

Prosiding International Seminar & Workshop "Post Traumatic Counseling" tanggal 6 - 7 Juni 2012 di STAIN Batusangkar

KONSELING POST TRAUMATIC STRESS DISORDER DENGAN PENDEKATAN "TERAPI REALITAS"¹

By: Drs. Masril, M.Pd, Kons²

¹ Disampaikan pada Kegiatan Seminar dan Workshop Internasional "post trauma counseling" di STAIN Batusangkar Rabu dan Kamis, 06 dan 07 Juni 2012.

² Penulis adalah dosen BK STAIN Batusangkar, Lektor Kepala, Mahasiswa S3 BK di UPI Bandung

Abstract: *There are many people who experience traumatic events. Among these people there were able to quickly (a few days or a few weeks) to recover a normal life, but there are others who can not escape from that traumatic conditions. The person referred to by psychologists sufferers of post-traumatic stress disorder (PTSD). Among result of PTSD is the development of a career interrupted. Broadly speaking there are two classifications cause someone with PTSD, namely external and internal factors. Internal factors, first, is the lack of psychological resources to adapt to the environment and deal with any problems caused by the limbic system of the brain that have low cortisol levels. Second, the role of cognition, the way individuals make sense of traumatic experiences. External factors are the seriousness of the cause of the traumatic stressor itself, both physically and psychologically. One effort to do a counselor or therapist to help the recovery of PTSD is reality therapy approaches, the based choice theory. Procedures specific reality therapy is WDEP systems. WDEP is W (Wants), D (Direction and Doing), E (Self-Evaluation), P (Planing and Action).*

Key words: *trauma, PTSD, limbic system, cognition, choice theory, reality therapy, and WDEP system.*

Abstrak: Ada banyak orang yang mengalami peristiwa trauma. Diantara orang-orang tersebut ada yang dapat dengan cepat (beberapa hari atau beberapa minggu) pulih kembali menjalani kehidupan normal, namun ada sebagian lainnya yang tidak bisa melepaskan diri dari kondisi traumatic itu. Orang tersebut oleh para ahli psikologi disebut penderita *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Diantara akibat PTSD adalah perkembangan karir terganggu. Secara garis besar ada dua klasifikasi penyebab seseorang mengalami PTSD, yaitu faktor eksternal dan internal. Faktor internal, *pertama*; adalah kurangnya daya psikologis seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan dan menghadapi setiap permasalahan akibat otak system limbik yang mempunyai tingkat kortisol rendah. *Kedua*; peran kognisi, yaitu cara individu memberi arti terhadap traumatis yang dialaminya. Faktor eksternal adalah tingkat keseriusan stressor penyebab traumatis itu sendiri, baik fisik maupun psikis. Salah satu upaya yang dapat dilakukan konselor maupun terapis untuk membantu pemulihan PTSD adalah dengan pendekatan terapi realitas, yang basisnya teori pilihan. Prosedur konseling terapi realitas yang spesifik adalah sistem WDEP. WDEP adalah singkatan dari *Wants* (W), *Direction and Doing* (D), *Self-Evaluation* (E), *Planing and Action* (P).

Kata Kunci: trauma, PTSD, system limbik, kognisi, teori pilihan, terapi realitas, dan system WDEP.

A. PENDAHULUAN

Trauma bisa terjadi kapan dan di mana saja, dan dalam bentuk apapun. Trauma juga dapat terjadi pada fisik maupun psikis. Penyebab trauma juga bermacam-macam, baik yang disengaja maupun tidak. Menurut Schiraldi (1999) dalam Nandang (2008:12) ada tiga faktor penyebab trauma, yakni: (1) kesengajaan oleh manusia, misalnya karena dendam atau untuk maksud jahat; (2) ketidak-sengajaan manusia, seperti kecelakaan; (3) faktor alam, seperti bencana alam. Pada sebagian orang, trauma itu ada yang memiliki dampak panjang (berbulan-bulan/bahkan bertahun-tahun), namun ada yang dampaknya singkat (beberapa hari atau berbilang minggu). Dampak trauma yang hanya berbilang hari atau minggu, itu adalah normal, sebagai manusia yang memiliki perasaan. Dampak trauma yang menjadi masalah adalah yang berbilang bulan dan bahkan tahun.

Karena itu dalam makalah ini akan dikemukakan beberapa permasalahan sebagai berikut: apakah trauma dan *post traumatic stress disorder* (PTSD) itu, faktor-faktor penyebab trauma dan PTSD, akibat trauma terhadap kesehatan mental, pendekatan terapi realitas itu (konsep dan asumsi-asumsi terapi realitas tentang manusia, dan langkah-langkah konseling dalam perspektif terapi realitas).

B. PENGERTIAN TRAUMA DAN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Trauma berasal dari kata Yunani “**tramos**” yang berarti **luka** atau **cedera** yang bersumber dari luar diri (Tjutju Soendari,...; Downs, Louis, 2012). **Trauma** adalah suatu peristiwa atau situasi di mana seseorang dihadapkan dengan suatu **peristiwa aktual** yang dapat **menyebabkan kematian** atau **cedera serius** pada diri sendiri atau orang lain

sehingga muncul perasaan diteror dan perasaan putus asa (Trippany, White Kress, dan Wilcoxon, 2004), peristiwa itu di luar kemampuan individu utk bertahan, mengatasi, atau menghindar (Tjutju Soendari, ...). Sebagaimana dikemukakan Alien (1995); Maxman & Ward (1995); Rosenbloom, Williams, & Watkins (1999) “*Trauma is defined as any event that involves the individual being exposed to an incident where injury or death was a possibility and where feelings of terror and hopelessness were evoked*” (dalam Soendari,...). Trauma didefinisikan sebagai beberapa peristiwa yang melibatkan individu yang terkena insiden yang kemungkinan dapat berakibat cedera atau kematian sehingga muncul perasaan diteror dan keputusasaan.

Giller (1999) dalam Safaria & Ekasaputra (2009:61) mengatakan bahwa trauma secara psikologis adalah pengalaman individu yang unik dari suatu kejadian atau peristiwa yang menyebabkan situasi sebagai berikut: (a) ketidak-mampuan individu untuk mengintegrasikan pengalaman emosionalnya; (b) pengalaman individu secara subyektif yang mengancam hidup, kebutuhan jasmaniah, atau kesehatan jiwa. Kartono & Gulo (2000) dalam Safaria & Ekasaputra (2009:61) mendefinisikan trauma sebagai luka berat, yaitu pengalaman yang menyebabkan seseorang menderita kerusakan fisik maupun psikis.

Roan, seorang psikiater, dalam tulisannya yang berjudul “Melupakan Kenangan Menghapus Trauma” (Intisari, Desember 2003) mengemukakan bahwa trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka, shock atau terperanjat” (dalam Soendari, ...). Lebih lanjut, ia, menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan kejadian traumatic adalah kejadian yang menimbulkan luka psikis yang berpengaruh pada perilaku sesudahnya. Kejadian trauma adalah salah satu pemicu stress, depresi, kecemasan

(*anxiety*), dan perasaan ketidakberdayaan lainnya.

Secara lebih khusus, Kaplan & Sadock (Sinopsis Psikiatri Jilid 2, 1997) mengemukakan *post-traumatic stress disorder* (PTSD) sebagai suatu stress emosional yang besar yang dapat terjadi pada hampir setiap orang yang mengalami kejadian traumatik. Trauma tersebut antara lain trauma peperangan, bencana alam, penyerangan, pemerkosaan, dan kecelakaan serius, seperti kecelakaan mobil dan kebakaran gedung.

Sejalan dengan penjelasan di atas, *National Institute Mental Health* (NIMH, 1999) di Amerika menyebutkan *post-traumatic stress disorder* adalah gangguan gangguan kecemasan yang terjadi setelah individu maupun kelompok mengalami atau menyaksikan suatu kejadian yang mengancam.

Dari penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa trauma adalah cedera atau luka yang disebabkan oleh suatu peristiwa atau kejadian yang bersumber dari luar diri individu. Trauma yang dimaksud dapat terjadi pada fisik maupun psikis. Namun demikian, istilah trauma yang sering digunakan dalam buku-buku psikologis maupun konseling pada umumnya adalah trauma psikis, bukan trauma fisik. Karena itu sesuai judul makalah, maka trauma yang dimaksud dalam makalah ini adalah trauma psikis yang terjadi jauh hari setelah peristiwa trauma, yang dikenal dengan istilah *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD).

C. FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB TRAUMA DAN PTSD

1. Penyebab Trauma

Secara umum, sebagaimana dikemukakan di atas, trauma dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik yang disengaja, maupun yang tidak disengaja. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut: (a) bencana

alam; berupa gempa bumi dahsyad, tsunami, air bah, dan lainnya; (b) berbagai bentuk kecelakaan; (c) teror yang sengaja dilakukan oleh seseorang atau sekelompok orang.

2. Penyebab PTSD

Menurut Safaria & Ekasaputra (2009:63) individu yang mengalami PTSD dapat disebabkan oleh beberapa factor. Faktor-faktor tersebut dapat diklasifikasi menjadi dua, yaitu internal dan eksternal.

a. Faktor internal

Faktor internal terdiri dari dua, yaitu; *pertama*; system limbik yang mempunyai tingkat kortisol lebih rendah, serta tingkat *epinephrine* dan *norepinephrine* lebih tinggi dibanding orang normal. Otak system limbik berfungsi bagi penguatan kemampuan organisme untuk beradaptasi dengan lingkungan dan menghadapi setiap permasalahan yang dialami (*National Institute of Mental Health*, 1999 dalam Safaria & Ekasaputra, 2009:64).

Kedua; peran kognisi, yaitu cara individu memberi arti terhadap pengalaman traumatis yang dialaminya. Pemberian arti atau makna terhadap sebuah peristiwa traumatik akan mengarahkan respons individu dalam menghadapi stresor. Penulis lain dalam sebuah blog berjudul "*Reality Check Counseling*" menyebutnya persepsi. Persepsi individu terhadap insiden, tentang keamanan, dan ketahanannya menghadapi masalah akan mempengaruhi ke-seriusan PTSD yang dialaminya. Individu yang tidak mampu memberikan makna positif terhadap pengalaman traumatik akan memiliki kecenderungan mengalami PTSD lebih berat dibanding individu yang mampu memberi arti positif terhadap

pengalaman traumatiknya (Bullman & Peterson, 1994, dalam Safaria & Ekasaputra, 2009:64).

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal yang dapat menyebabkan PTSD adalah tingkat keseriusan stresor. PTSD dapat terjadi setelah peristiwa traumatik yang besar, baik secara emosional maupun fisik (Boulware, 1999 dalam Safaria & Ekasaputra, 2009:65).

D. GEJALA-GEJALA PTSD

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV, 1994) dalam Safaria & Ekasaputra (2009:66) ada tiga klasifikasi gejala PTSD, yaitu: *intrusive re-experiencing*, *avoidance*, dan *arousal*.

Pertama; Intrusive re-experiencing adalah selalu kembalinya peristiwa traumatik dalam ingatan penderita. Gejalanya adalah sebagai berikut: (1) perasaan, pikiran, dan persepsi mengenai peristiwa muncul berulang-ulang; (2) mimpi-mimpi buruk tentang peristiwa; (3) pikiran-pikiran mengenai traumatic selalu muncul dalam bentuk ilusi, halusinasi, dan mengalami *flashback* mengenai peristiwa; (4) gangguan psikologis yang amat kuat ketika menyaksikan sesuatu yang mengingatkan tentang peristiwa traumatik; (5) terjadi reaktivitas fisik, seperti menggigil, jantung berdebar kencang, atau panic ketika bertemu sesuatu yang mengingatkan peristiwa.

Kedua; Avoidance, yaitu selalu menghindari sesuatu yang berhubungan dengan trauma dan perasaan terpecah. Gejala-gejalanya sebagai berikut: (1) berusaha menghindari situasi, pikiran-pikiran atau aktivitas yang berhubungan dengan peristiwa traumatik; (2) kurangnya perhatian atau partisipasi dalam kegiatan sehari-hari; (3) merasa terasing dari orang lain; (4) membatasi perasaan-perasaan,

termasuk perasaan kasih sayang; (5) perasaan menyerah dan takut pada masa depan, termasuk tidak mempunyai harapan terhadap karir, pernikahan, anak-anak, atau hidup normal.

Ketiga; Arousal, yaitu kesadaran secara berlebihan. Gejalanya antara lain sebagai berikut: (1) mengalami gangguan tidur, atau bertahan untuk selalu tidur; (2) mudah marah dan meledak-ledak; (3) sulit berkonsentrasi; (4) kesadaran berlebihan (*hyper-arousal*); (5) penggugup dan mudah terkejut.

Lebih lanjut, DSM-IV dalam Safaria & Ekasaputra (2009:67) menjelaskan bahwa individu yang mempunyai kecenderungan PTSD akan terlihat kombinasi sejumlah gejala (simptom) di atas, dan muncul tiga bulan setelah peristiwa traumatik. Boulware (1999) dalam Safaria & Ekasaputra (2009:67-68) mengemukakan bahwa PTSD memiliki karakter sebagai berikut: (1) *flashback* (kembalinya kejadian masa lalu); (2) mimpi mengerikan mengenai peristiwa traumatic; (3) kecemasan berlebihan dan kekacauan fungsi fisik ketika mengingat kejadian; (4) berusaha menghindari situasi, pikiran-pikiran, dan aktivitas yang berhubungan dengan peristiwa; (5) menghindari pembicaraan yang berhubungan dengan trauma; (6) perubahan nafsu makan; (7) depresi, putus harapan, putus asa; (8) mengalami gangguan tidur atau lebih banyak tidur; (9) mudah marah meledak-ledak; (10) kesulitan menyesuaikan diri dengan situasi normal; (11) perasaan kekosongan emosional; (12) susah berkonsentrasi dan susah mengingat; (13) terlalu waspada dan berhati-hati; (14) gugup, gelisah, dan mudah terkejut; dan (15) pesimis, perasaan menyerah, dan takut menghadapi masa depan.

Scott & Stradling (2006:29) mengemukakan bahwa sifat perasaan takut pada PTSD lebih ekstrim dari suatu phobia kecelakaan mobil. Hal itu sebagai akibat dari dua level memori maladaptif, yaitu otak emosional dan system alarm dari amygdala. LeDoux (1998) dalam

Scott & Stradling (2006:29) menjelaskan bahwa sistem berbasis amigdala dapat menghasilkan kenangan fisik, jantung berdebar, berkeringat, dan sebagainya muncul sama dengan trauma aslinya. Selanjutnya, amigdala dapat menyimpan kenangan di otak tak-sadar sehingga orang tidak tidak bisa menjelaskan mengapa.

Dari penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa individu penderita *post-traumatic stress disorder* (PTSD) memiliki sejumlah karakter secara kombinasi sebagai efek dan sekaligus gejala (simptom) dari peristiwa traumatik yang dialaminya di masa lalu yang tersimpan di alam tak-sadar, dan muncul tanpa dikehendaki penderita PTSD. Simptom-simptom (gejala-gejala) tersebut baru dapat dikatakan sebagai disorder (kelainan/maladaptif) ketika rentang waktu antara stress yang dialami dengan peristiwa trauma cukup lama, yaitu tiga bulan atau lebih. Jika individu mengalami stress pada saat peristiwa trauma terjadi atau stress yang dialami dalam rentang waktu sebelum tiga bulan adalah normal sebagai manusia. Itu bukanlah PTSD.

PTSD, apabila tidak segera ditentaskan dapat berakibat pada karir dan kesehatan fisik. Sebagaimana dikemukakan Glasser (1998:72) bahwa kondisi fisik kita berkaitan dengan pikiran, perasaan, dan tindakan kita. Wiramihardaja (2007: 97) mengatakan hal yang sama, bahwa kesehatan mental berhubungan dengan keadaan mental positif dan keseimbangan psikologis. Karena itu, maka PTSD tidak bisa dibiarkan berlarut-larut pada diri seseorang karena akan mempengaruhi kesehatan fisiknya dan juga karirnya.

Ada banyak model penanggulangan PTSD. Namun, dalam makalah ini, penulis menawarkan konseling melalui pendekatan teori pilihan, sebagaimana ditulis Glasser dalam bukunya yang berjudul *“Counseling with Choice Theory”* (2001).

E. KONSEP DAN ASUMSIASUMSI DASAR TEORI PILIHAN

Teori Pilihan menjelaskan bahwa **kitalah yang memilih semua yang kita lakukan, termasuk penderitaan** yang kita rasakan. Orang lain tidak dapat membuat kita menderita atau membuat kita bahagia. Yang bisa kita dapatkan dari mereka adalah informasi. Tetapi, informasi tidak bisa membuat kita melakukan atau merasakan apa-apa dengan sendirinya kalau bukan kita yang memilih dan melaksanakan. Informasi pergi ke otak kita, terus kita proses, kemudian kita yang memutuskan apa yang harus kita dilakukan. Dengan demikian, kita yang memilih semua tindakan dan pikiran kita, dan secara tidak langsung mempengaruhi hampir semua perasaan dan fisik kita (Glasser, 1998:3) Lebih lanjut ia mengatakan: *“As bad as you may feel, much of what goes on in your body when you are in pain or sick is the indirect result of the actions and thoughts you choose or have chosen every day of your life”* (Glasser, 1998:4). Anda mungkin merasa, banyak yang terjadi di dalam tubuh Anda ketika Anda sakit, sakit adalah hasil tidak langsung dari tindakan dan pikiran yang Anda pilih atau telah Anda pilih setiap hari dalam hidup Anda.

Glasser juga menunjukkan bagaimana dan mengapa kita membuat pilihan-pilihan yang menyakitkan, bahkan gila, dan bagaimana kita bisa membuat yang lebih baik. Teori pilihan mengajarkan bahwa kita jauh lebih banyak mengendalikan hidup kita dari yang kita sadari. Sayangnya, banyak pengendalian yang tidak efektif. Ia mencontohkan sebagai berikut: Misalnya, Anda merasa kesal dengan anak Anda, maka Anda memilih untuk berteriak dan mengancam, dan membuat hal-hal yang menyebabkan menjadi lebih buruk, tidak lebih baik. Mengambil pengendalian yang lebih efektif berarti membuat pilihan yang lebih baik seperti Anda berhubungan dengan anak-anak Anda dan orang lain (Glasser, 1998:4). Lebih lanjut ia mengatakan bahwa kita dapat mempelajari teori tentang pilihan bagaimana setiap orang benar-

benar berfungsi untuk menggabungkan apa yang tertulis dalam diri secara genetika dengan apa yang kita pelajari saat kita menjalani hidup kita.

Menurut Glasser (1998:4) cara terbaik untuk mempelajari teori pilihan adalah fokus pada mengapa kita memilih kesengsaraan yang umum kita percaya. Yaitu, ketika kita tertekan, kita percaya bahwa kita tidak memiliki kendali atas penderitaan kita, bahwa kita adalah korban ketidakseimbangan dalam kimia-neuro (*neuro-chemistry*) kita, dan karena itu kita membutuhkan obat penenang (*brain drugs*), seperti Prozac, untuk membuat kimia otak kita kembali seimbang. Glasser menyatakan keyakinan itu sedikit ada benarnya. Begitu kita memiliki banyak kontrol atas penderitaan kita. Hanya saja cara pengendalian diri seperti itu lebih banyak merugikan dari pada menyelesaikan masalah. Lebih lanjut Glasser menjelaskan bahwa kita bukanlah korban dari apa yang terjadi pada kita di masa lalu. Kimia otak kita adalah normal untuk memilih apa yang kita lakukan. Obat penenang mungkin membuat kita merasa lebih baik, lebih tenang, tetapi tidak memecahkan masalah yang menyebabkan kita memilih merasa sengsara. Termasuk perasaan stress pasca trauma yang dinamakan *post-traumatic stress disorder* (PTSD).

Teori Pilihan (Glasser, 1998:7) adalah suatu **psikologi kendali internal** (*an internal control psychology*); yang menjelaskan **mengapa** dan **bagaimana** kita **membuat pilihan** yang menentukan perjalanan hidup kita. Teori Pilihan adalah perubahan lengkap dari apa yang menurut akal sehat mengantarkan kita pada apa yang kita harapkan terjadi. Teori pilihan merupakan sebuah cara akal sehat baru. Meskipun tidak mudah untuk melakukan perubahan ini.

Dalam konteks PTSD, individu penderita PTSD harus menyadari secara penuh bahwa kitalah sebagai pengendali diri kita, bukan yang lain, bukan bencana, atau bukan peristiwa. Meskipun suatu

bencana atau peristiwa telah membuat psikologi kita terganggu, namun itu telah berlalu dan tidak ada untungnya dipikirkan lagi. Yang dapat kita pikirkan sekarang adalah menyiapkan diri untuk masa depan, apa yang lebih bermanfaat untuk membahagiakan kehidupan kita ke depan.

F. LANGKAH-LANGKAH RINGKAS KONSELING TERAPI REALITAS

Ada beberapa karakteristik terapi realitas sebagai berikut:

1. Menekankan pada **memilih** dan **tanggung jawab** (*choice and responsibility*).
2. Menolak (*reject*) tranferens.
3. Membahas masalah sekarang (*keep the therapy in the present*)
4. Menghindari mengutamakan gejala-gejala (*avoid focusing on symptoms*)
5. Menantang pandangan-pandangan tradisional tentang kelainan mental (*challenge tradisional views of mental illness*) (Glasser, 2000 dalam Corey, 2005:318-320).

G. PROSES KONSELING

1. Tujuan Konseling

Tujuan utama terapi realitas adalah membantu klien meningkatkan hubungan dengan orang-orang yang mereka dekat dengannya untuk membuat klien lebih berkualitas dalam kehidupannya (*quality world*). Yang mendasari tujuan terapi realitas adalah membantu klien belajar cara-cara yang lebih baik untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhannya secara penuh, termasuk di dalamnya adalah kekuatan atau prestasi (*power or achievement*), kebebasan (*freedom*) atau kemandirian (*independence*), dan kegembiraan (*fun*) (Corey, 2005:321).

2. Fungsi dan Peranan Konselor

Fungsi terapis adalah: *pertama*; untuk menciptakan hubungan baik dengan klien. Dari hubungan ini mereka dapat membantu menggerakkan klien menuju aktivitas yang memuaskan mereka. *Kedua*; mengajarkan kepada klien bagaimana menilai diri, tujuan hidupnya, kekuatan berupa potensi yang dimilikinya. Dalam konteks PTSD, konselor dapat mengajukan pertanyaan kepada klien: "Apakah perilaku takut yang Anda miliki sekarang dapat mengantarkan Anda pada apa yang anda inginkan atau butuhkan?" Peranan konselor tidak untuk mengevaluasi klien, tetapi untuk menantang klien supaya bisa mengevaluasi dirinya (Corey, 2005:321).

3. Beberapa Prosedur Penting untuk Perubahan

Perubahan selalu merupakan sebuah pilihan. Konselor realitas mulai dengan bertanya kepada klien "Apa yang mereka inginkan dari konseling ini". Menurut Glasser (1992 dalam Corey, 2005:324), prosedur yang penting untuk perubahan didasarkan pada asumsi bahwa manusia termotivasi untuk berubah (1) ketika mereka meyakini bahwa perilaku atau ketakutan *post-traumatic* yang mereka tampilkan sekarang tidaklah mereka inginkan dan (2) ketika mereka percaya bahwa mereka dapat memilih perilaku lain yang mengantarkan mereka pada apa yang mereka inginkan. Untuk itu Wubbolding (2000, 2001, 2002) seorang sahabat Glasser, dan Wubbolding & Associates (1998) (dalam Corey, 2005:325 dan 2008:408) menawarkan suatu system yang dinamakannya "system WDEP" sebagai berikut.

4. Sistem "WDEP"

Prosedur utama yang dapat digunakan dalam praktek terapi realitas diakronimkan dengan WDEP. W = *wants*,

needs, and perceptions; D = *direction and doing*; E = *self-evaluation*; dan P = *planning*.

a. W = WANTS (*mengeksplorasi keinginan, kebutuhan, dan persepsi*)

Konselor menanyakan apa yang diinginkan klien. Melalui tanya jawab, konselor mendorong klien untuk mengenali, menggambarkan, dan menyaring bagaimana mereka ingin menemukan kebutuhan-kebutuhan mereka. Bagian konseling terdiri dari mengeksplorasi "album gambar" (dalam pikiran), atau *quality world* (persepsi tentang kualitas hidup) dari klien. Eksplorasi tentang *wants, needs, dan perceptions* dilanjutkan dalam proses konseling untuk merubah gambaran (*pictures change*) dari klien.

Contoh-contoh pertanyaan dalam konteks PTSD antara lain sebagai berikut:

- Apa yang akan anda lakukan jika anda sedang menginginkan sesuatu?
- Apakah Anda benar-benar ingin mengubah persepsi-persepsi anda?
- Apakah yang Anda inginkan itu adalah seperti kehidupan sehari-hari Anda?
- Adakah orang lain yang dapat mengubah pikiran-pikiran atau perasaan-perasaan Anda selain Anda sendiri?
- Apakah Anda berpikir untuk berhenti dari perasaan takut yang sedang anda alami sesuai dengan perubahan yang diinginkan?

Pertanyaan-pertanyaan itu tidak harus seperti itu. Itu tergantung pada seninya konselor untuk menanyakan apa, bagaimana menanyakan, dan kapan ditanyakan kepada klien. Namun esensinya adalah bagaimana klien terdorong untuk melakukan perubahan dalam dirinya, yang tadinya persepsi negatif yang berlebihan terhadap trauma yang pernah dialaminya, menjadi persepsi positif (mengambil pe-

ajaran, hikmah) dari trauma itu, sekaligus menyadari bahwa "kita" tidaklah budak yang dikendalikan oleh masa lalu. Meskipun kita pernah korban dari masa lalu, namun masa lalu telah berlalu. Tanggung jawab kita adalah menyiapkan masa depan yang lebih baik, yang berkualitas, yang *fun*.

**b. D = Direction and Doing
(Mengatur dan lakukan)**

Fokus terapi realitas adalah diperolehnya kesadaran bahwa perilaku sekarang tidak ada lagi kaitannya dengan trauma (luka) di masa lalu, melainkan karena persepsi negatif yang berlebihan tentang kejadian masa lalu yang dibiarkan bersarang dalam diri, dan mengubah perilaku klien secara total. Pertanyaan yang bisa diajukan kepada klien antara lain: "Apa yang Anda pikirkan sekarang tentang kejadian yang pernah Anda alami?" "Apa yang benar-benar telah membuat Anda tidak nyaman sepanjang minggu lalu dan mungkin minggu-minggu sebelumnya?" "Apa yang ingin Anda pikirkan dan kerjakan yang berbeda dengan minggu lalu?" "Apa yang akan Anda lakukan besok?". Sekali lagi, pertanyaan-pertanyaan itu tidak mesti demikian, tetapi menyesuaikan dengan keadaan dan seni masing-masing konselor.

Esensi dari dialog-dialog ini adalah bagaimana klien terdorong, termotivasi untuk mengatur pikiran negatif (Albert Ellis menyebutnya pikiran irrasional) dan persepsi negatifnya menuju pada pikiran dan persepsi baru yang positif tentang trauma dan melakukan perubahan itu secara total, meskipun prosesnya bertahap.

c. E = Evaluation

Inti dari terapi realitas adalah untuk mendorong klien membuat evaluasi diri (*self-evaluation*) melalui pertanyaan seperti berikut:

- Apakah yang sedang Anda pikirkan dan lakukan sekarang membantu

Anda lebih *fun* atau melukai perasaan anda?

- Apakah Anda melihat sejumlah kekuatan pada diri Anda sebagai modal bagi Anda untuk mengubah pikiran-pikiran lama yang menyengsarakan dengan pikiran-pikiran dan perilaku baru yang membuat Anda lebih nyaman?
- Apakah yang sedang Anda pikirkan dan lakukan sekarang sesuai dengan apa yang Anda inginkan?
- Apakah perilaku yang sedang Anda lakukan adalah untuk Anda?
- Adakah sama sehatnya antara apa yang sedang Anda lakukan dengan apa yang Anda yakini?
- Apakah yang sedang Anda lakukan berlawanan dengan aturan-aturan yang ada?
- Adakah orang yang lebih bertanggung jawab untuk mengubah pikiran dan perilaku Anda selain Anda sendiri?

d. P = Planning and Action

Sebagian besar pekerjaan penting dari proses konseling melibatkan klien mengidentifikasi cara-cara khusus untuk memenuhi keinginan dan kebutuhan mereka. Begitu klien menekankan apa yang mereka inginkan untuk berubah, mereka umumnya siap untuk mengeksplor kemungkinan perilaku untuk diformulasikan menjadi *action*.

Wubbolding (1988, 1991, 1996, 2000) dalam Corey (2005:327) menjelaskan bahwa *planning* baru setelah evaluasi diri dilakukan harus diikuti dengan **komitmen** untuk melakukannya atau *action*. Komitmen memegang peran penting dalam terapi realitas. *Planning* saja tanpa disertai komitmen yang kuat untuk meng-*action*-kannya tidak akan dapat mewujudkan apa yang diinginkan, dibutuhkan. Artinya, dalam hidup tidak cukup hanya dengan *planning* saja, melainkan harus sampai pada *action*. Glasser (1998:

72) menegaskan bahwa total behavior terdiri dari empat komponen yang sifatnya simultan yaitu; *acting, thinking, feeling* dan *physiology*.

DAFTAR PUSTAKA

- Corey, Gerald. (2005). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (seventh ad.). Australia: Thomson Brooks/Cole.
- Corey, Gerald. (2008). *Theory and Practice of Group Counseling* (seventh ad.). Australia: Thomson Brooks/Cole
- Glasser, William. (1975). *Reality Therapy A New Approach to Psychiatry*. New York: Harper & Row Publishers.
- Glasser, William. (1998). *Choice Theory A New Psychology of Personal Freedom*. New York: HarperCollinsPublishers.
- Glasser, William. (2001). *Counseling with Chioce Theory The New Reality Therapy*. New York: Harper.
- Rusmana, Nandang. (2008). *Konseling Kelompok Bagi Anak Berpengalaman Traumatis*. Bandung: Rizqi Press.
- Safaria, Triantoro & Ekasaputra, Nofrans. (2009). *Manajemen Emosi Sebuah Panduan Cerdas Bagaimana Mengelola Emosi Positif dalam Hidup Anda*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Scott, Michael J. & Stradling, Stephen G. (2006). *Counseling for Post-Traumatic Stress Disorder*. London: SAGE Publications.
- Soendari, Tjutju. (...). Analisis Jurnal Gejala-Gejala Trauma: Hubungannya dengan Pemikiran Karier, Identitas Vokasional, dan Pengembangan Kepribadian Pekerjaan. Tersedia: file.upi.edu/Direktori/FIP/JUR._PE_ND._LUAR_BIASA/195602141980032-TJUTJU_SOENDARI/Analisis_mate_ri/Gejala_trauma_analisis_jurnal-pdf. Akses: 15 Mei 2012.
- Trippany, R.L., White Kress, V.E., dan Wilcoxon, S.A. (2004). Preventing Vicarious Trauma: What Counselors Should Know When Working With Trauma Survivors. *Journal of Counseling & Development, Vol. 82, pp. 31-37*. Tersedia: <j.b5z.net/i/u/2043019/i/SocialPhobia.pdf>. Akses: 15 Mei 2012. Akses: 15 Mei 2012.
- Wiramihardja, Sutardjo A. (2007). *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: Refika Aditama.