

Gangguan Stres Pasca Trauma pada Korban Pelecehan Seksual dan Perkosaan

Yurika Fauzia Wardhani & Weny Lestari
Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Surabaya

Abstract

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) on sexual abused victims often happened, causing physical and psychological effects to the victims especially on children and teenagers. When the physical traumas are healed, the psychological traumas are still left behind. The victims need psychological treatment to heal Post Traumatic Stress Disorder, and to get back to their lives just like before the traumatic moment happened. There are many treatments used in psychological sciences to heal Post Traumatic Stress Disorder on children and teenagers, but the first time we must know what caused the problems and what symptoms they felt. The most important thing, we couldn't help children and teenager with Post Trauma Stress Disorder by ourselves or themselves, we need expert opinions and medications to help them and need groups responsiveness to escort them, till they heal from the trauma.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder, sexual abuse, children, teenagers, psychological treatment

Dewasa ini, semakin banyak kasus pelecehan seksual dan perkosaan yang menimpa anak-anak dan remaja. Kasus pelecehan seksual dan perkosaan sebagian besar menimpa anak-anak dan remaja putri. Kasus pelecehan seksual dan perkosaan dimulai dari anak-anak yang masih di bawah umur (Anonim, 2006a), pelecehan seks di sekolah (Anonim, 2006e), bahkan kepala sekolah yang seharusnya memberi contoh pada murid-muridnya melakukan pelecehan seksual kepada siswi-siswinya (Anonim, 2007a), walikota yang menghamili ABG (Anonim, 2007b), hingga personel tentara per-damaian pun melakukan pelecehan seksual (Anonim, 2006a).

Pelecehan seksual pada dasarnya ada-lah setiap bentuk perilaku yang memiliki muatan seksual yang dilakukan seseorang atau sejumlah orang namun tidak disukai dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran sehingga menimbulkan akibat negatif, seperti: rasa malu, tersinggung, terhina, marah, kehilangan harga diri, kehilangan kesucian, dan sebagainya, pada diri orang yang menjadi korban (Supardi & Sadarjoen, 2006).

Walaupun sebagian besar korban pelecehan seksual dan perkosaan adalah wanita, akan tetapi dalam beberapa kasus, laki-laki juga dapat menjadi korban pelecehan seksual yang umumnya dilakukan oleh laki-laki juga. Pada sebagian besar kasus, perkosaan dilakukan oleh orang sudah sangat dikenal korban, misalnya teman dekat, kekasih, saudara, ayah (tiri maupun kandung), guru, pemuka agama, atasan. Sedangkan sebagian kasus lainnya, perkosaan dilakukan oleh orang-orang yang baru dikenal dan semula nampak sebagai orang baik-baik yang menawarkan bantuan, misalnya meng-antarkan korban ke suatu tempat.

Pelecehan seksual yang terjadi pada anak memang tidak sesederhana dampak psikologisnya. Anak akan diliputi perasaan dendam, marah, penuh kebencian yang tadinya ditujukan kepada orang yang melecehkannya dan kemudian menyebar kepada obyek-obyek atau orang-orang lain (Supardi & Sadarjoen, 2006). Pelecehan seksual dan perkosaan dapat menimbulkan efek trauma yang mendalam pada korban. Korban pelecehan seksual dan perkosaan dapat mengalami stres akibat pengalaman traumatis yang telah dialaminya. Gangguan stres yang dialami korban

pelecehan seksual dan perkosaan seringkali disebut Gangguan Stres Pasca Trauma (*Post Traumatic Stress Disorder* atau PTSD).

PTSD merupakan sindrom kecemasan, labilitas autonomik, ketidakrentanan emosional, dan kilas balik dari pengalaman yang amat pedih itu setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa (Kaplan, 1998). PTSD sangat penting untuk diketahui, selain karena banyaknya kejadian “bencana” yang telah menimpa kita, PTSD juga dapat menyerang siapapun yang telah mengalami kejadian traumatik dengan tidak memandang usia dan jenis kelamin.

Pada dasarnya, pelecehan seksual adalah setiap bentuk perilaku yang memiliki muatan seksual yang dilakukan seseorang atau sejumlah orang namun tidak disukai dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran sehingga menimbulkan akibat negatif, seperti rasa malu, tersinggung, terhina, marah, kehilangan harga diri, kehilangan kesucian (Anonim, 2006c). Pendapat lain menyebutkan sebagai segala macam bentuk perilaku yang berkonotasi seksual yang dilakukan secara sepihak dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran hingga menimbulkan reaksi negatif: rasa malu, marah, tersinggung pada diri orang yang menjadi korban pelecehan (Anonim, 2006d). Pelecehan seksual terjadi ketika pelaku mempunyai kekuasaan yang lebih dari pada korban. Kekuasaan dapat berupa posisi pekerjaan yang lebih tinggi, kekuasaan ekonomi, “kekuasaan” jenis kelamin yang satu terhadap jenis kelamin yang lain, jumlah personal yang lebih banyak, dan sebagainya.

Lama Korban Merasakan Dampak Perkosaan

Perkosaan merupakan perbuatan pelecehan seksual yang paling ekstrim. Rentang pelecehan seksual sangat luas meliputi main mata, siulan nakal, komentar yang berkonotasi seks, humor porno, cubitan, colekan, tepukan atau sentuhan di bagian tubuh tertentu, gerakan tertentu atau isyarat bersifat seksual, ajakan berkencan dengan iming-iming atau ancaman, ajakan melakukan hubungan seksual sampai perkosaan (Anonim, 2006d).

Perkosaan adalah salah satu kejahatan paling keji. Dalam sejumlah kasus, korban kehilangan nyawanya. Dalam banyak kasus lain, meski hidup, korban mungkin akan merasakan dampak kejahatan itu seumur hidup. Masalah yang dihadapi korban akan menjadi semakin rumit seandainya tertular HIV atau hamil. Bila mengandung janin dari si pelaku perkosaan, secara hukum tetap tidak diizinkan menggugurkan kandungan. Namun, bila memutuskan untuk tetap melahirkan, tidak mudah untuk menerima kenyataan bahwa bayi yang dilahirkannya adalah buah perkosaan.

Demikian pula, tidak mudah bagi wanita yang hamil akibat perkosaan memperoleh suami. Di sejumlah kasus, korban akhirnya menikah dengan pelaku perkosaan. Bagaimanapun, tidak mudah untuk membangun bahtera perkawinan dengan seseorang yang pernah memperkosanya. Perkosaan adalah sesuatu yang mungkin mempengaruhi hidup seseorang seumur hidup (Anonim, 2006c). Korban pelecehan seksual dan korban perkosaan mengalami stres dengan tingkatan yang berbeda, karena peristiwa pelecehan atau perkosaan merupakan peristiwa traumatis yang membekas sangat dalam bagi korbannya.

Tipologi Gejala PTSD

Seorang psikiater di Jakarta yang bernama Roan menyatakan trauma berarti cedera, kerusakan jaringan, luka atau shock. Sementara trauma psikis dalam psikologi diartikan sebagai kecemasan hebat dan mendadak akibat peristiwa dilingkungan seseorang yang melampaui batas kemampuannya untuk bertahan, mengatasi atau menghindar (Roan, 2003). PTSD merupakan

sindrom kecemasan, labilitas autonomic, ketidakrentanan emosional, dan kilas balik dari pengalaman yang amat pedih itu setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa (Kaplan, 1997). *National Institute of Mental Health* (NIMH) mendefinisikan PTSD sebagai gangguan berupa kecemasan yang timbul setelah seseorang mengalami peristiwa yang mengancam keselamatan jiwa atau fisiknya. Peristiwa trauma ini bisa berupa serangan kekerasan, bencana alam yang menimpa manusia, kecelakaan atau perang (Anonim, 2005d). Hikmat (2005) mengatakan PTSD adalah sebuah kondisi yang muncul setelah pengalaman luar biasa yang mencekam, menge-rikan dan mengancam jiwa seseorang, misalnya peristiwa bencana alam, kecelakaan hebat, *sexual abuse* (kekerasan seksual), atau perang.

Tiga tipe gejala yang sering terjadi pada PTSD adalah, pertama, pengulangan pengalaman trauma, ditunjukkan dengan selalu teringat akan peristiwa yang menyedihkan yang telah dialami itu, *flashback* (merasa seolah-olah peristiwa yang menyedihkan terulang kembali), *nightmares* (mimpi buruk tentang kejadian-kejadian yang membuatnya sedih), reaksi emosional dan fisik yang berlebihan karena dipicu oleh kenangan akan peristiwa yang menyedihkan. Kedua, penghindaran dan emosional yang dangkal, ditunjukkan dengan menghindari aktivitas, tempat, berpikir, merasakan, atau percakapan yang berhubungan dengan trauma. Selain itu juga kehilangan minat terhadap semua hal, perasaan terasing dari orang lain, dan emosi yang dangkal. Ketiga, sensitifitas yang meningkat, ditunjukkan dengan susah tidur, mudah marah/tidak dapat mengendalikan marah, susah berkonsentrasi, kewaspadaan yang berlebih, respon yang berlebihan atas segala sesuatu (Anonim, 2005a; Anonim, 2005b).

Kriteria Diagnostik

Diagnostik ditegakkan berdasar Kriteria Diagnostik Gangguan Stress Akut berdasar *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-Revisi* atau DSM III-R, dapat memperlihatkan kondisi traumatik seseorang. Pertama, orang yang telah terpapar dengan suatu kejadian traumatik dimana kedua dari ciri berikut ini dapat ditemukan, yaitu: orang yang mengalami, menyaksikan atau dihadapkan dengan kejadian yang berupa ancaman kematian atau kematian yang sesungguhnya atau cedera yang serius atau ancaman kepada integritas fisik diri sendiri atau orang lain, atau respon berupa rasa takut yang kuat dan rasa tidak berdaya atau selalu dihantui perasaan takut yang berlebihan.

Kedua, merupakan salah satu keadaan dari ketika seseorang mengalami atau setelah mengalami kejadian yang menakutkan, maka individu akan memiliki tiga atau lebih gejala disosiatif yang berupa: perasaan subjektif kaku, terlepas atau tidak ada responsivitas emosi, penurunan kesadaran sekelilingnya, derealisasi, depersonalisasi, amnesia disosiatif (tidak mampu mengingat aspek penting dari trauma).

Ketiga, kejadian traumatik yang secara menetap dialami kembali dalam sekurangnya salah satu dari trauma yang berupa bayangan, pikiran, mimpi, ilusi, episode kilas balik yang berulang-ulang, atau suatu perasaan pengalaman hidupnya kembali, pengalaman atau penderitaan saat terpapar dengan mengingat kejadian traumatik.

Keempat, penghindaran pada stimuli yang menyadarkan rekoleksi trauma (pikiran, perasaan, percakapan, aktivitas, tempat, orang).

Kelima, gejala kecemasan yang nyata atau peningkatan kesadaran (kewaspadaan berlebihan, sulit tidur, iritabilitas, konsentrasi buruk dan kegelisahan motorik).

Keenam, gangguan menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lain mengganggu kemampuan individu untuk mengerjakan tugas yang diperlukan, seperti meminta bantuan yang diperlukan atau menggerakkan kemampuan pribadi dengan menceritakan kepada anggota keluarga tentang pengalaman traumatik.

Ketujuh, bukan efek fisiologis langsung dari suatu zat (obat yang disalahgunakan, medikasi) atau kondisi medis umum, tidak lebih baik diterangkan oleh gangguan psikotik singkat (Rose *et al.*, 2002)

Diagnostik PTSD berdasarkan DSM III-R dapat memperlihatkan kriteria traumatik seseorang. Pertama, orang yang mengalami peristiwa luar biasa, dan dirasa amat menekan semua orang.

Kedua, peristiwa traumatik itu secara menetap dapat dialami melalui cara teringat kembali peristiwa secara berulang dan sangat mengganggu, mimpi yang berulang tentang peristiwa yang membebani pikiran, perasaan atau tindakan mendadak seolah peristiwa traumatik itu terjadi lagi, tekanan jiwa yang amat sangat karena terpaku pada peristiwa yang melam-bangkan atau menyerupai traumatiknya, termasuk hari ulang tahun traumanya.

Ketiga, pengelakan yang menetap terhadap rangsang yang terkait dengan trauma atau kelompok yang bereaksi terhadap situasi umum (yang tak ada sebelum trauma itu). Keadaan ini paling tidak dapat ditunjukkan dengan sedikitnya 3 dari keadaan yang berupa: upaya untuk mengelak terhadap gagasan atau perasaan yang terkait dengan trauma itu, upaya untuk mengelak dari kegiatan atau situasi yang menimbulkan ingatan terhadap trauma itu, ketidakmampuan untuk mengingat kembali aspek yang penting dari trauma itu, minat yang sangat berkurang terhadap kegiatan yang penting, rasa terasing dari orang lain, kurangnya afeksi, dan merasa tidak punya masa depan.

Keempat, gejala meningginya ke-siagaan yang menetap (tak ada sebelum trauma) dengan ditunjukkan oleh dua dari gejala: sulit masuk tidur atau memper-tahankan tidur yang cukup, iritable atau mudah marah, sulit berkonsentrasi, amat bersiaga, reaksi kaget yang berlebihan, reaksi rentan faali saat menghadapi peristiwa yang melambangkan atau menyerupai aspek dari peristiwa traumatik. Kelima, jangka waktu gangguan itu (gejala pada kriteria ke dua, tiga, dan empat) sedikitnya sebulan (Kaplan, 1997)

Gangguan Sosial PTSD

PTSD memiliki gejala yang menyebabkan gangguan. Umumnya, gangguan tersebut adalah *panic attack* (serangan panik), perilaku menghindar, depresi, membunuh pikiran dan perasaan, merasa disisihkan dan sendiri, merasa tidak percaya dan dikhianati, mudah marah, dan gangguan yang berarti dalam kehidupan sehari-hari (Anonim, 2005b). *Panic attack* (serangan panik). Anak/remaja yang mempunyai pengalaman trauma dapat mengalami serangan panik ketika dihadapkan/menghadapi sesuatu yang mengingatkan mereka pada trauma. Serangan panik meliputi perasaan yang kuat atas ketakutan atau tidak nyaman yang menyertai gejala fisik dan psikologis. Gejala fisik meliputi jantung ber-debar, berkeringat, gemetar, sesak nafas, sakit dada, sakit perut, pusing, merasa kedinginan, badan panas, mati rasa.

Perilaku menghindar. Salah satu gejala PTSD adalah menghindari hal-hal yang dapat mengingatkan penderita pada kejadian traumatis. Kadang-kadang penderita mengaitkan semua kejadian dalam kehidupannya setiap hari dengan trauma, padahal kondisi kehidupan sekarang jauh dari kondisi trauma yang pernah dialami. Hal ini sering menjadi lebih parah sehingga penderita menjadi takut untuk keluar rumah dan harus ditemani oleh orang lain jika harus keluar rumah.

Depresi. Banyak orang menjadi depresi setelah mengalami pengalaman trauma dan menjadi tidak tertarik dengan hal-hal yang disenanginya sebelum peristiwa trauma. Mereka mengembangkan perasaan yang tidak benar, perasaan ber-salah, menyalahkan diri sendiri, dan merasa peristiwa yang dialami merupakan kesalahan-annya, walau-pun semua itu tidak benar.

Membunuh pikiran dan perasaan. Kadang-kadang orang yang depresi berat merasa bahwa kehidupannya sudah tidak berharga. Hasil penelitian menjelaskan bahwa 50 % korban kejahatan mempunyai pikiran untuk bunuh diri. Jika anda dan orang yang terdekat dengan anda mempunyai

pemikiran untuk bunuh diri setelah mengalami peristiwa traumatik, segeralah mencari pertolongan dan berkonsultasi dengan para profesional.

Merasa disisihkan dan sendiri. Penderita PTSD memerlukan dukungan dari lingkungan sosialnya tetapi mereka seringkali merasa sendiri dan terpisah. Karena perasaan mereka tersebut, penderita kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain dan mendapatkan pertolongan. Penderita susah untuk percaya bahwa orang lain dapat memahami apa yang telah dia alami.

Merasa tidak percaya dan dikhianati. Setelah mengalami pengalaman yang menyedihkan, penderita mungkin kehilangan kepercayaan dengan orang lain dan merasa dikhianati atau ditipu oleh dunia, nasib atau oleh Tuhan. Marah dan mudah tersinggung adalah reaksi yang umum diantara penderita trauma. Tentu saja kita dapat salah kapan saja, khususnya ketika penderita merasa tersakiti, marah adalah suatu reaksi yang wajar dan dapat dibenarkan. Bagaimanapun, kemarahan yang berlebihan dapat mempengaruhi proses penyembuhan dan menghambat penderita untuk berinteraksi dengan orang lain di rumah dan di tempat terapi.

Gangguan yang berarti dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa penderita PTSD mempunyai beberapa gangguan yang terkait dengan fungsi sosial dan gangguan di sekolah dalam jangka waktu yang lama setelah trauma. Seorang korban kejahatan mungkin menjadi sangat takut untuk tinggal sendirian. Penderita mungkin kehilangan kemampuannya dalam berkonsentrasi dan melakukan tugasnya di sekolah. Bantuan perawatan pada penderita sangat penting agar permasalahan tidak berkembang lebih lanjut.

Persepsi dan kepercayaan yang aneh. Adakalanya seseorang yang telah mengalami trauma yang menjengkelkan, seringkali untuk sementara dapat mengembangkan ide atau persepsi yang aneh (misalnya: percaya bahwa dia bisa berkomunikasi atau melihat orang-orang yang sudah meninggal). Walaupun gejala ini menakutkan, menyerupai halusinasi dan khayalan, gejala itu bersifat sementara dan hilang dengan sendirinya. Beberapa contoh dari perilaku anak dan remaja yang mengalami trauma tampak dalam tabel.

Pengobatan PTSD

Ada dua macam terapi pengobatan yang dapat dilakukan penderita PTSD, yaitu dengan menggunakan farmakoterapi dan psikoterapi. Pengobatan farmakoterapi dapat berupa terapi obat hanya dalam hal kelanjutan pengobatan pasien yang sudah dikenal. Terapi anti *depresiva* pada gangguan stres pasca traumatik ini masih kontroversial. Obat yang biasa digunakan adalah *benzodiazepin*, *litium*, *camcolit* dan zat pemblok beta – seperti *propranolol*, *klonidin*, dan *karbamazepin*. Obat tersebut biasanya diresepkan sebagai obat yang sudah diberikan sejak lama dan kini dilanjutkan sesuai yang diprogramkan, dengan kekecualian, yaitu *benzodiazepin* – contoh, *estazolam* 0,5-1 mg per os, *Oksanazepam* 10-30 mg per os, *Diazepam* (valium) 5-10 mg per os, *Klonazepam* 0,25-0,5 mg per os, atau *Lorazepam* 1-2 mg per os atau IM – juga dapat digunakan dalam UGD atau kamar praktek terhadap ansietas yang gawat dan agitasi yang timbul bersama gangguan stres pasca traumatik tersebut (Kaplan *et al*, 1997).

Pengobatan psikoterapi. Para terapis yang sangat berkonsentrasi pada masalah PTSD percaya bahwa ada tiga tipe psikoterapi yang dapat digunakan dan efektif untuk penanganan PTSD, yaitu: *anxiety management*, *cognitive therapy*, *exposure therapy*. Pada *anxiety management*, terapis akan mengajarkan beberapa ketrampilan untuk membantu mengatasi gejala PTSD dengan lebih baik melalui: 1) *relaxation training*, yaitu belajar mengontrol ketakutan dan kecemasan secara sistematis dan merelaksasikan kelompok otot-otot utama, 2) *breathing retraining*, yaitu belajar bernafas dengan perut secara perlahan-lahan, santai dan menghindari bernafas dengan tergesa-gesa yang menimbulkan perasaan tidak nyaman, bahkan reaksi fisik yang tidak baik seperti jantung berdebar dan sakit kepala, 3) *positive thinking* dan *self-talk*, yaitu belajar untuk menghilangkan pikiran negatif dan mengganti dengan pikiran positif ketika menghadapi hal-hal

yang membuat stress (stresor), 4) *assertiveness training*, yaitu belajar bagaimana mengekspresikan harapan, opini dan emosi tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain, 5) *thought stopping*, yaitu belajar bagaimana mengalihkan pikiran ketika kita sedang memikirkan hal-hal yang membuat kita stress (Anonim, 2005b).

Dalam *cognitive therapy*, terapis membantu untuk merubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi dan mengganggu kegiatan-kegiatan kita. Misalnya seorang korban kejahatan mungkin menyalahkan diri sendiri karena tidak hati-hati. Tujuan kognitif terapi adalah mengidentifikasi pikiran-pikiran yang tidak rasional, mengumpulkan bukti bahwa pikiran tersebut tidak rasional untuk melawan pikiran tersebut yang kemudian mengadopsi pikiran yang lebih realistis untuk membantu mencapai emosi yang lebih seimbang (Anonim, 2005b).

Sementara itu, dalam *exposure therapy* para terapis membantu menghadapi situasi yang khusus, orang lain, obyek, memori atau emosi yang mengingatkan pada trauma dan menimbulkan ketakutan yang tidak realistis dalam kehidupannya. Terapi dapat berjalan dengan cara: *exposure in the imagination*, yaitu bertanya pada penderita untuk mengulang cerita secara detail sampai tidak mengalami hambatan menceritakan; atau *exposure in reality*, yaitu membantu menghadapi situasi yang sekarang aman tetapi ingin dihindari karena menyebabkan ketakutan yang sangat kuat (misal: kembali ke rumah setelah terjadi perampokan di rumah). Ketakutan bertambah kuat jika kita berusaha mengingat situasi tersebut dibanding berusaha melupakannya. Pengulangan situasi disertai kesadaran yang berulang akan membantu menyadari situasi lampau yang menakutkan tidak lagi berbahaya dan dapat diatasi (Anonim, 2005b).

Di samping itu, didapatkan pula terapi bermain (*play therapy*) mungkin berguna pada penyembuhan anak dengan PTSD. Terapi bermain dipakai untuk menerapi anak dengan PTSD. Terapis memakai permainan untuk memulai topik yang tidak dapat dimulai secara langsung. Hal ini dapat membantu anak lebih merasanya dalam berproses dengan pengalaman traumatiknya (Anonim, 2005b).

Terapi *debriefing* juga dapat digunakan untuk mengobati traumatik. Meskipun ada banyak kontroversi tentang debriefing baik dalam literatur PTSD umum dan di dalam debriefing yang dipimpin oleh bidan. Cochrane didalam *systematic reviews*-nya merekomendasikan perlu untuk melakukan debriefing pada kasus korban-korban trauma (Rose *et al*, 2002). Mengenai debriefing oleh bidan, Small gagal menunjukkan secara jelas manfaatnya (Small *et al.*, 2000). Meski begitu, Boyce dan Condon merekomendasikan bidan untuk melakukan debriefing pada semua wanita yang berpotensi mengalami kejadian traumatik ketika melahirkan (Boyce & Condon, 2000).

Selain itu, didapatkan pula *support group therapy* dan terapi bicara. Dalam *support group therapy* seluruh peserta merupakan penderita PTSD yang mempunyai pengalaman serupa (misalnya korban bencana tsunami, korban gempa bumi) dimana dalam proses terapi mereka saling menceritakan tentang pengalaman traumatis mereka, kemudian mereka saling memberi penguatan satu sama lain (Swalm, 2005). Sementara itu dalam terapi bicara memperlihatkan bahwa dalam sejumlah studi penelitian dapat membuktikan bahwa terapi saling berbagi cerita mengenai trauma, mampu memperbaiki kondisi jiwa penderita. Dengan berbagi, bisa memperringan beban pikiran dan kejiwaan yang dipendam. Bertukar cerita membuat merasa senasib, bahkan merasa dirinya lebih baik dari orang lain. Kondisi ini memicu seseorang untuk bangkit dari trauma yang diderita dan melawan kecemasan (Anonim, 2005b).

Pendidikan dan *supportive* konseling juga merupakan upaya lain untuk mengobati PTSD. Konselor ahli mempertimbangkan pentingnya penderita PTSD (dan keluarganya) untuk mempelajari gejala PTSD dan bermacam treatment (terapi dan pengobatan) yang cocok untuk PTSD. Walaupun seseorang mempunyai gejala PTSD dalam waktu lama, langkah pertama yang pada akhirnya dapat ditempuh adalah mengenali gejala dan permasalahannya sehingga dia mengerti apa yang dapat dilakukan untuk mengatasinya (Anonim, 2005b).

Di lain pihak, sampai saat ini masih didapatkan pula beberapa tipe psikoterapi yang lain. Misalnya, *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR), hypnotherapy dan psikodinamik psikoterapi, yang seringkali digunakan untuk terapi PTSD dan kadang sangat membantu bagi sebagian penderita (Anonim, 2005b).

Kesimpulan

Ketika seseorang mengalami kekerasan atau pelecehan secara seksual secara fisik maupun psikologis, maka kejadian tersebut dapat menimbulkan suatu trauma yang sangat mendalam dalam diri seseorang tersebut terutama pada anak-anak dan remaja. Kejadian traumatis tersebut dapat mengakibatkan gangguan secara mental, yaitu PTSD. Tingkatan gangguan stress pasca trauma berbeda-beda bergantung seberapa parah kejadian tersebut memengaruhi kondisi psikologis dari korban.

Untuk menyembuhkan gangguan stress pasca trauma pada korban kekerasan atau pelecehan seksual diperlukan bantuan baik secara medis maupun psikologis, agar korban tidak merasa tertekan lagi dan bisa hidup secara normal kembali seperti sebelum kejadian trauma. Dan pendampingan itu sendiri juga harus dengan metode-metode yang benar sehingga dalam menjalani penyembuhan atau terapi korban tidak mengalami tekanan-tekanan baru yang diakibatkan dari proses pendampingan itu sendiri.

Daftar Pustaka

- Anonim, "319 Personel Perdamiaian PBB Melakukan Pelecehan Seksual," <http://www.rileks.com/ragam/detnews/1122006044249.html>, diakses 05 Desember 2006a.
- Anonim, "Ajak Bicara mereka yang Mengalami Teror", <http://www.sinar-harapan.co.id/ipitek/kesehatan/2003/0808/kes3.html>, diakses 04 Mei 2005c.
- Anonim, "Apa itu Gangguan Tekanan Lepas Kejadian Traumatik (PTSD)?," http://www.cgh.com.sg/health_public/pamphlet/Malay/PTSD/PTSD_main1_new.html, diakses 04 Mei 2005d.
- Anonim, "Besok, Jaksa Baca Dakwaan Pelecehan Seksual di bawah Umur," http://www.tempointeraktif.com/hg/nusa/jawamadura/2006/08/14/brk_20060814-81837.id.html, diakses 20 Agustus 2006b.
- Anonim, "Diknas akan Periksa Kepala Sekolah Penggerayang Siswinya," <http://www.rileks.com/ragam/detnews/8052007060151.html>, diakses 17 Mei 2007a.
- Anonim, "Disaster Rescue and Response Workers," http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_rescue_workers.html, diakses 04 Mei 2005a.
- Anonim, "Expert Consensus Treatment Guidelines for Post Traumatic Stress Disorder: A Guide for Patients and Families," <http://www.psychguides.com>, diakses 04 Mei 2005b.
- Anonim, "Keterlalu...Walikota Binjai Hamili ABG 16 Tahun!," <http://www.rileks.com/ragam/detnews/11052007053919.html>, diakses 17 Mei 2007b.
- Anonim, "Pelecehan Seksual," <http://situs.kesrepro.info/gendervaw/materi/pelecehan.htm>, diakses 05 Desember 2006d.
- Anonim, "Pelecehan Seksual dan Pe-merkosaan," <http://hqweb01.bkkbn.go.id/hqweb/ceria/penge-lolaceria/pp3pelecehan-seksual.html>, diakses 05 Desember 2006c.

- Anonim, "Menteri Kutuk Pelecehan Seks di SMP Budi Waluyo," <http://www.tempointeraktif.com/hg/jakarta/2006/11/25/brk,20061125-88442.id.html>, diakses 01 Desember 2006e.
- Boyce, P., & J. Condon, "Traumatic Childbirth and the Role of Debriefing," B Raphael & J.P. Wilson (ed.), *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence* (New York: Cambridge University Press, 2000).
- Hikmat, Eka Kurnia, "Trauma Pasca-perang," <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/0504/15/1105.htm>, diakses 04 Mei 2005.
- Kaplan, Harold & Benjamin J. Sadock, *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat* (Jakarta: Widya Medika, 1998).
- Kaplan, H.I., B. J. Sadock, J.A. Grebb, *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, 2 (Jakarta: Binarupa Aksara, 1997).
- Roan, W., "Melupakan Kenangan Meng-hapus Trauma" dalam *Intisari*, Desember 2003, <http://www.jaga-jaga.com/anIjakTerkini.php?ida=65234>, diakses 4 Mei 2005.
- Rose, S, J. Bisson & S. Wessely, "Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Review," dalam *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art No.CD000560, 2002.
- Small, R., J. Lumley, L. Donohue, A. Potter & U. Waldenstrom, "Randomized Controlled Trial of Midwife Led Debriefing to Reduce Maternal Depression after Operative Childbirth," *British Medical Journal*, 321, 2000: 1043-1047.
- Supardi, S.& Sadarjoen, "Dampak Psikologis Pelecehan Seksual pada Anak Perempuan", <http://www.kompas.com/kesehatan/news/0409/12/201621.htm>, diakses 05 Desember 2006.
- Swalm, D., "Trauma-Childbirth and Emotional Trauma: Why it's Important to Talk Talk Talk," *Associate Head of Dept of Psychological Medicine for Women, King Edward Memorial Hospital, Subiaco 6008, Western Australia*, www.trauma-center.org, diakses 04 Mei 2005.