untuk memahami, menjelaskan dan memberi makna secara alamiah terhadap pengalaman hidup individu yang mengalami dampak psikososial sebagai akibat lumpur Lapindo.

H. Kerangka Pikir Penelitian

Kejadian bencana menimbulkan berbagai stresor bagi korban yang berdampak pada sistem manusia, properti, dan lingkungan. Pengalaman korban terhadap bencana lumpur Lapindo terutama dalam hal ini pada aspek psikis dan sosial penting untuk di ungkap dan difahami secara mendalam agar dapat memberikan makna secara tepat sebagaimana yang dirasakan oleh masyarakat korban. Kerangka pikir penelitian ini merupakan latar belakang dilakukanya penelitian fenomenologi dari dampak psikososial keluarga akibat lumpur Lapindo, sebagaimana tergambar pada skema 2.2 dibawah ini:



Gambar 2.2: Kerangka pikir penelitian Dampak Psikososial Akibat Bencana Lumpur Lapindo di desa Pajarakan kec. Jaban Sidoarjo tahun 2009