

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bencana

1. Pengertian bencana

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/ atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (Undang-undang No.24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana).

2. Jenis-jenis bencana

Jenis-jenis bencana menurut Undang-undang No 24 tahun 2007, antara lain: (1) bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam, antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung Meletus, banjir, kekeringan, angin topan dan tanah longsor; (2) Bencana non-alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa non-alam, berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi dan wabah penyakit; (3) bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar-kelompok atau antar-komunitas masyarakat dan teror, (BNPB) konflik sosial antar-kelompok atau antar-komunitas masyarakat dan teror (BNPB,2012)

Menurut Undang-undang Nomor 24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana menyebutkan tanah longsor adalah salah satu jenis gerakan massa tanah atau batuan, ataupun pencampuran keduanya, menuruni atau keluar lereng akibat dari terganggunya kestabilan tanah atau batuan penyusunan lereng tersebut.

3. Dampak yang ditimbulkan akibat bencana tanah longsor

Menurut Agustin (2010) dampak yang ditimbulkan antara lain adalah dampak fisik, sosial dan psikologis. Dampak fisik yang dialami oleh korban antara lain adalah adanya kelelahan fisik yang sangat, kesulitan untuk tidur serta adanya gangguan tidur, selera makan yang terganggu, sangat mudah tersentuh ingatan dan perasaannya, munculnya keluhan-keluhan yang berhubungan dengan gangguan syaraf dan sakit kepala, adanya reaksi-reaksi yang menggambarkan adanya kegagalan dalam sistem kekebalan tubuh, seringnya buang air kecil, dan menurun atau meningkatnya libido secara drastis.

Dampak sosial yang dialami korban bencana antara lain membatasi dan menarik diri dari pergaulan, menghindari dari relasi-relasi sosial yang ada, meningkatnya konflik dalam berhubungan dengan orang lain, penurunan keterlibatan dan prestasi dalam bekerja atau disekolah.

Dampak atau kerugian ketiga yang dialami oleh korban bencana adalah dampak psikologis yang dapat dibagi menjadi dua yakni dampak emosional dan dampak kognitif. Dampak emosional yang sering dirasakan korban antara lain adalah adanya perasaan yang campur aduk seperti rasa

marah, malu, sedih, kaget, dan bersalah, merasa dihantui dan tidak berdaya, adanya duka yang mendalam, terlalu sensitif atau justru sebaliknya menjadi bebal dan mati rasa dalam aktifitas sehari-harinya, serta adanya disosiasi yakni berulangan pikiran pada kejadian bencana atau keterpakuan terhadap bencana. Sedangkan dampak kognitif yang dialami adalah kesulitan dalam berkonsentrasi dan adanya gangguan mengingat, kebingungan, sulit mempercayai informasi, ketidakmampuan membuat keputusan, menurunnya penilaian terhadap keadaan dan kemampuan diri, perhatian mudah dialihkan atau terpecah, khawatir atau cemas, menyalahkan diri sendiri, dan adanya perasaan mudah terganggu oleh pikiran dan ingatan peristiwa bencana tersebut.

B. Respon Individu Terhadap Bencana

Perilaku yang diperlihatkan individu yang mengalami bencana sangat bervariasi. Hal ini dipengaruhi oleh persepsi terhadap kejadian, sistem pendukung yang dimiliki dan mekanisme koping yang digunakan. Terdapat tiga tahapan reaksi emosi yang dapat terjadi setelah bencana, yaitu: (1) Reaksi individu segera (24 jam pertama) setelah bencana dapat berupa tegang, cemas, panik, terpaku, linglung, syok, tidak percaya, gembira atau euphoria, tidak terlalu merasa bersalah. Reaksi ini masih termasuk reaksi normal terhadap situasi yang abnormal dan memerlukan upaya pencegahan primer; (2) Minggu pertama sampai ketiga setelah bencana. Reaksi yang diperlihatkan: ketakutan, waspada, sensitif, mudah marah, kesulitan tidur, khawatir, sangat sedih. Reaksi positif yang masih dimiliki: berharap atau berpikir tentang masa depan, terlibat

dalam kegiatan tolong menolong dan menyelamatkan, menerima bencana sebagai takdir. Kondisi ini masih termasuk respon normal yang membutuhkan tindakan psikososial minimal; (3) lebih dari tiga minggu setelah bencana. Reaksi yang diperlihatkan dapat menetap dan dimanifestasikan dengan kelelahan, merasa panik, kesedihan terus berlanjut, pesimis, menarik diri, berpikir tidak realistis, tidak beraktivitas, isolasi kecemasan yang dimanifestasikan dengan palpitasi, pusing, letih, mual, sakit kepala (Keliet, Akemat, Helena, Nurhaeni, 2011).

Terdapat tiga periode bencana secara umum, yaitu: (1) periode dampak (*impact periode*) biasanya berlangsung selama kejadian bencana. Pada periode ini, korban selalu diliputi perasaan tidak percaya dengan apa yang dialami. Periode ini berlangsung singkat; (2) periode penyejukan suasana (*recoil periode*) biasanya berlangsung beberapa hari setelah kejadian. Pada periode ini, tampak bahwa para korban mulai merasakan diri mereka lapar dan mencari bekal makanan untuk dimakan. Mereka tidak memahami bagaimana mereka harus memulihkan keadaan dan mengganti harta benda mereka yang hilang; (3) periode post traumatik (*post-trauma period*) biasanya berlangsung lama, bahkan sepanjang hayat. Periode ini berlangsung tatkala korban bencana berjuang untuk melupakan pengalaman yang berupa tekanan, gangguan fisiologi, dan psikologi akibat bencana yang mereka alami. Hal ini berarti bencana selalu menyisakan masalah, bahkan untuk jangka waktu yang lama.

C. *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

1. Pengertian

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan sindrom kecemasan, labilitas otonomik, dan mengalami kilas balik dari pengalaman yang amat pedih setelah stress fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa. Selain itu, PTSD dapat pula di definisikan sebagai keadaan yang melemahkan fisik dan mental secara ekstrem yang timbul setelah seseorang melihat, mendengar, atau mengalami suatu kejadian trauma yang hebat dan atau kejadian yang mengancam kehidupannya (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2007).

Dalam *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (DSM-IV-TR), PTSD didefinisikan sebagai suatu kejadian atau beberapa kejadian trauma yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang berupa kematian atau ancaman kematian, cedera serius, ancaman terhadap integritas fisik atas diri seseorang. Kejadian tersebut harus menciptakan ketakutan yang ekstrem, horror, rasa tidak berdaya (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2010).

PTSD merupakan suatu sindrom yang dialami oleh seseorang yang mengalami kejadian traumatik. Kondisi demikian akan menimbulkan dampak psikologis berupa gangguan perilaku mulai dari cemas yang berlebihan, mudah tersinggung, tidak bisa tidur, tegang, dan berbagai reaksi lainnya. Gangguan stres pasca trauma (PTSD) kemungkinan berlangsung

berbulan-bulan, bertahun-tahun atau sampai beberapa dekade dan mungkin baru muncul setelah beberapa bulan atau tahun setelah adanya pemaparan terhadap peristiwa traumatik (Zlotnick dalam Durand & Barlow, 2006). Menurut Michael Scott dan Stephen Palmer dalam bukunya *Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder* (2000) *Post traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah efek psikologis dari jangka Panjang dan kejadian traumatis ekstrem yang dialami seseorang.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) merupakan gangguan psikologi yang diakibatkan satu atau lebih kejadian traumatik yang dialami atau disaksikan oleh seseorang baik ancaman kematian, cedera fisik yang mengakibatkan ketakutan ekstrem, horror, rasa tidak berdaya hingga berdampak mengganggu kualitas hidup individu dan apabila tidak ditangani dengan benar dapat berlangsung kronis dan berkembang menjadi gangguan stress pasca trauma yang kompleks dan gangguan kepribadian.

b. Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *Post Trauma Stress Disorder* (PTSD)

stresor atau kejadian trauma merupakan penyebab utama dalam perkembangan PTSD. Ketika dalam keadaan takut dan terancam, tubuh akan mengaktifkan respon *Fight or flight*. Dalam reaksi ini tubuh akan mengeluarkan hormon adrenalin yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, dan glikogenolisis. Setelah ancaman bahaya mulai hilang makna tubuh akan memulai proses inaktivasi respon stress dan

proses ini menyebabkan pelepasan hormon kortisol. Apabila tubuh tidak melepaskan kortisol yang cukup untuk menginaktivasi reaksi stress maka kemungkinan tubuh masih akan merasakan efek stres dan adrenalin. Pada korban trauma yang berkembang menjadi PTSD seringkali memiliki hormone stimulasi (Ketokolamin) yang lebih tinggi bahkan pada saat kondisi normal. Hal ini mengakibatkan tubuh terus berespon seakan bahaya itu masih ada. Setelah sebulan dalam kondisi ini, dimana hormone stres meningkat dan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya perubahan fisik (Paige, 2005).

Stresor dapat berasal dari bencana alam, bencana yang diakibatkan oleh ulah manusia, ataupun akibat kecelakaan. Stresor akibat bencana alam antara lain: menjadi korban yang selamat dari tsunami, gempa bumi, tanah longsor, badai. Kejadian trauma akibat ulah manusia antara lain: menjadi korban banjir, penculikan, perkosaan, kekerasan fisik, melihat pembunuhan, perang, dan kejahatan kriminal lainnya. Kejadian trauma juga dapat terjadi akibat kecelakaan, baik yang menyebabkan cedera fisik maupun yang tidak. Akan tetapi tidak semua orang akan mengalami PTSD setelah suatu peristiwa traumatic, karena walaupun stresor diperlukan, namun stresor sendiri tidaklah cukup untuk menyebabkan suatu gangguan. Maka dari itu, menurut Kaplan & Sadock (2007), terdapat beberapa faktor lain yang harus dipertimbangkan, diantaranya:

a. Faktor biologis

Teori biologis pada PTSD telah dikembangkan dari penelitian praklinik model stress pada binatang yang didapatkan dari pengukuran variabel biologis populasi klinis dengan PTSD. Banyak sistem neurotransmitter telah dilibatkan dalam kumpulan data tersebut. Model praklinik pada binatang tentang ketidakberdayaan, pembangkitan, dan sensitisasi yang dipelajari telah menimbulkan teori tentang norepinefrin, dopamine, opiate endogen, dan reseptor benzodiazepine dan sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal. Pada populasi klinis, data telah mendukung hipotesis bahwa noradrenergic dan opiate endogen, dan juga sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal, adalah hiperaktif pada beberapa pasien dengan gangguan stress pasca traumatic.

b. Faktor psikologi

Classical dan *operant conditioning* dapat diimplikasikan pada perkembangan terjadinya PTSD. Stresor yang ekstrem secara tipikal menimbulkan emosi yang negatif (sedih, marah, takut) sebagai bagian dari gejala *hyperarousal* akibat aktivasi dari sistem saraf simpatis (*fight or flight response*). *Classical conditioning* terjadi pada saat seseorang yang mengalami peristiwa trauma kembali ke tempat terjadinya trauma maka akan timbul reaksi psikologi yang tidak disadari dan merupakan respon reflek yang spesifik. Misalnya, pada anak yang mengalami kecelakaan mobil yang serius akan timbul respon berupa ketakutan, berkeringat, takikardi setiap kali melewati tempat kejadian tersebut. *Operant conditioning* terjadi sebagai hasil dari pengalaman kejadian

trauma yang dialami sehingga didapatkan tingkah laku yang tidak disukai dan tidak akan diulangi. Misalnya, pada anak yang mengalami kecelakaan mobil Ia akan berusaha untuk menghindari berada didalam mobil. *Modelling* merupakan mekanisme psikologikal lainnya yang turut berperan dalam perkembangan gejala PTSD. Respon emosional orang tua terhadap pengalaman traumatik anak merupakan prediksi terhadap keparahan gejala PTSD.

c. Faktor sosial

Dukungan sosial yang tidak adekuat dari keluarga dan lingkungan meningkatkan risiko perkembangan PTSD setelah mengalami kejadian traumatik. Penyebab gangguan bervariasi, tetapi stresor harus sedemikian berat sehingga cenderung menimbulkan trauma psikologis pada kebanyakan orang normal, walaupun tidak berarti bahwa semua orang harus mengalami gangguan akibat trauma ini. macam-macam stresor tarumatik:

- 1) Menyaksikan peristiwa yang berakibat luka fisik atau kematian yang menakutkan seperti korban tergulung ombak, tertimpa tanah longsor, terlindas kendaraan, penganiayaan, terkena granat atau bom, kepala terpancung, tertembak, pembunuhan masal atau tindakan brutal di luar batas kemanusiaan.
- 2) Pengalaman berada dalam situasi terancam kematian atau keselamatan jiwanya, misalnya huru-hara kerusuhan, bencana, tsunami, air bah atau gunung Meletus, peperangan, berbagai tindak

kekerasan, usaha pembunuhan, penganiayaan fisik dan mental-emosional, penyenderaan, penculikan tindak kekerasan ataupun kecelakaan.

- 3) Mengalami tindak kekerasan dalam keluarga.
- 4) Mengalami secara aktual dan atau terancam mengalami perkosaan, pelecehan, seksual yang mengancam integritas fisik dan harga diri.
- 5) Dipaksa atau terpaksa melakukan tindak kekerasan.
- 6) Kematian mendadak/ berpisah dari anggota keluarga/ orang yang dikasihi.
- 7) Berhasil selamat dari tindak kekerasan, bencana alam/ kecelakaan hebat.
- 8) Terpaksa pindah atau terusir dari kampung halaman.
- 9) Mendadak berada dalam keadaan terasing, tercabut dari lingkungan fisik, budaya, kerabat, teman sebaya yang dikenal.
- 10) Terputusnya hubungan dengan dunia luar, dilarang melakukan berbagai adat istiadat atau kebiasaan.
- 11) Kehilangan harta benda, sumber penghidupan, privasi (hak pribadi).
- 12) Berada dalam kondisi serba kekurangan pangan, tempat tinggal, kesehatan.

d. faktor risiko PTSD

menurut Weems, et al (2007) terdapat beberapa faktor yang berperan dalam meningkatkan risiko seseorang mengalami PTSD, antara lain:

1. Berat dan dekatnya trauma yang dialami. Semakin berat trauma yang dialami dan semakin dekat posisi seseorang dengan suatu kejadian, maka semakin meningkatkan mengalami PTSD.
2. Durasi trauma dan banyaknya trauma yang dialami. Semakin lama/ kronik seseorang mengalami kejadian trauma semakin berisiko berkembang menjadi PTSD. Trauma yang multiple lebih berisiko menjadi PTSD.
3. Pelaku kejadian trauma. Semakin dekat hubungan antara pelaku dan korban semakin berisiko menjadi PTSD. Selain itu, kejadian trauma yang sangat interpersonal seperti kasus pemerkosaan juga salah satu faktor yang dapat menyebabkan PTSD.
4. Jenis kelamin, Breslau, et al (1997) dalam penelitiannya bahwa perempuan dua kali lipat lebih memungkinkan untuk mengalami PTSD. Hal ini disebabkan oleh rendahnya sintesa serotonin pada perempuan (Connor & Butterfield, 2003).
5. Status pekerjaan
Status pekerjaan dapat mempengaruhi timbulnya stress dan lebih lanjut akan mencetuskan terjadinya perasaan tidak nyaman, sehingga lebih berisiko untuk menderita PTSD (Tarwoto & Wartonah, 2003).

6. Usia

PTSD dapat terjadi pada semua golongan usia tetapi anak-anak dan usia tua (>60 tahun) merupakan kelompok usia yang lebih rentan mengalami PTSD. Anak-anak memiliki kebutuhan dan kerentanan khusus jika dibandingkan dengan orang dewasa, karena masih adanya rasa ketergantungan dengan orang lain, kemampuan fisik dan intelektual yang sedang berkembang, serta kurangnya pengalaman hidup dalam memecahkan berbagai persoalan sehingga dapat mempengaruhi perkembangan kepribadian seseorang.

7. Tingkat Pendidikan

Minimnya tingkat Pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingginya angka kejadian PTSD (Connor & Butterfield, 2003).

8. Seseorang yang memiliki gangguan psikiatri lainnya seperti: depresi, fobia sosial, gangguan kecemasan. Seseorang yang hidup ditempat pengungsian (misalnya sedang berada di lokasi peperangan/ konflik di daerahnya) dan kurangnya dukungan sosial baik dari keluarga maupun lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya PTSD.

e. Gejala Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-V, 2013) ada tiga klasifikasi gejala PTSD, yaitu:

1) *Intrusive Re-Experiencing*

Intrusive Re-Experiencing adalah selalu kembalinya peristiwa traumatic dalam ingatan penderita. Gejalanya adalah sebagai berikut:

- (1) Perasaan, pikiran dan persepsi mengenai peristiwa muncul berulang-ulang;
- (2) Mimpi-mimpi buruk tentang peristiwa:
- (3) Pikiran-pikiran mengenai traumatic selalu muncul dalam bentuk ilusi, halusinasi dan mengalami *Flashback* mengenai peristiwa:
- (4) Gangguan psikologis yang amat kuat ketika menyaksikan sesuatu yang mengingatkan tentang peristiwa traumatic;
- (5) Terjadi reaktifitas fisik, seperti menggigil, jantung berdebar kencang, atau panik ketika bertemu yang mengingatkan peristiwa.

2) *Avoidance*

Yaitu selalu menghindari sesuatu yang berhubungan dengan trauma yang berhubungan dengan trauma dan perasaan terpecah. Gejala-gejalanya sebagai berikut:

- (1) Berusaha menghindari situasi, pikiran-pikiran atau aktivitas yang berhubungan dengan peristiwa traumatic;
- (2) Kurangnya perhatian atau partisipasi dalam kegiatan sehari-hari;
- (3) Merasa terasing dari orang lain;
- (4) Membatasi perasaan-perasaan termasuk perasaan kasih sayang;

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

3) *Negative alterations in mood and cognition*

Yaitu suatu penyimpangan secara persisten di antara lain menyalahkan diri sendiri atau orang lain, berkurangnya minat melakukan aktivitas, dan ketidakmampuan untuk mengingat aspek-aspek yang menjadi kunci dari kejadian tersebut.

4) *Arousal*

Yaitu kesadaran secara berlebihan, gejalanya antara lain sebagai berikut:

- (1) Mengalami gangguan tidur, atau bertahan untuk selalu tidur;
- (2) Mudah marah dan meledak-ledak;
- (3) Sulit untuk berkonsentrasi;
- (4) Kesadrasan berlebih (*hyper-arousal*);
- (5) Penggugup dan mudah terkejut.

f. Kriteria diagnosis *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) Menurut DSM-V

Diagnosis yang menyatakan seseorang mengalami *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) diberikan oleh Dokter Spesialis Jiwa ataupun mental health professional (*National Center for PTSD*, 2016). Diagnose baru dapat ditegakkan apabila gangguan ini timbul

dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatik berat (masa laten berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui 6 bulan). Namun kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan dengan manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat dari alternatif kategori gangguan lainnya.

Kriteria ini digunakan untuk dewasa, remaja dan anak-anak di atas 6 tahun:

1. Paparan terhadap ancaman atau kejadian kematian, cedera serius, atau kekerasan seksual, dari satu (atau lebih) kriteria dibawah ini:
 - a) Langsung mengalami kejadian traumatis.
 - b) Menjadi saksi mata, peristiwa tersebut terjadi pada orang lain.
 - c) Menghadapi paparan berulang atau ekstrim kejadian traumatis yang tidak diinginkan. Tidak termasuk paparan lewat media elektronik, televise, film atau gambar yang berhubungan dnegan pekerjaan.
2. Adanya satu atau lebih gejala intrusi yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Re-experiencing*), dimulai setelah kejadian traumatis terjadi:
 - a) Kejadian traumatis yang berulang, tidak disadari, dan menjadi ingatan yang terganggu.
 - b) Mimpi distress yang berulang berhubungan denan kejadian traumatis.

- c) Reaksi disosiatif dengan berperilaku atau berperasaan seolah kejadian traumatis terjadi kembali. (reaksi dapat terjadi berlanjut, dengan ekspresi paling ekstrim dari kehilangan total kesadaran akan kondisi disekelilingnya).
 - d) Distress psikologis yang terjadi secara intens atau berkepanjangan jika berhadapan dengan hal atau symbol yang berkaitan dengan aspek peristiwa traumatic baik sebagian atau seluruhnya secara internal atau eksternal.
 - e) Reaksi fisiologis yang berhadapan dengan hal atau symbol yang berkaitan dengan aspek peristiwa traumatic baik sebagian atau seluruhnya secara internal atau eksternal.
3. Perilaku penghindaran yang menetap terhadap stimulus yang berkaitan dengan peristiwa traumatic (*Avoidance*), yang dialami dan disertai dengan satu atau kedua gejala dibawah ini:
- a) Usaha menghindari ingatan, pikiran, atau perasaan yang berhubungan dengan kejadian traumatis.
 - b) Usaha untuk menghindari atau secara langsung menghindari pemicu eksternal (orang, tempat, pembicaraan, aktivitas, objek, situasi) yang menghidupkan ingatan, pikiran, atau perasaan yang berhubungan dengan kejadian traumatis.
4. Perubahan negatif pada kognitif dan *mood* yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Negative alterations in mood and*

cognition), diawali atau bertambah parah setelah kejadian traumatis terjadi, yang ditunjukkan dengan dua atau lebih gejala dibawah ini:

- a) Ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting kejadian traumatis (bisa berhubungan dengan amnesia disosiatif dan tidak dipengaruhi faktor lain seperti cedera kepala, alkohol, atau obat-obatan).
- b) Kepercayaan yang persisten atau berlebihan atau ekspektasi tentang seseorang, orang lain, atau dunia (contoh: “Saya buruk”, “Tidak ada orang mempercayai saya”, “Dunia sangat berbahaya”, “seluruh sistem sara saya tidak bekerja permanen”).
- c) Gangguan kesadaran menetap tentang penyebab atau hasil dari kejadian traumatis yang menyebabkan individu menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
- d) Emosi negatif yang menetap (contoh: ketakutan, horror, kemarahan, perasaan bersalah, rasa malu).
- e) Penurunan jelas akan ketertarikan atau partisipasi dalam aktivitas.
- f) Merasa asing atau terpisah dari sekitarnya.
- g) Ketidakmampuan untuk mengekspresikan emosi positif (contoh: tidak dapat merasakan kebahagiaan, kepuasan atau rasa sayang).

5. Perubahan yang jelas pada kewaspadaan dan reaksi yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Hyperarousal*), diawali atau bertambah parah setelah kejadian traumatis terjadi, yang ditandai dengan dua atau lebih gejala dibawah ini:

- a) Perilaku gelisah dan mudah mengalami ledakan kemarahan (dengan sedikit atau tanpa provokasi) yang ditandai dengan perkataan maupun perbuatan pada orang lain atau objek tertentu.
 - b) Perilaku sembrono atau merusak diri sendiri.
 - c) *Hypervigilance* (peningkatan kewaspadaan).
 - d) Respon terkejut yang berlebihan.
 - e) Kesulitan berkonsentrasi.
 - f) Gangguan tidur.
6. Durasi dari gangguan (kriteria 1, 2, 3, 4, dan 5) terjadi lebih dari satu bulan.
 7. Gangguan menyebabkan penderitaan atau kerusakan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.
 8. Gangguan tidak disebabkan efek fisiologis dari zat (obat-obatan, alkohol) atau kondisi medik umum lainnya.

Spesifikasi:

1. Dengan gejala disosiatif: gejala individu memenuhi kriteria PTSD dan sebagai respon terhadap stressor, individu juga mengalami gejala menetap atau berulang seperti dibawah ini:
 - a) Depersonalisasi: pengalaman menetap atau berulang yang bersifat subjektif bahwa dirinya terasa tidak nyata, asing, atau tidak familiar.
 - b) Derealisasi: pengalaman menetap atau berulang yang bersifat subjektif terhadap lingkungan yang tidak nyata.

g. Jenis-Jenis *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) terbagi atas tiga jenis, yaitu: (1) PTSD akut, yaitu dimana tanda dan gejalanya terjadi pada rentang waktu 1-3 bulan. Namun, biasanya berakhir dalam kurun waktu satu bulan. Jika dalam waktu lebih dari satu bulan, individu tersebut harus segera menghubungi pelayanan kesehatan terdekat; (2) PTSD kronik, yaitu dimana tanda dan gejalanya berlangsung lebih dari tiga bulan dan jika tidak ada treatment yang dilakukan maka dapat bertambah berat sehingga akan mengganggu kehidupan sehari-hari orang tersebut; (3) PTSD *with delayed onset*, walaupun sebenarnya tanda dan gejala PTSD muncul pada saat setelah trauma, ada kalanya tanda dan gejalanya baru muncul minimal enam bulan bahkan bertahun-tahun setelah peristiwa traumatic itu terjadi. Hal ini timbul pada saat memperingati hari kejadian traumatis tersebut atau bisa juga karena individu mengalami kejadian traumatis lain yang akan mengingatkan terhadap peristiwa traumatasi masa lalunya (Sadock & Sadock, 2007)

C. Kerangka Teori

Theory of Goal Attainment merupakan sebuah teori yang diperkenalkan oleh Imogene M. King pada tahun 1971. King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual (Conceptual Framework) sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka, dan teori ini sebagai suatu pencapaian tujuan. Kerangka kerja konseptual (Conceptual Framework) terdiri dari tiga sistem interaksi yang dikenal dengan Dynamic Interacting System, meliputi: Personal systems

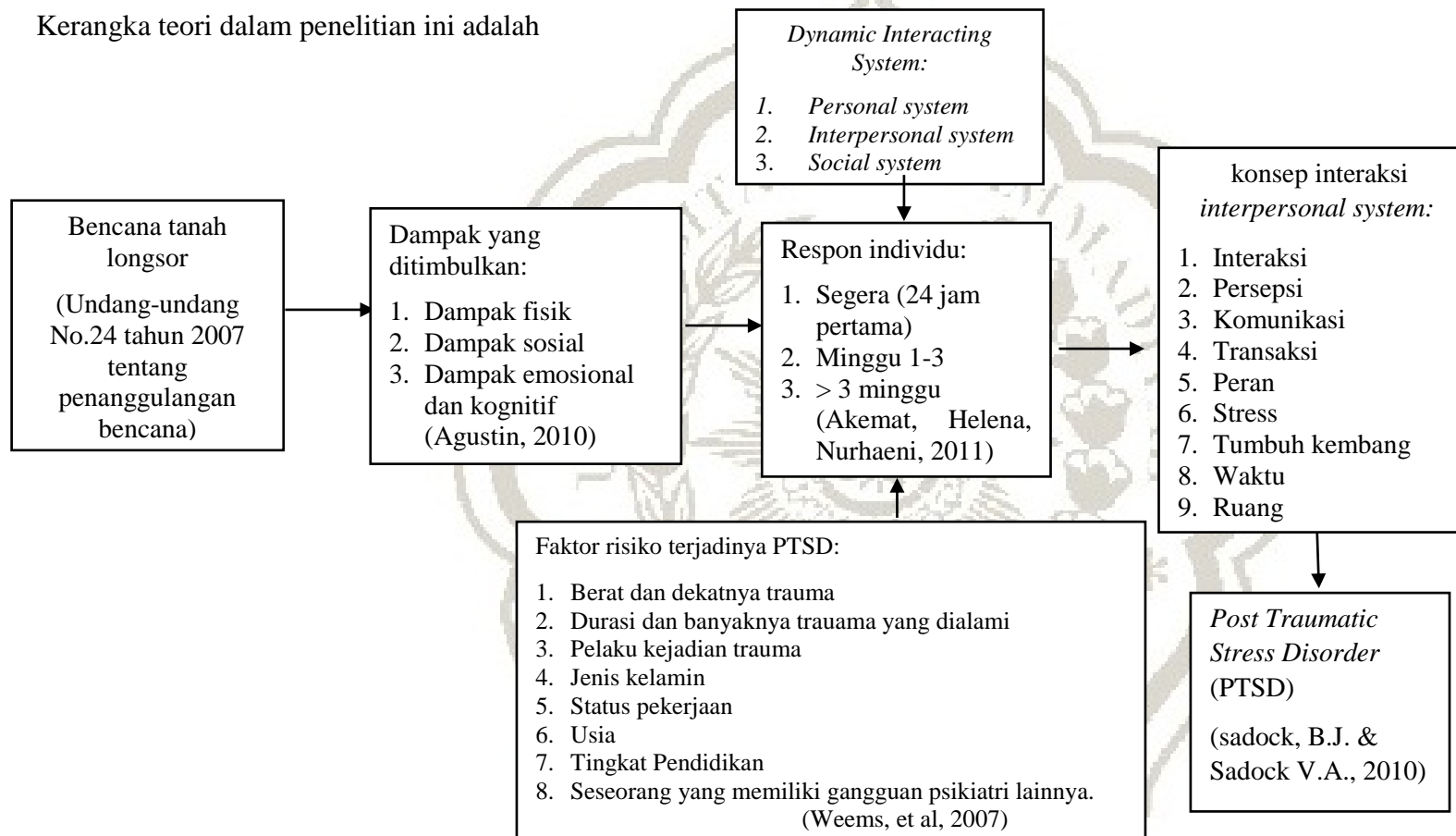
(individualis), interpersonal system (groups) dan social system (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial, sistem pelayanan kesehatan, dan sebagainya).

Asumsi dasar King tentang manusia seutuhnya (Human Being) meliputi sosial, perasaan, rasional, reaksi, kontrol, tujuan, orientasi kegiatan dan orientasi pada waktu. Dalam interaksi pada interpersonal system terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai Sembilan konsep utama, dimana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktik keperawatan, yang meliputi:

1. Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan nonverbal dalam mencapai tujuan.
2. Persepsi diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita, persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latarbelakang Pendidikan.
3. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.
4. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Yang termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.

5. Peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolok ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya.
6. Stress diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stress melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stressor.
7. Tumbuh kembang adalah perubahan yang *continue* dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
8. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian/ peristiwa kemasa yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman unik dari setiap manusia.
9. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada dimanapun sama

Kerangka teori dalam penelitian ini adalah

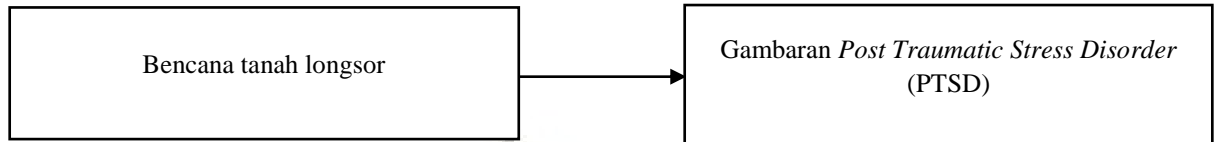


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi: Undang-undang No.24 tahun 2007 tentang penanggulangan bencana, Akemat, Helena, Nurhaeni (2011): Agustin, (2010), Saddock, B.J. & Saddock, V.A (2010), Weems, et al, (2007)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:



Keterangan:



: yang diteliti



: Arah penelitian

Gambar 2.2 Kerangka Konsep