

**PERBEDAAN TINGKAT *POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER*
DITINJAU DARI BENTUK DUKUNGAN EMOSI PADA PENYINTAS
ERUPSI MERAPI USIA REMAJA DAN DEWASA
DI SLEMAN, YOGYAKARTA**

Citra Ayu Pratiwi, Suci Murti Karini, Rin Widya Agustin

**Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret Surakarta**

ABSTRAK

Terjadinya bencana alam seperti erupsi Merapi pada tahun 2010 lalu menyisakan berbagai kondisi yang sulit bagi para penyintasnya, salah satunya adalah trauma yang kemudian berkembang menjadi *post-traumatic stress disorder* (PTSD). PTSD tersebut dapat dialami oleh remaja maupun dewasa. Dukungan emosi dapat sangat membantu penyintas dalam meminimalkan tingkat PTSD yang dialami. Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui perbedaan tingkat PTSD ditinjau dari bentuk dukungan emosi, perbedaan tingkat PTSD ditinjau dari usia, serta interaksi antara bentuk dukungan emosi dan usia dengan tingkat PTSD. Bentuk dukungan emosi dan karakteristik perkembangan yang berbeda pada penyintas akan mengarahkan pada tingkat PTSD yang berbeda pula.

Populasi penelitian ini ialah penyintas erupsi Merapi usia remaja dan dewasa yang bertempat tinggal di Dusun Pelemsari dan Pangukrejo Desa Umbulharjo, Sleman, Yogyakarta sebanyak 45 orang. Sampel diambil dengan kriteria penyintas erupsi Merapi, rentang usia 12-55 tahun, laki-laki dan perempuan, memiliki kemampuan baca dan tulis, dan pendidikan minimal lulus SD. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive quota sampling*. Seluruh populasi masuk ke dalam kriteria yang dibutuhkan oleh peneliti. Pengumpulan data menggunakan skala *post-traumatic stress disorder* dan skala dukungan emosi. Teknik analisis data yang digunakan ialah analisis varians klasifikasi dua arah (*Two Way Anova*).

Hasil analisis dengan menggunakan teknik *Two Way Anava* diperoleh F hitung (3,313) > F tabel (2,64) serta taraf signifikansi $0,021 < 0,05$. Dari hasil analisis tersebut, maka dapat dikemukakan ada perbedaan yang signifikan pada tingkat PTSD ditinjau dari bentuk dukungan emosi pada penyintas erupsi Merapi usia remaja dan dewasa. Selain itu, hasil analisis deskriptif menunjukkan rata-rata tingkat PTSD pada remaja lebih tinggi dari dewasa. Bentuk dukungan empati adalah yang paling efektif bagi remaja. Sedangkan pada dewasa bentuk dukungan yang paling efektif adalah dukungan kasih sayang.

Kata kunci: *post-traumatic disorder*, dukungan emosi, usia remaja dan dewasa

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada satu dekade terakhir ini banyak sekali bencana alam yang terjadi di Indonesia. Bencana tersebut merupakan suatu keadaan yang sangat sulit yang tidak dapat ditolak ataupun dihindari oleh manusia. Bencana alam banyak macamnya, mulai dari banjir, gempa bumi, tsunami, tanah longsor, sampai dengan yang baru saja terjadi adalah erupsi Gunung Merapi. Seiring dengan terjadinya bencana tersebut banyak masyarakat yang menjadi korbannya. Para korban ini menderita kerugian mulai dari materi, kesehatan, serta kerugian emosional.

Salah Satu Kabupaten yang terkena akibat dari letusan Gunung Merapi adalah Kabupaten Sleman yang terletak di Propinsi DIY. Salah satu desa di Kecamatan Cangkringan adalah Desa Umbulharjo yang dua dari sembilan dusunnya mengalami kerusakan parah. Dua dusun tersebut adalah Dusun Pelemsari dan Dusun Pangukrejo yang letaknya 5-10 km dari puncak Merapi dan termasuk pada Kawasan Rawan Bencana (KRB) II atau *hazard zone* II yang memiliki tingkat bahaya cukup tinggi.

Korban selamat dari bencana disebut dengan penyintas. Penyintas adalah mereka yang mengalami secara langsung peristiwa traumatik/bencana alam dan berhasil selamat dari bencana tersebut. Adanya trauma pada penyintas erupsi Merapi yang tidak segera diatasi tersebut, dapat menimbulkan gangguan yang disebut dengan *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Nevid (2005) memberikan definisi PTSD sebagai reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu peristiwa traumatis. PTSD kemungkinan berlangsung selama berbulan-bulan, bertahun-tahun, atau sampai beberapa dekade dan mungkin baru muncul setelah beberapa bulan atau tahun setelah adanya pemaparan terhadap peristiwa traumatis (Zlotnick, dkk dalam Nevid; 2005).

Dukungan emosi menjadi salah satu faktor penting yang turut menentukan trauma yang dialami oleh para penyintas akan berkembang menjadi PTSD atau tidak. Pada umumnya dukungan emosi menjadi faktor yang lebih kuat terkait dengan pengurangan tekanan psikologis daripada bentuk-bentuk dukungan sosial yang lainnya (Cohen, McKay, 1983; Heller, 1979; House, 1981; Thoits, 1985; Turner, 1981 dalam Emmons & Colby, 2007). House (dalam Cohen, 1985) menyatakan bahwa dukungan emosi memiliki lima bentuk, yakni ungkapan rasa empati, pemberian perhatian, kasih sayang, penghargaan, dan kebersamaan. Dengan kata lain, bentuk-bentuk dari dukungan emosi tersebut memiliki wujud dan cara yang berbeda antara satu dengan yang lain dalam pelaksanaannya.

Adanya perbedaan karakteristik pada remaja dan dewasa, akan membedakan pula kebutuhan-kebutuhan individu di setiap tahap perkembangannya. Hal ini diperkuat oleh pernyataan *The National Child Traumatic Stress* (2004) yang

berpendapat bahwa terdapat perbedaan bentuk trauma dan cara pengungkapannya pada remaja dan dewasa. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dalam tingkat rata-rata simptom PTSD dengan kategori usia termuda menunjukkan simptom yang lebih rendah dalam musibah teluk Buffalo (Green, dkk dalam Roussos, Goenjian, Steinberg; 2005).

Berbagai uraian di atas menjelaskan bahwa tahapan perkembangan, khususnya remaja dan dewasa, dan dukungan emosi memiliki peranan dalam berkembangnya kondisi PTSD yang dialami oleh individu. Perbedaan karakteristik pada remaja dan dewasa akan membedakan pula kebutuhan-kebutuhan individu. Hal ini dimungkinkan mengarahkan pada kebutuhan yang berbeda pula akan bentuk dukungan emosi yang dibutuhkan pada masing-masing tahapan perkembangan. Dengan demikian, maka dimungkinkan terdapat keterkaitan atau interaksi antara tahapan perkembangan (khususnya usia remaja dan dewasa) dan bentuk dukungan emosi dengan berkembangnya kondisi PTSD pada individu.

Berdasarkan latar belakang permasalahan dan penelitian yang sebelumnya telah dilakukan, maka penulis mengadakan penelitian dengan judul “Perbedaan Tingkat *Post-Traumatic Stress Disorder* Ditinjau Dari Bentuk Dukungan Emosi Pada Penyintas Erupsi Gunung Merapi Usia Remaja Dan Dewasa Di Sleman Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan dan penelitian yang sebelumnya telah dilakukan, maka penulis mengadakan penelitian untuk mengetahui “Adakah perbedaan tingkat *post-traumatic stress disorder* ditinjau dari bentuk dukungan emosi pada penyintas erupsi Gunung Merapi usia remaja dan dewasa di Sleman Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan pendahuluan, perumusan masalah, dan tinjauan pustaka, maka tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Perbedaan tingkat *post-traumatic stress disorder* ditinjau dari bentuk dukungan emosi pada penyintas erupsi Gunung Merapi di Sleman Yogyakarta.
2. Perbedaan tingkat *post-traumatic stress disorder* ditinjau dari kelompok usia remaja dan dewasa pada penyintas bencana erupsi Merapi di Sleman Yogyakarta.
3. Ada interaksi antara bentuk dukungan emosi dan kelompok usia remaja-dewasa dengan tingkat *post-traumatic stress disorder* pada penyintas erupsi Gunung Merapi di Sleman Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah khasanah pengetahuan bagi ilmuwan di bidang psikologi khususnya psikologi sosial dan perkembangan.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat:

- a. Bagi penyintas, penelitian ini dapat berguna sebagai bahan pertimbangan untuk berupaya mendapatkan dukungan emosi yang diterima sesuai tahapan perkembangan dalam rangka mengurangi tingkat PTSD.
- b. Bagi masyarakat dan pihak terkait yang bertanggungjawab dan peduli untuk memberikan bantuan kepada penyintas bencana misalnya pemerintah, pekerja sosial, dan masyarakat umum dapat digunakan sebagai masukan untuk memperhatikan dan mempertimbangkan dukungan emosi yang akan diberikan sesuai dengan tahapan perkembangan sehingga mampu mengurangi tingkat PTSD pada penyintas.
- c. Bagi dunia penelitian, diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan dan referensi untuk penelitian selanjutnya.

KAJIAN TEORI

A. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*

1. Pengertian *Post-Traumatic Stress Disorder*

PTSD diklasifikasikan ke dalam gangguan kecemasan (*anxiety disorder*) yang merupakan kelanjutan dari *Acute Stress Disorder* (ASD). Menurut DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-Text Revised*), PTSD melibatkan sekelompok gejala kecemasan yang terjadi setelah seseorang telah terkena peristiwa traumatis yang mengakibatkan perasaan ngeri, tidak berdaya atau takut. PTSD didefinisikan sebagai reaksi maladaptif yang berkelanjutan terhadap suatu peristiwa traumatis yang melibatkan kematian atau ancaman kematian atau cedera fisik serius atau ancaman terhadap keselamatan diri sendiri atau orang lain (Nevid, 2005).

Dalley (2001) memberikan definisi dari PTSD sebagai gejala depresi, gelisah, dan gejala fisik yang berkembang setelah pengalaman yang sangat mengganggu yang berhubungan dengan peristiwa traumatik bagi mereka yang terlibat secara langsung, menyaksikan, atau memiliki hubungan dengan para korban. Definisi lain juga dikemukakan oleh Davison dan Neale (2001) yang menyatakan bahwa PTSD didiagnosa pada beberapa orang yang mengalami peristiwa traumatis yang akan membangkitkan kesedihan yang ekstrim pada sebagian besar korban.

Dari berbagai uraian di atas, definisi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah definisi PTSD dari DSM IV. Definisi PTSD yang dikemukakan oleh

DSM IV adalah suatu gangguan melibatkan sekelompok gejala kecemasan yang terjadi setelah seseorang telah terkena peristiwa traumatis yang mengakibatkan perasaan ngeri, tidak berdaya atau takut. Gangguan emosional tersebut dialami seseorang setelah mengalami kejadian traumatis. Gangguan tersebut dapat meliputi tiga gejala pokok yakni perasaan mengalami kembali (*re-experiencing*), keinginan untuk menghindari semua stimulus yang berhubungan dengan peristiwa traumatis (*avoidance*), dan peningkatan kesadaran yang berlebihan (*arousal*), yang dialami selama kurun waktu satu bulan atau lebih.

2. Gejala-gejala *Post-Traumatic Stress Disorder*

Kriteria PTSD yang harus dipenuhi sesuai dengan DSM IV, yaitu:

- a. Paparan terhadap peristiwa traumatis
Subjek yang mengalami peristiwa traumatis menderita cedera serius atau ancaman kematian dan emosi negatif yang dialami secara intens
- b. Perasaan mengalami kembali peristiwa traumatis
Perasaan mengalami kembali (*re-experiencing*) dapat terwujud dalam bentuk kilas balik kejadian, mimpi buruk, dan emosi negatif terhadap peristiwa traumatis
- c. Keinginan untuk menghindari dari stimulus yang mengingatkan tentang kejadian traumatis serta perasaan mati rasa
Subjek akan menghindari segala sesuatu yang berkaitan dengan peristiwa traumatis, baik itu individu, perilaku, suasana dan tempat. Selain itu, subjek tidak dapat merasakan perasaan apapun setelah peristiwa traumatis berlangsung
- d. Meningkatnya kewaspadaan berlebihan
Subjek akan meningkatkan kewaspadaan atau kesiagaannya terhadap hal-hal yang sebenarnya tidak berbahaya bagi dirinya, misalnya mudah terkejut jika ada suara gemuruh
- e. Adanya penurunan fungsi psikologis
Penurunan fungsi psikologis di sini tidak hanya fungsi individu secara pribadi tetapi juga dalam kehidupan sosialnya. Subjek cenderung menarik diri dari orang-orang di sekitarnya dan mengalami penurunan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.
- f. Gejala timbul selama satu bulan atau lebih
Berbagai kriteria gejala di atas dialami oleh subjek selama satu bulan atau lebih setelah berlangsungnya peristiwa traumatis.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi PTSD

Ada 3 faktor yang dapat mempengaruhi PTSD. Faktor-faktor tersebut adalah:

- a. Faktor biologis, meliputi riwayat kecemasan keluarga dan ukuran hipokampus yang lebih kecil daripada umumnya, jenis kelamin, dan usia pada saat mengalami peristiwa traumatis.
- b. Faktor psikologis, meliputi karakteristik kepribadian individu, pengalaman trauma masa anak-anak, resiliensi dan kerentanan terhadap efek trauma, dan perasaan malu.

- c. Faktor sosial yakni adanya dukungan sosial dari berbagai pihak seperti orang tua, keluarga, teman, sahabat, guru dan masyarakat sekitar akan sangat membantu individu dalam melewati kondisi trauma.

4. Alat Ukur PTSD

Pada penelitian ini, tingkat PTSD pada penyintas akan diukur dengan menggunakan modifikasi dari *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) yang disusun oleh Daniel Weiss dan Charles Marmar pada tahun 1997. Skala ini digunakan sebagai alat untuk mendeteksi (*screening tool*) gangguan PTSD yang disusun berdasarkan kriteria yang ada dalam DSM –IV.

IES-R disusun berdasarkan dua gejala utama PTSD yang ada dalam DSM-IV yakni ‘mengalami kembali (*re-experiencing*)/gangguan (*intrusion*)’ dan ‘penghindaran (*avoidance*)/mati rasa (*numbing*)’serta aspek ‘peningkatan kesadaran’(*hyperarousal*). Total aitem pada IES-R adalah 22 aitem dengan rincian aspek *avoidance* sebanyak 8 aitem, aspek *intrusion* sebanyak 6 aitem, dan aspek *hyperarousal* sebanyak 8 aitem.

IES-R mengukur berat-ringannya (intensitas) gangguan dengan pilihan jawaban 0 =”tidak pernah”, 1 =”jarang”, 2 =”kadang-kadang”, 3 =”sering”, dan 4 = “sangat sering”. Sedangkan untuk kategori skor total pada IES-R menurut Weiss & Marmar (1997) ditunjukkan sebagai berikut:

- a. < 26 : kategori ringan
- b. 26-43 : kategori sedang
- c. 44 ke atas : kategori berat

B. Dukungan Emosi

1. Pengertian Dukungan Emosi

Sarafino (1990) menyatakan bahwa dukungan emosi dapat berupa ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misalnya umpan balik dan penegasan). Sedangkan dukungan emosi menurut Taylor (2006) adalah kehangatan dan perhatian yang diberikan oleh keluarga, sahabat, atau orang lain yang memiliki pengalaman berhasil melalui masa stres, sehingga subjek merasa bahwa dirinya berharga.

House (dalam Cohen dan Syme, 1985) menyebutkan bahwa yang disebut dengan dukungan emosi adalah meliputi ungkapan empati, kasih sayang, penghargaan, kebersamaan dan perhatian sebagai sumber semangat. Dari berbagai uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan emosi merupakan ungkapan empati, kasih sayang, penghargaan, kebersamaan dan perhatian yang diberikan oleh keluarga, sahabat, dan orang lain yang menjadi faktor utama dalam mempertahankan semangat.

2. Bentuk Dukungan Emosi

House (dalam Cohen dan Syme, 1985) menjelaskan bahwa dukungan emosi memiliki lima bentuk yaitu sebagai berikut:

a. Ungkapan empati

Empati adalah respon afektif dan kognitif yang kompleks pada distress emotional orang lain. Empati mencakup kemampuan untuk merasakan keadaan emosional orang lain, merasa simpatik dan mencoba menyelesaikan masalah, dan mengambil perspektif orang lain (Baron dan Byrne, 2005). Seseorang dapat menjadi empatik kepada karakter fiktif sebagaimana kepada korban pada kehidupan nyata.

b. Kasih sayang

Kasih sayang merupakan reaksi positif pada seseorang tertentu, memiliki keinginan untuk menghabiskan waktu bersama orang tersebut, merasa lebih nyaman bila mereka saling dekat, dan mencari orang tersebut ketika merasa takut (Sears, Freedman, dan Peplau; 1985). Shaver dan Klinnert (dalam Sears, dkk;1985) menyatakan bahwa kasih sayang memiliki dua fungsi yakni sebagai sarana untuk memperoleh rasa aman dan memberikan informasi tentang lingkungannya.

c. Kebersamaan

Kebersamaan merupakan penyediaan waktu ataupun kehadiran seseorang ketika orang lain membutuhkannya. Kebersamaan di sini merupakan kebersamaan secara emosional yakni mampu melewati suka dan duka secara bersama-sama.

d. Penghargaan

Menurut Maslow, (dalam Sobur, 2003) penghargaan menjurus kepada kepercayaan terhadap diri sendiri dan perasaan diri berharga. Penghargaan dapat didasarkan pada respek terhadap kemampuan, kemandirian dan perwujudan kita sendiri serta penilaian dari orang lain. Penghargaan yang paling stabil dan paling sehat tumbuh dari penghargaan yang wajar dari orang-orang lain, bukan karena nama harum, kemasyuran, dan sanjungan kosong (Sobur, 2003).

e. Perhatian

Pemberian perhatian atau *attention* dapat diwujudkan dalam bentuk kesediaan untuk mendengarkan (*listening*) dan didengarkan (*listened*). Kemampuan seseorang dalam memberikan perhatian serta bentuk dan cara pengungkapannya adalah berbeda-beda bagi masing-masing orang. Demikian pula kemampuan seseorang dalam mengukur perhatian yang diberikan oleh orang lain juga berbeda-beda.

Dari bentuk yang telah diuraikan di atas, bentuk-bentuk dalam dukungan emosi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah bentuk dukungan emosi yang dikemukakan oleh House (dalam Cohen dan Syme, 1985). Alasannya, bentuk-bentuk dukungan emosi yang diungkapkan oleh House telah mencakup bentuk-bentuk yang dikemukakan oleh ahli lainnya. Berikut adalah kesimpulan dari bentuk-bentuk dukungan emosi tersebut.

a. Ungkapan empati

Empati adalah memahami dan merasakan kondisi emosional orang lain yang mencakup rasa simpatik, mencoba membantu dalam

menyelesaikan masalah, dan mengambil sudut pandang orang lain. Empati juga dapat diwujudkan dengan sikap bertanggungjawab, bersosialisasi, menenangkan, toleran, memiliki *self-control*, dan adanya motivasi untuk membuat kesan yang baik (Baron dan Byrne, 2005).

b. Kasih sayang

Kasih sayang merupakan sarana bagi seseorang untuk memperoleh rasa aman dan informasi mengenai lingkungan yang belum diketahui oleh subjek. Kasih sayang dapat terwujud dalam bentuk perasaan nyaman ketika dekat dengan orang tersebut, keinginan untuk menghabiskan waktu bersama dan mencari orang tersebut ketika merasa takut.

c. Kebersamaan

Kebersamaan tidak selalu diartikan secara fisik, melainkan secara emosional. Artinya, meskipun terpisah jarak dan waktu kesediaan untuk berbagi akan selalu ada. Kebersamaan juga berarti mau melewati suka dan duka secara bersama-sama.

d. Penghargaan

Penghargaan dapat diperoleh melalui respek terhadap kemampuan, kemandirian dari perwujudan diri sendiri dan orang lain. Tujuan dari penghargaan tersebut adalah untuk memperoleh rasa percaya diri dan perasaan diri berharga. Penghargaan tersebut mencakup bentuk material, verbal dan non verbal.

e. Perhatian

Selain kesediaan untuk mendengarkan dan didengarkan, perhatian juga mencakup umpan balik (*feedback*) terhadap cerita yang disampaikan orang lain. Perhatian juga berarti memantau keadaan orang yang bersangkutan dan bersedia untuk memberikan bantuan jika diperlukan.

C. Karakteristik Remaja dan Dewasa serta Keterkaitannya dengan Gejala PTSD

Pada penelitian ini akan lebih menitik beratkan teori perkembangan yang dikemukakan oleh Hurlock. Alasannya, pada teori perkembangan emosi yang dikemukakan oleh Hurlock dapat memberikan penjelasan yang lebih lengkap mengenai karakteristik emosi, bentuk ungkapan emosi serta katarsis emosi pada setiap tahapan perkembangan. Setiap tahap perkembangan khususnya mulai tahap remaja, akan dijelaskan lebih lanjut dibawah ini.

a. Masa puber (13 – 16 tahun)

Masa puber merupakan masa yang dianggap paling tidak bahagia (Hurlock, 2006). Karena ketiga elemen kebahagiaan (penerimaan/dukungan, kasih sayang, dan prestasi) sering terganggu selama tahun-tahun masa puber. Ini merupakan hal yang serius karena ketidakbahagiaan dapat dan sering menjadi kebiasaan.

b. Masa remaja (16 – 18 tahun)

Menurt Hurlock (2006), masa remaja sering disebut dengan masa “badai dan tekanan” meskipun tidak semua remaja mengalaminya.

Meningginya emosi terutama karena remaja berada di bawah tekanan sosial dan menghadapi kondisi baru yang belum dipersiapkan pada masa kanak-kanak. Meskipun emosi remaja seringkali sangat kuat, tidak terkendali dan irasional namun lambat laun mengalami perbaikan perilaku emosional.

Remaja tidak lagi mengungkapkan amarahnya dengan gerakan amarah yang meledak-ledak tetapi cenderung menggerutu, tidak mau berbicara, atau mengkritik dengan suara keras kepada orang yang menimbulkan amarahnya. Remaja dianggap sudah matang emosinya jika dapat mengungkapkan emosi pada waktu yang tepat dan dengan cara yang dapat diterima. Petunjuk kematangan emosi juga terlihat dari penilaian situasi secara kritis oleh individu sebelum bereaksi secara emosional, dan tidak lagi bereaksi tanpa berpikir sebelumnya seperti pada anak-anak (Hurlock, 2006).

Untuk mencapai kematangan emosi, remaja harus dapat mengenali situasi dengan cara membicarakan berbagai masalah pribadinya dengan orang lain. Keterbukaan, perasaan dan masalah pribadi dipengaruhi oleh rasa aman dalam hubungan sosial, tingkat kesukaan, dan tingkat penerimaan orang sasaran tersebut. Remaja juga harus belajar menggunakan katarsis emosi dengan cara latihan fisik yang berat, bermain atau bekerja, tertawa atau menangis.

c. Masa Dewasa Dini (18 – 40 tahun)

Masa dini disebut Hurlock sebagai masa ketegangan emosional. Pada masa ini “pemberontak” yang dulu marah kini telah memasuki kehidupan yang mantap. Sekitar awal tigapuluhan telah banyak orang mampu memecahkan masalah secara baik sehingga menjadi tenang dan stabil secara emosional.

Apabila ketegangan emosi masih berlanjut sampai usia tigapuluhan hal itu pada umumnya akan tampak dalam bentuk keresahan. Sesuatu yang diresahkan tergantung dari masalah penyesuaian diri yang harus dihadapi saat itu dan berhasil atau tidaknya mereka dalam upaya penyelesaian itu. apabila mereka tidak mampu mengatasi keresahan tersebut, maka akan menimbulkan gangguan emosional sehingga mereka memikirkan atau mencoba untuk bunuh diri.

d. Usia Dewasa Madya (40 – 60 tahun)

Ketegangan dalam usia madya dapat diwujudkan dalam berbagai cara. Cara yang paling umum adalah adanya konflik dengan anggota keluarga dan keinginan untuk menuntut lebih mereka.

Orang pada usia madya mempunyai tingkat kecemasan yang lebih besar daripada yang lebih muda. Penyesuaian secara radikal terhadap peran dan pola hidup pada usia empatpuluhan, khususnya bila disertai dengan perubahan fisik, cenderung merusak homeostatis fisik dan psikologis seseorang dan membawa ke masa stress yang menuntut penyesuaian di rumah, bisnis, dan aspek sosial kehidupan mereka. Berikut adalah beberapa kategori stress yang dialami usia dewasa madya:

- (a) Stress somatik, yang disebabkan oleh keadaan jasmani yang menunjukkan usia tua

- (b) Stress budaya, yang berasal dari penempatan nilai yang tinggi pada kemudahan, keperkasaan dan kesuksesan oleh kelompok budaya tertentu
- (c) Stress ekonomi, yang diakibatkan oleh beban keuangan dari mendidik anak dan memberikan status symbol bagi seluruh anggota keluarga
- (d) Stress psikologis, yang mungkin diakibatkan oleh kematian suami atau istri, kepergian anak dari rumah, kebosanan terhadap perkawinan, atau rasa hilangnya masa muda dan mendekati ambang kematian.

Pada pertengahan usia limapuluhan, individu pada umumnya dapat melakukan penyesuaian diri dengan masa usia madya dengan lebih baik, dan tidak merasa kecewa lagi dengan statusnya. Seseorang pada akhir usia madya bersikap lebih lembut dan bahagia sejalan dengan menurunnya perasaan khawatir pada diri mereka.

Berikut adalah kesimpulan dari pembagian tahapan perkembangan yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli di atas.

a. Masa Remaja

Hurlock (2006) berpendapat bahwa masa remaja dimulai pada saat individu berusia 13 sampai 18 tahun dan merupakan periode yang paling singkat dalam rentang kehidupan. Erikson (dalam King, 2008) menyatakan bahwa masa remaja atau tahap identitas vs kebingungan terjadi pada usia 10 sampai dengan 20 tahun. Sedangkan Santrock (1999) mengemukakan bahwa masa remaja adalah rentang usia 12 sampai dengan 20 tahun. Dari berbagai pernyataan di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa masa remaja berlangsung dalam rentang usia 12 sampai dengan 20 tahun.

b. Masa Dewasa

Menurut Hurlock (2006) masa dewasa dimulai pada umur 18 tahun sampai dengan meninggal dunia. Erikson (dalam King, 2008) menyatakan bahwa usia dewasa dimulai dari usia 20 tahun. Sedangkan Santrock (1999) menyatakan bahwa individu memasuki masa dewasa pada usia 20 tahun. Dari berbagai pernyataan di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa masa dewasa pada seorang individu dimulai pada usia 21 tahun dan terus berlanjut hingga meninggal dunia. Namun, pada penelitian ini kelompok usia dewasa dibatasi dengan beberapa karakteristik tertentu pada subjek sesuai dengan tujuan penelitian pada proses pengumpulan data.

Karakteristik masing-masing tahapan perkembangan dalam kaitannya dengan reaksi terhadap PTSD adalah berbeda-beda. Masing-masing tahapan perkembangan akan menunjukkan gejala dan perilaku sesuai dengan karakteristiknya. Pernyataan ini diperkuat oleh pernyataan *The National Child Traumatic Stress* (2004) yang berpendapat bahwa terdapat perbedaan bentuk trauma dan cara pengungkapannya pada remaja dan dewasa. Berikut ini adalah karakteristik tahapan perkembangan pada remaja dan dewasa dalam kaitannya dengan menghadapi PTSD yang dialami.

a. Masa Remaja

Penelitian menunjukkan bahwa remaja dengan afek negatif yang tinggi beresiko untuk pengembangan gejala PTSD setelah mengalami bencana, meskipun hal ini mungkin disebabkan pula oleh beberapa faktor lainnya (Weems, Pina, Costa, dkk, 2007). Herbert (2006) menyatakan bahwa remaja yang mengalami PTSD mempunyai kesamaan dengan orang dewasa dalam beberapa hal. Mereka berbeda dari orang dewasa dalam menunjukkan perilaku agresif dan impulsif.

Selain itu, remaja mungkin mengisolasi diri dari orang lain dan menarik dari rekan-rekan mereka. *The National Child Traumatic Stress* (2004) berpendapat bahwa remaja dapat mengalami kemunduran perkembangan dan kembali menjadi seperti anak-anak. Mereka mulai menjadi gila, menjadi lemah, dan berbeda dengan orang lain. Perasaan unik inilah yang membuat remaja menjadi terisolasi dari lingkungan sekitarnya.

Remaja menunjukkan dalam perilaku yang depresif. Namun, impulsivitas remaja lebih tinggi daripada orang dewasa sebab dalam masa ini mereka mengalami krisis dalam pencarian jati diri (Erikson dalam Desmita, 2007).

Sebagian besar penelitian menunjukkan bahwa remaja yang mengembangkan PTSD yang disebabkan oleh kekerasan, akan mengalami keterlambatan hampir pada semua tugas-tugas perkembangannya (Giaconia, dkk dalam Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, dkk; 2005) yang ditampakkan dengan gejala-gejala seperti penurunan rasa percaya diri, prestasi akademik yang menurun (Giaconia, dkk; Schwab-Stone, dkk dalam Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, dkk; 2005), perasaan tidak nyaman, memiliki pikiran berulang mengenai kematian dan bunuh diri, dan pikiran yang mengarah kepada penyalahgunaan alkohol dan zat adiktif serta perilaku seksual yang menyimpang (Gurwitch dkk, dalam Anderson, 2005). Selain itu, remaja juga dapat mengalami masalah interpersonal, dan harapan negatif akan masa depan (Giaconia, dkk; Schwab-Stone, dkk dalam Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, dkk; 2005).

Stres pasca trauma sering disertai dengan beberapa manifestasi psikologi seperti keluhan-keluhan somatis, perasaan bersalah, simptom disosiatif, dan depresi klinis (Giaconia, dkk; Carlson & Higan; Saigh, dalam Ruchkin, Schwab-Stone, Jones, dkk; 2005). Selain itu, apabila PTSD pada remaja tidak segera diatasi maka akan dapat menyebabkan psikopatologi pada remaja.

b. Masa Dewasa

Pada masa dewasa, individu tidak mempunyai penyaluran emosi seperti halnya pada anak maupun remaja. Hal inilah yang menyebabkan orang dewasa kurang mampu untuk melakukan pendekatan yang fleksibel untuk mengatasi efek trauma (Kaplan dan Sadock, 1997). Selain itu, efek trauma mungkin diperkuat oleh kecacatan fisik yang karakteristik untuk kehidupan lanjut usia, khususnya ketidakmampuan sistem saraf pusat dan sistem kardiovaskuler seperti penurunan aliran darah, pengurangan penglihatan, palpitasi, dan aritmia.

Gejala-gejala gangguan psikologis yang umumnya ditemukan pada orang dewasa yang menderita PTSD antara penggambaran rasa bersalah atau malu atas peristiwa traumatik, sering merasa terasing dan sendirian dengan perasaan ketidakpercayaan dan pengkhianatan (Jie, 2011). Hal tersebut didukung oleh pernyataan bahwa reaksi terhadap peristiwa traumatis yang muncul terkait dengan PTSD termasuk perasaan menyalahkan diri sendiri (*self-blame*) dan adanya penilaian negatif sebagai bentuk kemarahan (Andrews, et al, 2000; Ehlers, et al, 1998; Jaycox et al, 2003; van den Hout & Engelhard, 2004 dalam Denson, dkk; 2007).

Selain itu, ada beberapa gejala gangguan fisik yang dialami mereka seperti tekanan darah tinggi dan penyakit pembuluh darah, energi yang lebih rendah, peningkatan sensitivitas terhadap rasa sakit, dan masalah pencernaan. Jangka panjang gejala PTSD dapat mencakup dan penyakit jantung rematik yang disebabkan oleh peningkatan hormon stres.

Cavanaugh dan Fields (2006) menambahkan bahwa pada masa dewasa gejala kecemasan juga umum terjadi. Gejala ini terjadi pada orang dewasa dari segala usia, tetapi lebih umum pada orang dewasa yang lebih tua karena turunnya tingkat kesehatan, stres relokasi, isolasi, takut kehilangan kontrol atas hidup mereka, atau rasa bersalah yang dihasilkan dari perasaan permusuhan terhadap keluarga dan teman-teman. Poin penting untuk mengevaluasi perilaku orang dewasa lanjut adalah mempelajarinya dalam konteks.

Selain itu, kesehatan mental pada orang dewasa khususnya tekanan jiwa dalam pengungsian dikemukakan oleh Brouwer (dalam Alisjahbana, 1977) yang menyebutkan bahwa berpindah tempat atau dipindahkan bisa menimbulkan tekanan jiwa yang hebat bagi orang dewasa. Mungkin keadaan pengasingan menghasilkan tanda-tanda yang hampir serupa dengan tanda-tanda psikose: pusing, omongan kacau, merasa acuh tak acuh dan tidak mau bergerak.

D. Penyintas Erupsi Merapi Usia Remaja dan Dewasa

1. Gambaran Kejadian Erupsi Merapi

Pada tahun 2010, terjadi dua kali letusan yang dahsyat yaitu letusan pertama tanggal 26 Oktober dan letusan kedua tanggal 4 November yang merupakan letusan paling hebat dalam kurun waktu 100 tahun terakhir. Karena kehebatan letusan inilah maka bencana erupsi Gunung Merapi merupakan salah satu contoh bencana major atau bencana besar. Dinamika erupsi Merapi umumnya didahului pertumbuhan kubah lava diikuti guguran awan panas, guguran lava pijar dan jatuhnya piroklastik (Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi DIY, 2010).

Kategori bahaya letusan gunung api terdiri atas bahaya primer dan bahaya sekunder. Bahaya primer yang menonjol pada letusan Gunung Merapi ialah guguran kubah lava yang biasa oleh orang setempat disebut "*wedhus gembel*" atau *glowing cloud/nueeardente* atau awan panas. Selain itu, terdapat efek samping dari awan panas seperti udara panas (*surger*), dan lontaran material berukuran

blok (bom) hingga kerikil. Bahaya sekunder yang muncul dari letusan Merapi adalah lahar dingin yang melewati sungai-sungai yang berhulu di gunung Merapi. Lahar dingin ini membawa material berupa batu, pasir dan lumpur dalam jumlah besar (Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi DIY, 2010).

2. Penyintas Bencana Erupsi Merapi

Pengertian penyintas atau yang sering disebut sebagai *survivor* adalah orang yang mengalami peristiwa traumatik secara langsung (Yayasan Pulih, 2011). Sedangkan Nashori (2007) memberikan pengertian penyintas atau *survivor* sebagai orang-orang yang *survive* (bertahan) setelah terkena bencana. Jadi, yang disebut dengan penyintas adalah mereka yang mengalami secara langsung peristiwa traumatik dan berhasil untuk bertahan dari bencana tersebut.

Dalam hal ini, penyintas bencana erupsi Gunung Merapi adalah orang-orang yang berhasil bertahan setelah mengalami peristiwa erupsi Merapi secara langsung khususnya yang berada di dusun Pelemsari dan Pangukrejo Desa Umbulharjo, Sleman, Yogyakarta. Para penyintas di dua dusun tersebut merupakan penduduk yang mengalami dampak terparah di Desa Umbulharjo, sebab mereka kehilangan seluruh rumah tempat mereka tinggal dan sampai saat ini masih menghuni *shelter* (tempat penampungan sementara).

3. Dampak-dampak yang Diterima Penyintas Akibat Erupsi Merapi

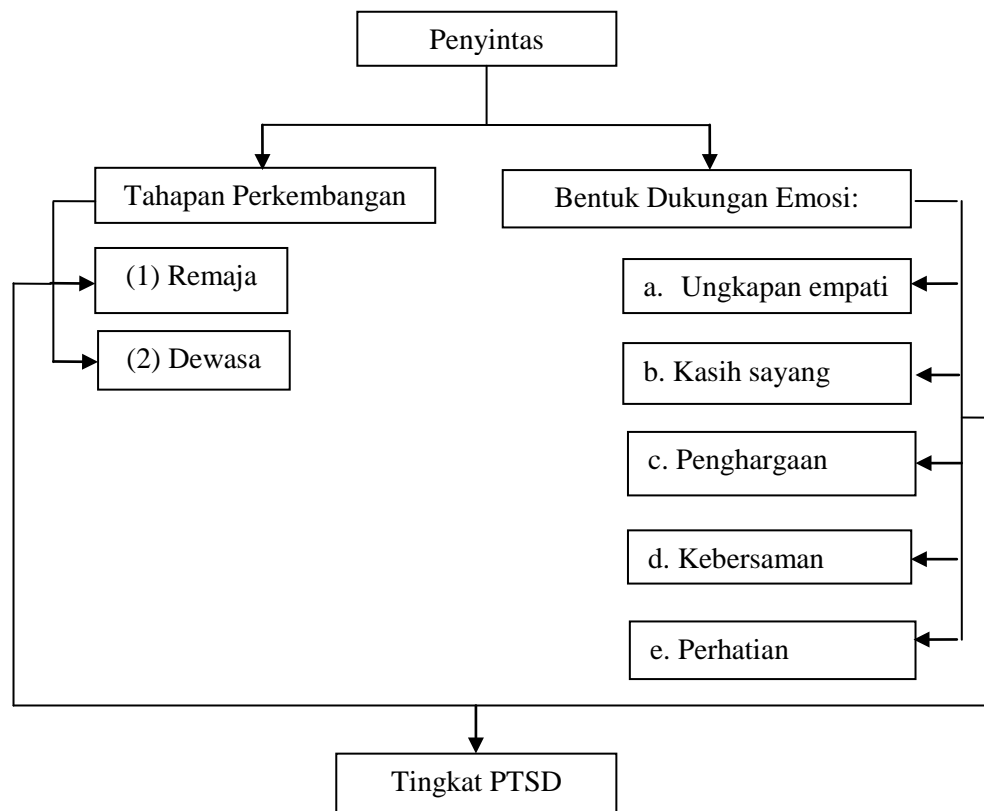
Menurut Agustin (2010) dampak yang ditimbulkan antara lain adalah dampak fisik, sosial, dan psikologis. Dampak fisik yang dialami oleh penyintas antara lain adalah adanya kelelahan fisik yang sangat, kesulitan untuk tidur serta adanya gangguan tidur, selera makan yang terganggu, sangat mudah tersentuh 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 penyintas 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 di sekolah.

Dampak atau kerugian ketiga yang dialami oleh penyintas adalah dampak psikologis yang dapat dibagi menjadi dua yakni dampak emosional dan dampak kognitif. Dampak emosional yang sering dirasakan penyintas 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 keberulangan 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 akan peristiwa bencana tersebut.

E. Kerangka Pikir



F. Hipotesis

1. Ada perbedaan tingkat *post-traumatic stress disorder* ditinjau dari bentuk dukungan emosi pada penyintas bencana letusan Gunung Merapi di Sleman, Yogyakarta.
2. Ada perbedaan tingkat *post-traumatic stress disorder* ditinjau dari kelompok usia remaja dan dewasa pada penyintas erupsi Gunung Merapi di Sleman, Yogyakarta.
3. Ada interaksi antara bentuk dukungan emosi dan kelompok usia remaja dan dewasa dengan tingkat *post-traumatic stress disorder* pada penyintas erupsi Gunung Merapi di Sleman, Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

A. Identifikasi Variabel

Variabel Tergantung : Tingkat PTSD

Variabel Bebas : Bentuk dukungan emosi, usia remaja dan dewasa

B. Definisi Operasional

Pengertian dan gejala PTSD diambil dari DSM-IV. *Post-Traumatic Stress Disorder* diukur dengan Skala *Impact of Event Scale-Revised* yang disusun berdasarkan kriteria gejala yang terdapat dalam DSM-IV yang meliputi tiga kategori utama yakni penghindaran (*avoidance*), mengalami kembali (*re-experiencing*) dan peningkatan kesadaran (*hyperarousal*). Semakin tinggi skor yang didapatkan pada skala *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) maka semakin tinggi pula *Post-Traumatic Stress Disorder* seseorang, begitu pula sebaliknya.

Dukungan emosi diukur dengan Skala Dukungan Emosi yang disusun berdasarkan bentuk-bentuk dukungan emosi yang dikemukakan oleh House (dalam Cohen dan Syme, 1985) yang mencakup ungkapan empati, kasih sayang, kebersamaan, penghargaan, dan perhatian. Rata-rata atau *mean* tertinggi pada salah satu bentuk dukungan emosi menunjukkan bentuk dukungan emosi yang lebih banyak diterima oleh seseorang.

Dalam penelitian ini, tahapan perkembangan dibagi menjadi dua bagian utama yakni remaja, dan dewasa.

- a. Masa Remaja
Usia antara 12 sampai dengan 20 tahun.
- b. Masa Dewasa
Usia 21-55 tahun.

C. Populasi, Sampel, dan Sampling

Populasi dalam penelitian ini adalah penduduk penyintas bencana letusan Gunung Merapi yang berdomisili di Dusun Pelemsari sebanyak 202 orang dan Dusun Pangukrejo sebanyak 496 orang Desa Umbulharjo Kecamatan Cangkringan Kabupaten Sleman.

Teknik pemilihan sampel (*sampling*) yang digunakan adalah *quota purposive sampling*. Pada penelitian ini jumlah subjek dibatasi dengan kuota 40 orang yang akan terdiri dari kelompok remaja kelompok usia dewasa.

Karakteristik subjek yang harus dipenuhi untuk menjadi sampel penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Mengalami sendiri peristiwa erupsi Gunung Merapi atau memiliki hubungan dengan subjek yang mengalami sendiri peristiwa traumatis.
- b. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan
- c. Usia remaja (12-20 tahun) dan dewasa (21-55 tahun).
- d. Dapat membaca dan menulis
- e. Minimal lulusan Sekolah Dasar

D. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan sumber data berupa data primer, yakni data yang diperoleh secara langsung dari subjek penelitian dan data utama dalam penelitian. Untuk PTSD digunakan skala modifikasi IES-R

dengan jumlah 26 aitem dengan rincian aspek *avoidance* sebanyak 8 aitem, aspek *re-experiencing* sebanyak 9 aitem, dan aspek *hyperarousal* sebanyak 9 aitem. Berikut adalah susunan aitem pada IES-R. IES-R dipilih sebab merupakan skala yang pendek, praktis, dan mudah dalam administrasi dan skoringnya.

Tabel 1
Blueprint Skala Modifikasi IES-R

No.	Kriteria Gejala (DSM-IV)	Indikator	Nomor Aitem (<i>Favorabel</i>)
1.	Mengalami kembali (<i>re-experiencing</i>)	1. Rekoleksi yang menderitakan, rekuren, dan mengganggu tentang kejadian. 2. Mimpi menakutkan yang berulang tentang kejadian 3. Penderitaan psikologis yang kuat saat terpapar dengan tanda internal atau eksternal yang menyimbolkan atau menyerupai suatu aspek kejadian traumatis	1, 6, 9 25 3, 20, 24, 26,16
2.	Penghindaran (<i>avoidance</i>)	1. Usaha untuk menghindari pikiran, perasaan, dan percakapan yang berhubungan dengan trauma 2. Rentang afek yang terbatas atau perasaan mati rasa	5, 7, 8, 11, 12, 17, 22 13
3.	Peningkatan kesadaran (<i>hyperarousal</i>)	1. Kesulitan untuk memulai tidur atau untuk tetap tidur nyenyak 2. Iritabilitas atau ledakan amarah 3. Kewaspadaan berlebihan 4. Respon kejut yang berlebihan 5. Sulit berkonsentrasi	2, 15 4, 19, 23 14, 21 10 18
Jumlah Aitem			26

Skala dukungan emosi terdiri atas aitem-aitem yang mencakup bentuk-bentuk dukungan emosi, seperti yang dinyatakan oleh House (dalam Cohen dan Syme, 1985) yaitu ungkapan empati, kasih sayang, kebersamaan, penghargaan, dan perhatian.

Jumlah aitem dalam skala dukungan emosi sebanyak 54 butir, terdiri atas 27 aitem *favourable* dan 27 aitem *unfavourable*. Bentuk dukungan emosi yang lebih banyak diterima subjek ditentukan oleh *mean* terbesar dari tiap-tiap komponen, dan dikategorisasikan menjadi ungkapan empati, kasih sayang, kebersamaan, penghargaan dan perhatian.

Tabel 2

Blueprint Skala Dukungan Emosi

No. (1)	Bentuk DE (2)	Indikator (3)	<i>Favour able</i> (4)	<i>Unfavou rable</i> (5)	Jumlah (6)
1	Ungkapan empati	1. Memahami dan merasakan perasaan yang dialami 2. Membantu menyelesaikan masalah	3 2	2 3	10
2	Kasih sayang	1. Adanya rasa nyaman ketika dekat dengan orang tersebut 2. Keinginan untuk menghabiskan waktu bersama 3. Mencari orang tersebut ketika takut	2 2 1	2 1 2	10
3	Kebersamaan	1. Kesiediaan untuk berbagi 2. Tetap berkomunikasi meski terpisah jarak 3. Melewati suka dan duka secara bersama-sama	2 2 2	2 2 1	11
4	Penghargaan	1. Verbal: pemberian pujian 2. Non verbal: pemberian senyuman, tepukan, pelukan 3. Material: pemberian hadiah	2 2 1	2 1 2	10
5	Perhatian	1. Kesiediaan untuk menjadi pendengar 2. Kesediaan untuk bercerita 3. Memantau kondisi yang dialami 4. Kesiediaan untuk membantu	2 1 1 2	2 2 2 1	13
Jumlah Total Aitem					54

E. Metode Analisis Data

Untuk menguji validitas digunakan *review professional judgment* oleh pembimbing. Skala dalam penelitian ini akan diuji daya beda aitemnya dengan menggunakan korelasi *Product Moment*. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menghitung koefisien reliabilitas dengan *Alpha Cronbach* dari tiap-tiap instrument suatu variabel. Kedua uji ini dilakukan dengan menggunakan program SPSS 16.0.

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Two Way Anova* karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan *Tingkat Post-Traumatic Stress Disorder* ditinjau dari bentuk dukungan emosi yang lebih banyak diterima oleh remaja dan dewasa penyintas bencana letusan Gunung

Merapi. Guna mempermudah perhitungan, digunakan bantuan program komputer *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) versi 16.0.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Orientasi Kancuh

Desa Umbulharjo terletak di Kecamatan Cangkringan, Kabupaten Sleman, Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Secara administrasi, Desa Umbulharjo terdiri dari 9 pedukuhan. Adapun nama-nama dusun tersebut adalah Pelemsari, Pangukrejo, Gondang, Balong, Plosorejo, Plosokerep, Gambretan, Karanggeneng, dan Pentingsari. Secara umum, Desa Umbulharjo terletak di kaki/lereng Gunung Merapi dengan ketinggian 500-1000 m di atas permukaan laut.

Luas wilayah Desa Umbulharjo mencapai 826.000 Ha dengan jumlah penduduk 4506 jiwa (2010) yang terdiri dari 2153 jiwa perempuan (51%) dan 2114 jiwa laki-laki (49%). Jika dilihat dari segi pendidikan, jumlah penduduk yang merupakan lulusan SD menempati persentase terbesar yakni 34,5%. Berdasarkan struktur mata pencaharian, buruh tani adalah yang memiliki jumlah paling besar yakni mencapai 1281 jiwa (Rencana Penataan Pemukiman Replikasi Pemda Sleman, 2010).

Berdasarkan hasil pemetaan, terdapat tiga kategori ancaman bencana yang utama di Desa Umbulharjo, yakni (1) bencana Gunung Merapi, (2) kekeringan dan (3) kerusakan lingkungan sebagai akibat penambangan pasir yang belum tertata dengan baik. Bencana letusan Merapi adalah bencana yang paling berbahaya dan terjadi sewaktu-waktu. Dalam hal ini, wilayah desa dibagi menjadi tiga, yakni Kawasan Rawan Bencana (KRB) 3 yakni Dusun Pelemsari, KRB 2 yang terdiri dari Dusun Pangukrejo, Gondang dan Balong, dan KRB 1 yang terdiri dari Dusun Karanggeneng, Plosorejo, Plosokerep dan Pentingsari.

Dampak yang diakibatkan adalah luncuran lava pijar yang berupa material panas seperti pengalaman tahun 2006 dan 2010 yang luncurannya telah mencapai pemukiman penduduk. Dan apabila musim hujan akan terjadi banjir lahar dingin yang mengalir melalui Kali Kuning. Selain itu, dikhawatirkan adanya dampak awan panas dan abu vulkanik yang dapat menyebar ke seluruh pemukiman. Sedangkan untuk bencana kekeringan dan kerusakan lingkungan lebih disebabkan karena ulah manusia sendiri, salah satunya adalah penambangan pasir.

Tabel 3

Daftar Kerugian Pasca Erupsi Merapi di Dusun Pelemsari dan Pangukrejo

No.	Jenis Kerugian	Dsn. Pelemsari	Dsn. Pangukrejo
1.	Rumah rusak berat	84 buah	216 buah
2.	Korban meninggal	34 jiwa	1 jiwa
3.	Kerusakan jalan	4 km	7,5 km
4.	Kerusakan lahan	87 Ha	116 Ha

5 Ternak mati

211 ekor

280 ekor

Sumber: Data Desa Umbulharjo, 2010

B. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan tanggal 11-15 Agustus 2011 dengan jumlah subjek 45 orang (13 orang dewasa dan 32 orang remaja). Penelitian dilakukan seara *door to door* dan peneliti menunggu subjek mengisi skala guna menghindari kehilangan data.

Data penelitian yang telah terkumpul, selanjutnya dilakukan skoring atau penilaian untuk keperluan analisis data. Kemudian kedua nilai dari masing-masing skala digunakan untuk analisis data disertai dengan skala nominal dari kelompok usia. Masing-masing kelompok usia dan bentuk dukungan emosi diberikan pengkodean sebagai berikut.

Tabel 4
Pengkodean Kelompok Usia

No.	Kelompok Usia	Kode
1.	Dewasa	1
2.	Remaja	2

Tabel 5
Pengkodean Bentuk Dukungan Emosi

No.	Bentuk Dukungan Emosi	Kode
1.	Ungkapan empati	1
2.	Kasih sayang	2
3.	Kebersamaan	3
4.	Penghargaan	4
5.	Perhatian	5

Berdasarkan uji validitas item skala tersebut diperoleh 4 item gugur dari 26 item yang diujicobakan yaitu nomor 4, 8, 11 dan 17. Koefisien validitas (r_{bt}) skala ini bergerak dari 0,360 sampai dengan 0,789 dengan $p < 0,05$.

Berdasarkan uji validitas item skala tersebut diperoleh 12 item gugur dari 54 item yang diujicobakan yaitu nomor 13, 16, 19, 20, 21, 24, 26, 35, 41, 42, 52, dan 54. Koefisien validitas (r_{bt}) skala ini bergerak dari 0,300 sampai dengan 0,834 dengan $p < 0,05$.

Berdasarkan analisis terhadap hasil uji coba skala PTSD diperoleh koefisien alpha Cronbach (α) sebesar 0,890 yang bernilai lebih besar dari 0,60 maka hal ini berarti skala tersebut reliabel (Azwar, 2009). Skala dukungan emosi diperoleh koefisien Alpha Cronbach (α) sebesar 0,933 yang bernilai lebih besar dari 0,60, maka hal ini berarti skala tersebut reliabel (Azwar, 2009).

C. Hasil Analisis Data

Pengujian hipotesis dengan menggunakan two-way anova menunjukkan hasil sebagai berikut:

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: PTSD

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2833.883 ^a	9	314.876	3.804	.002
Intercept	37729.245	1	37729.245	455.775	.000
BDE	1891.957	4	472.989	5.714	.001
USIA	229.697	1	229.697	2.775	.105
BDE * USIA	1097.113	4	274.278	3.313	.021
Error	2897.317	35	82.780		
Total	62336.000	45			
Corrected Total	5731.200	44			

a. R Squared = ,494 (Adjusted R Squared = ,364)

Tabel menunjukkan F hitung (5,714) > F tabel (2,64) dengan signifikansi $0,001 < 0,05$, maka H_0 ditolak. Hipotesis penelitian pertama yang berbunyi “Ada perbedaan tingkat PTSD ditinjau dari bentuk dukungan emosi” diterima. Maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan pada tingkat PTSD ditinjau dari bentuk dukungan emosi.

Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa F hitung untuk faktor usia adalah 2,775 lebih kecil dari F tabel (4,12) dengan taraf signifikansi 0,105 yang lebih besar dari 0,05. Maka hasil uji H_0 untuk tingkat PTSD ditinjau dari usia remaja dan dewasa diterima. Berdasarkan hal tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa hipotesis penelitian kedua yang berbunyi “Ada perbedaan tingkat PTSD ditinjau dari kelompok usia remaja dan dewasa” ditolak. Hal ini berarti bahwa tingkat PTSD yang dialami oleh penyintas tidak tergantung pada usia subjek, baik remaja maupun dewasa.

Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa F hitung untuk interaksi bentuk dukungan emosi dan usia adalah 3,313 > F tabel (2,64) dan taraf signifikansi $0,021 < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dapat disimpulkan bahwa hipotesis penelitian ketiga yang berbunyi “Ada interaksi antara bentuk dukungan emosi dan kelompok usia remaja dan dewasa terhadap tingkat PTSD” diterima. Hal ini menunjukkan bahwa adanya bentuk dukungan emosi yang tepat bagi masing-masing usia akan dapat meminimalkan tingkat PTSD pada penyintas.

Tabel 6
Hasil Analisis Statistik Deskriptif Perbedaan Mean PTSD
Ditinjau Dari Bentuk Dukungan Emosi dan Kelompok Usia

Usia \ Bentuk DE	1	2	3	4	5	Total
Remaja	30.40	34.91	34.37	44.17	52.00	36.88
Dewasa	37.50	19.00	34.00	48.00	29.00	32.00
Mean	32.43	30.67	34.33	45.44	35.47	35.47

Keterangan:

- 1: Dukungan empati 4: Dukungan penghargaan
 2: Dukungan kasih sayang 5: Dukungan perhatian
 3: Dukungan kebersamaan

Tabel 7
Prosentase Tingkat PTSD Pada Remaja dan Dewasa

Kelompok Usia	Tingkat PTSD		
	Berat	Sedang	Ringan
Remaja	15,38%	53,85 %	30,77%
Dewasa	28,13%	53,12%	18,75%

Tabel 8
Prosentase Bentuk Dukungan Emosi Pada Remaja dan Dewasa

Kelompok Usia	Bentuk Dukungan Emosi				
	1	2	3	4	5
Remaja	15,38%	30,77%	7,69%	23,08%	23,08%
Dewasa	15,63%	34,38%	25%	18,75%	6,25%

Keterangan:

- 1: Dukungan empati 4: Dukungan penghargaan
 2: Dukungan kasih sayang 5: Dukungan perhatian
 3: Dukungan kebersamaan

D. Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bentuk dukungan emosi dapat membedakan tingkat *post-traumatic stress disorder* (PTSD) individu. Hal tersebut diperkuat oleh pernyataan dukungan emosi menjadi faktor yang lebih kuat terkait dengan pengurangan tekanan psikologis daripada bentuk-bentuk dukungan sosial yang lainnya (Cohen, McKay, 1983; Heller, 1979; House, 1981; Thoits, 1985; Turner, 1981 dalam Emmons & Colby, 2007).

Dukungan emosi adalah salah satu bentuk dukungan sosial. Dukungan emosi tersebut terdiri dari lima bentuk, yakni engkapan empati, kasih sayang, kebersamaan, penghargaan, dan perhatian. Berdasarkan hasil penelitian, bentuk dukungan emosi yang berbeda ternyata dapat membedakan tingkat PTSD yang dialami oleh individu. Hal tersebut dikarenakan bentuk dukungan emosi yang berbeda akan memiliki kontribusi yang berbeda pula terhadap individu. Misalnya, seseorang yang banyak mendapatkan ungkapan empati dari keluarganya akan merasa dirinya dimengerti oleh orang lain. Sedangkan seseorang yang menerima banyak penghargaan dari orang-orang disekitarnya akan merasa percaya diri dan merasa dirinya berharga.

Hal tersebut dapat dilihat dari rata-rata atau *mean* PTSD pada penyintas tanpa memandang kelompok usia. *Mean* PTSD terendah adalah 30,67 untuk bentuk dukungan emosi kasih sayang. Hal ini berarti bahwa PTSD dapat diminimalkan dengan banyak memberikan rasa nyaman dan aman kepada para penyintas. Terkait dengan tiga gejala utama PTSD yang meliputi perasaan mengalami kembali (*re-experiencing*), penghindaran (*avoidance*), dan meningkatnya kewaspadaan (*hyper-arousal*) maka individu sangat membutuhkan perasaan yakin akan kondisi yang aman bahwa kejadian itu akan berlalu seiring berjalannya waktu. Perasaan nyaman individu dapat diperoleh dengan cara selalu berada dekat dengan orang yang dicintainya serta akan mencari orang tersebut ketika takut jika ancaman bencana datang kembali, baik secara nyata maupun hanya suatu ketakutan yang berlebihan. Kemudian, adanya informasi yang dibutuhkan baik dari keluarga, teman, maupun pihak terkait juga sangat dibutuhkan pada saat terjadinya bencana, pasca bencana maupun pada tahap rekonstruksi.

Sedangkan untuk *mean* PTSD tertinggi adalah 45,44 untuk bentuk dukungan penghargaan. Telah disebutkan sebelumnya bahwa PTSD adalah gangguan yang melibatkan sekelompok gejala kecemasan yang dialami korban setelah terjadinya peristiwa traumatis. Adanya berbagai penghargaan baik secara verbal dan non verbal tidak akan terlalu berkontribusi dalam usaha meminimalkan tingkat PTSD yang dialami penyintas sebab mereka akan lebih membutuhkan ketenangan secara psikologis untuk dapat meminimalkan perasaan takut dan cemas yang dialami. Selain itu, karakteristik masyarakat yang tinggal di daerah tidak terlalu mementingkan penghargaan dari orang lain terhadap dirinya atas sesuatu yang telah dicapainya. Masyarakat di daerah akan lebih senang jika mereka dapat membantu sesama dengan tulus ikhlas.

Penelitian ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan usia tidak menjadikan adanya perbedaan yang signifikan dalam tingkat PTSD. Hal ini sesuai dengan penelitian Green et., al (dalam Roussos, Goenjian, Steinberg, dkk., 2005) yang menyatakan bahwa mereka tidak menemukan perbedaan yang signifikan antara

usia dengan tingkat PTSD setelah terjadinya bencana Teluk Buffalo. Hal tersebut dapat dilihat dari prosentase penyintas yang mengalami PTSD baik usia remaja maupun dewasa didominasi oleh PTSD kategori sedang yakni 53,85% untuk remaja dan 53,12% untuk dewasa.

Hal tersebut dapat kita lihat pada bagian sebelumnya bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat PTSD. Meskipun usia menjadi salah satu variabel, namun masih banyak variabel lain yang perlu dipertimbangan. Variabel yang paling dominan adalah karakteristik stresor itu sendiri serta variabel korban yang lain seperti tingkat pendidikan, status ekonomi, dan karakteristik kepribadian. Meskipun ada perbedaan usia antara penyintas baik dewasa atau remaja, jika tingkat pendidikan yang satu lebih tinggi dari yang lain maka akan memberikan pemahaman yang berbeda pula tentang peristiwa traumatis. Karakteristik kepribadian seseorang yang meliputi sikap dan penilaian seseorang terhadap suatu peristiwa akan membedakan pula reaksi individu terhadap peristiwa yang dialaminya. Selain itu, karakteristik stressor seperti misalnya korban peperangan akan memberikan reaksi PTSD yang berbeda dengan korban bencana alam ataupun pelecehan seksual. Contoh lain, individu yang kehilangan salah seorang keluarganya dalam peristiwa traumatis akan menunjukkan reaksi yang berbeda pula dengan individu yang kehilangan seluruh anggota keluarganya, tidak tergantung berapapun usia individu saat itu.

Meskipun demikian, ditemukan perbedaan rata-rata tingkat PTSD antara remaja dan dewasa. Pada usia remaja, penyintas yang memiliki *mean* PTSD dalam kategori berat lebih sedikit daripada kelompok dewasa, yakni 15,38% untuk remaja dan 28,13% untuk dewasa. Sedangkan untuk penyintas dengan *mean* PTSD dalam kategori rendah, kelompok dewasa memiliki prosentase yang lebih sedikit daripada kelompok remaja, yakni 18,75% untuk dewasa dan 30,77% untuk remaja.

Remaja memiliki rata-rata tingkat PTSD yang lebih tinggi dari dewasa meskipun prosentasenya adalah lebih rendah daripada dewasa. Hal ini dapat dijelaskan dengan teori perkembangan bahwa emosi remaja adalah lebih impulsif daripada orang dewasa. Jadi, ketika remaja termasuk dalam PTSD kategori berat maka angka yang ditunjuk adalah sangat tinggi, dan sebaliknya ketika berada pada PTSD kategori ringan angka nya menunjukkan sangat rendah. Dalam hal ini maka dapat kita lihat adanya impulsivitas emosi yang tinggi pada remaja.

Pada kelompok dewasa, *mean* PTSD menunjukkan angka yang lebih rendah dibandingkan remaja meskipun secara prosentase lebih banyak yang termasuk kedalam PTSD kategori berat. Hal ini menunjukkan bahwa pada usia dewasa, emosi sudah tidak terlalu impulsif seperti halnya pada remaja. Tingkat prosentase tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, yang pertama adalah adanya tanggungjawab orang tua (dalam hal ini termasuk kelompok dewasa) terhadap keluarganya. Alasan kedua yang ditemukan penulis di lapangan adalah karena sebagian besar orang tua mengaku tidak ingin menyusahkan keluarga maupun orang lain dengan bercerita mengenai sesuatu yang mereka khawatirkan. Mereka lebih senang hanya berbagi dengan suami atau istri saja. Mereka merasa bahwa teman-teman dan tetangga mereka pun juga sedang dalam keadaan sulit dan tidak ingin menyusahkan orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat interaksi antara bentuk dukungan emosi dan usia terhadap tingkat PTSD. Tingkat PTSD pada usia remaja dan dewasa tidak memiliki perbedaan yang signifikan jika hanya dipandang dari perbedaan usia saja. Pemberian dukungan emosi akan berpengaruh besar terhadap tingkat PTSD yang dialami oleh remaja dan dewasa. Hal tersebut sesuai dengan karakteristik masing-masing usia serta kebutuhan yang berbeda akan bentuk dukungan emosi yang diperlukan. Kelompok usia remaja akan memiliki tingkat PTSD yang rendah apabila banyak mendapatkan dukungan empati (*mean* PTSD 30,40), sedangkan pada usia dewasa, tingkat PTSD dapat diminimalkan jika mereka banyak mendapat kasih sayang dari orang-orang disekitarnya (*mean* PTSD 19,00).

Kelompok usia baik remaja maupun dewasa mempunyai karakteristik yang berbeda dalam menunjukkan reaksi terhadap PTSD. Pada remaja, mereka lebih membutuhkan ungkapan empati dari orang-orang disekitarnya dikarenakan kondisi perasaan remaja yang masih labil dan mudah berubah. Dengan demikian, remaja lebih membutuhkan banyak pengertian dan empati dari orang disekitarnya sehingga mereka merasa dipahami dan untuk selanjutnya dapat mengurangi tingkat PTSD yang dialaminya. Meskipun remaja disebut sebagai usia yang labil atau usia krisis dimana terjadi banyak perubahan drastis dalam dirinya, namun remaja banyak memiliki teman sebaya sehingga dapat menyalurkan emosi dengan cara berbagi cerita dengan teman sebayanya.

Sedangkan pada usia dewasa, mereka lebih membutuhkan kasih sayang yakni berupa rasa aman dan nyaman serta adanya informasi yang diperlukan sebab orang dewasa tidak hanya memikirkan keselamatan diri mereka sendiri tetapi juga seluruh keluarganya pasca peristiwa traumatis. Orang dewasa akan lebih senang berkumpul dan menghabiskan waktu bersama keluarganya sehingga semua rasa takut dan traumanya dapat teratasi. Orang dewasa dapat memulai untuk beraktivitas kembali dan mengadakan rekonstruksi dengan baik jika keluarga yang disayanginya berada dekat dengan mereka dan terjamin keamanannya. Selain itu, sebagian besar kelompok dewasa mengaku sudah tidak terkejut (*shock*) dengan bencana yang dialami dikarenakan seringnya hal tersebut terjadi.

Berdasarkan penelitian, bentuk dukungan emosi yang paling banyak diterima oleh remaja adalah dukungan kasih sayang (30,77%). Hal yang perlu diperhatikan adalah kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa dukungan empati, bentuk dukungan yang lebih banyak diperlukan oleh remaja dalam meminimalkan tingkat PTSD, justru mendapat prosentase yang lebih kecil (15,38%). Keluarga, teman, masyarakat dan pihak terkait sebaiknya mampu mencukupi kebutuhan dukungan empati ini dengan fasilitas yang memadai. Misalnya saja, adanya konsultasi dan pendampingan dari psikolog atau pekerja sosial lain pasca peristiwa traumatis.

Sedangkan untuk kelompok dewasa, bentuk dukungan emosi yang paling banyak diterima adalah kasih sayang. Hal ini sudah sesuai dengan kebutuhan yang ada di lapangan. Hanya saja, hal yang perlu diperhatikan adalah bentuk dukungan perhatian yang hanya diterima sebesar 6,25%. Padahal bentuk dukungan perhatian adalah bentuk dukungan emosi terkuat kedua setelah kasih

sayang yang mampu meminimalkan tingkat PTSD. Maka, keluarga, teman, masyarakat dan pihak terkait perlu memberikan bentuk perhatian lebih kepada orang dewasa misalnya dengan bersedia untuk memberikan umpan balik (*feedback*) atas keluhan mereka serta memberikan bantuan yang berarti pada saat proses rekonstruksi.

Terdapat faktor-faktor lain yang turut mempengaruhi tingkat PTSD seseorang (Weems, Pina, Costa, dkk., 2007). Faktor-faktor seperti resiliensi dan kerentanan terhadap efek trauma, adanya riwayat kecemasan dan sifat mudah kecewa (Davidson dkk., 1985; Foy dkk., 1987 dalam Durand & Barlow, 2003), riwayat penganiayaan seksual pada masa kanak-kanak, keparahan trauma, derajat pemaparan, penggunaan respon coping aktif dalam menghadapi stressor traumatis, dan perasaan malu (Andrews, dkk., 2000; Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Nishith, Mechanic, & Resick, 2000; Prigerson, dkk., 2001; Regehr, Hill, & Glancy, 2000; Sherkansky dkk., 2000; Silve dkk., 2000 dalam Nevid dkk., 2005) serta kepribadian yang dimiliki oleh individu juga memiliki pengaruh besar dalam menentukan trauma akan berkembang menjadi PTSD atau tidak (Durand dan Barlow, 2003).

Kelebihan dari penelitian ini adalah sampel yang representatif. Artinya, peneliti terjun langsung ke lapangan untuk mencari subjek yang benar-benar mengalami kondisi erupsi Merapi dan dalam kurun waktu delapan bulan setelah peristiwa terjadi, sehingga trauma masih dapat digolongkan menjadi jenis *post-traumatic stress disorder* (PTSD). Bentuk-bentuk dukungan emosi yang diteliti ternyata mempunyai pengaruh yang berbeda-beda pula terhadap tingkat PTSD yang dialami penyintas. Hal ini dapat menjadi pertimbangan penting bagi penyintas yang menerima dukungan emosi maupun pihak terkait yang berkepentingan untuk membantu. Selain itu, banyaknya penelitian mengenai PTSD dapat memperkaya pembahasan dalam penelitian ini.

Kelemahan penelitian ini adalah jumlah subjek yang terbatas yakni hanya 45 orang. Sulitnya mendapat kelompok usia dewasa dikarenakan kesibukan subjek dalam membangun kembali desa mereka. Adapula subjek yang menolak menjadi responden dengan alasan sudah pernah mengisi skala yang hampir sama sebelumnya serta adanya penghindaran dari subjek yang mengaku tidak dapat membaca dan menulis. Dari sisi metode penelitian, sebaiknya menggunakan uji coba skala terlebih dahulu dengan subjek yang memiliki ciri-ciri yang sama dengan subjek yang menjadi responden penelitian. Selain itu, adanya faktor-faktor lain seperti faktor tipe kepribadian, jenis kelamin, dan pengalaman trauma di masa lalu perlu lebih diperhatikan. Hasil penelitian ini dapat digeneralisasikan kepada penyintas pada umumnya apabila disandingkan dengan penelitian lain yang serupa.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Ada perbedaan tingkat *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) ditinjau dari bentuk dukungan emosi.
2. Tidak ada perbedaan tingkat PTSD ditinjau dari kelompok usia remaja dan dewasa.
3. Ada interaksi antara bentuk dukungan emosi dan kelompok usia remaja dan dewasa terhadap tingkat PTSD.

Selain kesimpulan di atas, terdapat pula analisis tambahan yakni sebagai berikut:

1. Dukungan empati merupakan bentuk dukungan emosi yang paling kuat dalam meminimalkan tingkat PTSD pada remaja.
2. Dukungan kasih sayang merupakan bentuk dukungan emosi yang paling kuat dalam meminimalkan tingkat PTSD pada dewasa.
3. Dukungan kasih sayang merupakan bentuk dukungan emosi yang paling kuat dalam meminimalkan tingkat PTSD pada kedua usia.
4. Pada kedua usia, penyintas yang paling banyak ditemukan adalah dengan PTSD tingkat sedang. Rata-rata tingkat PTSD pada dewasa adalah lebih rendah daripada rata-rata tingkat PTSD pada remaja meskipun keduanya tidak berbeda secara signifikan yakni dengan selisih sebesar 4,88.
5. Pada remaja, dukungan yang paling banyak ditemukan adalah dukungan kasih sayang. Hal ini tidak sesuai dengan kebutuhan dukungan emosi yang paling diperlukan oleh remaja dalam meminimalkan tingkat PTSD yakni dukungan empati.
6. Pada dewasa, dukungan yang paling banyak diterima adalah dukungan kasih sayang. Hal ini sudah sesuai dengan kebutuhan mengingat bahwa dukungan kasih sayang merupakan bentuk dukungan emosi yang paling kuat dalam meminimalkan tingkat PTSD.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka dapat dikemukakan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Penyintas

Bagi penyintas, diharapkan dapat mengupayakan bentuk dukungan emosi yang diterima dalam rangka mengurangi resiko terhadap kemungkinan berkembangnya PTSD.

2. Bagi Masyarakat dan Pihak Terkait

Masyarakat dan pihak terkait yang turut bertanggungjawab dan peduli dengan penyintas bencana alam baik pekerja sosial, pemerintah maupun masyarakat umum diupayakan dapat memahami kebutuhan penyintas baik remaja maupun dewasa akan bentuk dukungan emosi yang diperlukan sehingga dapat membantu meminimalkan resiko PTSD yang mungkin diterima oleh penyintas.

Selain dukungan emosi, penyintas erupsi merapi juga sangat membutuhkan bantuan berupa materi dan informasi. Masyarakat dan pihak terkait disarankan pula untuk memberikan perlakuan yang sesuai dengan usia penyintas serta menyediakan berbagai bentuk dukungan emosi yang

lain yang terkait satu sama lain sehingga akan lebih efektif dalam penerapannya.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, khususnya ilmuwan psikologi yang tertarik untuk mengadakan tema penelitian yang sama, diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi dan bahan acuan dalam penelitian. Peneliti menyarankan untuk meningkatkan kualitas penelitian dengan cara menambah jumlah sampel, memperluas ruang lingkup penelitian, dan memperhatikan faktor-faktor lain yang belum diungkap pada penelitian ini. Misalnya karakteristik kepribadian individu, riwayat gangguan dan riwayat trauma individu, dan berat-ringannya stresor.

Daftar Pustaka

- Agustin, Rin Widya. 2010. Pedoman Penanggulangan Kesehatan Mental Pasca Bencana. *Paper*. Surakarta: Tidak Diterbitkan
- Alisjahbana, Anna, M. Sidharta, MAW Brouwer. 1977. *Menuju Kesejahteraan Jiwa*. Jakarta: Gramedia
- Anderson, Tanya. 2005. PTSD in Children And Adolescents. *Paper*. Retrieved March,28,2011,from www.uic.edu/cuppa/gci/publications/workingpaperseries/pdfs/anderson_05-04.pdf
- Atkinson, Rita L., Richard C. Atkinson, Ernest R. Hilgard. 2005. Pengantar Psikologi Edisi Kedelapan Jilid 1. *Terjemahan*. Jakarta: Erlangga
- Ayala, Juan Luis Martin., Joaquin de Paul Ochotorena. 2005. Post-Traumatic Stress Disorder in Victims of Traumatic Events. *Psychology in Spain*. Vol. 9 No.1, 57-62
- Baron, Robert A., Donn Byrne. 2005. Psikologi Sosial Jilid 2 Edisi Kesepuluh. *Terjemahan*. Jakarta: Erlangga.
- Bonnano, George A., Sandro Galea, Angela Bucciarelli, David Vlahov. 2007. What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life-Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 75 No. 5, 671-682
- Briere, John., Catherine Scott. 2006. *Principles of Trauma Therapy A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment*. California: Sage Publications
- Cahyono, Wahyu., Nathanael Sumampouw. 2009. Psychological First Aid: Sebuah Pengantar. *Artikel*. Retrieved May, 28, 2011, from www.ui.ac.id/fpsi/artikel/PFA_rev_puskris_04_09_2009.pdf
- Cavanaugh, John C., Fredda Blanchard-Fields. 2006. *Adult Development And Aging Fifth Edition*. USA: Thomson Learning, Inc

- Cohen, Sheldon., S. Leonard Syme. 1985. *Social Support and Health*. London: Academic Press
- Creasoft. 2008. *Dukungan Sosial*. Retrieved November 20, 2010. from [www.creasoft.wordpress.com/Dukungan Sosial>>Referensi Kesehatan.htm](http://www.creasoft.wordpress.com/DukunganSosial>>ReferensiKesehatan.htm)
- Dalley, Dennis C. 2001. *Clinician's Guide to Mental Illness International Edition*. Singapore: McGraw-Hill
- Data Penduduk Desa Umbulharjo Pasca Bencana Letusan Merapi Tahun 2011. Yogyakarta: Tidak Diterbitkan
- Data Pusat Vulkanologi dan Mitigasi Bencana Geologi DIY Tahun 2010
- Denson, Thomas F., Grant N. Marshall, Terry L. Schell, Lisa H. Jaycox. 2007. Predictors of Posttraumatic Distress 1 Year After Exposure to Community Violence: The Importance of Acute Symptom Severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 75 No.5, 683-692
- Davison, Gerald C., John M. Neale. 2001. *Abnormal Psychology Eighth Edition*. USA: John Wiley and Sons, Inc
- Desmita. 2007. *Psikologi Perkembangan*. Rosda: Bandung
- Durand, V. Mark., David H. Barlow. 2003. *Essentials of Abnormal Psychology Third Edition*. Canada: Thomson Learning, Inc
- Edy Widiyatmadi. 2001. Perang dan Trauma Psikososial Pada Anak-anak. *Psikodimensia Kajian Ilmiah Psikologi*. Volume 2 No.1, 79-87
- Emmons, Robert A., Patricia M. Colby. 1995. Emotional conflict and Well-Being to Perceived Availability, Daily Utilization, and Observer Reports of Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 68 No. 5, 947-959
- Halgin, Richard P., Susan Krauss Whitbourne. 1994. *Abnormal Psychology The Human Experience of Psychological Disorder*. USA: Harcourt Brace & Company
- Herbert, Martin. 2006. *Clinical Child And Adolescent Psychology From Theory to Practice Third Edition*. England: John Wiley & Sons, Ltd
- Hurlock, Elizabeth B. 2006. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga
- Jie, Ma Wen. 2011. *PTSD Symptoms in Adults*. Retrieved March, 28, 2011 from [www.eHow.com/about_5089395 PTSD-symptoms-adults](http://www.eHow.com/about_5089395_PTSD-symptoms-adults)
- Kaplan, Harold I., Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb. 1997. Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua. *Terjemahan*. Jakarta: Binarupa Aksara

- Keputusan Walikota Yogyakarta Nomor 669 Tahun 2007 Tentang Rencana Aksi Daerah Pengurangan Risiko Bencana Kota Yogyakarta Tahun 2007-2011
- King, Laura A. 2008. *The Science of Psychology An Appreciative View*. New York: McGraw-Hill
- Kurniya Lestari. 2007. *Hubungan Antara Bentuk-bentuk Dukungan Sosial Dengan Tingkat Resiliensi Penyintas Gempa di Desa Canan Kecamatan Wedi Kabupaten Klaten*. Skripsi (tidak diterbitkan). Semarang: Universitas Diponegoro
- Lahey, Benjamin B. 2009. *Psychology: An Introduction*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Masbow. 2009. *Apa itu dukungan sosial?* Retrieved November 20, 2010. from www.masbow.com/apa-itu-dukkungan-sosial.html
- Monks, F.J., A.M.P. Knoers, Siti Rahayu Haditono. 2004. *Psikologi Perkembangan Pengantar Dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: UGM Press
- Nevid, Jeffrey S., Spencer A. Rathus, Beverly Greene. 2005. Psikologi Abnormal Jilid 1. *Terjemahan*. Jakarta: Erlangga
- Papalia, Diane E., Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman. 2008. Human Development (Psikologi Perkembangan) Edisi Kesembilan. *Terjemahan*. Jakarta: Kencana
- Pikunas, John. 1976. *Human Development An Emergence Science*. USA: McGraw-Hill
- Roussos, Alexandra., Armen K. Goenjian, Alan M. Steinberg, Christina Sotiropoulou, Marina Kakaki, Christos Kabakos, Stavruolla Karagianni, Vagelis Manouras. 2005. Posttraumatic Stress and Depressive Reactions Among Children and Adolescents After The 1999 Earthquake in Ano Liosia, Greece. *The American Journal of Psychiatry*. Volume 162 No.3, 530-537
- Ruchkin, Vladislav., Mary Schwab-Stone, Stephanie Jones, Domenic V. Cicchetti, Roman Koposov, Robert Vermeiren. 2005. Is Posttraumatic Stress in Youth a Culture-Bound Phenomenon? A Comparison of Symptom Trends in Selected U.S. and Russian Communities. *The American Journal of Psychiatry*. Volume 162 No.3, 538-550
- Saarni, Carolyn. 1999. *The Development of Emotional Competence*. New York: Guilford Press
- Santrock, John W. 1999. *Life-Span Development Seventh Edition*. USA: McGraw-Hill
- _____. 2007. *Adolescence Eleventh Edition*. New York: McGraw Hill
- Sarwono, Sarlito Wirawan. 2002. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Pers

- Sarwono, Sarlito Wirawan., Eko Meinarno. 2009. *Psikologi Sosial*. Jakarta: Salemba Humanika
- Sears. David O., Jonathan L. Freedman, L. Anne Peplau. 2006. Psikologi Sosial Edisi Kelima Jilid 1. *Terjemahan*. Jakarta: Erlangga
- Shaw, Benjamin A., Neal Krause, Linda M. Chatters, Cathleen M. Connell, Berit Ingersol-Dayton. 2004. Emotional Support From Parents Early in Life, Aging, and Health. *Psychology and Aging*. Vol. 19 No. 1, 4-12
- Supraktiknya. 1995. *Mengenali Perilaku Abnormal*. Kanisius: Yogyakarta
- Taufik. 2005. Memahami Psikososio-Spiritual Korban Bencana Di Nanggroe Aceh Daarussalaam. *Jurnal Psikologi Undip*. Vol. 2 No. 1, 48-54.
- Taylor, Shelley E., 2006. *Health Psychology Sixth Edition*. Singapore: McGraw-Hill
- The National Child Traumatic Stress. 2004. Childhood Traumatic Grief Educational Materials. *Artikel*. Retrieved March, 20, 2011 from www.NCTSNet.org/childhood_traumatic_grief.pdf
- VandenBos, Gary R. 2007. *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychiatric Association
- Vitkus, John. 2004. *Casebook in Abnormal Psychology Fifth Edition*. New York: McGraw Hill
- Wade, Carole, Carol Tavris. 2007. Psikologi Edisi Kesembilan Jilid 2. *Terjemahan*. Jakarta: Erlangga
- Warsiki, Endang. 2008. Deteksi Dini Depresi Anak dan Remaja. *Anima, Indonesian Psychological Journal*. Vol. 23 No. 2 , 189-200
- Weems, Carl F., Armando A. Pina, Natalie M. Costa, Sarah E. Watts, Leslie K. Taylor, Melinda F. Cannon. 2007. Predisaster Trait Anxiety and Negative Affect Predict Posttraumatic Stress in Youth After Hurricane Katrina. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 75 No. 1, 154-159
- Weiss, Daniel., Charles Marmar. 1997. Retrieved March, 28, 2011 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2259224/>
- Wenar, Charles., Patricia Kerig. 2007. *Developmental Psychopatology From Infancy Trough Adolescence*. New York: McGraw-Hill
- Yayasan Pulih. 2010. Bantuan Psikologis Awal Bagaimana Anda Bisa Membantu Penyintas Bencana Alam. *Slide*. Retrieved May 28, 2011, from www.pulih.or.id/info/