

---

## DETEKSI DINI PTSD PADA KORBAN GUNUNG SEMERU DI LUMAJANG

Yuana Dwi Agustina, Damon Wicaksi, Susilowati, Rany Agustin Wulandari,<sup>1</sup>

<sup>1</sup> D III Keperawatan Universitas Bondowoso. Indonesia

E-mail: [yuanadwi1975@gmail.com](mailto:yuanadwi1975@gmail.com)

---

### Article History:

Received:

Revised:

Accepted:

### Keywords:

*Deteksi*

*dini, PTSD, Semeru*

**Abstract:** Dimasa tanggap darurat perpanjangan kedua erupsi gunung semeru tanggal 17 Desember Pusat Informasi dan Komunikasi Kebencanaan BNPB menginformasikan terdapat penambahan korban meninggal bertambah 1 orang sehingga total menjadi 51 jiwa. Sementara itu, jumlah warga mengungsi berjumlah 10.395 jiwa, yang tersebar di 410 titik pengungsian.

Program Studi D3 Keperawatan Universitas Bondowoso dalam kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat (PkM) memberangkatkan relawan sebanyak 5 orang yang terdiri dari 2 orang dosen pengampu matakuliah keperawatan jiwa dan 3 mahasiswa untuk bergabung bersama Tim IPKJI Jawa Timur dan Tim penanganan kesehatan jiwa Kementrian Kesehatan dalam memberikan dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) pada korban bencana gunung semeru di Lumajang selama 3 hari dari tanggal 17-19 Desember 2021.

Hasil kegiatan PkM dalam deteksi dini korban erupsi gunung semeru yang mengalami Post Trauma Syndrome Disorders (PTSD) sebanyak 86% dan yang mengalami gejala PTSD cukup berat sebanyak 23%. Gejala PTSD banyak dialami pada jenis kelamin perempuan 73% sedangkan umur terbanyak terjadi pada umur 25-34 yaitu 34% dan dialami dengan pendidikan terbanyak adalah SD 38%. Jumlah keluhan PTSD terbanyak adalah merasa sangat terganggu jika dalam situasi yang mengingatkan bencana (22%) dan jumlah keluhan terendah adalah menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan akan bencana tersebut (3%).

Perlu pengelolaan manajemen PTSD yang segera dilakukan secara bertahap dan berkesinambungan.

---

---

## **Pendahuluan**

Pada tanggal 4 Desember 2021 telah terjadi erupsi Gunung Semeru, yang sebelumnya pada Mei 2012 Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi (PVMBG) telah menyatakan gunung semeru waspada level II. Berdasarkan data BPBD Kabupaten Lumajang, sebaran awan panas guguran Gunung Semeru berdampak pada 8 kecamatan dan 2 kecamatan yang paling terdampak erupsi Gunung Semeru yakni Kecamatan Pronojiwo dan Candipuro. Sejumlah rumah Pusat warga tertutup material abu vulkanik sehingga ribuan warga harus mengungsi

Pada tanggal 17 Desember Pusat Informasi dan Komunikasi Kebencanaan BNPB menginformasikan terdapat penambahan korban meninggal bertambah 1 orang sehingga total menjadi 51 jiwa. Sementara itu, jumlah warga mengungsi berjumlah 10.395 jiwa, yang tersebar di 410 titik pengungsian. Pengungsian terkonsentrasi di 3 kecamatan, yaitu Pasirian 17 titik dengan 1.746 jiwa, Candipuro 21 titik 4.645 jiwa dan Pronojiwo 8 titik 1.077 jiwa.

Tenda Posko didirikan di Lapangan Pronojiwo dan Desa Penanggal di Lapangan Penanggal, sesuai Kecamatan yang paling terdampak erupsi Gunung Semeru. Untuk sementara saat ini, warga mengungsi di tempat yang tersedia dan seadanya. Di Kecamatan Candipuro mengungsi di Balai Desa Sumber Wuluh, Balai Desa Penanggal, Masjid Candipuro dan pengungsi lainnya ditempat keluarga.

Masyarakat Indonesia berusaha memberikan bantuan berupa materiil maupun moril. Bantuan tersebut berasal dari Pemerintah Pusat, Propinsi Jawa Timur, Lembaga/institusi swasta, beberapa universitas yang berada di Lumajang, daerah sekitar, dan warga masyarakat. Bantuan logistik bencana diserahkan langsung kepada korban pengungsi di barak pengungsian yang banyak tersebar di beberapa tempat. Penyerahan bantuan hanya berlangsung saat korban berada di barak pengungsian. Bantuan tersebut berupa logistik makanan, pakaian, obat-obatan, perlengkapan mandi, dll. Setelah beberapa minggu banyak para donatur memberikan bantuan, melalui lembaga/institusi yang mendirikan Hunian Sementara (Huntara) untuk para korban yang telah kehilangan rumah mereka. Para korban yang kehilangan rumah mereka oleh pemerintah diberikan tempat yang disebut Huntara.

Dimasa tanggap darurat perpanjangan kedua ini, salah satu prioritas posko yaitu penyiapan lahan relokasi. Pihak posko dan pemerintah daerah telah menyiapkan lahan untuk pembangunan hunian sementara atau huntara.

Pembangunan hunian sementara bagi korban erupsi Gunung Semeru, resmi dimulai, Jumat, 17 Desember 2021. Lokasi relokasi diputuskan di Desa Sumbermujur Candipuro seluas 79,6 hektar dan Desa Oro-oro Ombo Pronojiwo kurang lebih 8 hektar. Konsep pembangunan huntara di bangun di lokasi yang sama dengan hunian tetap (huntap), hanya saja peletakkannya di bagian belakang. Sehingga ketika hunian

tetap dibangun oleh pemerintah pusat, masyarakat tidak perlu pindah.

Setelah terjadinya suatu bencana tentunya sangat berat bagi korbannya yang mungkin saja termasuk didalamnya anak-anak, remaja, dan orang dewasa. Perasaan duka yang mendalam yang dialami oleh korban setelah mengalami bencana akan menimbulkan trauma yang mendalam, para korban mengalami suatu reaksi maladaptive yang terjadi sesudah mengalami pengalaman traumatik. Reaksi yang maladaptive ini kemungkinan dapat berlangsung berbulan-bulan, bertahun-tahun dan mungkin baru muncul setelah beberapa bulan atau beberapa tahun setelah adanya pemaparan terhadap peristiwa traumatis. Meskipun kebanyakan individu atau korban yang mempunyai pengalaman traumatis sampai mengalami distress psikologis, tidak semua korban trauma mengalami ciri-ciri Post Traumatic Syndromes Disorders (PTSD). Agar penanganan PTSD efektif diperlukan deteksi dini korban dengan gejala PTDS .

Informasi awal dari relawan psikososial Fakultas Psikologi UMP tanggal 10 - 12-2021 menyampaikan dari 44 KK pengungsi, di Desa Pasrut Jambe Kecamatan Pasrut Jambe Kabupaten Lumajang banyak korban yang mengalami trauma luar biasa sehingga butuh penanganan khusus dari sisi psikologis. Gubernur Jawa Timur menyampaikan mulai banyak keluhan psikososial korban erupsi gunung semeru dan telah menurunkan relawan Psikologi untuk mengatasi hal tersebut. Data Dinas Kesehatan Lumajang menunjukkan masih banyak titik- Program Studi D3 Keperawatan Universitas Bondowoso dalam kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat ( PkM ) memberangkatkan relawan sebanyak 5 orang yang terdiri dari 2 orang dosen pengampu matakuliah keperawatan jiwa dan 3 mahasiswa untuk bergabung bersama Tim IPKJI Jawa Timur dan Tim penanganan kesehatan jiwa Kementerian Kesehatan dalam memberikan dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) pada korban bencana gunung semeru di Lumajang selama 3 hari dari tanggal 17-19 Desember 2021 titik pengungsian yang belum tersentuh bantuan relawan dari sisi psikososial.

Kegiatan DKJPS pada korban bencana gunung semeru di Lumajang ini meliputi deteksi dini PTSD, kecemasan, berduka, gangguan jiwa dan penatalaksanaannya, pemberian bantuan obat-obatan serta pelatihan masalah psikososial keadaan bencana kepada tenaga kesehatan dan kader kesehatan..

## **Kajian Konsep**

### **Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)**

Menurut Kaplan & Sadock (2007), trauma peperangan, bencana alam, penyerangan, pemerkosaan, dan kecelakaan yang serius merupakan kejadian traumatik yang dapat memicu terjadinya Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

---

**Definisi**

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan sindrom kecemasan, labilitas otonomik, dan mengalami kilas balik dari pengalaman yang amat pedih setelah stres fisik maupun emosi yang melampaui batas ketahanan orang biasa. Selain itu, PTSD dapat pula didefinisikan 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 Disorders, (DSM-IVTR), 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, horor, rasa tidak berdaya (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2010).

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan reaksi dari individu terhadap kejadian yang luar biasa akibat dari pengalaman seseorang pada suatu peristiwa yang bersifat amat 9 hebat dan luar biasa, jauh dari pengalaman yang normal dialami oleh seseorang tersebut.

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa PTSD merupakan gangguan yang diakibatkan satu atau lebih kejadian traumatik yang dialami atau disaksikan oleh seseorang baik ancaman kematian, cedera fisik yang mengakibatkan ketakutan ekstrem, horor, rasa tidak berdaya hingga berdampak mengganggu kualitas hidup individu dan apabila tidak ditangani dengan benar dapat berlangsung kronis dan berkembang menjadi gangguan stres pascatrauma yang kompleks dan gangguan kepribadian.

**Etiologi**

Stresor atau kejadian trauma merupakan penyebab utama dalam perkembangan PTSD. Ketika kita dalam keadaan takut dan terancam, tubuh kita mengaktifkan respon fight or flight. Dalam reaksi ini tubuh mengeluarkan adrenalin yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, glikogenolisis. Setelah ancaman bahaya itu mulai hilang maka tubuh akan memulai proses inaktivasi respon stres dan proses ini menyebabkan pelepasan hormon kortisol. Jika tubuh tidak melepaskan kortisol yang cukup untuk menginaktivasi reaksi stres maka kemungkinan kita masih akan merasakan efek stres dari adrenalin. Pada korban trauma yang berkembang menjadi PTSD seringkali memiliki hormon stimulasi (katekolamin) 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 hormon stres 10 meningkat dan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya perubahan fisik (Paige, S.R., 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, badai. Kejadian trauma akibat ulah manusia antara lain: menjadi korban banjir, penculikan, perkosaan, kekerasan fisik, melihat pembunuhan, perang, dan kejahatan kriminal lainnya di mana ia tinggal. 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 traumatik, 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 stres 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, dopamin, opiate endogen, dan reseptor benzodiazepine dan sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal. Pada populasi klinis, data telah mendukung hipotesis bahwa sistem noradrenergic dan opiate endogen, 11 dan juga sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal, adalah hiperaktif pada beberapa pasien dengan gangguan stres pascatraumatik.

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 hiperarousal 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 refleks yang spesifik. Misalnya, pada anak yang mengalami kecelakaan mobil yang serius akan timbul respon berupa ketakutan, berkeringat, takikardi setiap kali dia melewati tempat kejadian tersebut. Operant conditioning terjadi sebagai hasil dari pengalaman kejadian trauma yang dialaminya sehingga didapatkan tingkah laku yang tidak disukai dan tidak akan diulangi. Misalnya, pada anak yang mengalami kecelakaan mobil maka ia akan berusaha untuk menghindari berada di dalam 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 anak.

c. Faktor sosial

Dukungan sosial yang tidak adekuat dari keluarga dan lingkungan meningkatkan risiko perkembangan PTSD setelah seseorang 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 traumatik:

- 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 massal 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, penyanderaan, penculikan, perampokan ataupun kecelakaan.
- 3) Mengalami tindak kekerasan dalam keluarga.
- 4) Mengalami secara aktual atau terancam mengalami perkosaan, pelecehan, seksual yang mengancam integritas fisik dan harga diri seseorang.
- 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

### **Faktor Risiko**

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

- a. Seberapa berat dan dekatnya trauma yang dialaminya. Semakin berat trauma yang dialami dan semakin posisi seseorang dengan suatu kejadian, maka semakin meningkatkan risiko seseorang tersebut mengalami PTSD.
- b. Durasi trauma dan banyaknya trauma yang dialaminya. Semakin lama/kronik seseorang mengalami kejadian trauma semakin berisiko berkembang menjadi PTSD. Trauma yang multipel lebih berisiko menjadi PTSD.
- c. 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 terjadinya PTSD.
- d. Jenis kelamin. Breslau, et al (1997) dalam penelitiannya menyatakan bahwa perempuan dua kali lipat lebih memungkinkan untuk mengalami PTSD. Hal ini disebabkan oleh rendahnya sintesa serotonin pada perempuan (Connor & Butterfield, 2003).
- e. Status pekerjaan. Status pekerjaan dapat mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut akan mencetuskan terjadinya perasaan tidak nyaman, sehingga lebih berisiko untuk menderita PTSD (Tarwoto & Wartonah, 2003).
- f. 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.
- g. Tingkat pendidikan. Minimnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingginya angka kejadian PTSD (Connor & Butterfield, 2003).
- h. Seseorang yang memiliki gangguan psikiatri lainnya seperti: depresi, fobia sosial, gangguan kecemasan. Seseorang yang hidup di tempat pengungsian (misalnya sedang berada di lokasi peperangan/konflik di daerahnya) dan kurangnya

dukungan sosial baik dari keluarga maupun lingkungan juga dapat mempengaruhi terjadinya PTSD.

### **Gambaran Klinis**

Gambaran klinis PTSD adalah mengalami kembali suatu peristiwa yang menyakitkan, suatu pola menghindari dan mematikan emosi, serta keadaan terus terjaga yang cukup konstan. Gangguan ini dapat tidak timbul sampai berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun setelah peristiwa tersebut. Pemeriksaan status mental sering mengungkapkan rasa bersalah, penolakan, dan cemoohan. Pasien juga menggambarkan disosiatif dan serangan panik, bahkan ilusi dan halusinasi juga dapat ditimbulkan sebagai akibat dari PTSD. Uji kognitif dapat menunjukkan bahwa pasien memiliki penurunan daya memori dan perhatian. Gejala terkait dapat mencakup agresi, kekerasan, kendali impuls yang buruk, depresi dan gangguan terkait zat (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2010).

Gejala utama PTSD yaitu mengalami kembali secara involunter peristiwa traumatik dalam bentuk mimpi atau bayangan yang intrusif, yang menerobos masuk ke dalam kesadaran secara tiba-tiba (kilas balik atau flashback). Hal ini sering dipicu oleh hal-hal yang mengingatkan penderita akan peristiwa traumatik yang pernah dialami. Kelompok gejala lainnya adalah tanda-tanda meningkatnya keterjagaan (arousal) berupa kecemasan yang hebat, iritabilitas, insomnia, dan konsentrasi yang buruk. Gangguan cemas akan bertambah parah pada saat terjadi kilas balik. Gejala-gejala disosiatif merupakan kelompok gejala lainnya yang terdiri dari kesulitan mengingat kembali bagian-bagian penting dari peristiwa itu (detachment), ketidakmampuan untuk merasakan perasaan (emotional numbness). Kadang-kadang terjadi depersonalisasi dan derealisasi. Perilaku menghindar juga merupakan bagian dari gejala PTSD. Pasien biasanya akan menghindari hal-hal yang dapat mengingatkan dia akan peristiwa traumatik tersebut. Gejala-gejala depresi kerap kali didapatkan dan penyintas (survivor) sering merasa bersalah. Perilaku maladaptif sering terjadi berupa rasa marah yang persisten, penggunaan alkohol atau obat-obatan berlebihan dan perbuatan mencederai diri yang sebagian berakhir dengan bunuh diri (Maramis, W.F., 2009).

### **Diagnosis**

Kriteria diagnosis DSM-IV-TR untuk PTSD merinci bahwa gejala mengalami, menghindari, dan terus terjaga lebih dari 1 bulan. Untuk pasien yang gejalanya ada, tetapi kurang dari 1 bulan, diagnosis yang sesuai adalah gangguan stres akut. Kriteria diagnosis DSM-IV-TR, PTSD memungkinkan klinisi untuk merinci apakah gangguan tersebut akut (jika gejala kurang dari 3 bulan) atau kronis (jika gejala telah ada selama 3 bulan atau lebih). DSM-IV-TR juga memungkinkan klinisi merinci bahwa gangguan tersebut adalah dengan awitan yang tertunda jika awitan gejala 6 bulan atau lebih setelah peristiwa yang memberikan stres (Sadock, B.J. &



Sadock, V.A., 2010). Menurut DSM-IV-TR, kriteria diagnosis bagi penderita gangguan stres pascatrauma:

a. Kejadian traumatik

- 1) Satu atau banyak peristiwa yang membuat seseorang mengalami, menyaksikan, atau dihadapkan dengan suatu kejadian yang berupa ancaman kematian, cedera yang serius sehingga mengancam integritas fisik dirinya sendiri atau orang lain.
- 2) Tanggapan individu terhadap pengalaman tersebut dengan ketakutan atau ketidakberdayaan yang sangat kuat

b. Mengalami kembali satu atau lebih gejala di bawah ini:

- 1) Teringat kembali akan kejadian trauma menyedihkan yang dialaminya dan bersifat mengganggu (bisa berupa gambaran, pikiran, persepsi).
- 2) Mimpi buruk yang berulang tentang peristiwa trauma yang dialaminya (yang mencemaskan).
- 3) Mengalami kilas balik trauma (merasa seakan kejadian trauma yang dialaminya terjadi kembali, hal ini bisa terjadi karena ilusi, halusinasinya).
- 4) Kecemasan psikologis dan fisik bersamaan dengan hal yang mengingatkan terhadap kejadian trauma (kenangan akan peristiwa trauma).

c. Menghindari secara persisten stimulus yang berkaitan dengan trauma dan mematikan perasaan/tidak berespon terhadap suatu hal sehingga akan berdampak pada perubahan rutinitas pribadi (Bison, J., 2009). Gejala ini meliputi tiga atau lebih hal di bawah ini:

- 1) Kemampuan untuk menghindari pikiran, perasaan, percakapan yang berhubungan dengan kejadian trauma.
- 2) Kemampuan menghindari aktivitas, tempat, orang yang dapat membangkitkan kembali kenangan akan trauma yang dialaminya.
- 3) Ketidakmampuan mengingat aspek penting dari peristiwa trauma.
- 4) Kurangnya ketertarikan dalam berpartisipasi terhadap peristiwa penting.
- 5) Merasa terasing dari orang di sekitarnya.
- 6) Terbatasnya rentang emosi (tidak dapat merasakan cinta dan dicintai).
- 7) Perasaan bahwa masa depannya suram.

d. Gejala hiperarousal yang persisten meliputi dua atau lebih gejala di bawah ini:

- 1) Sulit untuk memulai tidur/sulit mempertahankannya.
- 2) Sulit berkonsentrasi.
- 3) Mudah kesal dan meledak-ledak emosinya.

- 4) Hypervigilance (kewaspadaan yang berlebihan).
- 5) Reaksi kaget yang berlebihan.
- e. Durasi dari gangguan (gejala di kriteria B, C, D) lebih dari sebulan.
- f. Gangguan/gejala di atas ini menyebabkan kecemasan dan gangguan fungsional dalam berhubungan sosial, pekerjaan, dan fungsi penting lainnya.

Sedangkan pedoman diagnostik PTSD menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III dalam F 43.1 yaitu:

- a. Diagnosis baru ditegakkan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu enam bulan setelah kejadian traumatik berat (masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui enam bulan). Kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu enam bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya.
- b. Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didapatkan bayang-bayang atau mimpi-mimpi dari kejadian traumatik tersebut secara berulang-ulang kembali (flashback).
- c. Gangguan otonomik, gangguan afek, dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis tetapi tidak khas.
- d. Suatu "sequelae" menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa, misalnya saja beberapa puluh tahun setelah trauma, diklasifikasi dalam kategori F 62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katastrofia).

Kriteria diagnosis PTSD dibuat untuk orang dewasa dan tidak sepenuhnya semua kriteria di atas dapat dipergunakan bagi anak-anak. Anak-anak memiliki keterbatasan dalam kemampuan verbalnya dan memiliki cara yang berbeda dalam bereaksi terhadap stres. Hal ini menunjukkan bahwa anak-anak mungkin tidak memenuhi kriteria DSM-IV-TR secara penuh meskipun secara jelas anak tersebut memiliki gangguan psikiatri yang analog dengan PTSD pada dewasa. Biasanya anak seringkali tidak memiliki tiga tanda dari numbing (mematikan perasaannya) dan withdrawl (menarik diri) seperti pada orang dewasa karena kemampuan verbal untuk mengekspresikan perasaannya masih kurang. Anak-anak mungkin mengalami perubahan antara hiperarousal dan numbing/withdrawl.

### **Perjalanan Penyakit**

Gejala PTSD biasanya timbul beberapa waktu setelah trauma. Penundaan dapat selama 1 minggu atau hingga 30 tahun. Gejala dapat fluktuasi dari waktu ke

waktu dan menjadi paling intens selama periode stres. Jika tidak diobati, sekitar 30% pasien akan pulih sempurna. Empat puluh persen akan terus mengalami gejala ringan, sekitar 10% tetap tidak berubah atau bertambah buruk. Setelah satu tahun, sekitar 50% pasien akan pulih (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2010)

### **Penatalaksanaan**

Sebelum menjalani terapi atau program-program apapun, ada baiknya dilakukan evaluasi psikologis pada terlebih dahulu. Tindakan ini untuk memahami kepribadian, trauma yang dialami, dan dampak dari trauma tersebut pada dirinya. Evaluasi juga dapat membantu terapis untuk memahami berbagai risiko tambahan dan menemukan kekuatan dari klien. Hal ini harus sangat diperhatikan karena proses evaluasi dapat dialami sebagai proses yang sangat berat dan dapat menimbulkan trauma sekunder. Setelah dilakukan evaluasi ada dua macam terapi pengobatan yang dapat dilakukan pada penderita PTSD yaitu, dengan menggunakan psikoterapi dan farmakoterapi. Hasil pengobatan akan lebih efektif jika kedua terapi ini dikombinasikan sehingga tercapai penanganan yang holistik dan komprehensif (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2007).

#### **a) Psikoterapi**

Psikoterapi adalah suatu bentuk dari perawatan (treatment) terhadap masalah-masalah yang dasarnya emosi, dimana seseorang yang terlatih dengan seksama membentuk hubungan profesional dengan pasien dengan tujuan memindahkan, mengubah, atau mencegah munculnya gejala dan menjadi perantara untuk menghilangkan pola-pola perilaku yang terhambat (Wolberg, 1954). Dengan demikian, perawatan menggunakan teknik psikoterapi ini merupakan perawatan yang secara umum menggunakan intervensi psikis dengan pendekatan psikologis terhadap pasien yang mengalami gangguan psikis atau hambatan kepribadian. Adapun macam-macam psikoterapi diantaranya adalah:

##### **1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)**

Menurut penelitian Cognitive Behavioral Therapy (CBT) merupakan pendekatan yang paling efektif dalam mengobati PTSD. Dalam CBT, terapis membantu untuk mengubah kepercayaan yang tidak rasional yang mengganggu emosi dan mengganggu kegiatan-kegiatan penderita PTSD misalnya, pada seorang anak korban kejahatan mungkin akan menyalahkan diri sendiri karena ketidakhati-hatiannya. Prinsip-prinsip CBT digunakan untuk modifikasi perilaku dan proses re-learning. Tujuan terapi ini 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.

Psikoterapi psikodinamik dapat berguna dalam terapi pada banyak kasus PTSD. Di sejumlah kasus, rekonstruksi peristiwa traumatik dengan abreaksi dan katarsis terkait dapat bersifat terapeutik, tetapi psikoterapi harus diindividualisasi karena mengalami kembali trauma dapat terlalu berat untuk sejumlah pasien. Intervensi psikoterapeutik PTSD mencakup terapi perilaku, terapi kognitif, dan hipnosis. Di samping teknik terapi individual terapi kelompok dan terapi keluarga sering dilaporkan efektif pada kasus PTSD. Keuntungan terapi kelompok mencakup saling berbagi pengalaman traumatik dan dukungan antar anggota. Untuk lebih lengkapnya CBT ini akan dibahas pada sub bab berikutnya.

## 2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR adalah sebuah pendekatan psikoterapi yang bertumpu pada model pemrosesan informasi di dalam otak. Jaringan memori dilihat sebagai landasan yang mendasari patologi sekaligus kesehatan mental, karena jaringan-jaringan memori adalah dasar dari persepsi, sikap dan perilaku kita. Untuk memproses kembali informasi di dalam otak/jaringan memori yang telah ada, EMDR dijalankan dengan melakukan kegiatan fisik yang merangsang aktivasi pemrosesan informasi di dalam otak (dalam konteks 22 EMDR disebut sebagai stimulasi bilateral) melalui indra pengelihatan/pendengaran/perabaan.

## 3. Playtherapy

Playtherapy merupakan cara yang dapat digunakan untuk mengobati PTSD pada anak periode awal/young children. Pada terapi ini bertujuan untuk memahami trauma anak dan memberikan kebebasan untuk berekspresi dalam mengurangi tekanan emosional yang dialami. Bermain peran, menggambar, bermain dengan boneka atau benda-benda figural dapat dijadikan cara untuk menyesuaikan diri dan memberi kesempatan pada terapis untuk melakukan reexposure yaitu, membahas peristiwa traumatiknya dalam situasi yang mendukung.

### b) Farmakoterapi

Farmakoterapi merupakan terapi dengan menggunakan obat-obatan. Terapi ini diperlukan untuk menstabilkan zat-zat di otak yang menyebabkan kecemasan, kekhawatiran, dan depresi atau dengan kata lain merupakan terapi simptomatik pada PTSD. Terapi obat ini bukanlah lini pertama dalam penanganan PTSD tetapi dapat dijadikan sebagai terapi pendukung (adjuvan) psikoterapi agar tercapai hasil yang optimal dalam menangani kasus PTSD. Adapun beberapa contoh farmakoterapi yang sering digunakan dalam kasus PTSD, antara lain:

- 1) Golongan benzodiazepine : Chlordiazepoxide, Diazepam, Lorazepam.
- 2) Golongan non-benzodiazepin: Buspirone, Sulpiride, Hydroxyzine.
- 3) Golongan antidepresan: Trisiklik, Amitriptyline, Imipramine.
- 4) Golongan Monoamin Oksidase Inhibitor (MAOI): Moclobemide
- 5) Golongan Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI): Sertraline, Paroxetine, Fluvoxamine, Fluoxetine

### **Prognosis**

Prognosis pada kasus PTSD sulit untuk ditentukan, karena itu bervariasi secara signifikan dari pasien ke pasien. Beberapa individu yang tidak menerima perawatan secara bertahap pulih dalam periode tahun. Prognosis yang baik diramalkan oleh onset gejala yang cepat, durasi gejala yang singkat (kurang dari enam bulan), fungsi pramorbid yang baik, dukungan sosial yang kuat, dan tidak adanya gangguan psikiatrik, medis, atau berhubungan zat lainnya. Pada umumnya, orang yang sangat muda atau sangat tua memiliki kesulitan lebih banyak terhadap peristiwa traumatik dibandingkan mereka yang dalam usia pertengahan (Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2007).

### **Metode**

#### **1. Waktu dan tempat :**

- 1) Hari 1 tanggal 17 Desember kegiatan di wilayah Desa Sumber Mujur Kecamatan Candipuro
- 2) Hari 2 tanggal 18 Desember kegiatan di wilayah Desa Padang Kecamatan Padang, Desa Selok Besuki Kecamatan Sukodono ,Dawuhan Lor Kecamatan Candipuro
- 3) Hari 3 tanggal 19 Desember di wilayah Desa Penanggal Kecamatan Candipuro

#### **2. Pengorganisasian**

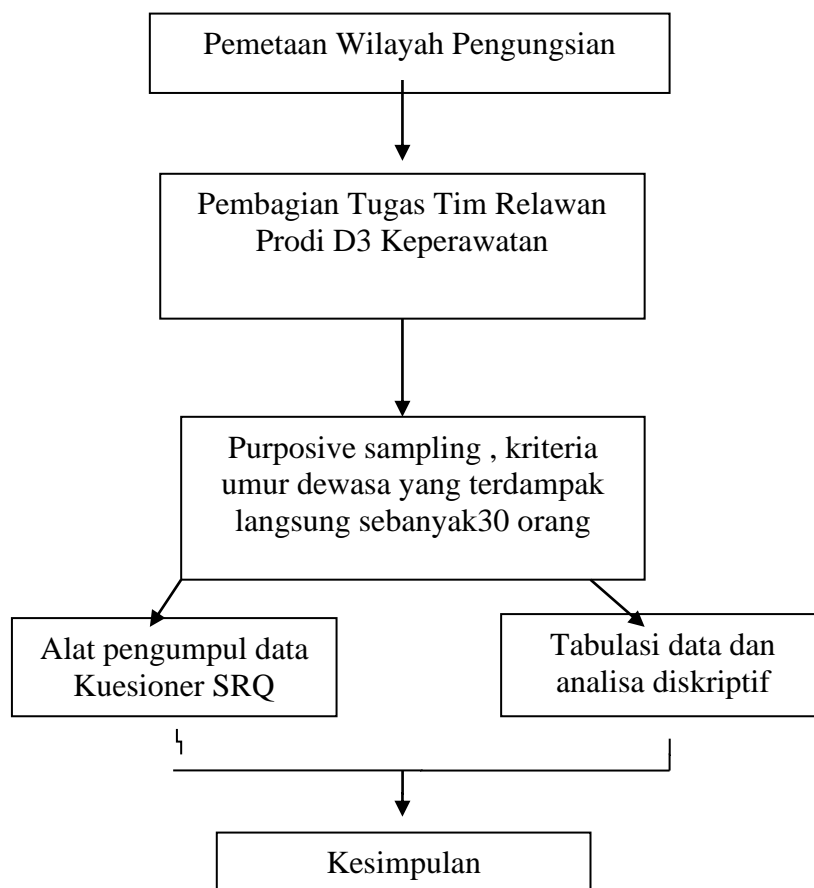
- 1) Penanggung jawab : Ketua Program Studi D3 Keperawatan
- 2) Ketua Pelaksana merangkap anggota : Rany Agustin Wulandari, S.kep, Ns.M.Kep
- 3) Sekretaris merangkap anggota : Susilowati M.Kep
- 4) Dokumentasi merangkap anggota : Damon wicaksi dan Mahasiswa D3 Keperawatan UNIBO



### 3. Langkah-langkah kegiatan

- 1) Rapat koordinasi antara Tim IPKJI ,Prodi D3 Keperawatan , Dinas Kesehatan Lumajang dan Kementrian Kesehatan tentang pemetaan wilayah yang akan dikunjungi dan pembagian tugas \
- 2) Kunjungan ke wilayah paling terdampak adalah desa Sumber Wuluh Kecamatan Candipuro dan pengungsiannya banyak terdapat di wilayah Desa Dawuhan LorKecamatan Candipuro, Desa Selok Besuki Kecamatan Sukodono dan Desa Penanggal Kecamatan Candipuro
- 3) Penyisiran korban juga dilakukan langsung di pengungsian wilayah Desa Sumber wuluh dan Suber Mujur Kecamatan Candipuro
- 4) Di Pengungsian Desa Besuki Kecamatan Sukodono selain melakukan deteksi dini PTSD juga melakukan sosialisasi kepada tenaga kesehatan dan kader kesehatan tentang masalah psikososial pada bencana dan tindakannya
- 5) Evaluasi hasil kegiatan dan dokumentasi dilakukan setiap selesai kunjungan
- 6) Evaluasi dan rencana tindak lanjut juga dilakukan setiap sebelum kunjungan

### 4. Metoda



## Hasil

Tabel 1. Karakteristik identitas korban bencana

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	11	36%
	Perempuan	19	63%
2.	Umur		
	25-34 tahun	10	33%
	35-44 tahun	4	13%
	45-54 tahun	6	2%
	55-65 tahun	7	23%
	66-74 tahun	3	1%
3.	Pendidikan		
	Tidak sekolah	6	2%
	SD	10	33%
	SMP	8	26%
	SMA	6	2%

Tabel 1 menunjukkan Jenis kelamin terbanyak adalah perempuan 63%, Umur terbanyak 25-34 tahun, dan pendidikan terbanyak adalah SD

Tabel 2. Data jumlah korban bencana yang mengalami DTPS

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1.	Jumlah klien PTSD	26	86%
2.	Mengalami satu gejala PTSD	11	42%
3.	Mengalami lebih dua gejala PTSD	6	23%
4.	Jenis kelamin terbanyak		
	Perempuan	19	73%
5.	Umur terbanyak		
	25-34 tahun	9	34%

Tabel 2 menunjukkan korban bencana yang mengalami PTSD 86% , banyak

dialami perempuan 73% dan banyak pada umur 25-34 yaitu 34% dan korban bencana yang mengalami PTSD dengan gejala cukup berat sebanyak 23 %

Tabel 3. Jenis gejala PTSD yang dialami korban bencana

No	Uraian	Jumlah	Persentase
1.	Mengalami mimpi bencana kembali	10	38%
2.	Menghindari kegiatan, tempat mengingatkan bencana	3	11%
3.	Penurunan minat terhadap kegiatan	14	53%
4.	Terganggu dalam situasi yang mengingatkan bencana	22	84%
5.	Kesulitan mengekspresikan perasaan	8	30%

Tabel 3 menunjukkan gejala PTSD terbanyak adalah korban merasa terganggu dalam situasi yang mengingatkan bencana yaitu 84% dan gejala terendah adalah menghindari kegiatan atau tempat yang mengingatkan bencana yaitu 3 %

## Pembahasan dan Diskusi

Tabel 1 tentang Identitas korban bencana erupsi semeru di lumajang menunjukkan korban bencana dialami semua umur, namun karena kegiatan pengambilan data menggunakan purposive sampling dengan kriteria korban yang usia dewasa maka korban terbanyak adalah umur 24-35 tahun dan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sedangkan pendidikan terbanyak adalah pendidikan SD. Hal ini sesuai dengan penelitian (Breslau, et al 1997 dalam Connor & Butterfield, 2003) menyatakan bahwa perempuan dua kali lipat lebih memungkinkan untuk mengalami PTSD. Hal ini disebabkan oleh rendahnya sintesa serotonin pada perempuan, faktor lain berupa kurangnya pengalaman hidup dalam memecahkan berbagai persoalan dan minimnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingginya angka kejadian PTSD.

Dengan karakteristik korban bencana dengan tingkat pemahaman dan

pemecahan masalah yang kurang terhadap bencana maka penatalaksanaan PTSD perlu dilakukan secara bertahap, berkesinambungan.

Tabel 2 menunjukkan korban bencana yang mengalami PTSD mencapai 86 % dan 23% diantaranya mengalami PTSD cukup berat .

Stresor berasal dari bencana alam dan stresor atau kejadian trauma merupakan penyebab utama dalam perkembangan PTSD. Ketika kita dalam keadaan takut dan terancam, tubuh kita mengaktifkan respon fight or flight. Dalam reaksi ini tubuh mengeluarkan adrenalin yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, glikogenolisis. Setelah ancaman bahaya itu mulai hilang maka tubuh akan memulai proses inaktivasi respon stres dan proses ini menyebabkan pelepasan hormon kortisol. Jika tubuh tidak melepaskan kortisol yang cukup untuk menginaktivasi reaksi stres maka kemungkinan kita masih akan merasakan efek stres dari adrenalin. Pada korban trauma yang berkembang menjadi PTSD seringkali memiliki hormon stimulasi (katekolamin) 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 hormon stres meningkat dan pada akhirnya akan menyebabkan terjadinya perubahan fisik (Paige, S.R., 2005).

Korban erupsi gunung semeru mengalami peningkatan hormone stress dan berespon seakan bahaya bencana itu masih ada atau disebut PTSD. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya PTSD dengan gejala pada korban adalah:

- 1) Faktor biologis berupa peningkatan hormone stress akibat stressor yang berat dari bencana erupsi gunung semeru
- 2) Faktor psikologis karena pengalaman trauma yang dialami terutama trauma karena keluarga yang meninggal akibat bencana erupsi gunung semeru dan
- 3) Faktor sosial dimana korban melihat dan mengalami sendiri bencana awan panas dan berlari untuk menyelamatkan diri serta karena rumah, harta, benda, pekerjaan korban yang hilang akibat bencana tersebut.

Penanganan pertama korban erupsi gunung semeru diperlukan tindakan psikososial manajemen stress, pemenuhan kebutuhan sehari-hari korban dan dilanjutkan pemulihan kembali hunian, aktivitas ataupun pekerjaan dari korban .

Tabel 3 Menunjukkan jumlah keluhan PTSD terbanyak adalah merasa sangat terganggu jika dalam situasi yang mengingatkan bencana ( 84% ) dan jumlah keluhan terendah adalah menghindari kegiatan, tempat, orang atau pikiran yang mengingatkan akan bencana tersebut (11%). Hal ini menunjukkan adanya kemampuan beradaptasi korban terhadap bencana sehingga perasaan stress akibat trauma tidak sampai korban menghindari dari kegiatan, tempat dan

pikiran yang mengingatkan bencana. Adaptasi korban bencana tidak lepas dari dukungan bantuan masyarakat, pemerintah dan aktivis masyarakat yang cukup baik sehingga kebutuhan sehari-hari korban terpenuhi, pengungsian sementara di posko pengungsian atau di rumah keluarga cukup aman.

Demikian pula korban yang mengalami gejala PTSD yang cukup berat (23%) dengan keluhan lebih dari 2 keluhan, tambahan keluhan berupa mimpi mengalami bencana kembali, mengalami penurunan minat terhadap kegiatan dan kesulitan mengekspresikan perasaan. Keluhan-keluhan tersebut terutama dialami korban yang kehilangan keluarganya (keluarga meninggal akibat awan panas). Korban seperti ini perlu penanganan psikososial intensif dan berkelanjutan dari tenaga kesehatan. Tim penanganan psikososial ini (Tim Kementerian Kesehatan, Tim IPKJI Jawa Timur dan Tim Dinkes Lumajang) akan melanjutkan kegiatannya dengan pelatihan terhadap tenaga kesehatan dan kader kesehatan tentang masalah psikososial pada bencana.

## **Kesimpulan**

Pihak posko dan pemerintah daerah telah menyiapkan lahan untuk pembangunan hunian sementara atau hunian. Setelah terjadinya suatu bencana tentunya sangat berat bagi korbannya yang mungkin saja termasuk didalamnya anak-anak, remaja, dan orang dewasa. Perasaan duka yang mendalam yang dialami oleh korban setelah mengalami bencana akan menimbulkan trauma yang mendalam, para korban mengalami suatu reaksi maladaptive yang terjadi sesudah mengalami pengalaman traumatik.

## **Pengakuan/Acknowledgements**

Penulisan PkM ini tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung. Pada kesempatan ini ucapan terimakasih yang sedalam-dalamnya kami sampaikan kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang beserta staf
2. Tim IPK2 KJI Jawa Timur
3. Samsul Arifin, S.Pd.I, M.HI., selaku Rektor Universitas Bondowoso.
4. Yuana Dwi Agustin, SKM, M.Kes, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Universitas Bondowoso yang telah memberikan ijin kegiatan PkM
5. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu hingga terselesainya PkM ini.



---

## Daftar Referensi

Febri Tri Andini.2020.*Edukasi kejahatan jiwa yang di butuhkan anak korban kekerasan dengan post traumatis stress disorders*.Fakultas Keperawatan Universitas Andalas

Maramis, w.f.2009.*Catatan ilmu kedokteran jiwa*.Surabaya:Airlangga University Press

Sadock, B.J., Sadock, V. A.2007.*Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*.Ed. 10. Lippincott Williams &Wilkins.

Soemarso, S.R. (2008).*Pengantar Akuntansi, Edisi keempat*.Jakarta:Rineka Cipta.