

**BAB II**  
**KONSELING KRISIS DENGAN PENDEKATAN KONSELING**  
**REALITAS UNTUK MENURUNKAN KECEMASAN ANAK KORBAN**  
**KEKERASAN SEKSUAL**

Intensitas Tindak kekerasan terhadap anak, semakin tahun semakin meningkat. Sedangkan pendekatan intervensi yang diberikan masih sangat sedikit, dan belum banyak dikembangkan oleh para konselor ataupun tenaga sosial yang berkecimpung dalam ranah tersebut. Kekerasan dan penelantaran pada anak dapat mengakibatkan *morbiditas* dan *mortalitas*. Kekerasan yang terjadi dapat berupa fisik, emosional ataupun seksual. Berdasarkan data yang dihimpun oleh komnas perlindungan anak (2013), diperoleh data bahwa tindak kekerasan terbanyak pada anak adalah tindak kekerasan seksual dengan prosentasi sebanyak 52 persen.

Kita tahu sedikitnya kasus pelecehan seksual yang dilaporkan disebabkan oleh rasa malu, bersalah, stigma sosial dan rasa takut. Dilaporkan atau tidak, pelecehan tetap menyebabkan trauma. Efek-efek emosi yang muncul pada pelaku saat dewasa biasanya rasa bersalah dan malu, namun pada korban jauh lebih merusak seperti rasa percaya diri rendah, depresi, takut, dan tidak percaya siapa pun, kemarahan dan kebencian bahkan dendam, rasa tak berdaya dan sikap negatif terhadap hubungan antar-pribadi dengan lawan jenis. Hanya sekedar tindakan *preventif* tidak akan berfungsi apapun, karena di lingkup seperti ini justru penanganan cepat terhadap korban jauh lebih utama, seperti *hotline* krisis dan pusat-pusat krisis serta program bantuan khusus korban perkosaan dan rehabilitasinya (Gibson& Mitchell, 2011, hlm. 263-264)

Mengingat penting untuk segera dirumuskannya sebuah intervensi dalam penanganan terhadap anak korban kekerasan seksual, maka dalam bab ini penulis akan menjelaskan dan merumuskan beberapa konsep yang menjadi acuan dan dasar dalam penelitian ini. Adapun isi dari bab 3 ini terdiri dari: 1) Konsep dasar kecemasan; 2) Teknik penanganan kecemasan terhadap anak korban kekerasan seksual; 3) Konsep konseling krisis dengan pendekatan konseling realitas;

- 4) Hasil-hasil penelitian terdahulu; 5) Asumsi penelitian; 6) Hipotesis penelitian; 7) Posisi peneliti.

### **A. Konsep Dasar Kecemasan**

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya.

Stuart (2001) mendefinisikan kecemasan sebagai keadaan emosi yang tidak memiliki objek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subjektif. Cemas berbeda dengan rasa takut. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Cemas adalah respon emosional terhadap penilaian tersebut. Videbeck (2008) membagi kecemasan menjadi dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat kecemasan, lama kecemasan dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Kecemasan dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, berat sampai panik. Setiap tingkat menyebabkan perubahan fisiologis dan emosional pada individu.

#### **1. Prespektif Teoretis Kecemasan**

Beberapa teori memberikan kontribusi terhadap kemungkinan faktor etiologi dalam pengembangan kecemasan. Menurut Stuart & Laraia (2007) teori-teori tersebut adalah sebagai berikut :

##### **a. Teori Psikoanalitik**

Freud sebagai penemu teori psikoanalisis, mendeskripsikan kecemasan sebagai suatu kesatuan tanpa objek karena kita tidak dapat menunjuk ke sumber ketakutan atau ke suatu objek khusus yang menyebabkan ketakutan tersebut. Freud memandang kecemasan sebagai bagian yang penting dari teori kepribadian yang dibuatnya, ia juga menilai bahwa kecemasan itu fundamental terhadap perkembangan pengaruh neuritis dan

psikotis. Freud mengungkapkan bahwa prototype dari semua kecemasan adalah trauma kelahiran. Janin dalam rahim ibunya adalah dunia yang paling stabil dimana setiap kebutuhan dipuaskan tanpa adanya penundaan. Tetapi, saat kelahiran, organisme didorong ke lingkungan yang bermusuhan. Tiba-tiba bayi perlu mulai beradaptasi terhadap realita karena permintaan instingtualnya tidak selalu segera dapat dipenuhi.

Freud dalam Schultz (1986) membedakan 3 macam kecemasan, yaitu:

1) Kecemasan Objektif atau Realitas (*Reality or Objective Anxiety*)

Adalah sebuah ketakutan terhadap adanya bahaya yang nyata dalam dunia sebenarnya. Contoh kecemasan objektif yaitu gempa bumi, angin topan, dan bencana yang sejenis. Kecemasan realitas memberikan tujuan positif untuk memandu perilaku kita untuk melindungi dan menyelamatkan diri kita dari bahaya yang aktual.

2) Kecemasan Neurosis (*Neurotic Anxiety*)

Adalah sebuah ketakutan yang berasal dari masa kanak-kanak dalam sebuah konflik antara kepuasan instingtual dan realita melibatkan konflik antara id dan ego. Anak-anak sering dihukum bila mengekspresikan impuls seksual dan agresif secara berlebihan. Pada tahap ini, kecemasan ini berada pada alam kesadaran, tetapi selanjutnya, ini akan ditransformasikan ke alam ketidaksadaran.

3) Kecemasan Moral (*Moral Anxiety*)

Adalah sebuah ketakutan sebagai hasil dari konflik antara id dan superego. Secara dasar merupakan ketakutan akan suara hati individu sendiri. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang termaksud dalam superego individu itu maka

ia akan merasa malu atau bersalah. Pada kehidupan sehari-hari ia akan menemukan dirinya sebagai “*conscience stricken*”. Kecemasan moral menjelaskan bagaimana berkembangnya superego. Biasanya individu dengan kata hati yang kuat akan mengalami konflik yang lebih hebat daripada individu yang mempunyai kondisi toleransi moral yang lebih longgar.

Kecemasan moral didasarkan juga pada realitas. Anak-anak dihukum karena melanggar kode moral orangtuanya dan orang dewasa dihukum karena melanggar kode moral masyarakat. Kecemasan memberi sinyal kepada individu bahwa ego sedang terancam dan jika tidak ada tindakan yang diambil, maka ego akan jatuh. Bagaimana ego dapat melindungi atau mempertahankan dirinya, Ada sejumlah pilihan yaitu :

- a) Melarikan diri dari situasi yang mengancam.
- b) Menghalangi munculnya kebutuhan *impulsif* yang menjadi sumber cahaya.
- c) Mematuhi suara hati nurani dari kesadaran.

#### b. Teori Interpersonal

Menurut pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Individu dengan harga diri rendah mudah mengalami perkembangan kecemasan yang berat.

#### c. Teori Behaviour

Menurut pandangan teori behaviour (perilaku), kecemasan merupakan hasil dari frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Faktor tersebut bekerja menghambat seseorang untuk memperoleh kepuasan dan kenyamanan.

#### d. Teori Prespektif Keluarga

Teori keluarga menunjukkan bahwa kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Kecemasan ini terkait dengan tugas perkembangan individu dalam keluarga. Anak yang akan dirawat di rumah sakit merasa tugas perkembangannya dalam keluarga akan terganggu sehingga dapat menimbulkan kecemasan. Kajian keluarga menunjukkan pola interaksi yang terjadi di dalam keluarga kecemasan menunjukkan adanya interaksi yang tidak adaptif dalam sistem keluarga.

#### e. Teori Biologis

Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk *benzodiazepin*. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambatan (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan mungkin disertai gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stresor.

## 2. Gejala Kecemasan

Hampir setiap individu pernah mengalami kecemasan sebagai suatu perasaan yang tidak menyenangkan. Perasaan ini ditandai oleh kegelisahan, kebingungan, ketakutan, kekhawatiran, dan sebagainya. Perasaan yang dialami individu tersebut hanya dapat dirasakan dan diketahui oleh yang bersangkutan saja. Huberty (2012) membedakan kecemasan menjadi dua, yaitu:

#### a. State Anxiety

Adalah gejala kecemasan yang timbul bila individu berhadapan dengan situasi tertentu yang menyebabkan individu mengalami

kecemasan, dan gejalanya akan selalu kelihatan selama situasi tersebut terjadi.

#### **b. Trait Anxiety**

Adalah kecemasan sebagai suatu keadaan yang menetap pada individu. Kecemasan ini berhubungan erat dengan kepribadian individu yang sedang mengalami kecemasan. Dengan kata lain kecemasan mengandung pengertian *disposisi* untuk menjadi cemas dalam menghadapi bermacam-macam situasi. Sehubungan dengan hal ini, kecemasan dipandang sebagai suatu simptom, yaitu keadaan yang menunjukkan kesukaran dalam menyesuaikan diri.

Sedangkan Nevid (2005) mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan dalam tiga jenis gejala, diantaranya yaitu :

##### a. Gejala Fisik dari Kecemasan

Yaitu kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.

##### b. Gejala Behavioral dari Kecemasan

Yaitu berperilaku menghindar, terganggu, melekat dan dependen.

##### c. Gejala Kognitif dari Kecemasan

Yaitu khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi.

### **3. Reaksi Terhadap Kecemasan**

Telah dinyatakan sebelumnya bahwa kecemasan adalah suatu bentuk emosi yang lain selain emosi dasar, maka reaksi terhadap kecemasan, seimbang dengan reaksi manusia pada umumnya terhadap emosi yang meningkat, dapat dibedakan atas reaksi fisiologik dan reaksi psikologik (Hilgard dkk. Dalam Atkinson, 1997).

Reaksi fisiologik adalah reaksi tubuh terutama oleh organ-organ yang diproses oleh syaraf otonomi simpatik seperti jantung, peredaran darah, kelenjar, pupil mata, sistem pencernaan makanan, dan sistem pembuangan (atkinson 1997). Dengan meningkatnya emosi atau perasaan cemas satu atau lebih dari organ-organ tersebut akan meningkat dalam fungsinya sehingga dapat dijumpai meningkatnya jumlah asam lambung selama kecemasan, atau meningkatnya detak jantung dalam memompa darah, sering buang air atau sekresi keringat yang berlebihan.

Dalam situasi ini kadang-kadang individu mengalami rasa sakit yang berkaitan dengan organ yang meningkat fungsinya secara tidak wajar. Seirama dengan Hilgard, menurut Kartono (1981), tekanan pikiran yang berat, menyebabkan keluarnya energi yang luar biasa, yang akhirnya menjadikan naiknya tekanan darah dan berubahnya susunan kimiawi darah yang membahayakan kesehatan. Bila hal ini terjadi terus menerus, akan menimbulkan penyakit lambung, tekanan darah tinggi, dan asma.

Kecemasan dapat terwujud pada reaksi emosional dari keadaan jiwa individu, baik secara psikologis maupun fisiologis sehingga bisa mengganggu efisiensi individu dalam menghadapi masalah. Reaksi yang timbul secara psikologis dapat berupa perasaan yang menyertai reaksi fisiologis seperti perasaan tegang, rendah diri, kurang percaya diri, tidak dapat memusatkan perhatian serta adanya gerakan-gerakan yang tak terarah atau tidak pasti Hadfield(1985).

Daradjat (1975) mengungkapkan bahwa gejala kecemasan dapat bersifat fisik maupun bersifat mental. Gejala fisik meliputi ujung-ujung jari terasa dingin, pencernaan tidak teratur, detak jantung lebih cepat dan sebagainya. Gejala mental berupa ketakutan, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenang dan lain lain. Individu biasanya tidak mengetahui penyebab ketakutannya. Pada kecemasan yang tinggi, individu biasanya sering bermimpi yang menakutkan pada malam hari hingga terkejut dan tidur lagi.

Menurut Bucklew (1960), apabila seseorang mengalami kecemasan, maka reaksi yang tampak ada dua tingkatan, yaitu:

a. Tingkat *Psikologis*

Pada tingkat ini tampak adanya gejala psikologis seperti gerakan-gerakan tak terarah, perasaan tegang, ragu-ragu, khawatir, bingung, sukar berkonsentrasi, perasaan tidak menentu dan tidak jelas, serta gejala lainnya yang saling bercampur aduk.

b. Tingkat *Fisiologis*

Pada tingkat ini kecemasan menyebabkan adanya disorganisasi proses fisiologis, terutama fungsi-fungsi sistem syaraf seperti keluarnya keringat dingin yang berlebihan, jantung berdebar-debar, tidak dapat tidur, sirkulasi darah tidak teratur, rasa mual, gemetar dan lain-lain.

Jadi dapat dikatakan bahwa kecemasan cenderung diubah dalam bentuk gangguan simptomatik yang dapat membahayakan kesehatan, dan lebih jauh lagi akan dapat mengakibatkan adanya gangguan pada seseorang dalam merespon stimulus-stimulus yang datang padanya, baik yang datang dari dalam dirinya maupun yang datang dari luar.

Uraian tersebut dapat dikemukakan bahwa manifestasi kecemasan adalah suatu bentuk reaksi emosi selain emosi dasar yang gejalanya dapat bersifat fisik maupun bersifat mental. Pada gejala yang bersifat fisik terlihat adanya disorganisasi fungsi sistem syaraf sedangkan pada gejala yang bersifat mental berupa ketakutan, perasaan tidak menentu dan tidak jelas.

#### **4. Faktor Penyebab Kecemasan**

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa-peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Ramaiah (2003) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang Ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutamajika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab-Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Sedangkan menurut Stuart dan Sundeen dalam suparyanto (2011) beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan antara lain:

a. Potensi Stresor

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi atau penyesuaian diri untuk menanggulangnya.

b. *Maturasi* (kematangan)

Individu yang matang yaitu yang memiliki kematangan kepribadian sehingga akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres, sebab individu yang matang mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stressor yang timbul. Sebaliknya individu yang berkepribadian tidak

matang akan bergantung dan peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stres.

c. Status Pendidikan dan Status Ekonomi

Status pendidikan dan status ekonomi yang rendah pada seseorang menyebabkan orang tersebut mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikan dan status ekonomi yang tinggi.

d. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah stres.

e. Keadaan Fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit badan, operasi, cacat badan lebih mudah mengalami stres. Disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik juga akan lebih mudah mengalami stres.

f. Tipe Kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian tipe A lebih mudah mengalami gangguan akibat adanya stres dari individu dengan kepribadian B. Adapun ciri-ciri individu dengan kepribadian A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa buru – buru waktu, sangat setia (berlebihan) terhadap pekerjaan, agresif, mudah gelisah, tidak dapat tenang dan diam, mudah bermusuhan, mudah tersinggung, otot-otot mudah tegang. Sedangkan individu dengan kepribadian tipe B mempunyai ciri-ciri yang berlawanan dengan individu kepribadian tipe A.

g. Sosial Budaya

Cara hidup individu di masyarakat yang sangat mempengaruhi pada timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafat hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres. Demikian juga keyakinan agama akan mempengaruhi timbulnya stres.

h. Lingkungan atau Situasi

Individu yang tinggal pada lingkungan yang dianggap asing akan lebih mudah mengalami stres.

i. Usia

Ada yang berpendapat bahwa faktor usia muda lebih mudah mengalami stres dari pada usia tua, tetapi ada yang berpendapat sebaliknya.

j. Jenis kelamin

Umumnya wanita lebih mudah mengalami stres, tetapi usia harapan hidup wanita lebih tinggi dari pada pria.

## 5. Tingkat Kecemasan

Videbeck (2008), mengidentifikasi kecemasan dalam empat tingkatan dan menggambarkan efek dari tiap tingkatan. Setiap tindakan memiliki karakteristik lahan persepsi yang berbeda tergantung pada kemampuan individu dalam menerima informasi/ pengetahuan mengenai kondisi yang ada dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya.

Menurut Peplau dalam Videbeck (2008) ada empat tingkat kecemasan yang dialami oleh individu yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

a. Kecemasan Ringan

Adalah perasaan bahwa ada sesuatu yang berbeda dan membutuhkan perhatian khusus. Stimulasi sensori meningkat dan membantu individu memfokuskan perhatian untuk belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan, dan melindungi diri sendiri. Menurut Videbeck (2008), respon dari kecemasan ringan adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1  
Respon dari Kecemasan Ringan

Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketegangan otot ringan</li> <li>- Sadar akan lingkungan</li> <li>- Rileks atau sedikit gelisah</li> <li>- Penuh perhatian Rajin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapang persepsi luas</li> <li>- Terlihat tenang, percaya diri</li> <li>- Perasaan gagal sedikit</li> <li>- Waspada dan memperhatikan banyak hal</li> <li>- Mempertimbangkan informasi</li> <li>- Tingkat pembelajaran optimal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku otomatis</li> <li>- Sedikit tidak sadar</li> <li>- Aktivitas menyendiri</li> <li>- Terstimulasi</li> <li>- Tenang</li> </ul>

(Sumber: Videbeck, 2008, hlm. 182)

#### b. Kecemasan Sedang

Merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda; individu menjadi gugup atau agitasi. Menurut Videbeck (2008), respon dari kecemasan sedang adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 2  
Respon dari Kecemasan Sedang

Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketegangan otot sedang</li> <li>- Tanda-tanda vital meningkat</li> <li>- Pupil dilatasi, mulai berkeringat</li> <li>- Sering mondar-mandir, memukul tangan</li> <li>- Suara berubah : bergetar, nada suara tinggi</li> <li>- Kewaspadaan dan ketegangan meningkat</li> <li>- Sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapang persepsi menurun</li> <li>- Tidak perhatian secara selektif</li> <li>- Fokus terhadap stimulus meningkat</li> <li>- Rentang perhatian menurun</li> <li>- Penyelesaian masalah menurun</li> <li>- Pembelajaran terjadi dengan memfokuskan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak nyaman</li> <li>- Mudah tersinggung</li> <li>- Kepercayaan diri goyah</li> <li>- Tidak sabar</li> <li>- Gembira</li> </ul>

(Sumber: Videbeck, 2008, hlm. 182)

#### c. Kecemasan Berat

Yakni ada sesuatu yang berbeda dan ada ancaman, memperlihatkan respon takut dan *distress*. Menurut Videbeck (2008), respon dari kecemasan berat adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 3  
Respon dari Kecemasan Berat

<b>Respon Fisik</b>	<b>Respon Kognitif</b>	<b>Respon Emosional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketegangan otot berat</li> <li>- Hiperventilasi</li> <li>- Kontak mata buruk</li> <li>- Pengeluaran keringat meningkat</li> <li>- Bicara cepat, nada suara tinggi</li> <li>- Tindakan tanpa tujuan dan serampangan</li> <li>- Rahang menegang, mengertakan gigi</li> <li>- Mondar-mandir, berteriak</li> <li>- Meremas tangan, gemetar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapang persepsi terbatas</li> <li>- Proses berpikir terpecah-pecah</li> <li>- Sulit berpikir</li> <li>- Penyelesaian masalah buruk</li> <li>- Tidak mampu mempertimbangkan informasi</li> <li>- Hanya memerhatikan ancaman</li> <li>- Preokupasi dengan pikiran sendiri</li> <li>- Egosentris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat cemas</li> <li>- Agitasi</li> <li>- Takut</li> <li>- Bingung</li> <li>- Merasa tidak adekuat</li> <li>- Menarik diri</li> <li>- Penyangkalan</li> <li>- Ingin bebas</li> </ul>

(Sumber: Videbeck, 2008, hlm. 183)

#### d. Panik

Adalah kondisi dimana individu kehilangan kendali dan detail perhatian hilang, karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan hal itu dikarenakan individu tersebut mengalami kehilangan kendali, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Menurut Videbeck (2008), respons dari panik adalah sebagai berikut:

Tabel 2. 4  
Respon dari Panik

Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flight, fight, atau freeze</li> <li>- Ketegangan otot sangat berat</li> <li>- Agitasi motorik kasar</li> <li>- Pupil dilatasi</li> <li>- Tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun</li> <li>- Tidak dapat tidur</li> <li>- Hormon stress dan neurotransmitter berkurang</li> <li>- Wajah menyeringai, mulut ternganga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persepsi sangat sempit</li> <li>- Pikiran tidak logis, terganggu</li> <li>- Kepribadian kacau</li> <li>- Tidak dapat menyelesaikan masalah</li> <li>- Fokus pada pikiran sendiri</li> <li>- Tidak rasional</li> <li>- Sulit memahami stimulus eksternal</li> <li>- Halusinasi, waham, ilusi mungkin terjadi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa terbebani</li> <li>- Merasa tidak mampu, tidak berdaya</li> <li>- Lepas kendali</li> <li>- Mengamuk, putus asa</li> <li>- Marah, sangat takut</li> <li>- Mengharapkan hasil yang buruk</li> <li>- Kaget, takut</li> <li>- Lelah</li> </ul>

(Sumber: Videbeck, 2008, hlm. 183)

## 6. Dampak Kecemasan dan Tindak Kekerasan terhadap Tumbuh Kembang Anak

Pada dasarnya setiap anak-anak haruslah tumbuh dan berkembang dengan baik apabila mereka menerima segala kebutuhannya dengan optimal. Jika salah satu kebutuhan baik asuh, asih maupun asah tidak terpenuhi maka akan terjadi kepincangan dalam tumbuh kembang mereka. Pertumbuhan dan perkembangan pada anak yang mengalami kekerasan seksual, pada umumnya mengalami kelambatan dari anak normal lainnya. Sedangkan dampak yang diterima oleh anak bisa secara langsung maupun tidak langsung.

Ikatan dokter Indonesia dalam Buku Pedoman Deteksi Dini, Pelaporan Dan Rujukan Kasus Kekerasan Dan Penelantaran Anak (2003) merumuskan bahwa dampak langsung dari anak korban kekerasan seksual dapat diamati secara langsung berupa: 1) Tanda akibat trauma atau infeksi lokal, seperti nyeri *perineal*, *sekret* vagina, nyeri dan pendarahan anus; 2) Tanda gangguan emosi, misalnya konsentrasi kurang, *enuresis*, *enkopresis*, *anoreksia* dan perubahan tingkah laku, kurang percaya diri, sering

menyakiti diri sendiri dan sering mencoba bunuh diri; 3) Tingkah laku atau pengetahuan seksual anak yang tidak sesuai dengan umurnya.

Sedangkan beberapa problem perilaku dan emosi yang mungkin terjadi sebagai dampak kekerasan pada anak berdasarkan klasifikasi umurnya adalah:

a. Reaksi pada anak yang sangat kecil (2-5 tahun)

Setelah mengalami suatu kejadian yang menimbulkan stres, anak-anak balita menjadi sangat takut terhadap hal-hal nyata di lingkungannya dan atau terhadap hal-hal yang dibayangkannya. Anak-anak biasanya akan memberikan reaksi yang berlebihan terhadap semua hal yang secara langsung dan atau tidak langsung mengingatkan mereka pada pengalaman yang menimbulkan stres tersebut. Anak-anak yang mengalami kekerasan seksual mungkin menunjukkan ketakutan yang berlebihan terhadap orang yang berjenis kelamin sama dengan orang yang melakukan kegiatan seksual tersebut. Anak-anak balita dapat pula menjadi takut terhadap hal-hal yang tidak nyata, seperti ‘nenek sihir’ yang mendatangi mereka di malam hari atau ‘orang jahat’ yang akan mencelakakan mereka.

Perilaku dan reaksi emosi yang harus diamati:

- 1) Cemas perpisahan, anak-anak balita bereaksi terhadap stres dengan menempel terus pada orang tuanya karena takut berpisah dan mengamuk bila ditinggalkan.
- 2) Perilaku regresif, kembali ke tahap perkembangan yang lebih awal, seperti kembali ke ‘benda pengganti ibu’ (*transactional object*), misalnya mengisap jempol, bantal kesayangan dan lain-lain.
- 3) Kehilangan kemampuan lain yang baru dicapainya, misalnya jadi mengompol lagi atau tak dapat menahan buang air besar. Semua ini merupakan gejala khas kelompok usia ini.

4) Mimpi buruk dan mengigau. Kelompok anak balita ini biasanya sering mengalami mimpi buruk dan mengigau karena mereka tidak mampu memahami peristiwa yang sangat mneekan.

b. Reaksi pada anak usia 6-12 tahun

Anak-anak berusia 6-12 tahun lebih mampu menggunakan kemampuan berpikir, perasaan dan tingkah lakunya ketika bereaksi terhadap kejadian yang menimbulkan stres. Mereka mampu mengingat kejadian dengan benar dan dapat memahami makna peristiwa yang telah menimpa mereka. Sehubungan dengan alam pikir, anak-anak sering berkhayal untuk menghadapi kejadian yang menimbulkan stres. Mereka akan berkhayal bahwa mereka mampu menghadapi kejadian buruk, misalnya mereka mampu menghadapi si pelaku kekerasan dengan kekuatan yang tersembunyi dalam dirinya. Mereka merasa mampu menipu si pelaku kekerasan seksual dengan mudah, dan lain-lain. Adanya kemampuan ini membuat anak dapat melawan rasa tidak berdayanya. Namun cara berpikir seperti ini membuat anak-anak lebih mudah timbul perasaan berdosa dan menyalahkan diri sendiri. Hal ini terjadi karena pada saat anak membayangkan dirinya dapat mencegah terjadinya peristiwa yang mengerikan, mereka juga menyalahkan diri mereka karena tidak melakukan hal tersebut.

Setelah melewati pengalaman yang sangat mencekam, anak-anak menjadi ketakutan terhadap lingkungan sekitarnya dan terhadap orang lain. Sebagai contoh, setelah mengalami perkosaan, anak merasa bahwa harga dirinya telah diinjak-injak dan keamanannya terancam, mereka menjadi sangat lemah dan terus menerus berpikir bahwa hal-hal buruk akan terjadi kembali pada mereka.

Perilaku dan reaksi emosional yang harus diamati:

- 1) Kesulitan belajar, sulit konsentrasi dan kegelisahan. Anak-anak seusia ini akan menjadi gelisah, sulit konsentrasi dan akhirnya

akan menimbulkan kesulitan belajar yang berakibat penurunan dalam prestasi belajarnya.

- 2) Cemas pasca trauma. Kecemasan pada kelompok ini dapat dilihat melalui tingkah laku yang gugup, seperti menggoyang-goyangkan badan, gagap, atau menggigit kuku. Sebagai tambahan pada usia ini anak juga bisa menunjukkan keluhan-keluhan fisik yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, seperti pusing, sakit perut atau masalah makan.
- 3) *Agresif*, anak-anak sering menampakkan perubahan tingkah laku yang sangat jauh berbeda dari tingkah lakunya yang dulu. Mereka bisa berubah menjadi agresif dan rewel, misalnya menjadi sangat kasar dan rebut saat bermain atau bertingkah semaunya sendiri dan nakal, berteriak dan menjerit-jerit.
- 4) Depresi, anak tampak menarik diri, *iritabel*, dan pasif, misalnya mereka menjadi sangat pendiam dan penurut. Tidak pernah mengungkapkan perasaan tidak mau bermain dengan teman-temannya serta mudah menjadi marah. Pergaulan anak dengan teman sebayanya menjadi terganggu dan menyebabkan anak terasing dari lingkungannya.
- 5) Sulit tidur.
- 6) Bertingkah laku seperti anak yang lebih kecil, misalnya sering mengompol di malam hari atau legket dengan orang tuanya.
- 7) Keinginan bunuh diri.

c. Reaksi pada anak usia 13-18 tahun

Masa remaja adalah masa kehidupan dimana terjadi banyak perubahan dalam hal penapilan dan perasaan. Mereka juga sedang dalam memisahkan diri dari keluarga sebagai sumber rasa aman dan mulai membangun hubungan yang mandiri dengan dunia luar. Dibandingkan dengan anak-anak yang lebih muda, remaja sebenarnya lebih mudah terpengaruh oleh kejadian yang penuh stres. Hal ini karena mereka sudah

memiliki kemampuan berpikir yang dewasa dan mampu berlogika serta dapat memahami akibat jangka panjang dari konflik dan kekerasan yang dialami.

Tidak seperti anak-anak, remaja pada umumnya tidak mengatasi stres dengan berimajinasi atau bermain. Mereka sudah lebih mampu menceritakan kejadian yang telah menimpa mereka, tetapi masih memerlukan bimbingan untuk dapat mengeluarkan perasaannya secara terbuka. Mereka sudah mampu memikirkan apa yang dapat dan tidak dapat dilakukan untuk merubah peristiwa yang sudah terjadi, namun tetap ada rasa bersalah karena tidak berbuat sesuatu untuk mencegah sesuatu yang buruk tidak terjadi.

Perilaku dan reaksi emosi yang harus diamati:

- 1) Merusak diri sendiri, remaja akan melakukan tindakan yang merusak diri sendiri sebagai cara mengatasi marah dan depresi. Setelah kejadian yang menimbulkan stres, banyak remaja melakukan perbuatan yang beresiko tinggi seperti berontak terhadap orang-orang yang mempunyai wibawa, menyalahgunakan NAPZA, bergabung dengan para pencuri dan menjarah. Remaja bisa memahami sejauh apa akibat kekerasan yang akan mempengaruhi kehidupan mereka. Mereka merasa diri mereka tidak kebal terhadap hal tersebut. Setelah kejadian yang menimbulkan stres, mereka bisa menjadi tertutup, menarik diri, curiga terhadap orang lain dan berpikir bahwa hal buruk akan menimpa mereka lagi.
- 2) Keluhan fisik yang tidak jelas penyebabnya, kegugupan dan keluhan fisik yang tidak jelas penyebabnya juga cukup umum terjadi pada kelompok usia ini (IDI dalam buku pedoman dini, 2003 hal. 34-36).

## B. Teknik Penanganan Kecemasan terhadap Anak Korban Kekerasan Seksual

### 1. Pengukuran Kecemasan

Manifestasi dari kecemasan dapat berupa aspek psikologis maupun fisiologis. Untuk mengungkap atau mengukur gejala kecemasan ada beberapa metode, yaitu: 1) *Self report* atau *questionnaire* Merupakan sejumlah pertanyaan pertanyaan yang harus dijawab oleh individu berupa test skala kecemasan; 2) *Overt behavioral* dengan melakukan observasi terhadap individu, dapat terlihat dari ekspresi seperti gemetar, pucat, menggigit-gigit kuku dan sebagainya; 3) *Physiological* Menggunakan alat-alat pengukur tertentu, seperti pengukuran denyut jantung, pernafasan, keluarnya keringat, aktivitas kelenjar adrenalin dan lain-lain (Davison, dalam Adi, 1985).

Adapun instrumen yang digunakan untuk mengukur kecemasan itu sendiri ada beberapa macam, yaitu:

#### a. MMPI

Dikembangkan di tahun 1937 oleh Starke Hathaway, seorang ahli psikologi dan J. Charnley Mckinley, seorang dokter psikiatri. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* adalah inventarisasi yang dilaporkan oleh pasien sendiri (*Self-report*) terdiri atas 500 lebih pernyataan dan 17 skala, seperti: A = kecemasan (*anxiety*), R = Represi (*repression*), ES = Kekuatan ego (*ego strength*), dan lain-lain. Kelemahannya: cenderung menekankan psikopatologi berat (Kaplan, dkk., 1997).

#### b. TMAS

Alat ini merupakan alat pengukur kecemasan yang pertama kali, diciptakan tahun 1950 oleh Janet Taylor, tes ini disebut TMAS {Taylor Manifest Anxiety Scale}. Taylor mula-mula menggunakan TMAS untuk mengungkap: 1) Variasi tingkat dorongan (*drive*) yang dimiliki seseorang, yang berhubungan dengan *internal anxiety* atau *emosionalitas*; 2) Intensitas kecemasan, yang diketahui dari tingkah laku yang nampak

keluar atau yang dimanifestasikan melalui gejala-gejala reaksi kecemasan (Subandi, 1995).

Komponen yang mendasari terdiri dari:

- 1) *self of confidence, lack of confidence, constant worrying* (kesadaran diri, kurang percaya diri, dan kecemasan menetap).
- 2) *Fear of blushing, cold hand, sweating* (tersipu-sipu, tangan dingin dan berkeringat).
- 3) *Lost of sleep, worry* (gangguan tidur dan cemas).
- 4) *Restlessness, motor tension, heart pounding, out of breath* (gelisah, tekanan terhadap alat gerak, jantung berdebar dan kehabisan nafas). (Adi, 1985).

#### c. HRS-A

*Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)*, merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *sympton* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *symptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (*severe*). Menurut Hawari (2004) gejala-gejala yang lebih spesifik adalah sebagai berikut:

Perasaan cemas; Ketegangan ; Ketakutan; Gangguan tidur; Gangguan kecerdasan; Perasaan depresi (murung); Gejala somatik/fisik (otot); Gejala somatik/fisik (sensorik); Gejala kardiovaskuler (jantung dan pembuluh darah); Gejala respiratori (pernafasan); Gejala gastrointestinal (pencernaan); Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin); Gejala autonom; Tingkah laku/sikap.

## 2. Penatalaksanaan Kecemasan

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat

holistik, yaitu mencakup fisik (*somatik*), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Adapun uraiannya sebagai berikut:

a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara :Makan makan yang bergizi dan seimbang; Tidur yang cukup; Cukup olahraga; Tidak merokok; Tidak meminum minuman keras.

b. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain:

- 1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi *re-edukatif*, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- 3) Psikoterapi *re-konstruktif*, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali (*re-konstruksi*) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat *stressor*.
- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.
- 5) Psikoterapi *psiko-dinamik*, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- 6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.

c. Farmakoterapi

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro-transmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (*limbic system*). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat

anti cemas (anxiolytic), yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam.

d. Terapi *Psikoreligius*

Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan *stressor* psikososial.

## C. Konsep Konseling Krisis dengan Pendekatan Konseling Realitas

### 1. Sejarah Teori Konseling Krisis

Sebagaimana dikemukakan oleh Sandoval (2002) pelopor awal mula munculnya intervensi krisis adalah sebuah studi tentang pasca bencana kebakaran yang terjadi di sebuah klub malam “*Coconut Grove*” di boston pada akhir tahun 1930-an. Pasca kejadian tersebut Lindeman membuka sebuah lembaga kesehatan mental di Wellesley- Massachusetts, dan mulai membentuk dasar dari ide-idenya tentang krisis dan intervensi krisis yang menghubungkan pengamatan transisi sosial dan reaksi terhadap peristiwa traumatis. Sedangkan pelopor awal kedua adalah Erikson (1962) yang memberikan kontribusi terhadap teori intervensi krisis dengan dipublikasikannya buku *Childhood and Society* pada tahun 1950. Gagasan Erikson berkisar tentang spesifik karakteristik krisis untuk masing-masing tahap perkembangan hidup individual.

Pelopor awal ketiga adalah Gerald Caplan yang memformulasi tentang pencegahan primer gangguan emosi dan konsultasi kesehatan mental. Gagasan ini merupakan bidang yang baru bagi psikiatri pencegahan (Caplan, 1961, 1964). Data Caplan berasal dari kerjasama dengan Peace Corps, seorang sukarelawan yang menangani reaksi orang tua terhadap kelahiran prematur anaknya, serta dengan keluarga penderita tuberkulosis (serta orang lain yang terkait dengan Harvard School of Public Health). Adopsi ide dari kesehatan masyarakat dan penerapan mereka untuk pengaturan kesehatan mental memiliki pengaruh yang sangat besar yang

menyebabkan berkembangnya pusat-pusat intervensi krisis di seluruh negeri.

Karya Caplan datang pada saat ada dorongan besar dari pemerintah federal untuk lembaga kesehatan mental masyarakat, dikarenakan terjadi kerusuhan sosial yang besar di negara tersebut. Tahun 1960-an banyak dari remaja dan dewasa muda membawa dan menggunakan obat-obatan psikoaktif secara ilegal. Disamping itu banyak terjadi penyalahgunaan narkoba sehingga dibentuklah lembaga konseling krisis di kampus-kampus, untuk menangani masalah pemuda, terutama overdosis obat (Beers & Foreman, 1976). Selama itu, penggunaan program telepon sebagai bagian dari intervensi krisis juga menjadi lebih luas, hal itu dimaksudkan sebagai layanan pencegahan bunuh diri yang semakin meresahkan (Golan, 1978).

Selama tahun 1980-an dan 1990-an fokus kajian bergeser ke bentuk yang lebih ekstrim dari intervensi krisis. Dalam revisi berikutnya *American Psychiatric Association's Diagnostic dan Statistik Manual*, konsep gangguan stres pasca trauma (PTSD) datang untuk disempurnakan dan diidentifikasi pada anak-anak dan remaja (Saigh & Bremner, 1999). Meskipun teori krisis telah memiliki sejarah yang relatif singkat, namun berdasarkan hasil penelitian dan pengamatan klinis di lapangan. Ide-ide dari konseling krisis ini telah banyak diterapkan oleh pekerja kesehatan mental, psikolog sekolah serta konselor sekolah (Brock, Sandoval, & Lewis, 2001).

## **2. Definisi Konseling Krisis dan Konseling Realitas**

Pengertian istilah krisis adalah “persepsi atau pengalaman akan suatu peristiwa atau situasi sebagai kesulitan yang tidak dapat ditoleransi, yang melebihi sumber daya dan kemampuan seseorang untuk mengatasinya pada saat itu” (James, 2008, p.3). Menurut Gladding (2012) konseling krisis adalah penggunaan beragam pendekatan langsung dan berorientasi pada tindakan, untuk membantu individu menemukan sumber daya di dalam dirinya dan atau menghadapi krisis secara eksternal.

Konseling realita (*reality counseling* atau *reality therapy*) dikembangkan oleh William Glasser pada tahun 1960-an sebagai reaksi penolakan terhadap konsep-konsep dalam konseling psikoanalisa. Glasser memandang Psikoanalisa sebagai suatu model perlakuan yang kurang memuaskan, kurang efektif, dan oleh karena itu ia termotivasi untuk memodifikasi konsep-konsep psikoanalisa dan mengembangkan pemikirannya sendiri berdasarkan pengalaman hidup dan pengalaman klinisnya (Palmer 2010, hlm. 525). Glasser (1998, 2001, 2005) dan Wubbolding (2008) mengidentifikasi lima kebutuhan manusia yang penting meliputi kelangsungan hidup, cinta dan memiliki, kekuatan, kebebasan, dan perasaan nyaman.

Corey (2007) memandang bahwa *Reality therapy* pada dasarnya tidak mengatakan bahwa perilaku individu itu sebagai perilaku aku yang abnormal. Konsep perilaku menurut konseling realitas lebih dihubungkan dengan perilaku yang tepat atau perilaku yang tidak tepat. Menurut Glasser, bentuk dari perilaku yang tidak tepat tersebut disebabkan karena ketidakmampuannya dalam memuaskan kebutuhannya, akibatnya kehilangan "sentuhan" dengan realitas objektif, dia tidak dapat melihat sesuatu sesuai dengan realitasnya, tidak dapat melakukan tindakan yang benar, tanggung jawab dan realitas.

Wubbolding (1988, 2000, 2010) menjelaskan Praktek terapi realitas terdiri dari dua komponen utama: (1) lingkungan konseling (2) prosedur spesifik yang menyebabkan perubahan dalam perilaku. Dua elemen sebagai "siklus konseling". Siklus menggambarkan bahwa ada urutan keseluruhan untuk menerjemahkan teori terapi realitas kedalam praktek.

### 3. Karakteristik Konseling Krisis

Konseling krisis berkisar pada memberikan bantuan segera dan dalam berbagai bentuk kepada orang yang membutuhkan "apa yang terjadi selama krisis menentukan apakah krisis akan menjadi suatu wadah penyakit yang

akan berubah menjadi suatu kondisi yang kronis dan bersifat jangka panjang atau tidak” (James, 2008, p.5).

Melihat dari karakteristik konseling krisis diatas, serta pemberian *treatment* atau *intervensi* terhadap konseli korban kekerasan seksual yang bersifat segera. Maka konseling krisis ini sangat cocok diterapkan untuk korban/ konseli yang mengalami peristiwa traumatik dan butuh untuk segera ditangani. Dalam penanganannya, konselor tentunya harus tergabung dalam sebuah tim, yang terdiri dari tenaga profesional.

#### **4. Tujuan dan Fokus Konseling Krisis**

Tujuan konseling krisis berkisar pada memberikan bantuan segera dan dalam berbagai bentuk kepada orang yang membutuhkan “apa yang terjadi selama krisis menentukan apakah krisis akan menjadi suatu wadah penyakit yang akan berubah menjadi suatu kondisi yang kronis dan bersifat jangka panjang atau tidak” (James, 2008, p.5).

Konselor yang bekerja pada kondisi krisis harus merupakan individu yang matang kepribadiannya, serta mempunyai banyak pengalaman kehidupan yang telah dia hadapi dengan sukses. Dia juga mempunyai keahlian dasar untuk memberi bantuan, berenergi tinggi, mempunyai refleks mental yang cepat, tetapi juga seimbang, kalem, kreatif dan fleksibel dalam menghadapi situasi yang sulit. Konselor sering kali terarah dan aktif dalam situasi krisis. Perannya cukup berbeda dari konseling biasa (Gladding, 2012, hlm. 284).

#### **5. Proses dan Teknik Konseling Krisis dengan Pendekatan Konseling Realitas**

Gladding (2012) menjelaskan bahwa Teknik yang digunakan dalam konseling krisis sangat beragam sesuai tipe krisis dan akibat yang ditimbulkannya. Bagaimanapun juga menurut James (2008), apa yang dilakukan seorang pekerja krisis dan kapan dia melakukannya bergantung pada hasil penilaian terhadap pengalaman krisis seorang yang dilakukan

secara kontinu dan mengalir. Setelah menilai, ada tiga aktivitas mendengarkan yang esensial yang harus diterapkan:

- a. *Mendefinisikan Masalah*. Mengeksplorasi dan mendefinisikan masalah dari sudut pandang klien. Menggunakan teknik mendengarkan dengan aktif, termasuk pertanyaan terbuka. Memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan konseli secara verbal maupun non verbal.
- b. *Memastikan Keselamatan Konseli*. Menilai tingkat bahaya, kritis, *imobilitas*, dan keseriusan ancaman terhadap keselamatan fisik dan psikologis konseli. Menilai peristiwa internal dan situasi disekeliling konseli dan jika perlu memastikan bahwa konseli menyadari alternatif lain selain tindakan impulsif yang dapat menghancurkan diri sendiri.
- c. *Menyediakan Dukungan*. Berkomunikasi dengan konseli bahwa pekerja krisis adalah sosok pendukung yang tepat. Peragakan kepada konseli (dengan kata-kata, suara, dan bahasa tubuh) keterlibatan personal yang penuh kasih sayang, positif, non-posesif, tidak menghakimi dan menerima.

Selanjutnya Gladding (2012, hlm. 290) juga menjelaskan bahwa Setelah, dan kadang-kadang selama pertengahan mendengarkan digunakan strategi bertindak yang melibatkan:

- a. *Memeriksa Alternatif Lain*. Membantu konseli dalam mengeksplorasi pilihan-pilihan yang dia punyai saat ini. Memfasilitasi pencarian dukungan situasional yang mendesak, mekanisme bertahan, dan pikiran yang positif.
- b. *Membuat Rencana*. Membantu konseli dalam mengembangkan rencana jangka panjang yang realistis yang mengidentifikasi sumber daya tambahan dan menyediakan mekanisme bertahan, mengambil langkah tindakan yang dapat dimiliki dan dipahami oleh konseli.

- c. *Mendapat Komitmen.* Membantu konseli berkomitmen terhadap dirinya sendiri untuk menentukan tindakan yang positif yang dapat dimiliki dan dicapai atau diterima oleh konseli secara realistis.

Dalam terapi realitas bisa ditandai sebagai terapi yang aktif secara verbal. Prosedur-prosedur difokuskan kepada kekuatan-kekuatan dan potensi-potensi klien yang dihubungkan dengan tingkah laku sekarang dan usahanya untuk mencapai keberhasilan dalam hidup. Dalam membantu klien untuk menciptakan identitas keberhasilan, terapis bisa menggunakan beberapa teknik sebagai berikut: Terlibat dalam permainan peran dengan klien; Menggunakan humor; Mengonfrontasikan klien dan menolak dalih apapun; Membantu klien dalam merumuskan rencan-rencana yang spesifik bagi tindakannya; Bertindak sebagai model dan guru; Memasang batas-batas dan menyusun sistem terapi; Menggunakan “terapi kejutan verbal” atau sarkasme yang layak untuk mengonfrontasikan klien dengan tingkah lakunya yang tidak realitas; Melibatkan diri dengan klien dalam upayanya mencari kehidupan yang efektif.

Terapi realitas tidak memasukkan sejumlah teknik yang secara umum diterima oleh pendekatan-pendekatan terapi lainnya. Para psikiater yang mempraktekkan terapi realitas tidak menggunakan obat-obatan dan *medikasi-medikasi konservatif*, sebab medikasi cenderung menyingkirkan tanggung jawab pribadi. Selain itu, para pemraktek terapi realitas tidak menghabiskan waktunya untuk bertindak sebagai “detektif” mencari alasan-alasan, terapi berusaha membangun kerjasama dengan para klien untuk membantu mereka dalam mencapai tujuan-tujuannya (Corey 2007, hlm. 277-278).

Wubbolding (2000, 2008, 2009, 2010, 2011) menggunakan akronim-WDEP untuk menggambarkan prosedur utama yang dapat diterapkan dalam praktek kelompok terapi realitas. Didasarkan pada teori pilihan, sistem WDEP membantu orang dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Masing-masing huruf mengacu pada sekelompok strategi yang dirancang untuk mempromosikan perubahan: **W = Want; D = Doing and Direction;**

**E = Evaluation;** dan **P = Planning.** Kerangka WDEP melibatkan pendekatan kolaboratif di mana terapis dan klien bergabung bersama dalam menentukan tujuan dan rencana aksi (Wubbolding & Brickell, 2005).

**Want (W)** konselor realitas membantu klien dalam menemukan keinginan, kebutuhan, persepsi, harapan, dan impian. Mereka bertanya, "Apa yang kau inginkan?" Melalui interogasi terampil terapis/ konselor, klien didorong untuk mengenali, mendefinisikan, dan kembali mencari bagaimana mereka ingin memenuhi kebutuhan mereka.

**Doing and Direction (D)** Setelah konseli/ klien mengetahui apa yang mereka (ingin) dan butuhkan, mereka diminta untuk melihat perilaku mereka saat ini untuk menentukan apakah apa yang akan mereka lakukan untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan. Wubbolding (1991) mengemukakan bahwa, tahapan ini membutuhkan kesadaran yang tinggi dan *self-insight* adalah langkah kunci menuju membuat perubahan.

**Evaluation (E)** dalam tahapan ini konselor membantu konseli dalam mengeksplorasi perilaku total. Konseli/ klien tidak akan mengubah perilaku mereka atau membuat pilihan yang lebih baik sampai mereka mengevaluasi perilaku mereka sendiri dan membuat penentuan bahwa program / tindakan mereka saat ini tidak membantu (Wubbolding, 2011). Evaluasi-diri merupakan hal terpenting dalam prosedur terapi realitas. Setelah anggota kelompok membuat evaluasi tentang kualitas perilaku mereka, mereka dapat menentukan hal apa yang mungkin berkontribusi terhadap kegagalan mereka dan perubahan apa yang dapat meningkatkan keberhasilan mereka.

**Planning (P)** Setelah seseorang telah membuat evaluasi tentang perilakunya dan memutuskan untuk mengubahnya, konselor kelompok berada dalam posisi untuk membantu anggota dalam mengembangkan rencana untuk perubahan perilaku. Rencana terbaik pertama adalah rencana yang diinisiatifkan oleh individu/ konseli. Rencana terbaik kedua adalah salah satu yang diprakarsai oleh konselor dan konseli. Dan rencana terbaik ketiga adalah salah satu yang diinisiasi oleh konselor (Wubbolding, 2000,

2009). Setelah konseli menyebutkan perencanaan mereka dengan jelas, konselor dan konseli membuat sebuah komitmen dengan jelas.

Kedudukan dari konseling realitas disini adalah sebagai sebuah intervensi yang diberikan oleh konselor terhadap anak korban kekerasan seksual, dengan pendekatan strategi konseling krisis. Sebagai sebuah strategi, dalam aplikasinya konseling krisis memiliki kekuatan dan keterbatasan. Kekuatan dan kontribusinya adalah:

- a. Pendekatan ini memberikan keuntungan karena singkat dan langsung.
- b. Pendekatan ini menggunakan tujuan dan maksud yang sederhana karena sifat krisis yang tiba-tiba dan atau traumatis.
- c. Pendekatan ini bergantung pada intensitas, yang lebih besar daripada bentuk konseling biasa.
- d. Pendekatan ini sifatnya *transisional*

Adapun keterbatasan dalam konseling krisis adalah:

- a. Pendekatan ini berhadapan dengan situasi yang harus ditangani dengan cepat.
- b. Pendekatan ini tidak memberi resolusi sedalam seperti yang dilakukan pendekatan konseling lainnya.
- c. Pendekatan ini lebih terbatas waktu dan berorientasi pada trauma dibanding kebanyakan bentuk intervensi terapi lainnya (Gladding, 2012, hlm. 290-292).

## **6. Penerapan Konseling Krisis terhadap Anak Korban Kekerasan Seksual**

Penatalaksanaan kasus anak korban kekerasan merupakan pengelolaan multidisiplin, melibatkan kerjasama dari lembaga pelayanan kesehatan, lembaga perlindungan anak, lembaga bantuan hukum, aparat penegak hukum dan lembaga-lembaga sosial masyarakat yang bergerak dalam perlindungan anak. dengan demikian penatalaksanaan anak korban kekerasan seksual haruslah merupakan kerjasama multidisiplin. Pertolongan

medis merupakan salah satu bagian dari alur penatalaksanaan paripurna terhadap anak korban kekerasan seksual (IDI 2013, hlm. 56). Karena melibatkan banyak unsur pihak, maka intervensi konseling krisis ini dirasa lebih sesuai dalam penanganan terhadap anak korban kekerasan seksual.

Secara ideal, dalam membantu konseli yang mengalami krisis, konselor diharapkan bekerja sama dengan pekerja sosial, dokter, psikolog, advokat atau administrator untuk membangun sebuah tim manajemen krisis yang efektif. Program ini diawali dengan mengidentifikasi krisis yang terjadi dan kebutuhan untuk mengevaluasi dampak krisis traumatis pada konseli.

Keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari konseling realitas tampaknya adalah jangka waktu terapinya yang relatif pendek dan berurusan dengan masalah-masalah tingkah laku sadar. Konseli dihadapkan pada keharusan mengevaluasi tingkah lakunya sendiri dan membuat pertimbangan nilai (Corey 2007, hlm. 281).

Penerapan konseling realitas sangat cocok bagi intervensi-intervensi singkat dalam situasi-situasi konseling krisis dan bagi penanganan remaja dan orang-orang dewasa penghuni lembaga-lembaga untuk tingkah laku kriminal. Secara realistis, penggunaan psikoterapi jangka panjang yang mengeksplorasi dinamika-dinamika tak sadar dan masa lampau seseorang pada situasi-situasi dan tipe orang-orang tersebut diatas sangat terbatas. Glasser mengembangkan pendekatannya karena keyakinannya bahwa prosedur-prosedur psikoanalitik tidak berhasil bagi populasi itu.

#### **D. Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu**

Berkenaan dengan penelitian terhadap anak korban kekerasan seksual serta penanganannya, (Gibson& Mitchell, 2011, hlm. 264) menyatakan bahwa penanganan terhadap korban/ anak korban kekerasan jauh lebih utama seperti *hotline* krisis dan pusat-pusat krisis serta program bantuan khusus untuk korban perkosaan dan rehabilitasinya.

Wilmoth (2008) meneliti tentang penggunaan alat-alat intervensi krisis dan konseling pemberdayaan sebagai referensi dalam pelaksanaan wawancara. Disini

Wilmoth, menguraikan sembilan langkah untuk intervensi krisis yang efektif menurut *Texas Association Against Sexual Assault (TAASA)* yakni meliputi: Membangun Hubungan; Mendengarkan aktif; Tentukan Masalah; Menilai Situasi; Jelajahi Pilihan; Diskusikan Alternatif Diterima; Penyerahan; Penutupan; dan Tindakan lanjutan.

Ellsworth (2007) mengembangkan tentang penggunaan konseling realitas terhadap anak korban kekerasan seksual. Dalam penelitiannya, Ellsworth memilih menyembuhkan kliennya dengan terapi realitas, hal ini didasarkan pada prinsip-prinsip universal. Selain itu konseling realitas telah dipraktekkan di banyak budaya dan negara. Dalam konseling realitas menyatakan, bahwa semua manusia memiliki lima kebutuhan dasar: kebutuhan untuk bertahan hidup, kebutuhan akan cinta dan rasa memiliki, dan kebutuhan untuk kekuasaan, kebebasan, dan menyenangkan.

Terkait penanganan terhadap anak korban kekerasan (Huwaidah, 2011) menggunakan metode direktif (seperti menggambar, bercerita, curhat dan tanya jawab) sebagai salah satu teknik pemberian konseling. Sedangkan Masumah (2009) yang memberikan layanan konseling pada anak jalanan perempuan korban pelecehan seksual dengan pelaksanaan konseling individual dan kelompok. Dari kedua penelitian terdahulu, diperoleh gambaran bahwa masih belum ditemukannya sebuah program/ pendekatan konseling yang secara efektif dan efisien dalam menangani anak korban kekerasan, khususnya kekerasan seksual.

Sementara itu Harris, Putnam, Fairbank (2000) meneliti tentang dampak dari anak korban kekerasan yang mengalami trauma pada masa kecilnya. Berdasarkan dari penelitian tersebut diperoleh informasi bahwa efek dari trauma pada masa kecil bisa meluas dalam berbagai bidang seperti kesiapan dalam menerima pelajaran di sekolah, meningkatkan pada penyalahgunaan zat adiktif, dan yang lebih bahaya lagi menyebabkan gangguan mental. Dari penelitian tersebut diperoleh kesimpulan bahwa, identifikasi cepat dan intervensi dini pada anak-anak akan mengurangi dampak besar dari trauma bagi anak-anak korban kekerasan.

## E. Asumsi Penelitian

Beberapa asumsi yang melandasi program konseling krisis dengan intervensi konseling realitas untuk mengurangi kecemasan pada anak korban kekerasan seksual antara lain:

- a. Pengalaman tentang tindak kekerasan seksual pada anak memunculkan Ekses-ekses negatif yang ditimbulkan, dapat berupa resiko kesulitan penyesuaian diri, bersosialisasi, depresi dan merasa terisolir, tidak diterima, kehilangan keinginan untuk bermain bersama teman sebaya, ketidaknyamanan dalam kelompok sebaya (Brendgen, Mara. dkk. 2007). Secara umum, akibat yang ditimbulkan dari kekerasan seksual pada diri anak dibagi dua macam, yaitu: 1) akibat jangka pendek: yaitu dampak yang muncul pada saat anak mengalami kekerasan, seperti: ketakutan yang berlebihan, cemas, menarik diri dari pergaulan, tekanan batin, stres, dan frustrasi. 2) akibat jangka panjang: Kondisi yang muncul dalam jangka waktu yang lama atau bahkan akan selama hidupnya, seperti: trauma, paranoid (terlalu curiga), anti sosial, hilangnya kepercayaan diri, depresi, cacat fisik, bunuh diri (Aldridge & Renitta Goldman, 2002).
- b. Konseling krisis adalah penggunaan beragam pendekatan langsung dan berorientasi pada tindakan, untuk membantu individu menemukan sumber daya di dalam dirinya dan atau menghadapi krisis secara eksternal. Terdapat 6 model langkah dalam intervensi konseling krisis, hal ini meliputi: mendefinisikan masalah; memastikan keselamatan konseli; menyediakan dukungan; memeriksa alternatif lain; membuat rencana; dan mendapat komitmen. Adapun pelaksanaan teknik ini yang cukup singkat berkisar 15 menit sampai 2 jam dan hanya 1 hingga 3 sesi (Gladding, 2012: 291).
- c. Glesser dalam Corey (2007) menjelaskan bahwa fokus konseling realitas adalah pada apa yang disadari oleh konseli dan kemudian menolong konseli menaikkan tingkat kesadarannya itu. Setelah konseli menjadi sadar betapa tidak efektifnya perilaku yang konseli lakukan untuk mengontrol dunia, mereka akan lebih terbuka untuk mempelajari

alternatif lain dari cara berperilaku. Konseling realita memandang bahwa kesulitan atau problema perilaku manusia berakar pada pengalaman pada masa kanak-kanak. Untuk dapat berkembang dengan sehat anak perlu berada ditengah-tengah orang dewasa yang dapat memberinya kasih sayang secara penuh. Kasih sayang yang memungkinkan anak untuk memperoleh kebebasan kemampuan, dan kesenangan dalam cara-cara yang bertanggung jawab. Konseling realitas memandang manusia pada dasarnya dapat mengarahkan dirinya sendiri (*self-determining*).

#### **F. Hipotesis Penelitian**

Dalam upaya menjawab pertanyaan penelitian, maka rumusan hipotesis penelitian ini adalah **“Konseling krisis dengan pendekatan konseling realitas berpengaruh dalam menurunkan kecemasan anak korban kekerasan seksual di Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) Provinsi Jawa Timur”**.

#### **G. Posisi Peneliti**

Berdasarkan pada hasil penelitian terdahulu terhadap anak korban kekerasan, maka diperoleh beberapa kesimpulan: (1) Masih sedikitnya penelitian tentang strategi/ pola penanganan terhadap anak korban kekerasan seksual; (2) Di Indonesia sendiri penelitian tentang strategi penanganan/ intervensi pada anak korban kekerasan masih sangat sedikit, sehingga diperlukannya penelitian lanjut untuk efektivitas pemberian konseling yang sesuai dengan nilai-nilai budaya Indonesia; (3) Angka tindak kekerasan seksual pada anak lambat laun semakin mengalami peningkatan, maka diperlukannya upaya penanganan yang cepat dan tepat. Untuk itu, posisi peneliti disini dianggap penting. Sebab dalam penelitian ini peneliti berusaha mendapatkan formulasi teknik konseling yang sesuai dengan kondisi anak korban kekerasan seksual dalam konteks Indonesia.

Urgensi penelitian ini, selain untuk melengkapi hasil penelitian yang telah dilakukan para peneliti sebelumnya. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu teknik pendekatan yang efektif dalam menghadapi kasus terhadap anak korban kekerasan seksual.