

**2001 Welfare Science Labour Sciences Research Grant Recipient
(Special Research Program for Welfare Studies, Japan)**

**Translated by JICA: Japan International Cooperation Agency &
STKS: Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial**

**PEDOMAN
AKTIVITAS PERAWATAN KESEHATAN MENTAL
TINGKAT LOKAL PASCA BENCANA**

17 Oktober 2006

Pengantar Isi

Menyusul bencana alam yang akhir-akhir ini terjadi, seperti gempa bumi Great Hanshin (17 Januari 1995) dan bencana-bencana lain yang disebabkan kejahatan manusia atau kecelakaan, masyarakat dan para spesialis kesehatan mental di Jepang menjadi sadar akan perlunya perawatan psikologis, dan sejak saat itu langkah-langkah praktis telah dilakukan. Supaya dapat berbagi pengalaman secara luas dan mengkaitkannya dengan program-program yang lebih baik di masa yang akan datang, kami menyusun “Pedoman Aktifitas Perawatan Kesehatan Mental Tingkat Lokal Pasca Bencana”. Stres pasca trauma (*posttraumatic stress*) dan berbagai reaksi psikologis biasanya terjadi setelah suatu bencana. Oleh karenanya, penting sekali untuk tidak hanya memastikan diagnosa yang akurat melainkan juga terus menyediakan perawatan kesehatan mental yang lengkap.

Pedoman ini dirancang untuk memadukan semua jenis program, dengan usulan yang berdasarkan pada apa yang biasa dilakukan di tengah-tengah kemelut bencana. Kami telah memasukan sebanyak mungkin spesifikasi dari apa yang telah dipelajari dalam praktek aktual selama ini, yang meliputi kontak awal, pentingnya penyembuhan trauma secara alami, respon terhadap persoalan multi kultur dan kerja sama dengan relawan dan pers.

Kami berharap bahwa pedoman ini dapat digunakan secara luas dalam situasi bencana. Selain itu, kami juga berharap bahwa pengalaman pemberi pelayanan selanjutnya akan membawa pedoman ini pada perbaikan di masa yang akan datang.

17 Januari 2003

Yoshiharu Kim ; ©copyright

Penulis, “Future Directions for Mental Support in Light of the Classroom Killing and Wounding Incident”

2001 Welfare Science Labour Sciences Research Grant Recipient (Special Research Program for Welfare Studies)

Permanent Position: Director, Adult Mental Health Section, Mental Health Research Center, National Center of Neurology and Psychiatry, Japan

Nama-nama komisi penyusun menurut nama keluarga berdasarkan abjad:

- Abe Yukihiro : Counseling Supervisor, Hokkaido Mental Health Welfare Center
- Araki Hitoshi : Manager, Health Service Disease Control Division, Ibaraki Prefecture Health and Welfare Department
- Fujita Masako : Mental Health and Welfare Specialist, Hyogo Prefectural Mental Health and Welfare Center
- Iwai Keiji : Assistant professor, Educational Clinic, School Teaching Department, Hyogo University of Teacher Education
- Kato Hiroshi : Research Director, Institute for Traumatic Stress, Hyogo Research organization for Human Care
- Nagai Naoko : Health policy Director, Wakayama Municipal Public Health Center, Assistant Councilor
- Watabiki Kazuhiro : Chief Investigator, Welfare Division for the Physically/ Mentally Challenged, Ibaraki Prefecture Health and Welfare Division
- Yamamoto Kohei : Chief Investigator, Health Policy Section, Wakayama Municipal Public Health Center, Mental Health and Welfare Counselor

Daftar isi

Pendahuluan	1
I Kebutuhan Perawatan Kesehatan Mental Tingkat Pasca Bencana	1
1 Pengalaman-pengalaman bencana dan aktifitas-aktifitas perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal	1
2 Perawatan kesehatan mental pasca bencana pada tingkat lokal	3
1) Kebijakan-kebijakan perawatan kesehatan mental pasca bencana	4
2) Kebutuhan pasien	5
II Reaksi Psikologis Pasca Bencana	6
1 Jenis-jenis beban psikologis	6
1) Trauma mental	6
2) Kesedihan,kehilangan, kemarahan dan perasaan bersalah	7
3) Stres sosial dan pola hidup	7
2 Jenis-jenis reaksi psikologis	9
1) Periode awal (satu bulan pasca bencana)	9
Catatan:Beberapa hari pertama	10
2) Jangka panjang (setelah bulan pertama)	12
III Pengembangan Perawatan Kesehatan Mental Tingkat Lokal Pasaca Bencana	13
1 Perencanaan untuk perawatan kesehatan mental pada pusat-pusat pertolongan bencana	13
2 Respon awal (selama bulan pertama)	15
1) Respon praktis dan kesehatan mental	16
2) Respon segera-kontak awal	16
3) Skrining untuk korban yang memerlukan observasi	18
4) Pertolongan pertama secara psikologis	18
5) Skrining medis	21
6) Informasi publik	22
7) <i>Hotline</i> untuk konseling	23
8) Berkaitan dengan PTSD	23
3 Pemulihan alami dari trauma	27
1) Kondisi-kondisi yang mendorong pemulihan alami	28
2) Faktor-faktor yang menghambat pemulihan alami	29
4 Hubungan (<i>liaison</i>) dengan relawan luar	30
1) Kebijakan pemberian bantuan harus disusun oleh pusat pertolongan bencana	30
2) Kontak dengan penduduk harus diawasi oleh pusat pertolongan bencana	31
3) Peninjauan oleh pihak-pihak luar harus dikontrol oleh pusat pertolongan bencana	32
5 Bekerja dengan pers	32
1) Pentingnya bantuan informasi dari pers	32
2) Risiko pemicu PTSD melalui pengumpulan berita	32

3) Menghadapi pers	33
6 Persoalan multi-kultur	33
7 Kesehatan mental tenaga penolong	34
1) Latar belakang	34
2) Faktor-faktor stres bagi tenaga penolong	35
3) Reaksi psikologis pada tenaga penolong	37
4) Tindakan-tindakan antisipasi	37
IV Hal-hal yang perlu segera dilakukan	39
1) Pendidikan masyarakat tentang perawatan kesehatan mental dan bencana	39
2) Simulasi-simulasi perawatan kesehatan mental selama pelatihan-pelatihan menghadapi bencana	39
3) Pengaturan dana untuk perawatan kesehatan mental	40
4) Membuat perawatan trauma mental sebagai bagian dari pelayanan kesehatan mental yang rutin	40
5) Pelatihan untuk para penyedia perawatan kesehatan mental	41
Checklist untuk kebutuhan observasi (segera setelah peristiwa bencana)	42
Glossary/kamus	43
Kriteria Diagnosa untuk PTSD	46

Pendahuluan

Ketika suatu bencana terjadi di suatu wilayah, ditemukan berbagai efek psikologis pada sejumlah besar penduduk di wilayah tersebut, karena itu perlu disediakan pelayanan-pelayanan perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal, dibawah pimpinan pemerintah lokal, puskesmas atau pusat kesejahteraan dan kesehatan mental. Kami berharap hal-hal yang disajikan dalam pedoman ini akan secara hati-hati diperhatikan oleh ahli kesehatan, petugas kesehatan masyarakat, perawat, pekerja sosial, para spesialis dan petugas lain yang terlibat dalam pelayanan tersebut.

Dalam pedoman ini, suatu bencana diartikan sebagai suatu kejadian dengan efek serius yang tidak hanya dirasakan oleh peorangn tetapi juga oleh seluruh penduduk suatu wilayah, dan sangat mungkin merupakan kejadian yang melumpuhkan pelayanan dasar pendukung kehidupan di wilayah tersebut. Dengan kata lain, hal ini merupakan kejadian yang tidak hanya memerlukan respon khusus kepada individu yang menderita akibat bencana, tetapi juga memerlukan langkah-langkah untuk melayani seluruh anggota masyarakat di wilayah tersebut. Secara khusus bencana bisa mencakup gempa bumi, banjir atau bencana alam lainnya, kebakaran, kecelakaan, kontaminasi lingkungan, dan juga tindak kejahatan. Beberapa contoh yang belakangan terjadi seperti disembarkannya peristiwa sarin di kereta bawah tanah, musibah gempa besar di Hanshin Awaji, peracunan mangkuk kari pada sebuah festival di Wakayama, dan kecelakaan uranium di Tokaimura .

I. Kebutuhan Perawatan Kesehatan Mental Tingkat Lokal Pasca Bencana

1. Pengalaman-pengalaman bencana dan aktivitas-aktivitas perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal

Sebagai kejadian menakutkan yang tidak seorangpun kehendaki, bencana menimbulkan beban psikologis yang sangat berat. Anggota keluarga mungkin meninggal, atau dia sendiri menderita kehilangan rumah dan harta benda (reaksi kehilangan dan

kesedihan). Lebih jauh lagi, kejadian setelahnya bisa mengakibatkan perubahan hidup yang sangat besar dan ketidakpastian akan masa depan. Hal ini menimbulkan stres dalam kehidupan sehari-hari. Yang lebih parah lagi, mereka yang rawan terhadap bencana termasuk para lanjut usia, bayi, orang sakit atau terluka dan penyandang cacat mungkin mengalami kesulitan besar dalam mengatasi kehidupan setelah bencana dan menderita stres dengan tingkat yang lebih berat. Khususnya, gangguan terhadap perawatan medis setelah terjadinya bencana yang berkaitan dengan gangguan mental dan juga gangguan fisik dapat mempengaruhi kesehatan mental pasien secara negatif. Selanjutnya, selama bencana orang mungkin menyaksikan kematian atau luka-luka, atau secara pribadi merasakan pengaruh fisik dari suatu gempa atau kebakaran yang mengakibatkan shock yang secara permanen terpatrit dalam pikiran (Flash back). Dia juga mungkin mengalami kilas balik kejadian.

Perubahan mental yang umumnya disebabkan hal di atas meliputi depresi, kehilangan motivasi, insomnia, kehilangan nafsu makan, meratapi nasib, sikap cepat marah, lemahnya kemampuan berkonsentrasi, daya ingat lemah dan mengalami pingsan. Biasanya keadaan tersebut bersifat sementara, dan kesembuhannya bersifat alami. Namun, jika stresnya berkepanjangan, penyembuhannya akan memerlukan waktu yang lebih lama. Hal ini tergantung pada sejauh mana batas dan durasi gejala-gejalanya. Keadaan ini mungkin didiagnosa sebagai suatu gangguan mental seperti gangguan dua kutub (depresi jiwa), serangan panik, atau gangguan stres pasca trauma/*posttraumatic stress disorder* (PTSD, lihat glossary, p43). Gejala-gejala demikian sering dikaitkan dengan bunuh diri atau kecelakaan, meningkatnya penggunaan alkohol atau rokok, perpecahan keluarga atau perselisihan dengan tetangga, tertundanya pemulihan kehidupan normal, dan dalam beberapa kasus, terjadi penyimpangan perilaku sosial.

Sebagai contoh, seseorang yang cenderung membuat masalah ketika orang-orang datang untuk memberi pertolongan, kemudian secara bertahap dia jadi penyendiri.

Jenis-jenis perubahan seperti ini dapat muncul tanpa sebab suatu bencana, melainkan lebih disebabkan oleh kecelakaan dan pengalaman terkena tindak kejahatan di waktu mendatang. Ketika terjadi bencana dan penderitaan meluas mengenai seluruh keluarga dan masyarakat, daerah pemukiman di perkotaan rusak atau hancur, dan kehidupan rutin menjadi terganggu, maka reaksi psikologis individu-individu yang bermasalah itu makin menghebat. Pasca bencana, ditemukan banyak korban, dan fasilitas perawatan kesehatan mental, yang mungkin mengalami kerusakan fisik, dan tidak dapat menangani para korban dengan baik. Kemudahan untuk memanfaatkan fasilitas perawatan kesehatan seperti yang didambakan setiap orang mungkin hilang, atau sistem secara keseluruhan mengalami kekacauan. Lebih parah lagi, karena orang lebih memfokuskan diri pada pembangunan kembali kehidupan mereka, sehingga tidak memperhatikan gejala stres atau gejala mental mereka sendiri yang tidak terlihat.

Dalam menyediakan pelayanan perawatan kesehatan mental tingkat lokal pasca bencana, kita harus memikirkan strategi-strategi yang sesuai dengan situasi yang terjadi. Dalam menyediakan pelayanan, kita berusaha meningkatkan efisiensi seiring berjalannya waktu dengan tidak melupakan faktor-faktor penyebab stres dalam masyarakat, gejala-gejala yang muncul dan perbedaan dari satu kondisi dengan kondisi yang lain.

2. Perawatan kesehatan mental pasca bencana pada tingkat lokal

1) Kebijakan-kebijakan perawatan kesehatan mental pasca bencana pada tingkat lokal

Ada dua jenis aktivitas perawatan kesehatan mental pasca bencana, yaitu:

- (1) Aktivitas-aktivitas dalam rangkaian program bantuan umum yang dirancang untuk memperbaiki kesehatan mental seluruh masyarakat sebagai suatu kelompok dan untuk mengurangi stres dan trauma mental dari kelompok yang bersangkutan (diterangkan pada bagian II, p6).
- (2) Pencegahan, deteksi awal dan perawatan gangguan mental khusus. Poin (1) pada umumnya terdiri atas pemberi bantuan yang biasa dan staf perawatan kesehatan mental yang berangkat ke lokasi bencana dalam rangka kegiatan penjangkauan "Outreach" (lihat *glossary, p43*), pemberi informasi yang berkaitan dengan bencana, dan dalam rangka pendidikan psikologi (lihat *glossary, p43*) untuk masyarakat umum. Lebih lanjut, bantuan praktis untuk pemulihan bencana dan dukungan hidup dengan sendirinya membantu meningkatkan kesehatan mental masyarakat. Poin 2) Secara umum terdiri atas skrining terhadap individu yang mengalami gangguan mental, mendorong orang untuk datang berkonsultasi, pendidikan psikologi dan rujukan kepada spesialis. Pelaksanaan yang efektif dari poin (1) dapat berfungsi untuk mencegah kondisi mental yang ada di poin (2).

Pertama-tama, kebanyakan tenaga penolong yang datang ke lokasi bencana segera setelah kejadian bukanlah tenaga medis. Bahkan diantara tenaga medis sekalipun hanya beberapa orang saja yang tampaknya memiliki pengalaman menangani orang-orang dengan gangguan PTSD. Tetapi pada minggu pertama, kedua atau untuk waktu yang lebih lama lagi, poin (1) akan menjadi fokus utama, sehingga pengetahuan yang cukup tentang penanganan gangguan tersebut, pada tahap ini, tidak begitu penting. Tingkat kesehatan masyarakat akan diperbaiki ketika tenaga penolong memasuki lokasi bencana untuk bertemu dan berbicara dengan para korban dan merespon kebutuhan aktual mereka. Pada saat yang bersamaan, para tenaga penolong itu perlu menyebarkan informasi tentang cakupan bencana dan

usaha-usaha pemulihannya. Selama periode ini, kondisi mental masih berubah-ubah, sehingga sulit untuk melakukan diagnosa terhadap gangguan mental. Oleh karenanya, dari pada membuat diagnosa-diagnosa demikian, usaha-usaha berdasarkan poin (2) sebaiknya lebih diarahkan untuk menghilangkan situasi kacau, kolap dan bingung. Tenaga penolong non-medis (selanjutnya disebut petugas awam) harus dilatih mengenal, memahami dan memberikan respon-respon sederhana pada situasi tersebut dan menghubungi para spesialis apabila diperlukan. Ketika tenaga profesional mengadakan kontak dengan para penduduk, mereka tidak akan terlalu sulit mengidentifikasi siapa-siapa saja yang menunjukkan gejala-gejala serius pada situasi tersebut. Terlepas dari kondisi bencana, mereka cukup melaksanakan aktivitas perawatan kesehatan mental, *casework* dan konsultasi yang normal dan rutin.

2) Kebutuhan pasien

Di masa lalu, dikemukakan bahwa tehnik khusus seperti *debriefing* (lihat *glossary, p44*) harus dilaksanakan, tetapi sekarang tehnik tersebut disangsikan keefektifannya. Telah diketahui secara internasional bahwa tindakan serampangan itu tampaknya memperburuk akibat psikologis yang muncul kemudian. Yang terbaik adalah melaksanakan aktivitas perawatan kesehatan mental rutin dengan penuh keyakinan. Satu hal yang penting berkaitan dengan aktivitas tersebut adalah kesinambungan. Harus dihindari seseorang yang pada hari ini memberikan pertolongan namun besoknya menghilang. Orang-orang yang memiliki hubungan erat dengan lingkungan tetanggalah yang seharusnya menjalankan inti dari pekerjaan ini.

Di tengah-tengah situasi khusus pada suatu lokasi bencana, sangat sulit untuk melaksanakan aktivitas perawatan kesehatan mental yang normal dan rutin. Pertama-tama, karena siapa yang menjadi korban dan bantuan apa saja yang diperlukan tidak diketahui. Mempelajari situasi orang-orang dan memberikan konseling

harus dilakukan dengan bekerja sama dengan orang-orang dari berbagai latar belakang, mungkin juga dengan mereka yang tidak berlatar belakang spesialis kesehatan mental. Ada kalanya pada saat kedatangan mereka ke lokasi bencana, mereka langsung terjun bekerja. Hal itu memang penting, namun yang pertama-tama harus dibangun adalah hubungan dan koordinasi diantara kelompok-kelompok tenaga penolong kesehatan mental yang berdatangan dari luar atau dari daerah itu sendiri. Dalam hal ini, langkah-langkah yang diambil untuk para korban tidak sebanyak langkah-langkah yang diambil untuk para penyedia pelayanan kesehatan mental itu sendiri. Jadi penting sekali untuk berhenti sejenak dan memikirkan cara yang terbaik dalam melaksanakan perawatan kesehatan mental pada situasi luar biasa. Dalam prakteknya, bila seseorang menemukan warga yang memerlukan perawatan kesehatan mental, cara yang terbaik untuk menghindari kebingungan adalah menghubungi praktisi perawatan kesehatan mental yang ahli dalam bidang tersebut.

II. Reaksi Psikologis Pasca Bencana

1. Jenis-jenis beban psikologis

1) Trauma mental

- (1) Pengalaman bencana secara fisik (getaran atau bunyi gempa, api atau panas api, kebisingan atau ledakan panas dari sebuah ledakan, dll.).
- (2) Penderitaan karena bencana (luka, kematian orang yang dicintai, kerusakan rumah, dll.).
- (3) Menyaksikan bencana (mayat, api, rumah-rumah yang runtuh, orang-orang yang kebingungan, dll.).

2) Kesedihan, kehilangan, kemarahan dan perasaan bersalah

- (4) Kesedihan karena merasa kehilangan, terluka, kehilangan anggota keluarga.
- (5) Perasaan bersalah (perasaan bersalah korban selamat, persoalan yang tidak terpecahkan).
- (6) Kemarahan terhadap sekililing (bantuan yang tertunda, informasi yang membingungkan, dll.).
- (7) Kemarahan terhadap organisasi atau perorangan yang dianggap sebagai yang bertanggung jawab atas kecelakaan/bencana, atau terhadap orang-orang yang terlibat dalam tindak kejahatan.

3) Stres sosial dan pola hidup

- (8) Evakuasi dan relokasi (lingkungan tempat tinggal dan kelompok yang baru).
- (9) Rutinitas kehidupan yang terganggu (sekolah, pekerjaan, hidup bertetangga, pelayanan kesehatan, sistem pelayanan anak, lanjut usia dan penyandang cacat).
- (10) Beban hubungan dan informasi yang baru (menghubungi orang-orang untuk menerima informasi atau bantuan, memproses informasi yang diterima).
- (11) Beban penerimaan perhatian sebagai korban selamat (dilihat oleh orang lain, kekhawatiran akan menjadi objek simpati atau rasa penasaran).

• Penjelasan-penjelasan:

- 1) Trauma mental (Shok yang didapat dari pengalaman bencana): Stimulus langsung yang kuat menjadikan syaraf simpatetik terstimulasi secara berlebihan. Hal ini menyebabkan perasaan cemas dan takut yang luar biasa, ketidakmampuan untuk berada dalam suasana orang banyak, selalu memfokuskan perhatian pada stimulus yang paling menimbulkan rasa takut, dan selalu teringat pada suasana bencana dan ketakutan-ketakutan yang terpatri dalam pikiran. Ingatan-ingatan tersebut muncul berulang kali dengan sendirinya, sebagai sebuah flashback, dimana

individu yang bersangkutan tidak dapat mengendalikannya, dan mengembalikan orang tersebut pada situasi bahaya sebagaimana kejadian menakutkan yang sesungguhnya. Kondisi demikian disebut trauma mental (berikutnya disebut trauma). Faktor-faktor penyebabnya, selain gemetar, nyeri, api, panas atau hal lainnya yang dialami secara pribadi, mungkin juga termasuk penderitaan orang lain yang disaksikannya. Shok berat dapat disebabkan karena menyaksikan kematian atau luka yang diderita oleh orang yang dicintai, kehancuran rumah, atau melihat mayat (terutama kalau mayat tersebut dalam keadaan terluka serius atau terpotong-potong). Bahkan jika tidak ada episode kilas balik (falashback) pun, pengalaman demikian bisa mengarah pada hilangnya motivasi, depresi, kecemasan, insomnia, hilangnya nafsu makan, atau kecelakaan karena kurangnya konsentrasi.

- 2) Kesedihan, kehilangan, kemarahan, perasaan bersalah: Orang biasanya tidak mampu memikirkan apapun karena shok dan kebingungan yang terjadi sesaat setelah kejadian bencana. Namun, secara perlahan-lahan luka dan ketidakpastian tentang masa depan cenderung akan menjadi masalah praktis. Setelah kebingungan awal dan kegundahan mereda, kesedihan yang mendalam dan rasa kehilangan mungkin kembali muncul. Terlepas apakah seseorang merupakan korban atau bukan, mungkin muncul perasaan bersalah. Khususnya, ketika seseorang yang dicintai meninggal, orang tersebut akan merasa sangat bersalah karena menjadi orang yang selamat (Survivor's Guilt, perasaan bersalah dari korban selamat). Itu merupakan suatu perasaan bahwa dia tidak mampu melakukan hal yang seharusnya dilakukan. Pada waktu yang bersamaan, kemarahan terhadap nasib yang menimpanya mungkin diarahkan pada tenaga penolong dan orang disekitarnya.

- 3) Stres pola hidup dan sosial: Stres yang disebabkan oleh lingkungan hidup yang baru. Peningkatan dalam berbagai ketidaknyamanan fisik dan mental, keluhan-keluhan yang tidak teridentifikasi, insomnia, perasaan mudah tersinggung dan lain-lain pasti terjadi. Ketika sekelompok orang yang terpaksa mengungsi tinggal bersama dalam satu gedung olah raga atau fasilitas umum lainnya dalam waktu yang lama, persoalan-persoalan yang berkaitan dengan privasi, ruang hidup (makanan, toilet, sampah, tugas sehari-hari) perawatan anak-anak, lansia, penyandang cacat dan penanggulangan penyakit menular akan muncul. Melindungi kehidupan pribadi seseorang dari pencari berita adalah persoalan penting lainnya.

2. Jenis-jenis reaksi psikologis

1) Periode Awal (Satu bulan pasca bencana)

PTSD yang berfokus pada *flashback* adalah suatu reaksi yang merupakan karakteristik umum diantara para korban selamat, tetapi diagnosa terhadap gangguan ini hanya dapat dilakukan paling cepat satu bulan setelah bencana. Gejala-gejalanya cenderung tidak stabil selama periode awal ini sehingga diagnosa psikiatris akan menjadi sulit. Oleh karenanya, kesulitan-kesulitan korban selamat selama periode awal pada umumnya dianggap sebagai reaksi stres. Sambil memberikan waktu untuk penyembuhan alami, alangkah lebih baik untuk lebih fokus pada pemberian informasi dan bantuan khusus untuk menangani masalah yang berkaitan dengan ketidakmenentuan praktis, sambil juga menangani gejala-gejala serius seperti insomnia, kecemasan, atau semacamnya dengan memberikan obat atau konsultasi. Walau demikian, selama proses penyembuhan alami mulai dari reaksi stres awal, kecemasan atau kecerobohan dapat menyebabkan kecelakaan yang tidak diharapkan atau kejadian sekunder. Dengan demikian, sangatlah perlu

memulai sejak awal membangun kesadaran masyarakat melalui pemberian informasi dan pendidikan tentang perubahan psikologis dan peluang penyembuhannya. Pemberian informasi kepada masyarakat dan pemberian bantuan pada tahap awal tidak saja akan mengurangi kecemasan tetapi juga mengurangi permasalahan jangka panjang seperti ketergantungan pada alkohol.

Apabila terdapat reaksi stres yang berat dan beban psikologis yang sangat berat, atau seseorang memang sudah rentan sejak awal (*vulnerability, lihat glossary p44*), maka orang tersebut dapat terkena kondisi-kondisi mental khusus seperti depresi, kecemasan, kepanikan, *dementia* dan *schizophrenia*. *Dementia* yang tidak diketahui sebelumnya pun mungkin bisa dikenali dengan terjadinya *delirium* malam . Seseorang yang telah mendapatkan perawatan gangguan kecemasan mungkin akan mengalami keadaan yang lebih buruk karena shock akibat bencana atau terhentinya pemberian obat. Sebagai contoh, terputusnya pemberian obat yang tiba-tiba bagi penderita epilepsi akan diikuti oleh serangan ayan jamak berselang 48 jam. Perlu dicatat bahwa perawatan kondisi-kondisi mental yang umum ini semuanya merupakan pekerjaan seorang pemberi perawatan mental yang profesional.

Catatan : Beberapa hari pertama

Selama fase ini orang-orang menunjukkan gejala yang bervariasi dan pada kebanyakan kasus gejala tersebut cepat berlalu, sehingga diagnosa tidak akan berarti banyak. Juga, pada saat itu seorang profesional kesehatan mental akan menemukan kesulitan untuk berbicara dengan mereka karena dalam kebanyakan kasus yang melakukan kontak adalah orang awam. Oleh karena itu, klasifikasi-klasifikasi berikut praktis untuk dilakukan.

- (1) Pola kecemasan praktis (*Practical Anxiety Pattern*)

Kecemasan praktis berasal dari ketidaktahuan penyebab, skala dan cakupan kerusakan bencana atau jenis bantuan apa yang tersedia. Akan diperparah oleh berbagai persoalan seperti penyelamatan anggota keluarga, aktivitas pemadaman api, atau tertundanya evakuasi. Gejala-gejalanya selalu jelas kelihatan oleh orang lain, tapi selalu disembunyikan. Menghilangkan kecemasan praktis sebisa mungkin merupakan cara yang paling penting untuk mencegah reaksi psikologis yang datang belakangan. Respon terbaik adalah dengan cara menentukan dengan tepat penderitaan seperti apa yang dihadapi setiap orang dan apa yang mereka perlukan.

(2) Pola yang terganggu (*Distracted Pattern*)

Ketidakmampuan untuk tenang atau berdiam diri, yang disebabkan oleh kecemasan yang besar. Pembicaraan dan perilaku tidak berkaitan lagi secara logis. Melupakan apa yang sudah dirancang dan malah melakukan sesuatu yang tidak berhubungan. Debaran jantung, nafas pendek-pendek, atau keringat deras mungkin terlihat. Mungkin terdapat kekacauan emosi dengan kegelisahan, ledakan kemarahan atau tangisan tiba-tiba. Untuk perawatannya, pastikan mendapat istirahat dan tidur yang pulas. Masalah-masalah praktis yang menyebabkan kecemasan harus secepatnya dipecahkan.

(3) Pola keterkejutan (*Stupefied Pattern*)

Yang disebabkan oleh ketakutan atau shok yang tidak terantisipasi. Dilihat dari penampilannya, sekilas, tampaknya tidak berpikir dan merasa. Sedikit berbicara dan bertindak, pertanyaan-pertanyaan tidak mendapat jawaban, barang-barang yang diperlukan yang ada di depan mata diabaikan. Ketidakmampuan memahami apa yang sedang terjadi, atau mengingat nama dan wajah seseorang. Seperti tidak hidup dalam dunia nyata, dan tidak mampu berbicara walaupun ada yang ingin dikatakan. Kondisi demikian mungkin bisa keliru dengan “kondisi sangat tenang”, tapi orang

tersebut merasakan kesedihan yang mendalam dan ketakutan di dalam dirinya. Pola seperti ini harus dicurigai keberadaannya pada orang-orang yang “tidak bereaksi” atau “tampak luar biasa tenang”

2) Jangka panjang (setelah bulan pertama)

Dalam jangka panjang, tampaknya gejala-gejala sebagian orang akan menjadi kronis dan PTSD atau gangguan psikologis lainnya akan tetap ada. Pasca bencana dan tindak kejahatan yang menimpa daerah yang luas di Jepang, daerah yang paling parah terpengaruh menunjukkan 30 sampai 40% kejadian PTSD (termasuk PTSD parsial – lihat *glossary, p45*) dalam waktu 6 bulan. Sekitar setengahnya dari kasus ini berkurang secara alami, tetapi setengah yang lain bersifat kronis. Pada populasi penampungan sementara pasca gempa Hanshin, dalam beberapa kasus ditemukan 10 sampai 20% kasus PTSD setelah satu tahun berlalu. Selain PTSD, terdapat persoalan jangka panjang yang mungkin meliputi rendahnya kemampuan berkonsentrasi yang kronis, kesulitan bersosialisasi, dan ketergantungan yang lebih tinggi terhadap alkohol.

Sampai saat ini, sejalan dengan usaha-usaha untuk menghilangkan stres dan trauma untuk kelompok secara keseluruhan, fokus perhatian secara mendasar telah beralih pada perawatan para ahli untuk individu yang menunjukkan gejala-gejala. Pada prinsipnya, perawatan demikian dapat dialihkan kepada fasilitas perawatan kesehatan yang normal, namun selama pusat-pusat pengungsian masih berjalan, mungkin perlu melibatkannya dalam sistem bantuan atau setidaknya menempatkan tim-tim perespon disana.

Seiring berjalannya waktu setelah bencana, kesehatan masyarakat secara keseluruhan akan pulih, dan rekonstruksi di lokasi bencana akan menunjukkan kemajuan. Namun demikian, mereka dengan beban psikologis paling berat mungkin

akan lambat pulih, dan tertinggal. Pemulihan masing-masing orang akan berjalan sesuai dengan kecepatannya masing-masing pula. Di negara-negara lain, korban selamat dari kebakaran hutan dilaporkan menderita PTSD sampai beberapa tahun, bahkan beberapa kasus bertahan lebih lama lagi. Orang-orang ini tersiksa oleh ingatan yang tidak akan memudar, dan oleh penderitaan yang tidak bisa mereka lupakan. Di beberapa wilayah, penderitaan akan tetap ada dalam ingatan orang-orang dan bantuan harus terus diberikan kepada mereka secara langsung. Tentunya, jika ahli kesehatan mental pada tingkat lokal masih menemukan keluhan gangguan psikologis setelah lebih dari satu tahun berlalu, hal ini tidak bisa dianggap sebagai situasi yang luar biasa.

Yang terakhir, ada masalah yang berkenaan dengan tenaga penolong sendiri. Mampu memberikan bantuan terbaik selalu berarti mengurangi stres para pemberi bantuan dan meminimalkan kelelahan. Tapi tentu saja stres akan muncul seandainya mereka sendiri atau keluarga mereka juga merupakan korban bencana, atau jika mereka berasal dari daerah yang jauh dan tinggal jauh dengan keluarga dalam waktu yang lama. Bahasan tentang pemberi bantuan dibicarakan lebih jauh pada bagian terakhir pedoman ini.

III. Pengembangan Perawatan Kesehatan Mental Tingkat Lokal Pasca Bencana

1. Perencanaan untuk perawatan kesehatan mental pada pusat-pusat pertolongan bencana.

Penting untuk memiliki seorang psikiater yang memahami pelayanan perawatan kesehatan mental, seperti direktur pusat pelayanan mental masyarakat, atau petugas pada Pusat Pertolongan Bencana sejak awal lembaga itu didirikan. Pada kasus-kasus yang terjadi belakangan ini, dimana aktivitas perawatan kesehatan mental sudah berhasil, mereka langsung bergerak dalam satu atau dua hari setelah bencana, dan untuk

respon psikologis Pusat Pertolongan Bencana langsung mengumumkan dan menunjuk seorang pengawas. Sebaliknya, pada kasus-kasus dimana kebijakan mengharuskan memanggil psikiater hanya jika dan ketika kebutuhan dirasa ada, tampaknya sudah terlambat menyadari bahwa kebutuhan itu memang ada, dan terjadilah penumpukan masalah yang cukup banyak pada saat psikiater dilibatkan dalam jajaran staf perencanaan.

Peran utama seorang psikiater pada Pusat Perencanaan Bencana seharusnya adalah;

- Menentukan kebijakan untuk aktivitas perawatan kesehatan mental.
- Memeriksa situasi kesehatan mental diantara korban yang selamat dari bencana, berdasarkan laporan dari pemberi bantuan di lokasi bencana.
- Memberikan saran untuk aktivitas perawatan kesehatan mental kepada berbagai pemberi bantuan di lokasi bencana.
- Menyediakan pelayanan perawatan kesehatan mental untuk berbagai pemberi bantuan di lokasi bencana.

Sebagai tambahan, supaya dapat melaksanakan pelayanan perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal secara efektif, penting untuk memberikan kebebasan menentukan kewenangan kepada pengawas perawatan kesehatan mental di lokasi bencana (tenaga profesional dari pusat kesehatan masyarakat atau pusat kesejahteraan dan kesehatan mental). Karena keadaan mental seseorang dapat berubah secara cepat sebagai tanggapan terhadap pemberitaan surat kabar, peristiwa yang baru saja terjadi, atau peristiwa sekunder, sistem perawatan sebaiknya dapat disesuaikan secara luwes. Khususnya, modifikasi-modifikasi berdasarkan keputusan di lokasi kejadian harus diperbolehkan, yang berkenaan dengan pengaturan kunjungan lokal, pemilihan lokasi kunjungan, keputusan untuk menghentikan kunjungan, koordinasi dengan petugas

kesehatan mental dari luar daerah bencana, dan tingkat kepercayaan terhadap saran dari tenaga profesional. Pada situasi di masa lalu, meskipun semua orang di pusat-pusat pengungsian sudah kembali ke rumah masing-masing, keputusan untuk menghentikan kunjungan keliling ditunda, dan tidak tersedia cukup petugas untuk melaksanakan kunjungan ke rumah-rumah tersebut.

Unsur kritisnya adalah aktivitas-aktivitas perawatan kesehatan mental yang sudah disusun berdasarkan pertimbangan sementara pasca bencana, termasuk kunjungan ke pusat-pusat pengungsian dan pembukaan fasilitas konseling dan *hotline* (fasilitas saluran telpon langsung), akan dihentikan sehingga beban kerja dapat dengan lancar dialihkan kepada fasilitas perawatan kesehatan mental lokal yang normal. Prosesnya harus dilaksanakan sedemikian rupa, dengan pengumuman dan penerangan yang cukup kepada masyarakat, sehingga tidak tampak bahwa program kesehatan mental yang berkaitan dengan bencana sedang dihentikan. Masyarakat harus mendapat informasi yang jelas bahwa walaupun tempat konseling dan saluran telpon khusus ditutup, konseling berkaitan dengan bencana tetap tersedia melalui saluran reguler untuk perawatan kesehatan mental. Ketika kembali pada struktur perawatan kesehatan mental yang normal, menjamin kesinambungan pelayanan bagi orang-orang yang terkena bencana biasanya memerlukan anggaran dan pengaturan petugas yang khusus.

2. Respon awal (selama bulan pertama)

Pedoman untuk merespon krisis harus diikuti selama setidaknya empat minggu pertama pasca bencana. Setelah itu bisa diharapkan bahwa informasi yang diperlukan akan tersedia, tim untuk bantuan profesional akan dibentuk, dan saran dari daerah lain akan tersedia. Namun tetap saja, karakteristik suatu daerah atau suatu bencana dapat membuat situasi tidak biasa, menuntut pertimbangan khusus yang sesuai

dengan keadaan aktual. Berikut merupakan unsur-unsur yang umum yang sebaiknya dipertimbangkan dalam membuat respon awal.

1) Respon praktis dan kesehatan mental

Segera setelah bencana terjadi di suatu daerah, penghuni daerah itu akan merasakan penderitaan dikarenakan oleh kerusakan yang terjadi yang mungkin meliputi kematian atau luka-luka atau kehilangan tempat tinggal, dan pada saat yang sama akan merasakan ketakutan dan kegelisahan yang tidak tergambar terkait dengan nasib yang tiba-tiba menimpa mereka. Berkenaan dengan penderitaan yang muncul karena kerusakan yang terjadi, respon yang terbaik adalah dengan mengambil pertimbangan praktis apapun yang jelas diperlukan saat itu. Persoalan bertahan hidup, kesehatan jasmani dan pengaturan tempat tinggal tentu saja harus cepat diputuskan sebagai pra-pengkondisian untuk mulai menghadapi kecemasan atau reaksi-reaksi psikologis yang lain. Tetapi, karena langkah-langkah itu saja tidak cukup untuk meringankan semua ketakutan, kekhawatiran dan reaksi-reaksi lainnya, penting untuk tetap mengingat persoalan kesehatan mental sambil terus memberikan respon terhadap masalah praktis yang mendesak.

Sebagai contoh, setelah kecelakaan kritis di Tokaimura, orang-orang yang ketakutan terkena radiasi ditawarkan pemeriksaan radioaktif secara perorangan dalam beberapa hari pertama. Respon praktis yang cepat terhadap persoalan bertahan hidup dan kesehatan jasmani itu pada dasarnya menghilangkan kecemasan penduduk daerah tersebut.

2) Respon segera – kontak awal

“Kontak awal” berarti bertemu dan berbicara dengan korban selamat sesegera mungkin setelah kejadian dengan mengunjungi mereka di lokasi bencana dan pusat-pusat pengungsian.

Dalam aturan, responden pertama yang melakukan kontak awal seharusnya orang yang biasa melayani kebutuhan masyarakat lokal pada masa sebelum bencana. Secara alami, prioritas utama adalah tim penyelamat, pemadam kebakaran, dan regu penolong, dan responden yang menuju lokasi bencana pertama kali untuk menemukan korban harus dipimpin, kalau memungkinkan, oleh orang dengan pengalaman lokal.

Ketika melaksanakan kontak awal, kalau memungkinkan, responden sebaiknya berusaha mengidentifikasi orang-orang yang terutama berada dalam tekanan stres berat dan memberikan informasi kesehatan mental yang mendasar (keberadaan pelayanan psikologi). Mengaculah pada paragraf berikut untuk skrining dan perawatan darurat.

Nilai kontak awal terletak pada dilaksanakannya sesegera mungkin pasca bencana. Jika terlambat, korban akan berada dalam kecemasan, keputusasaan dan kebingungan. Penting juga bagi responden untuk menginformasikan kepada masyarakat supaya pindah ke lokasi khusus dimana tersedia bantuan, dan pemberian informasi tersebut akan memberi para korban selamat rasa kepastian akan keberadaan aktivitas bantuan setelahnya. Pada tahap kritis, walaupun sejumlah penolong mengunjungi lokasi, mungkin saja masih banyak penduduk yang tidak ditemukan oleh tim kontak awal. Mengingat regu penolong berada dalam tekanan yang berat, sejumlah orang mungkin saja tidak mendapatkan perhatian dari tim kontak awal bahkan sekalipun para responden mencapai lokasi mereka. Pusat pertolongan bencana harus mendapatkan informasi lengkap tentang perkembangan aktivitas kontak awal dan hasil pemeriksaan tingkat stres yang mempengaruhi korban di berbagai lokasi. Kemampuan tersebut akan bergantung pada kesiapan sebelumnya dalam menghadapi bencana, yang meliputi kebijakan-kebijakan dan

koordinasi untuk melaksanakan perawatan kesehatan mental oleh tim dengan latar belakang yang beragam.

3) Skrining untuk korban yang memerlukan observasi

Walaupun penting sekali untuk mencatat gejala-gejala yang serius dan mengidentifikasi korban dengan kebutuhan mendesak akan perawatan mental, pada tahap awal diagnosa secara profesional tidak akan mungkin didapat karena kebanyakan responden awal adalah orang awam. Namun demikian, orang awam pun dapat melakukan skrining awal untuk kasus-kasus yang memerlukan observasi, dan menyusun daftar korban yang memerlukan pertolongan pertama psikologis (lihat paragraf berikutnya, "**Checklist untuk kebutuhan observasi**", p42). Idealnya, seorang responden awam diberi informasi sedini mungkin tentang skrining, dan dibekali daftar petunjuk kebutuhan observasi, dan pengarahan yang diberikan kepada mereka harus berisi pedoman dengan mempertimbangkan masalah *privacy*. Dalam prakteknya, hampir tidak mungkin memberikan pengarahan seperti itu segera setelah bencana, sehingga yang paling baik adalah melakukannya dalam latihan kesiapan menghadapi bencana. Sistem kontak yang jelas juga harus dibangun sehingga orang awam dapat mencari saran dari fasilitas kesehatan mental lokal ketika membuat keputusan tentang perlunya observasi, dan ketika memungkinkan, tindak lanjut langsung dapat dilakukan oleh tenaga profesional. Skrining yang berhasil akan bergantung pada seberapa sering latihan pendahuluan yang sudah dijalani responden awam dengan daftar petunjuk dan simulasi selama latihan menghadapi bencana tersebut.

4) Pertolongan pertama secara psikologis

Sebagaimana tercatat diatas, hampir selalu bahwa responden awamlah yang pertama berada di lokasi setelah peristiwa bencana. Tetapi, orang awam

sekalipun dapat melakukan pertolongan pertama psikologis (lihat Litz dan Gray, “*Early Intervention for Trauma*” pada situs Pusat Nasional untuk PTSD). Kemampuan mereka untuk hal ini akan bergantung pada latihan pendahuluan dalam menghadapi bencana, seperti halnya pada skrining yang digambarkan diatas.

Pada tahap awal, kebanyakan perubahan psikologis adalah reaksi stres berat, dengan gejala-gejala yang beragam dan berubah cepat. Oleh karena itu, kecil kemungkinannya untuk dapat mendeskripsikan gejala medis secara tepat atau membuat diagnosa. Sebagai gantinya, perhatian harus difokuskan pada identifikasi korban yang tampaknya memiliki gejala serius atau penderitaan yang berat. Cara terbaik untuk melakukan hal itu adalah dengan bertemu dan berbicara langsung dengan para korban. Dari ketidaknyamanan fisik, contohnya, seseorang dapat mempelajari bahwa sakit kepala atau mual dapat diketahui dengan cara mengobservasi dan berbicara dengan korban, terlepas dari apakah seseorang tersebut memiliki keahlian medis atau tidak. Sementara itu, kontak orang per orang yang dilakukan responden dengan seluruh masyarakat akan dengan sendirinya mengurangi tingkat kecemasan umum dan memberikan keyakinan kembali. Tentu saja proses kontak ini tidak dapat mengungkapkan setiap gejala, tapi cukup sesuai sebagai media untuk berbicara langsung dengan seluruh orang segera setelah kejadian. Selama proses kontak ini, korban yang mengalami kesulitan harus diberi informasi adanya *hotline* untuk konseling dan rencana pendirian kantor kantor konsultasi khusus.

Ketika orang dalam kondisi tidak stabil ternyata ditemukan pada saat pencarian awal, tindakan medis cepat tidak memungkinkan. Apakah tenaga spesialis medis atau pengawas bantuan bisa dihubungi segera, atau tidak, tergantung pada luasnya cakupan bencana. Sebagai dasar untuk respon di lokasi kejadian, pesan-

pesan berikut harus dikomunikasikan: sebagai akibat buruk segera setelah bencana, siapapun akan mengalami kecemasan sesaat, depresi, kepekaan, dan lain-lain. Oleh karena itu, yang terbaik adalah menenangkan diri dan melihat perkembangan – tetapi pada kasus yang ekstrim – jangan segan untuk menghubungi *hotline* atau menggunakan fasilitas konseling, dan selanjutnya, yakinlah bahwa bantuan psikologis akan tersedia secara berkesinambungan.

Jika terdapat *insomnia* parah, kepanikan, kebingungan, atau keadaan linglung, tenaga medis harus sesegera mungkin dihubungi. Dalam kasus demikian, bencana bukanlah satu-satunya penyebab. Sebelumnya sudah ada sejenis guncangan batin hebat (misal, kehilangan anggota keluarga) atau pengalaman pemicu lainnya atau kelainan mental. Kasus-kasus parah yang tidak biasa seperti itu sering kali ditemukan oleh dokter umum, yang mungkin dapat memberikan bantuan pertama psikologis atau mengirimkannya ke fasilitas perawatan kesehatan mental. Hal penting lainnya yang perlu diperhatikan adalah kasus dimana keadaan diperburuk oleh terhentinya pemberian obat rutin. Epilepsi merupakan yang terutama sangat rentan, sebab serangan tiba-tiba yang mengancam hidup berpotensi terjadi 48 jam segera setelah pemberian obat dihentikan. Situasi lain yang mungkin ditemukan meliputi serangan karena kepanikan atau kecemasan dan keadaan buruk dari *schizophrenia*. Tetapi tidak tepat dan tidak produktif untuk bertanya dihadapan orang banyak apakah seseorang pernah didiagnosa menderita kondisi psikiatris. Sebagai gantinya, orang tersebut sebaiknya ditanya secara umum tentang kondisi kesehatannya, apakah mereka berhenti minum obat rutinnya, atau apakah mereka khawatir karena kehilangan obat-obatannya.

5) Skrining medis

Gejala-gejala yang berlangsung terus setelah minggu ketiga bencana bersifat *semi-fixed*, dan skrining medis direkomendasikan jika keadaan memungkinkan. Standar penentuan waktu untuk skrining ini adalah sekitar satu bulan setelah bencana walaupun mungkin saja tertunda karena situasi tertentu. Diagnosa psikiatris untuk semua kondisi yang muncul setelah bencana sangat diharapkan, tapi seringkali tidak terdapat cukup psikiater untuk menangani setiap orang. Bahkan tanpa diagnosa sekalipun, masih mungkin untuk mengidentifikasi individu-individu dengan gejala yang parah atau dengan latar belakang keluarga dan lingkungan yang berisiko tinggi, dan memperoleh data yang dibutuhkan untuk mengatur perawatan berdasarkan prioritas. Untuk data yang diperlukan, kuesioner dapat diisi di bawah pengawasan tenaga medis, tidak perlu seorang psikiater. Prosedur yang direkomendasikan adalah melaksanakan skrining sederhana, dengan melengkapi kuesioner kesehatan mental yang lengkap dan wawancara, diikuti wawancara diagnosa oleh psikiater. Sebagai tambahan, untuk meningkatkan tingkat pemeriksaan kesehatan mental pada masyarakat, baik sekali untuk menawarkan pemeriksaan kesehatan umum, tanpa embel-embel “pemeriksaan stres” yang menakutkan, dimana observasi kesehatan mental dapat dipadukan dengan pemeriksaan kesehatan fisik.

Skrining yang dilakukan pada tahap ini menyediakan data untuk perencanaan pelayanan perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal kedepannya dan evaluasi kebutuhan untuk bantuan yang berkesinambungan. Harus diingat bahwa sekitar setengah dari kasus serius, seperti gangguan stres berat/*acute stress disorder* (ASD – lihat *glossary, p45*), yang terdiagnosa pada tahap ini tampaknya akan sembuh secara alami dalam satu atau dua bulan.

6) Informasi publik

Penting sekali untuk memberikan informasi kepada publik secara konsisten, yang dimulai segera setelah bencana.

(1) Informasi praktis

Bekerja dengan organisasi pemberitaan, untuk dengan cepat menyebarkan informasi lengkap tentang skala kerusakan, keselamatan keluarga, prospek masa depan, dan bantuan serta pilihan perawatan kesehatan, akan berperan banyak untuk menurunkan kecemasan publik, menghilangkan perasaan terisolasi, dan mencegah kebingungan dan kepanikan yang tidak beralasan. Buletin memberikan informasi dalam bentuk yang mudah dipahami publik.

(2) Informasi psikologis

Sebagai tambahan, dari sudut pandang kesehatan mental pada tingkat lokal, informasi dapat disampaikan kepada publik berkenaan dengan perubahan psikologis yang umum dalam situasi pasca bencana dan cara-cara menanggapi, juga program lokal untuk perawatan kesehatan mental. Penyangkalan terhadap perubahan psikologis baik dari pihak individu-individu itu sendiri maupun dari orang sekitarnya sangatlah umum, sehingga penting memberi tahu mereka bahwa perubahan-perubahan demikian adalah sesuatu yang wajar. Pilihan konseling termasuk *hotline* juga harus secara luas dipublikasikan dari awal. Aktivitas penyelamatan di lapangan mungkin tidak secara cepat dilaporkan kepada masyarakat umum, dan informasi bencana pun pada tingkatan tertentu mungkin juga tidak jelas. Ketika hal ini terjadi, memberikan saran untuk menghindari kebingungan yang merugikan dan penipuan dengan isu-isu yang tidak bertanggung jawab merupakan peranan penting lainnya.

7) Hotline untuk konseling

Meskipun tingkat kecemasan masyarakat secara keseluruhan dapat dikurangi melalui informasi publik yang sesuai, akan tetap ada individu-individu yang menghadapi kecemasan atau persoalan mental lainnya. *Hotline*, yang dengannya orang tersebut dengan suka rela mencari konseling, merupakan pelayanan yang sangat efektif. Berdasarkan pengalaman nyata, pasca bencana-bencana yang belakangan ini terjadi di Jepang, penggunaan *hotline* tidak selalu tinggi. Bukannya karena pelayanan ini tidak diperlukan, melainkan karena adanya keangaanan pada semua orang untuk mengakui nilai positif dari konseling psikologis. Dalam situasi seperti ini, yang terbaik mungkin menyediakan *hotline* umum untuk segala jenis informasi tentang masyarakat, isu-isu kesehatan, kehidupan sehari-hari, dan merujuk penelpon, yang tampaknya membutuhkan konseling, ke *hotline* untuk konseling terpisah, atau ke seorang ahli profesional perawatan kesehatan mental.

8) Berkaitan dengan PTSD

(1) Konteks PTSD

PTSD (*posttraumatic stress disorder*) cenderung mendapat perhatian di media masa, tetapi pengalaman bencana tidak selalu mengarah pada PTSD, mungkin saja malah mengarah pada berbagai kondisi psikologis yang lain, seperti disebutkan diatas. Pasca letusan gunung Uzu yang belum lama ini terjadi, hampir tidak ada seorangpun dengan trauma yang mengarah pada PTSD, karena korban meninggal dan terluka semuanya berhasil dievakuasi, sebagaimana penduduk yang tinggal di tepi daerah bencana kebakaran, dan kebanyakan masalah psikologis yang diderita para penduduk berhubungan dengan kecemasan akan kondisi kehidupan mereka dan stres tinggal di pengungsian. Pasca kecelakaan kritis di Tokaimura, kebanyakan reaksi dari para

penduduk disebabkan oleh kekhawatiran mereka akan radiasi yang tidak terlihat dan kebingungan yang timbul karena kekurangan informasi. Di tempat lain, terdapat banyak kasus PTSD di antara anggota pemadam kebakaran dan para penghuni penampungan sementara menyusul Gempa bumi Hanshin, dan masyarakat yang teracuni di Wakayama. Dengan demikian, apakah PTSD terjadi atau tidak tergantung pada karakteristik sebuah bencana. Dan sudah menjadi ketentuan bahwa pengalaman tertentu dari korban selamat pada bencana tertentu akan sangat beragam.

Secara umum, pengalaman yang tampaknya mengarah pada PTSD adalah pengalaman yang mengancam keselamatan orang tersebut atau seseorang yang dekat dengannya. Pada situasi bencana, penyebab yang paling umum terpantau adalah pengalaman kebakaran, banjir atau runtuhnya rumah yang dialami sendiri, kematian atau luka yang dialami orang yang dicintai, atau pengalaman melihat mayat.

Bahkan ketika terdapat peluang PTSD sekalipun, penanganan kesehatan mental tidak difokuskan pada deteksi dini dan penanganan PTSD. Hal ini karena banyak jenis reaksi psikologis lain yang mungkin terjadi, dan bahkan setelah gejala PTSD berkurang, kemungkinan masih ditemukan sejenis pengaruh setelah reaksi trauma seperti keterasingan atau ketidakmampuan menyesuaikan diri. Penting untuk selalu mempertahankan pendekatan dasar kesiapan untuk mengidentifikasi perubahan psikologis dalam cakupan yang luas, dan menanggapi sesuai dengan diagnosa, evaluasi atau bantuan.

(2) Merespon trauma dan stres pasca trauma

Kemudian apa yang harus dilakukan ketika terdapat kekhawatiran yang besar tentang PTSD? Memberikan bantuan normal secara hati-hati sebetulnya

adalah langkah terbaik. Khususnya, bantuan tersebut harus diberikan untuk meminimalkan tanggung jawab korban selamat dalam mengurus anak atau orang lanjut usia, mengunjungi anggota keluarga di rumah sakit atau menyertai mereka dalam kunjungan pasien rawat jalan, atau melakukan pekerjaan rumah tangga. Tujuan dari pendekatan ini adalah untuk meyakinkan bahwa korban selamat mendapatkan **keamanan**, **ketenangan**, **tidur pulas** sesegera mungkin. Keamanan berarti menyediakan tempat tinggal yang jauh dari kerusakan dan efek samping bencana. Ketenangan maksudnya adalah menghilangkan perasaan terisolasi dan memberi perasaan bahwa orang tersebut dipedulikan oleh tenaga bantuan. Walaupun pada kenyataannya, mungkin tidak semua keluarga yang anggota keluarganya menjadi korban mendapat keamanan dan ketenangan seperti itu. Lingkungan yang tenang harus segera disediakan, karena hal itu sangat penting untuk memastikan bahwa para korban mendapat tidur yang cukup pada tahap awal.

Daftar kebutuhan observasi (pada akhir pedoman ini) harus diisi untuk individu yang mengalami gejala serius, yang kondisinya semakin memburuk, yang dianggap berisiko tinggi, atau yang mengalami kesulitan tidur yang berat atau mengalami mimpi buruk selama dua hari atau lebih, dan mengirimkannya pada psikiater untuk diobservasi.

Belum ada metode yang disepakati untuk mengidentifikasi individu-individu yang berisiko tinggi terkena PTSD. Tetapi kita paham betul bahwa perhatian khusus harus diberikan kepada individu-individu yang mengalami situasi yang menyebabkan trauma seperti disebutkan diatas, yang kehilangan anggota keluarga dalam bencana, yang pada dasarnya kehilangan penopang hidupnya, atau yang sebelumnya telah mengalami trauma seperti kecelakaan

yang menghilangkan anggota keluarga. Tentu, mungkin tidak akan mudah memperoleh informasi seperti itu, namun akan membantu jika bisa berbicara dengan teman atau tetangga orang tersebut atau merujuk pada catatan kesehatan masyarakat yang ada sebelumnya.

Pada permulaan PTSD, harus dipastikan lagi bahwa korban selamat mempunyai lingkungan yang diperlukan untuk keamanan, ketenangan dan tidur pulas. Lebih jauh lagi, kapanpun orang tersebut menunjukkan kecemasan yang sangat atau peningkatan gejala, psikiater harus dimintai saran akan apa yang harus dilakukan.

Sebagai aturan, dalam konseling yang dilakukan segera setelah kejadian, jangan meminta korban selamat untuk menceritakan kembali pengalaman maupun pengaruh emosi dari pengalaman bencananya itu. Hal ini dapat merugikan. Sebelumnya ada anggapan bahwa memakai tehnik konseling ini (*psychological debriefing*) pada tahap awal dapat membantu mencegah munculnya gejala awal PTSD. Tetapi tehnik tersebut sekarang disangsikan, dan menghindarinya secara jelas direkomendasikan dalam pedoman asosiasi-asosiasi ahli psikologi internasional dan Pusat Nasional PTSD Amerika. Jika *Psychological Debriefing* dilakukan, mungkin bisa menimbulkan perasaan nyaman sesaat, tetapi untuk jangka panjang dapat meningkatkan gejala PTSD di masa depan. Namun sekarang ini, usulan bantuan berdasarkan ide lama ini kadang-kadang masih dipresentasikan. Jangan memakai *psychological debriefing*.

Yang penting adalah membangun jaringan orang-orang sekitar yang memahami si korban, yang mana mereka bisa berbicara tentang penderitaan akibat bencana dan kesulitan menghadapi kehidupan yang akan dihadapi. Hal itu

akan bergantung pada kerja sama dengan teman dan tetangganya, walaupun mungkin tidak sepenuhnya membuat orang mendengar seluruh rincian pengalamannya atau meringankan perasaannya. Terdapat laporan bahwa membangun hubungan pribadi yang baik dengan pemberi perawatan cenderung menurunkan ketergantungan korban pada alkohol dalam jangka panjang.

3. Pemulihan alami dari trauma

Untuk kebanyakan korban selamat, walaupun ada ketidakstabilan mental sesaat, secara alami mereka akan kembali normal. Di antara penghuni tempat tinggal sementara dan petugas pemadam kebakaran pasca gempa besar di Hanshin Awaji, masyarakat yang teracuni di Wakayama, dan para pekerja yang selamat dari kebakaran Pabrik "A" pada tahun 2003, setelah satu tahun berlalu ditemukan tingkat yang cukup rendah yang hanya 10% dengan PTSD parah, atau 20% dengan hanya meliputi PTSD parsial. Angka-angka ini, yang bisa dijadikan gambaran kasar, mewakili kasus PTSD satu tahun setelah peristiwa bencana di antara korban selamat yang secara pribadi terkena dari kelompok yang menjadi korban dengan tingkat beberapa persen. Secara alami angka-angka tersebut akan bervariasi menurut batasan populasi korban selamat dan kekuatan bencananya. Penelitian setelah keracunan Wakayama menunjukkan 18% kasus PTSD dan 20% kasus PTSD parsial dalam tiga bulan, dan 8% dan 10% kasus untuk masing-masing enam bulan dan dua belas bulan setelahnya.

Dengan demikian, berdasarkan batasan populasi korban selamat:

- (1) Sekitar 20% menderita PTSD secara umum
- (2) Sekitar 80% menunjukkan pemulihan alami.
- (3) Bisa disimpulkan bahwa setelah enam bulan berlalu, sesungguhnya tidak akan ada pemulihan alami.

Oleh karena itu, sebagai kebijakan untuk perawatan kesehatan mental bagi masyarakat secara keseluruhan, sebaiknya disimpulkan bahwa pemulihan alami akan terjadi pada sebagian besar kasus, dan disediakan bantuan untuk prosesnya. Mengarah ke sana, penting untuk:

- (1) menyediakan kondisi yang mendorong pemulihan alami, dan
- (2) menghilangkan faktor-faktor yang menghambat pemulihan alami.

Pendekatan ini dapat dibandingkan dengan pemulihan kondisi badan dengan istirahat cukup, kebersihan dan gizi. Namun tentu saja, untuk melayani korban selamat dengan gejala parah atau latar belakang berisiko tinggi, masih perlu mendorong dilakukannya skrining dan konseling suka rela supaya bisa mengidentifikasi mereka sehingga bantuan bersifat individu bisa disediakan.

1) Kondisi-kondisi yang mendorong pemulihan alami

Luka luar tubuh yang normal akan dirawat dengan pemberian istirahat yang cukup dan makanan bergizi di lingkungan yang bersih dan tenang. Demikian halnya untuk trauma, dan ketika kondisi seperti itu tidak ada, tidak ada gunanya memberikan perawatan profesional. Berikut adalah keadaan-keadaan yang mendorong pemulihan.

- Hal yang praktis
 - (1) Menjamin keselamatan badan.
 - (2) Perlindungan dari peristiwa sekunder (kebakaran pasca gempa, kontaminasi racun, dll.).
 - (3) Pemeliharaan kondisi hidup.
 - (4) Kelangsungan kehidupan sehari-hari (sekolah, pekerjaan, pekerjaan rumah tangga).

- (5) Peluang untuk pemulihan fondasi ekonomi (keuangan, keamanan kerja, rekonstruksi tempat tinggal).
- (6) Pencegahan stres sehari-hari (kegiatan kelompok di tempat pengungsian, reporter, dll.).
- Dukungan umum
 - (7) Informasi tentang kerusakan dan bantuan;
 - (8) Kunjungan reguler oleh tenaga penolong;
 - (9) Penumbuhan perasaan bahwa “pertolongan” selalu ada;
 - (10) Respon yang cepat terhadap permintaan dan pertanyaan;
- Perawatan psikologis
 - (11) informasi tentang perubahan psikologis (termasuk keadaan kesehatan, keadaan pemulihan dan gejala-gejala).
 - (12) Saran-saran untuk konseling ketika diperlukan (*hotline* dan kantor konseling)

2) Faktor-faktor yang menghambat pemulihan alami

Faktor-faktor yang menghambat pemulihan alami adalah gangguan yang menyebabkan trauma sekunder atau mengancam stabilitas kehidupan sehari-hari. Setelah suatu bencana, akan terjadi hal-hal seperti kunjungan para pejabat publik, atau pengajuan pertanyaan oleh perusahaan asuransi berkenaan dengan ganti rugi. Harus diingat bahwa semua proses itu memberikan beban psikologis. Tetapi, aspek kesehatan mental hanyalah satu bagian dari keputusan apakah sebuah proses diperbolehkan, dan apakah ketentuan komprehensif diperlukan untuk lokasi tersebut. Setidaknya, perubahan psikologis sebelum dan setelah proses ini harus diperhatikan.

Faktor-faktor yang menghambat pemulihan begitu beragam sehingga tidak semua bisa disebutkan di sini. Beberapa yang paling sering ditemukan disusun seperti dibawah ini.

- Penundaan bantuan praktis
 - (1) Penundaan pembangunan kembali kehidupan
 - (2) Kemunduran kondisi hidup di tempat tinggal sementara, kesulitan menjaga *privacy*
 - (3) Anggota keluarga atau kenalan yang meninggal, terluka atau hilang
- Terutama kelompok-kelompok yang rentan (termasuk keluarga mereka)
 - (4) Bayi
 - (5) Orang lanjut usia
 - (6) Penyandang cacat
 - (7) Orang yang sakit atau terluka
 - (8) Orang yang bahasa pertamanya bukan bahasa negara tersebut
- Lingkungan sosial
 - (9) Bujangan
 - (10) Orang yang tidak mempunyai siapapun di luar keluarga untuk diajak bicara.
- Lain-lain
 - (11) Wawancara berita yang bertentangan dengan keinginan seseorang
 - (12) Kunjungan oleh polisi, pejabat publik, perusahaan asuransi, dll.

4. Hubungan (liaison) dengan relawan luar

1) Kebijakan pemberian bantuan harus disusun oleh pusat pertolongan bencana

Pasca bencana, relawan dari berbagai latar belakang profesi mendatangi lokasi bencana, dan sebageian kecil saja yang memiliki pengetahuan

sistematis tentang perawatan kesehatan mental yang menyertai sebuah bencana, atau mempunyai kesadaran tentang standar internasional perawatan kesehatan. Secara khusus, ada pengaturan untuk mempraktekan teknik *psychological debriefing* yang disebutkan sebelumnya, yang dibentuk sebelum ketidakefektifannya terbukti, dan bahkan sekarang pun ada usulan untuk memakai tehnik tersebut. Lebih parah lagi, kebanyakan relawan pergi setelah beberapa hari tanpa menghiraukan kelanjutan kegiatan mereka. Hasilnya adalah keseluruhan kebijakan bantuan hanya disusun sesuai saran dari pihak luar dengan tidak memperdulikan masalah-masalah yang belum terselesaikan. Usulan-usulan kerja sama dari berbagai profesi harus ditangani dengan melibatkan keahlian-keahlian yang diperlukan pada saat tertentu untuk memenuhi kebutuhan tertentu, dengan kebijakan pemberian bantuan secara keseluruhan menjadi tanggung jawab Pusat Pertolongan Bencana tingkat lokal.

2) Kontak dengan penduduk harus diawasi oleh pusat pertolongan bencana

Apabila para relawan yang masuk dari daerah luar membuat kontak dengan penduduk di daerah bencana, mereka diharuskan memberikan informasi dan pelayanan dengan wewenang berada di bawah petunjuk Pusat Pertolongan Bencana. Kalau tidak, hal tersebut akan mengacaukan informasi dan kebijakan yang disampaikan kepada masyarakat. Pada situasi bencana berskala besar, bisa saja sangat menyulitkan untuk mengawasi aktivitas relawan di lapangan, oleh karenanya, harus dibuat langkah-langkah untuk mengawasinya.

Relawan sudah dikenal biasa secara independen memberikan *psychological debriefing* tahap kritis, yang sudah sejak lama disangsikan, ketika berinteraksi dengan penduduk lokal, dan menafikan keefektifan pengobatan serta mengambil langkah yang merugikan daerah tersebut. Oleh karenanya, Peringatan perlu diberikan.

3) Peninjauan oleh pihak-pihak luar harus dikontrol oleh pusat pertolongan bencana

Dalam beberapa kegiatan pertolongan bencana belakangan ini, tim-tim dari luar daerah bencana telah melakukan peninjauan dan kemudian kembali tanpa melaporkan penemuan mereka. Peninjauan tidak terencana, tergantung dari apa yang ditanyakannya, dapat menimbulkan kecemasan lebih parah pada para penduduk. Seringkali terjadi masalah dalam hal bagaimana peninjauan dilaksanakan dan persetujuan didapat. Kegiatan peninjauan juga harus tetap berada dalam pengawasan Pusat Pertolongan Bencana, dan ketika sebuah peninjauan dianggap perlu dengan alasan tertentu, peninjauan tersebut harus dirancang secara hati-hati dengan melibatkan peran serta program bantuan yang sedang dijalankan.

5. Bekerja dengan pers

1) Pentingnya bantuan informasi dari pers

Liputan berita yang cepat dan tidak memihak sangat menguntungkan, karena memberikan informasi tidak hanya tentang bencana tetapi juga aktivitas pertolongan. Dan juga, liputan berita mendorong rasa keterkaitan antara daerah bencana dengan bagian dunia lainnya, yang dapat membantu pemulihan trauma apabila dianggap sebagai semacam jaringan perawatan. Juga efektif untuk mementahkan berita yang belum pasti dan mengurangi stigma para korban.

2) Risiko pemicu PTSD melalui pengumpulan berita

Jenis tertentu dari kegiatan pengumpulan berita, termasuk penggunaan lampu kamera tanpa pemberitahuan, wawancara yang dilakukan beberapa koresponden sekaligus, atau pemotretan rumah dan tempat pengungsian, akan memperburuk ketidakamanan mental para korban selamat. Secara khusus, diantara

gejala PTSD adalah hipersensitif (*hypervigilance*) terhadap kejutan visual dan audio, yang dapat dipicu oleh pengumpulan berita yang berlebihan.

3) Menghadapi pers

Merupakan kewajiban Pusat Pertolongan Bencana untuk mengenali nilai positif liputan pers dan secara aktif mengungkapkan informasi yang sesuai, serta pada saat yang sama meminta kerja sama dari pers untuk menghindari liputan berlebih yang terkonsentrasi pada para korban selamat dan orang-orang yang tidak sepenuhnya menyadari maksud pengumpulan berita. Penting untuk secara tepat menginformasikan kepada perwakilan pers tentang potensi yang dapat memperburuk kondisi psikologis yang disebabkan aktivitas pengumpulan berita. Dalam aturan, menjalin hubungan dengan pers seharusnya tidak dilakukan oleh tenaga penolong di lapangan, melainkan ditangani secara keseluruhan di Pusat Pertolongan Bencana.

6. Persoalan multi-kultur

Sejalan dengan globalisasi, jumlah orang yang tinggal di Jepang yang bukan petutur asli Bahasa Jepang terus meningkat. Baik keberadaan mereka di sini sebagai pengunjung sementara, pelajar, atau pekerja, kebanyakan orang asing dianggap sebagai yang paling rentan terhadap bencana dikarenakan oleh keterbatasan pemahaman Bahasa Jepang mereka. Secara umum, mereka tidak sepenuhnya dapat memahami informasi publik, dan oleh karenanya mereka cenderung menderita kecemasan sekunder karena ketidakpastian. Mereka juga cenderung mengalami kesulitan dalam mendapatkan perawatan medis dan bantuan lainnya.

Sebagai tambahan, tergantung pada budaya aslinya, orang asing tampaknya mempunyai pola reaksi yang berbeda terhadap bencana. Hal ini mungkin bisa mengarah pada komplikasi dalam hal aktivitas kelompok dan kehidupan di tempat pengungsian, dan

para pengawas perawatan kesehatan mental dituntut memiliki pemahaman khusus untuk memulihkan mereka.

Akan membantu kalau memiliki relawan yang dapat berbicara bahasa asli orang asing tersebut, tetapi seringkali tidak mungkin mendatangkan orang yang tepat dalam kondisi bencana. Ketika terdapat kebutuhan multi-kultur, mungkin saja mendatangkan ahli bahasa dari daerah luar bencana untuk mempersiapkan pesan khusus untuk informasi publik, atau meminta media untuk mempersiapkan siaran berita bencana versi multi-bahasa. Meskipun versi bahasa asing mungkin tidak selengkap aslinya. Fakta sederhananya adalah bahwa informasi yang diberikan dalam bahasa asli mereka akan memberikan keyakinan yang baik kepada mereka.

Penduduk asing pemegang izin tinggal tetap biasanya sangat terbiasa dengan kehidupan orang Jepang dan tidak akan menderita ketidaksesuaian budaya seperti diterangkan di atas. Dalam bencana tertentu di masa yang lalu, terdapat contoh-contoh psikologi masa dimana orang asing menjadi sasaran. Tetapi, kerjasama multi-kultur yang menyenangkan yang terlihat selama pemulihan gempa bumi Hanshin menunjukkan bahwa di Jepang saat ini penyampaian informasi dan petunjuk administrasi yang cukup dapat menyatukan orang secara efektif. Tidak ada gunanya untuk menjadikan persoalan multi-kultur sebagai sebuah masalah dalam komunikasi pertolongan bencana atau pengaturan penampungan pengungsi, dan memang pembicaraan khusus mengenai hal tersebut tampaknya malah akan menimbulkan kebingungan.

7. Kesehatan mental tenaga penolong

1) Latar belakang

Para tenaga penolong, jelas, bertanggung jawab memberikan bantuan kepada korban bencana, dan oleh karenanya mereka cenderung mengabaikan

kesehatan mereka sendiri atau, bahkan ketika menemukan gejala sakit sekalipun, mereka terlalu asyik dengan misinya sehingga tidak mau beristirahat atau mencari perawatan. Lebih jauh lagi, tenaga penolong mungkin mengalami sejenis stres yang berbeda dari para korban, dan kemungkinan akan mengalami masalah untuk menyesuaikan kembali dengan pekerjaan rutinnnya setelah selesai dengan misi pertolongannya. Jika mereka secara serius mengabaikan kesehatan mereka sendiri, mereka tidak menyadari bahwa mereka sebetulnya menghambat kelancaran pelaksanaan misi pertolongan itu. Perawatan yang cukup bagi tenaga penolong harus disediakan, dengan kesadaran bahwa mereka dapat menyelesaikan tugas-tugas mereka, hanya setelah memprioritaskan kesehatan mereka sendiri terlebih dahulu.

2) Faktor-faktor stres bagi tenaga penolong

(1) Kelelahan karena tekanan misi pertolongan yang sedang berlangsung

Kalaupun seseorang mampu bekerja tanpa tidur dan istirahat dalam keadaan darurat segera setelah bencana, kerja lembur yang terus berlanjut untuk jangka panjang dan kelelahan yang menumpuk tampaknya akan menjadi sebuah masalah. Bertentangan dengan fase darurat ketika semua orang bekerja tanpa struktur yang jelas, pekerjaan jangka panjang harus secara tepat diatur untuk menghindari beban berlebih dan kelelahan atau kebingungan. Dengan demikian, perawatan diperlukan untuk menghindari "*burn-out syndrome*".

(2) Semangat misi versus keterbatasan praktis

Banyak tenaga penolong termotivasi oleh semangat misi yang murni untuk menolong para korban. Semisal air yang tidak cukup untuk terus memadamkan api, jika mereka tidak mampu melaksanakan tugas secara ideal,

kemungkinan konflik psikologis antara semangat misi dan keterbatasan kenyataan akan menimbulkan perasaan bersalah atau tidak berdaya.

(3) Luapan emosi dari para korban

Karena kerusakan dan penderitaan yang berat, sering kali penduduk menunjukkan reaksi emosional seperti kemarahan dan perasaan bersalah, dan kemarahan biasanya lebih besar untuk bencana yang disebabkan oleh tindakan manusia. Karena tidak ada kesempatan untuk melampiaskan kemarahan mereka kepada pihak yang bertanggung jawab, bukanlah hal yang tidak biasa untuk melampiaskan kemarahan mereka kepada tenaga penolong yang kebetulan berada di sekitar situ. Jika para tenaga penolong merasa kemarahan itu ditujukan secara pribadi kepada mereka, mereka mungkin mengalami stres berat. Seperti digambarkan pada paragraf sebelumnya, jika merasa kemampuan terbatas dalam menyelesaikan suatu tugas, tenaga penolong mungkin memiliki perasaan bersalah atau perasaan bahwa mereka tidak melakukan pekerjaan dengan benar.

(4) Menyaksikan kengerian di daerah bencana

Tenaga penolong seperti halnya penduduk setempat, bahkan lebih lagi, akan terpaksa menyaksikan kerusakan yang parah, mayat-mayat dan yang sejenisnya, yang mengakibatkan PTSD atau reaksi trauma yang lainnya.

(5) Kerapuhan diri sendiri dan orang yang dicintai

Tenaga penolong, yang tinggal di daerah yang terkena atau yang keluarganya mungkin juga menderita, mungkin juga menderita kerusakan dan kehilangan. Ketika anggota keluarga atau kenalan merupakan bagian dari korban bencana, dedikasi kepedulian yang dicurahkan pada aktivitas pertolongan dapat menyebabkan tambahan ketegangan dan kelelahan psikologis.

(6) Menyesuaikan diri dengan tempat baru dan berada jauh dari rumah

Tenaga penolong yang berasal dari daerah lain mungkin merasa kesulitan menyesuaikan dengan pengaturan tidur, makan dan kerja, dan stres mungkin terus menumpuk karena mereka tidak bisa melampiaskannya melalui aktivitas olah raga dan rekreasi normal. Selain situasi bencana, mungkin terdapat masalah di rumah yang menambah ketegangan, terutama jika tugas pertolongan berlanjut untuk waktu yang lama. Stres akan semakin berat jika penugasan berlaku untuk waktu yang tidak menentu.

3) Reaksi psikologis pada tenaga penolong

Jenis-jenis reaksi berikut dapat menimpa para tenaga penolong di daerah bencana:

- (1) Gangguan Stres Berat/*Acute Stress Disorder* (ASD)
- (2) PTSD
- (3) Gangguan penyesuaian
- (4) Phobia
- (5) Kondisi lebih parah dari gangguan mental yang sudah ada
- (6) Reaksi-reaksi yang lain

4) Tindakan-tindakan antisipasi

- (1) Penugasan dan rotasi pekerjaan yang pasti

Walaupun tidak mungkin dilakukan selama fase darurat setelah peristiwa bencana, segera setelahnya, periode aktivitas, jadwal pertolongan, deskripsi tanggung jawab dan pekerjaan harus dibuat jelas untuk semua tenaga penolong yang dikerahkan.

(2) Pendidikan mengenai stres pada tenaga penolong

Efektif dengan mengajarkan tenaga penolong bahwa stres bukanlah hal yang memalukan, melainkan hal yang harus dikenali dan ditangani dengan tepat.

(3) Kewaspadaan diri akan tubuh dan pikiran dan konseling kesehatan

Penting untuk memberikan masing-masing tenaga penolong daftar potensi ketidakteraturan fisik dan mental, dan jika perlu, menawarkan konseling kesehatan.

(4) Pendidikan mengenai reaksi psikologis korban selamat

Tenaga penolong harus diberi tahu bahwa mereka mungkin saja menjadi sasaran luapan kemarahan yang hebat dan emosi lain dari korban selamat yang sedang mengalami reaksi psikologis. Mengadakan latihan yang meliputi "Role-playing" mungkin akan berguna.

(5) Simulasi adegan bencana

Cuplikan film atau simulasi adegan bencana termasuk mayat, orang yang terluka dan lain-lain akan membantu mempersiapkan tenaga penolong dalam menghadapi kejutan yang mungkin ditemukan di lapangan.

(6) Membuat pekerjaan menjadi berarti

Ungkapan kekaguman atau terima kasih atas usaha individu-individu tertentu di dalam organisasi tenaga penolong ternyata jarang terdengar. Penting untuk memberikan penilaian atas pekerjaan, melalui tulisan pada *newsletter* tentang hasil dan pentingnya aktivitas tertentu, atau dalam pertemuan kelompok para pengawas mengungkapkan prestasi-prestasi khusus dari pekerjaan yang sudah dilakukan.

IV. Hal-hal yang perlu segera dilakukan

1) Pendidikan masyarakat tentang perawatan kesehatan mental dan bencana.

Sebagai bagian dari aktivitas perawatan kesehatan mental, informasi, mengenai jenis-jenis reaksi psikologis yang mungkin muncul pada saat bencana dan bagaimana meresponnya, harus disediakan untuk kepentingan masyarakat lokal, sebagaimana dipaparkan di bagian II dari pedoman ini. Khususnya yang berkaitan dengan PTSD, informasi yang tidak akurat yang telah disajikan media masa harus dibetulkan. Hal-hal berikut perlu diperhatikan;

- (1) Pasca bencana, perubahan psikologis mempengaruhi lebih dari setengah masyarakat yang terkena bencana, dan kebanyakan reaksi mereka normal.
- (2) PTSD baru dapat didiagnosa setidaknya selang satu bulan setelah gejala-gejala muncul.
- (3) Ketika PTSD terdiagnosa, kebanyakan orang dapat disembuhkan, dan penyembuhan alami dapat dipermudah dengan menghindari shok sekunder dan memperoleh dukungan pribadi yang memadai. Karena itu perlu dibangun jaringan orang-orang di lingkungan tetangga yang dapat membantu.
- (4) *Psychological Debriefing* yang dilakukan segera setelah mengalami bencana tidak dapat mencegah PTSD.
- (5) Antara 10 sampai 20% orang yang memiliki pengalaman yang sangat berat tampaknya menunjukkan gejala-gejala PTSD jangka panjang. Jika hal ini tidak hilang secara alami, seorang spesialis selalu ada untuk dimintai konsultasi.

2) Simulasi-simulasi perawatan kesehatan mental selama pelatihan-pelatihan menghadapi bencana.

Simulasi aktivitas penyelamatan secara fisik umumnya dimasukkan dalam pelatihan menghadapi bencana, namun tidak demikian dengan simulasi aktivitas

perawatan kesehatan mental. Kebijakan perawatan kesehatan mental seharusnya dibicarakan pada pertemuan di pusat penanganan bencana, tim penyelamat harus dilatih memberikan tip-tip psikologi dasar untuk masyarakat di lokasi bencana. Dan sebaiknya diadakan latihan konsultasi tentang insomnia atau kecemasan. Akan membantu jika seorang tokoh masyarakat ikut bermain peran sebagai seorang warga yang mengeluh mengalami kecemasan dan datang untuk konseling, karena contoh ini tampaknya akan mengurangi stigma yang orang lekatkan pada mereka yang mendapatkan bantuan psikologis.

3) Pengaturan dana untuk perawatan kesehatan mental

Pengaturan sumber daya manusia yang akan diperlukan untuk pelayanan dalam situasi bencana perlu dilakukan terlebih dahulu. Hal ini termasuk daftar kontak untuk masing-masing katagori pekerjaan, juga informasi bagi mereka yang dapat memberikan saran. Jika tampaknya akan melibatkan orang-orang dengan latar belakang budaya yang berbeda di lokasi bencana, akan bermanfaat kalau melibatkan orang asing atau petutur bahasa asing dalam daftar relawan.

4) Membuat perawatan trauma mental sebagai bagian dari pelayanan kesehatan mental yang rutin

Terlepas dari situasi bencana, trauma mental merupakan suatu permasalahan yang secara rutin ditemukan pada korban tindak kekerasan, kekerasan atau kejahatan dalam keluarga. Gejala-gejala mental yang muncul dalam kasus ini hampir tidak berbeda dengan gejala-gejala yang muncul diantara penduduk di wilayah yang terkena bencana. Para profesional kesehatan mental harus membuat langkah untuk mengumpulkan pengalaman dalam menangani kasus-kasus trauma mental dan membiasakan diri dengannya, dan mencari kesempatan untuk bertukar informasi dengan pusat-pusat konseling anak dan perempuan di mana kasus-kasus demikian biasanya terpusat.

5) Pelatihan untuk para penyedia perawatan kesehatan mental

Untuk meningkatkan keahlian para pengawas yang menangani trauma mental pada saat bencana dan situasi lain, pelatihan-pelatihan yang profesional dan kegiatan yang berkaitan dengannya harus diatur secara aktif. Bukan saja para ahli psikologi tapi juga mereka yang berada pada posisi pengawas dalam panitia kesiapan bencana dan kantor-kantor pelayanan publik harus mendapatkan pelatihan. Para pegawai negeri yang juga merupakan ahli kesehatan yang cakap harus secara khusus didorong untuk mengikuti pelatihan, sehingga mereka bisa lebih siap untuk memadukan keahlian administratif dan keahlian klinis dalam menyusun kebijakan perawatan kesehatan mental pada tingkat lokal pada saat terjadi bencana.

Catatan : pedoman tahun 2002 tentang *in-service training* yang dikeluarkan oleh *Japan Psychiatric Hospital Association* adalah mengenai kebijakan untuk membangun kesehatan mental pada tingkat lokal. Fokus perhatian program pelatihan mereka berubah setiap tahunnya.

Checklist untuk kebutuhan observasi (segera setelah peristiwa bencana)

Pencatat	District				
Afiliasi pencatat	Tanggal/waktu	Tanggal :	Waktu:	Sore	Pagi
No telp pencatat	Nama				
	Umur				
	Jenis kelamin				
		Ekstrim	pasti	sedikit	Tak satupun
Tidak bisa tenang					
Berbicara dan berperilaku kacau/tak karuan					
Linglung, pelupa, lalai dan tidak memberi respon					
Takut					
Menangis					
Kelihatan cemas dan takut					
Berdebar-debar, sulit bernapas, gemetara					
Gelisah, berbicara dengan keras					
Tidak bisa tidur sejak bencana terjadi					
Pernah mengalami kecelakaan atau bencana besar sebelum bencana ini.					1 Ya 0 Tidak
Kehilangan anggota keluarga, meninggal atau terluka serius dalam bencana ini					1 Ya 0 Tidak
Perawatan medis terputus, kehilangan obat-obatan (termasuk penyakit ringan)					1 Ya 0 Tidak
Nama sakit		Nama Obat-obatan			
Kelompok khusus yang rawan (lanjut usia, bayi, penyandang cacat, sakit atau terluka, non pribumi)					1 Ya 0 Tidak
Kelompok rawan					1 Ya 0 Tidak
Secara khusus anggota keluarga yang rawan					1 Ya 0 Tidak

Sumber; "Guidelines for Local Mental Health Care Activities after a Disaster", 2003

«(2001 Health Labour Sciences Research Grant)»

Glossary/kamus

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): adalah suatu reaksi trauma yang muncul dari trauma (luka) mental yang berisi pengumpulan kembali pengalaman yang menimbulkan ketakutan dimana individu merasa diteror atau suatu situasi mengancam dirinya. Perasaan takut ini muncul ketika ada stimulasi yang kuat bagi individu mengingat kembali situasi yang menteror dirinya. Stimulasi ini mempengaruhi system nervous individu sehingga ia tidak dapat membedakan antara kejadian masa lalu dan masa sekarang serta tidak mampu menghindari stimulus yang menjadi pemicu untuk mengingat kembali pengalaman traumatiknya. Simptom ini terus muncul selama satu bulan atau lebih. Kriteria diagnosa dicatat dalam seksi berikut. Terapi obat dengan menggunakan SSRI anti-depresant dan terapi kognitif-perilaku adalah efektif untuk melakukan tritmen. Pra kondisi untuk tritmen adalah tindakan prevensi untuk trauma sekunder, dan ketersediaan dukungan sosial dan psikologis.

Outreach (penjangkauan): pelayanan yang disediakan tidak dengan cara menunggu individu atau kelompok yang membutuhkan pelayanan di markas atau kursi tetapi dengan cara mengunjungi lokasi baik tetangga, tempat kerja maupun tempat tinggal individu/ kelompok tersebut. Bila kebutuhan tidak diketahui secara jelas, maka outreach (penjangkauan) harus dimulai dengan tidak terpaku kebutuhan tersebut. Meskipun pada kenyataannya, kebanyakan penghuni di wilayah bencana mempunyai reaksi-reaksi psikologis post bencana yang menuntut bantuan temporer, di Jepang orang akan secara ekstrim ragu-ragu untuk mencari bantuan perawatan psikologis dan hanya sedikit orang yang secara individu yang mencari pelayanan tersebut. Karena itu, diperlukan program/ kegiatan penjangkauan untuk merespon kebutuhan laten tersebut.

Psychology Education (pendidikan psikologi): Kegiatan ini meliputi tipe-tipe perubahan psikologi yang terjadi, apa penyebab perubahan itu, respon-respon apa saja yang diperlukan, dan tipe-tipe bantuan apa saja yang tersedia. Secara normal, hal ini ditampilkan dengan cara publikasi, kunjungan-kunjungan yang dilakukan oleh professional kesehatan dan pekerja pertolongan

lainnya, dan membuka pusat-pusat konsultasi. Sesuai peraturan, orang-orang yang telah mengalami bencana tidak cukup mampu memahami perubahan psikologis yang sedang mereka alami, kenyataan bahwa kondisi psikologis mereka berbeda dari keadaan yang biasa biasanya menjadi sumber kekuatiran besar dan mereka tidak mengetahui tritmen seperti apa yang harus mereka cari. Pendidikan psikologi adalah cara penting untuk menyediakan informasi yang sesuai dan memperkuat motivasi mereka untuk mencari tritmen. Karena itu pendidikan psikologi tidak hanya ditujukan kepada mereka yang memiliki reaksi-reaksi, tetapi juga diberikan kepada komunitas disekitar, dengan harapan bahwa orang-orang akan mengenal reaksi-reaksi psikologis mereka dan akan menerima dukungan dari orang lain disekitar mereka ketika mereka mencari tritmen.

Debriefing: Suatu intervensi pada tahap akut dilakukan antara beberapa hari dan beberapa minggu setelah pengalamam bencana. Hal ini dinyatakan sebagai suatu cara pencegahan reaksi-reaksi stress yang memburuk dan pada permulaan PTSD. Hal ini telah dipraktekan diberbagai negara. Efektivitasnya dalam mencegah serangan PTSD telah ditinggalkan (tidak digunakan lagi), dan terlebih lagi terdapat laporan-laporan dalam beberapa kasus memperburuk kekacauan mental orang. Mendorong seseorang untuk membicarakan pengalaman traumatiknya – seperti yang ditekankan dalam pendidikan psikologi tentang tritmen trauma – kadang-kadang menyebabkan munculnya kerusakan stimulus dan gangguan-gangguan terhadap penyembuhan alamiah. Di negara-negara barat hal ini sering digunakan pada pemadam kebakaran, pegawai kepolisian dan tentara. Selama tahap akut, sangat penting membuat pertimbangan yang sangat menolong korban bencana. Tetapi tidak penting untuk memaksa masuk kedalam isi pengalaman dan mendorongnya untuk membuka perasaan-perasaannya.

Vulnerability: para korban bencana yang memiliki pengalaman yang sama, ada PTSDnya berkembang ada juga yang tidak, dan ada juga individu yang menampakkan intensitas symptom-simptom dan proses penyembuhan. Karena itu, selain pengalaman dari kejadian traumatik

eksternal, diduga bahwa faktor individual seperti kerentanan terlibat juga dalam perubahan psikologis yang dialami korban bencana. Dalam banyak kasus pengalaman tersebut kelihatannya telah diidentifikasi, namun konten aktual dari pengalaman bervariasi secara menyolok dari individu yang satu dengan individu yang lain. Dalam analisis statistik, terdapat korelasi yang baik antara intensitas pengalaman yang mengagetkan dengan insiden PTSD yang baru terjadi dan keseriusan symptom-symptom. Aspek penting yang penting adalah dukungan sosial. Setelah mempertimbangkan faktor ini, kita harus mempertimbangkan kerentanan individu. Penelitian tentang kerentanan tidak lengkap, tetapi studi membuktikan korelasi antara PTSD dengan sejarah gangguan mental individu atau keluarga, penghargaan diri yang rendah dan rendah intelegensia, pengalaman trauma masa lalu, karakter tertutup (introvert), ketidakjelasan batasan antara diri dengan dunia, dan gender perempuan.

Partial PTSD: Tidaklah penting untuk mengungkapkan semua kriteria PTSD, ketika terjadi Reaksi post traumatic stress. Untuk memenuhi kriteria diagnosa PTSD, dikhususkan pada jumlah minimal dari symptom yang muncul seperti flashback (sorot balik), mimpi-mimpi menyedihkan dan sebagainya, penghindaran dan mati rasa seperti penarikan diri, hilangnya /gangguan memori dll, serta kesulitan tidur, perasaan mudah tersinggung haruslah diungkapkan. Partial PTSD adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu kondisi yang memperlihatkan beberapa reaksi namun tidak memperlihatkan semua kriteria diagnosa secara lengkap.

Acute Stres Disorder (ASD) Reaksi-reaksi stress yang muncul terjadi pada waktu bencana besar terjadi. Symptom ASD mirip dengan symptom PTSD, tetapi diagnosa bergantung pada disosiasi (Uraian) symptom-symptom, disamping itu symptom-symptom PTSD dan ASD muncul dalam dua hari dan empat minggu setelah terjadi bencana, sementara PTSD dapat didiagnosa ketika symptom-symptom terus bermunculan selama lebih dari satu bulan setelah kejadian. Sedangkan kemungkinan tinggi bagi penyembuhan natural dari ASD.

«Kriteria Diagnosa untuk PTSD»

Dikutip dari DSM IV-Diagnostic and Statisal Manual of Mental Disorder, Edisi ke empat, © Asosiasi psikiatri Amerika.

- A. Orang yang pernah diekspos pada kejadian traumatic dimana kedua hal berikut ini diungkapkan:
1. Orang tersebut mengalami, menyaksikan, atau diperhadapkan dengan kejadian yang menimbulkan ancaman kematian atau luka-luka yang serius, atau ancaman thhadap integritas fisik diri sendiri atau orang lain
 2. Respon orang tersebut terhadap ketakutan yang dasyat, putus asa atau horror. Bagi anak-anak hal ini mungkin di ekspresikan malalui diorgansasi perilaku atau perilaku-perilaku yang mengacau (tidak tenang).
- B. Kejadian traumatic secara terus menerus dialami lagi dengan cara sebagai berikut:
1. Kekambuhan dan keadaan sukar/kesedihan yang mendesak individu untuk mengumpulkan kembali kejadian, termasuk gambaran diri, pemikiran-pemikiran dan persepsi. Pada anak-anak yang masih kecil, permainan yang berulang-ulang mungkin terjadi dimana aspek-aspek dasar dari trauma di ekspresikan
 2. Terjadi pengulangan mimpi-mimpi tentang kejadian yang menyedihkan. Pada anak-anak mungkin terjadi mimpi-mimpi menakutkan tanpa memahami isi mimpinya.
 3. Perilaku atau perasaan seperti kejadian traumatis muncul kembali (termasuk membayangkan bahwa seakan-akan kejadian tersebut terjadi lagi, ilusi, halusinasi, dan ingatan kembali pada episode kejadian, termasuk hal-hal yang menimbulkan kepusingan)
 4. Distres psikologis yang hebat pada pembukaan/pemulaan tanda-tanda internal atau eksternal yang menyimbolkan atau meyerupai suatu aspek dari kejadian traumatis.

C. Penghindaran secara terus menerus dari stimulus yang berkaitan dengan trauma dan mati rasa dilakukan melalui respon-respon (Hal ini tidak terjadi sebelum individu mengalami trauma) sebagai berikut:

1. Usaha-usaha untuk menghindari pikiran, perasaan-perasaan, atau penyimpanan/pengawetan yang berkaitan dengan trauma
2. Usaha-usaha untuk menghindari aktivitas-aktivitas, tempat-tempat, atau orang-orang yang mengumpulkan kembali trauma
3. Ketidakmampuan untuk mengingat kembali suatu aspek penting dari trauma
4. Berkurangnya minat secara menyolok atau partisipasi dalam kegiatan-kegiatan yang penting.
5. Perasaan terlepas atau terasing dari orang lain
6. Terbatasnya jarak pengaruh (misalnya tidak mampu memiliki perasaan-perasaan cinta)
7. Perasaan tidak memiliki masa depan, contohnya tidak mengharapkan untuk memiliki karir, perkawinan, anak, atau daur kehidupan yang normal.

D. Simptom-simptom berikut ini terus menerus muncul (tidak muncul sebelum individu mengalami trauma):

1. Sulit tidur
2. Perasaan mudah terluka/tersinggung dan amarah cepak meledak
3. Sulit berkonsentrasi
4. Was-was
5. Terkejut secara berlebihan

E. Durasi dari kekacauan /gangguan (symptom dalam kriteria B,C, dan D) lebih dari 1 bulan.

F. Gangguan tersebut menyebabkan distress klinis yang signifikan atau ketidak mampuan social, pekerjaan atau gangguan fungsi lainnya.

Menjadi spesifik bila:

Akut : jika durasi symptom kurang dari 3 bulan

Kronis: jika durasi symptom lebih dari 3 bulan

Serangan yang tertunda: bila symptom-simptom serangan minimal 6 bulan setelah stressor.