

GEJALA *POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER* (PTSD) PASCATSUNAMI ACEH TAHUN 2004 DITINJAU DARI USIA PAPARAN BENCANA

Syarifah Zainab

Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Aceh
syarifah.zainab@unmuba.ac.id

Abstrak

Bencana alam mengakibatkan konsekuensi terhadap kesehatan mental penyintas, yakni banyak yang mengalami gejala PTSD. Gejala PTSD dapat berkurang, bertahan bahkan bertambah hingga 14 tahun pasca bencana. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah usia saat terpapar bencana memberi pengaruh terhadap berkembangnya gejala PTSD pascatsunami Aceh 2004. Menggunakan metode kuantitatif, data diperoleh dari instrumen *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Specific* (PCL-S) pada partisipan sebanyak 300 subjek dengan usia 10-25 tahun ($N=90$, $SD=4.76$), usia 26-50 ($N=110$, $SD=6.69$), dan usia 51 tahun ke atas ($N=100$, $SD=7.04$). Data dianalisis menggunakan ANOVA tiga jalur. Diperoleh kesimpulan bahwa usia paparan trauma memiliki pengaruh terhadap perkembangan gejala PTSD. Pasca 10 tahun Tsunami, gejala trauma tidak ditemukan pada usia paparan anak-anak melainkan mereka yang terpapar saat usia dewasa.

Kata Kunci : *Pos-traumatic Stress Disorder, Usia, Tsunami Aceh*

Latar Belakang

Bencana Tsunami tahun 2004 di Aceh merupakan bencana besar yang menyebabkan 131.029 orang meninggal dunia, 38.786 dinyatakan hilang, dan sejumlah 504.518 orang harus mengungsi (Vermetton, Van Middelkoop, Taal, & Carll, 2007; Doocy, Rofi, Moodie, Spring, Bradley, Burnham, & Robinson, 2007) dan menyebabkan kerusakan yang parah di provinsi pertama Indonesia. Tidak hanya itu, bencana Tsunami juga meninggalkan penderitaan bagi korban yang masih bertahan hidup. Tidak jarang mereka yang bertahan hidup setelah bencana mengalami trauma dan mengembangkan gejala *posttraumatic stress disorder* (PTSD). PTSD berkembang oleh karena individu tidak mampu mengatasi pukulan emosional akibat ancaman ataupun tekanan dari peristiwa traumatik yang dapat mengancam individu untuk bertahan hidup (Wang, Fu, Wu, Ma, Sun, Huang, Hashimoto, & Gao, 2012). Bencana bukan hanya mengenai permasalahan kerugian atas kerusakan yang terjadi, tetapi juga mengenai masalah psikologis yang dialami oleh korban yang masih bertahan hidup pascabencana.

PTSD dapat terjadi pada siapa saja dan pada usia berapa saja yang terpapar langsung dengan peristiwa traumatik. Penelitian menyebutkan bahwa anak dan remaja lebih banyak

mengalami masalah kesehatan mental setelah terjadinya suatu peristiwa traumatik (Wang, *et al*, 2012). Sebuah penelitian dilakukan pascabencana badai di Florida yang menemukan bahwa setelah beberapa tahun bencana terjadi, anak-anak yang masih bertahan hidup masih mengalami PTDS (Nolen-Hoeksema, 2001). Hal ini disebabkan karena anak-anak secara umum lebih rentan atau lebih peka dari pada orang dewasa ketika dihadapkan pada pengalaman traumatik (Liu, Wang, Shi, Zhang, Zhang, & Shen, 2011).

Anak-anak lebih rentan dan dapat lebih kronis mengalami PTSD disebabkan karena sistem neurofisiologis, modulasi stress dan sistem regulasi emosional mereka masih dalam proses perkembangan (De Young & Kenardy, 2013). Pada anak-anak dan remaja yang masih usia sekolah, PTSD memberi dampak pada menurunnya kemampuan belajar anak. Sedangkan pada orang dewasa/orang tua, PTSD memengaruhi kemampuan orangtua dalam mengasuh dan merawat anak-anaknya (Suboh, 2008).

Banyak peristiwa traumatik yang dapat memicu berkembangnya PTSD, yakni berupa peristiwa perampokan, penganiayaan fisik, kematian yang tragis, kecelakaan, perang, kebakaran, pengungsian, kekerasan seksual, penyiksaan, dan bencana lainnya seperti cedera dan kerusakan yang diakibatkan oleh bencana alam maupun bencana yang disengaja oleh manusia (Hirini, Flett, Long, & Millar, 2005; Fields, 2007). Begitu pula yang terjadi di Aceh, Tsunami yang menimpa Aceh merupakan peristiwa yang memberi efek pengalaman traumatik bagi individu yang menyaksikan atau menjadi korban pada peristiwa tersebut.

Adapun resiko yang diakibatkan oleh PTSD yaitu rendahnya inteligensi yang berhubungan dengan kapasitas *working memory* (Brewin, & Holmes, 2003), merusak kelekatan, kepercayaan, empati, dan gaya hubungan (*relationship style*), demoralisasi atau degradasi moral yang merusak harga diri sebagai akibat dari pengalaman traumatik seperti penyiksaan, kekerasan, ataupun agresivitas (Nader, 2008), penyalahgunaan dan ketergantungan zat adiktif, depresi berat, skizofrenia, gangguan kecemasan, rendah pada fungsi sosial, kepuasan hidup rendah (Cusack, Grubaugh, Knapp, & Frueh, 2006), gangguan makan, gangguan autoimun, gangguan fungsi akademik, hingga bunuh diri (Hunter, 2010; Anderson, 2005). Namun, resiko PTSD tersebut tidak seketika muncul, melainkan dapat menjadi akut ataupun kronis yakni timbul setelah tiga bulan pasca mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatik, tertunda setelah enam bulan, atau dapat terus berlangsung selama bertahun-tahun (Santiago dkk, 2013).

Konsekuensi dari peristiwa traumatik dapat bertahan tiga hingga enam tahun pasca bencana. Banyak individu yang bisa segera bangkit setelah peristiwa traumatik terjadi, namun masih ada yang mengalami gangguan stress pascatrauma dengan waktu yang lebih

panjang. Gejala PTSD dapat berkurang ataupun bertambah tergantung penanganan yang diberikan kepada individu (Oltmanns & Emery, 2013) serta dukungan sosial yang positif dari lingkungan sekitar (Dirkzwager, Bramsen, & Van Der Ploeg, 2003). Seperti yang terjadi di Virginia Barat, dari 60% yang menderita PTSD akibat bencana banjir, 25% penduduk pasca 14 tahun bencana tersebut masih menderita PTSD (Nolen-Hoeksema, 2001). Penelitian lain juga menemukan pasca 14 tahun peristiwa *Three Mile Island*, beberapa korban masih menunjukkan efek psikologis yang diakibatkan bencana tersebut (Solomon, 1992). Ini berarti bahwa tidak menutup kemungkinan pasca 10 tahun Tsunami di Aceh masih tersisa gejala-gejala trauma pada korban yang mungkin tidak memperoleh bantuan psikososial, khususnya daerah-daerah yang jauh dari jangkauan pihak yang bersangkutan dalam penanganan trauma pascabencana.

Gejala PTSD masih menetap pada beberapa individu disebabkan karena banyak faktor. Hal tersebut disebabkan karena setiap individu memiliki respon yang berbeda-beda pada saat menyaksikan atau dihadapkan dengan peristiwa traumatik. Respon tersebut dapat berbeda dikarenakan perbedaan dari segi usia, persepsi, pemahaman individu terhadap peristiwa traumatik, perkembangan kognisi, perhatian, keterampilan sosial, konsep diri, harga diri, kontrol impuls, kepribadian (Anderson, 2005), kohesi, maupun kemampuan adaptasi dalam sebuah keluarga, serta dukungan sosial yang positif (Birmes, Raynaud, & Daubisse, 2009; Schexnaldre, 2011).

Dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa gejala PTSD masih muncul dalam kurun waktu tertentu. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa 32%-57% responden dari populasi penelitian tentang trauma yang dilakukan di Aceh, banyak individu yang masih mengalami kecemasan, stress, dan depresi (Musa dkk, 2014). Ini menjadi hal yang menarik untuk diteliti lebih lanjut. Dengan jumlah bantuan yang tidak sedikit dari dalam maupun dari luar negeri, ternyata gejala-gejala dari trauma tersebut masih ada hingga saat ini. Selain itu, perbedaan pendapat mengenai lama tidaknya gejala PTSD bertahan pada setiap individu menjadi menarik untuk diteliti lebih lanjut.

Dengan adanya penelitian ini maka akan dapat menambah referensi mengenai gejala PTSD yang masih muncul ditinjau dari perbedaan usia paparan peristiwa traumatik itu terjadi. Selain itu, dengan mengetahui gejala PTSD yang masih muncul setelah jangka waktu yang panjang, diharapkan akan ada penanganan lebih lanjut atau intervensi yang dapat diberikan pada penyintas.

Tinjauan Pustaka

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Trauma merupakan pengalaman individu baik menyaksikan, mengalami ataupun dihadapkan langsung dengan suatu peristiwa atau kejadian yang melibatkan cedera serius atau kematian, ataupun adanya ancaman serius terhadap integritas fisik pada diri sendiri atau orang lain. (Carson, Paulus, Lasko, Metzger, Wolfe, Orr, & Pitman, 2000). Pengalaman traumatik yang dialami individu berkaitan dengan berkembangnya sebuah gangguan yang disebut dengan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (Carson, *et al*, 2000).

Dijelaskan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV), PTSD merupakan gangguan dengan gejala yang berkembang yang disebabkan oleh stressor traumatik, yang melibatkan ancaman kematian atau kecelakaan serius baik menyaksikan atau mengalami sendiri, ancaman pada integritas fisik diri sendiri atau orang lain, menghadapi kekerasan atau kematian yang tak terduga, bahaya, ancaman kematian atau kecelakaan yang dialami oleh anggota keluarga atau orang-orang terdekat lainnya.

PTSD terjadi karena adanya peristiwa traumatik yang sifatnya negatif dan menghasilkan respon emosional yang negatif pula. Peristiwa yang dialami individu merupakan informasi baru dimana individu harus mengintegrasikan perubahan akibat informasi baru tersebut untuk mencapai keseimbangan. Dalam proses mencapai keseimbangan, individu terus-menerus mengulang informasi yang disimpan dalam memori yang kemudian dibawa ke kesadaran. Ingatan yang diulang-ulang tersebut berkaitan dengan respon emosional negatif (Van velsen, 2007). Jika individu tidak mampu mengatasi pukulan emosional negatif tersebut, maka akan berkembang menjadi gangguan PTSD.

Gejala umum yang muncul pada PTSD yaitu gangguan tidur, mimpi buruk (Tacket, 2009), tekanan/kesedihan yang mendalam, ingatan yang mengganggu, kehilangan ingatan pada beberapa peristiwa (Wang, *et al*, 2008; Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003), halusinasi pendengaran atau penglihatan pada pengalaman traumatik (Hamner, 2011), cemas, *hypervigilance*, respon kejut yang berlebihan, mudah marah, sulit berkonsentrasi, dan kesulitan dalam menyelesaikan tugas (American Psychiatric Association, 2000).

Berat tidaknya gejala PTSD dapat dipengaruhi oleh empat faktor berikut (Denson, Marshall, Shcell, & Jaycox, 2007), yaitu: 1) Karakteristik demografis yang berupa jenis kelamin, etnis, pendidikan, usia, bahasa asli, dan status sosial ekonomi. 2) Faktor psikologis sebelum trauma terjadi, yakni pengalaman individu terhadap paparan stress dan psikopatologi yang pernah terjadi sebelumnya, serta kepribadian yang nantinya akan

mempengaruhi kemampuan individu untuk bangkit kembali setelah trauma. 3) Karakteristik peristiwa traumatik terkait dengan bagaimana keparahan cedera, seberapa lama perawatan di Rumah Sakit, dan bagaimana terjadinya cedera tersebut. 4) Reaksi terhadap peristiwa traumatik. Ini terkait dengan bagaimana reaksi individu selama peristiwa traumatik terjadi dan disosiasi peritraumatik, dimana hal tersebut dapat mempengaruhi bagaimana penyesuaian individu terhadap trauma.

Gangguan dikatakan akut apabila gejala berlangsung selama kurang dari tiga bulan. Dikatakan kronis apabila gejala berlangsung selama lebih dari tiga bulan. Dikatakan dengan onset tertunda, yaitu gejala muncul setidaknya enam bulan setelah stressor.

Usia dan Gejala PTSD

Usia perkembangan dilihat melalui usia individu, di mana di usia tersebut individu terpapar peristiwa traumatik, sehingga anggapannya adalah pada saat ini usia individu sudah bertambah 10 tahun dari usia pada saat mengalami peristiwa traumatik.

Anak-anak adalah mereka yang memiliki rentang usia 2 – 11 tahun (Berk, 2007). Remaja adalah mereka yang berusia 10 – 18 (American Psychological Association, 2002). Sedangkan dewasa adalah mereka yang berusia 18 – 65 tahun (Berk, 2007). Robinson (2015) membagi rentang usia perkembangan manusia kedalam beberapa tahap, yaitu konsepsi-prenatal 0 tahun, bayi dimulai dari lahir - 24 bulan, balita 1 – 3 tahun, usia awal sekolah 4 – 6 tahun, pertengahan anak-anak 7 – 12 tahun, remaja awal 13 – 18 tahun, remaja akhir 19 – 25 tahun, dewasa awal 26 – 35 tahun, dewasa pertengahan 36 – 50 tahun, dewasa akhir 51 – 75 tahun, lansia 75 keatas.

Salah satu faktor penentu berat tidaknya gejala PTSD adalah faktor demografis yang di dalamnya termasuk faktor usia. Anak-anak lebih rentan terhadap paparan peristiwa traumatik. Gempa Armenian pada tahun 1988 mengakibatkan 26% anak-anak menderita gejala PTSD yang parah pasca satu setengah tahun terjadinya bencana (Neria, Nandi, & Galea, 2007). Pada Tsunami dan gempa di Aceh, sebuah penelitian mengatakan bahwa anak-anak berusia 12 hingga 17 tahun lebih cemas dan merasa stres dibandingkan dengan kelompok usia lainnya (Musa, *et al*, 2014). Anak dan remaja usia 12–17 tahun merupakan usia yang rentan dan paling banyak didiagnosa mengalami gangguan psikiatrik. Pada penelitian lainnya mengatakan bahwa resiko PTSD pasca bencana lebih besar resikonya setelah usia anak mencapai 13 tahun (Maercker, Michael, Fehm, Becker, & Margraf, 2004; Knopf, Park, & Mulye, 2008; Mohammadi, Alavi, Gharaei, Tehranidoost, Shahrivar, & Saadat, 2008; Stagman & Cooper, 2010).

Usia berpengaruh terhadap PTSD, di mana ada perbedaan dalam cara merespon trauma antara anak-anak, remaja, dan orang dewasa. Hal ini dikarenakan adanya perbedaan perkembangan kognitif, perkembangan emosional, perkembangan perilaku, dan perkembangan sosial disetiap periode usia. Dibandingkan anak-anak yang tidak pernah terpapar peristiwa traumatik, anak-anak yang pernah terpapar peristiwa traumatik hampir dua kali lipat lebih rentan mengalami gangguan kejiwaan (Fairbank, 2008). Hasil penelitian pascagempa Kobe di Jepang tahun 1995 mengindikasikan bahwa gejala PTSD banyak dialami oleh anak-anak pasca terpapar peristiwa traumatik. Trauma secara psikis dapat menghambat perkembangan emosional anak. Anak-anak masih belum memiliki keterampilan yang memadai dalam mengatasi stres atau peristiwa traumatik di kehidupannya, ini menjadi sebab mengapa anak-anak lebih rentan terhadap gejala PTSD. Gejala itu sendiri beberapa berbeda dengan gejala yang ditampilkan oleh orang dewasa.

Pada anak terdapat gejala mengalami kembali peristiwa traumatik yang pernah dialaminya melalui mimpi buruk ataupun mengulang kejadian tersebut pada saat anak bermain, secara persisten menghindari segala ingatan tentang peristiwa traumatik, dan secara persisten *hyper-arousal* seperti mudah marah, mengalami gangguan tidur, respon kejut yang berlebihan, mengompol, dan menjadi sangat manja pada orang tua atau orang dewasa lainnya. Sedang reaksi stress pascatrauma pada anak-anak dibedakan menjadi tiga faktor, yakni pertama faktor yang terdiri dari ketakutan dan kecemasan, kedua yaitu faktor depresi dan gejala fisik, ketiga yaitu dari faktor tanggung jawab sosial (Wang, *et al*, 2012; Uemoto, Asakawa, Takamiya, Asakawa, & Inui, 2012; De Young, & Kenardy, 2013; National Institute of Mental Health, 2014).

Pada remaja, mereka mungkin lebih beresiko teradap PTSD dibanding anak-anak yang lebih muda atau dengan lansia (Solomon, 1992). Remaja yang mengalami trauma memiliki kemungkinan besar mengalami gangguan suasana hati, gangguan perilaku, gangguan perhatian, kelekatan, kontrol impuls, ataupun gangguan sensitivitas baik fisik maupun psikologis. Remaja yang mengalami PTSD, berdasarkan penelitian mengalami peningkatan terhadap resiko depresi, agresi dan gangguan perilaku mayor. Gangguan tersebut jika tidak tertangani dengan baik maka akan mengakibatkan terganggunya proses akademik, putus sekolah hingga percobaan bunuh diri. Gejala PTSD pada remaja tidak berbeda jauh dengan orang dewasa. Gejala yang diperlihatkan yaitu mimpi buruk, *flashback*, peningkatan kecemasan dan gairah emosional (*hyperarousal*), menghindari hal yang mengingatkan trauma, menurunnya tingkat sensitivitas atau mati rasa secara emosional (*emotional numbing*), mudah tersinggung, mudah marah, dan menurunnya tingkat konsentrasi (Gerson, & Rappaport, 2013).

Individu yang hidup dalam ingatan pada peristiwa traumatik di masa lalu akan mengembangkan beberapa atau bahkan keseluruhan dari gejala PTSD. Otak akan terus-menerus mengakses informasi dari luar sebagai sesuatu yang berbahaya. Hal tersebut terjadi karena meningkatnya reaksi kewaspadaan pada individu yang mengalami PTSD. Jika hal tersebut terus berlanjut akan menyebabkan kerusakan otak. Terlebih lagi jika PTSD terjadi pada usia anak-anak. Pada usianya, anak-anak sedang tumbuh dan berkembang, baik itu berkaitan dengan dirinya sendiri maupun hubungannya dengan orang lain. Akibatnya adalah akan menghambat perkembangan otak anak dan tidak dapat sepenuhnya membangun integritas pribadinya (Howard & Crandall, 2007). Selain itu, PTSD memberi pengaruh pada perilaku anak dan remaja. Mereka menampilkan perilaku yang buruk atau negatif, memiliki hubungan yang buruk dengan teman sebayanya dan terganggu dalam hal pencapaian akademik (Anderson, 2005).

Pada usia lanjut, masih sulit ditemukannya literatur yang membahas akibat trauma pada usia lanjut tersebut, khususnya trauma akibat bencana alam. Padahal, lansia merupakan kelompok usia yang beresiko dalam kaitannya dengan bencana (Neria, Nandi, & Galea, 2007).

Gejala yang diperlihatkan pada orang dewasa atau lansia lebih kompleks dibanding anak-anak dan remaja, yakni, tekanan dari kilas balik (*flashback*) peristiwa traumatik, mimpi buruk dan teror di malam hari, kesulitan tidur, amnesia pada sebagian ingatan, ingatan atau memori yang terpecah, penggenangan afektif dan mati rasa secara psikis, perilaku yang merusak diri sendiri, membenci diri sendiri, terganggu ingatan, tekanan psikologis secara intens, merasa tidak lekat dengan siapapun, waspada berlebihan, respon kejut berlebihan, sulit berkonsentrasi, mudah marah, dan frekuensi agresi menurun (Peters, & Kaye, 2003). Perbedaan reaksi antara anak-anak dan orang dewasa tersebut terjadi karena adanya perbedaan pemrosesan pengalaman traumatik (Maercker, Michael, Fehm, Becker, & Margraf, 2004).

Oleh sebab itu, dari penelitian-penelitian sebelumnya, dapat dikatakan bahwa semakin muda usia individu terpapar peristiwa traumatik, maka semakin beresiko individu untuk terserang berbagai masalah psikologis. Efek dari sebuah peristiwa traumatik yang dialami oleh bayi hingga remaja akan memberikan dampak yang panjang bagi individu hingga usia dewasa. Sehingga akibatnya dapat meluas hingga seumur hidup seperti depresi, PTSD, penyalahgunaan zat, menurunnya pencapaian kerja, hingga buruknya kesehatan. Prevalensi PTSD lebih kronis jika terjadi pada awal kehidupan, kemudian memuncak pada

masa awal dewasa, dan pada akhirnya menurun seiring bertambahnya usia (Fairbank, 2008; Christiansen & Elklit, 2012).

Metode Penelitian

Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode deskriptif, dimana data yang digunakan berupa angka-angka dan dianalisis menggunakan statistik untuk mengetahui gambaran data dan perbedaannya dari masing-masing variabel yang diteliti (Hartono, 2010).

Subjek penelitian

Subjek adalah masyarakat dari sebagian kecil desa yang paling parah terkena dampak dari Tsunami, yaitu Desa Ulee Lheu, Desa Lambaro, Desa Tibang, dan Desa Nusa (Lhoknga). Subjek adalah mereka yang mengalami langsung peristiwa Tsunami, menjadi korban dan kehilangan beberapa anggota keluarganya.

Subjek penelitian sebanyak 300 subjek ($N = 300$). Subjek terdiri dari kelompok (I) anak hingga remaja akhir (10-25 tahun), kelompok (II) dewasa awal hingga dewasa pertengahan (26-50 tahun), dan kelompok (III) dewasa akhir atau lansia (51 tahun keatas). Rata-rata usia dari partisipan kelompok I adalah 18.43 tahun ($SD = 4.76$) dengan persentase sebesar 30%. Rata-rata usia partisipan pada kelompok II adalah 37.4 tahun ($SD = 6.69$) dengan persentase sebesar 37%, dan rata-rata usia partisipan pada kelompok III adalah 59.09 tahun ($SD = 7.04$) dengan jumlah persentase sebesar 33%.

Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel gejala PTSD adalah *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Specific* (PCL-S, Weathers, Huska, Keane, 1991). PCL-S terdiri dari 17 item mengenai gejala-gejala yang berkaitan dengan pengalaman stress atau pengalaman yang menyebabkan trauma pada individu. PCL-S bertujuan untuk menghubungkan gejala dengan peristiwa spesifik di masa lalu sehingga dapat menilai paparan peristiwa traumatik tersebut yang mengarah pada gejala-gejala dari PTSD sendiri. PCL-S menunjukkan tingkat sensitivitas sebesar 0,98, dengan spesififikasi 0,87 serta keberhasilan keseluruhan diagnostik sebesar 0,94 (National Center of PTSD, 2012). Salah satu contoh item dari PCL-S, yaitu: “Berulang-ulang terganggu dengan kenangan, pikiran, atau gambaran tentang pengalaman yang menakutkan”. Dari pernyataan-pernyataan tersebut kemudian responden diminta untuk memberi tanda pada kolom yang disediakan sesuai

dengan dirinya. Masing-masing dari pilihan jawaban tersebut diberi penilaian 1 - 5, yakni (1) tidak pernah sama sekali, (2) pernah, (3) kadang-kadang, (4) sering, (5) sangat sering sekali. Rentang perolehan skor mulai dari 0 – 85, semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tinggi tingkat gejala PTSD pada individu. Hasil uji coba instrumen kepada penyintas Tsunami di Aceh diperoleh indeks reliabilitas sebesar 0.865 (> 0.70). Dengan demikian, instrument PCL-S dapat digunakan secara konsisten pada penyintas Tsunami di Aceh. Dari hasil uji coba tersebut, dua item gugur karena memiliki nilai < 0.3 sehingga dalam penelitian hanya menggunakan 15 item dari 17 item yang tersedia.

Analisa data

Analisis data yang digunakan adalah Anova satu jalur (Ghozali, 2011). Teknik analisa tersebut digunakan untuk menguji perbedaan *mean* dari tiga kelompok sampel atau lebih dengan satu variabel independen dan satu variabel dependen.

Hasil Penelitian

Dari hasil uji statistik deskriptif, rata-rata gejala PTSD subjek penelitian pada usia 10-25 tahun memiliki total rata-rata gejala PTSD 29,311 (SD = 8.086), usia 26-50 tahun 29.427 (SD = 7.609), dan usia 51 tahun keatas 37.52 (SD = 10.464). Keseluruhan data dari subjek penelitian, total rata-rata gejala PTSD yaitu 32.09 (SD = 9.57). Kelompok usia 51 tahun ke atas adalah kelompok usia yang paling berbeda ketika dibandingkan diantara ketiga kelompok tersebut.

Tabel 1. Mean dan Standar Deviasi Usia Terhadap Gejala PTSD

Karakteristik	PTSD	
	M	SD
Usia		
10-25 Tahun	29.311	8.086
26-50 Tahun	29.427	7.609
51 Tahun >	37.52	10.464

Hasil yang diperoleh dari uji statistik menunjukkan bahwa ada pengaruh perbedaan usia terhadap gejala PTSD ($p = 0.000 < \alpha = 0.05$). Dari ketiga kelompok usia yang masih masuk dalam kategori tinggi pada PTSD adalah kelompok usia 51 tahun ke atas (1.3%).

Tabel 2. Pengaruh Usia Terhadap Gejala PTSD

	F hitung	p-value
Faktor Utama		
Usia	27.038***	0.000

Pembahasan

Penelitian ini didesain untuk mengetahui pengaruh usia terhadap gejala PTSD pada penyintas Tsunami Aceh tahun 2004 lalu. Dari hasil penelitian, usia berpengaruh terhadap gejala PTSD. Usia saat terpapar peristiwa traumatik berpengaruh terhadap timbulnya gejala PTSD. Anak-anak dan remaja merupakan kelompok usia yang paling rentan mengalami peristiwa traumatik (Hamblen & Barnett, 2014). Mereka merupakan usia yang paling sering menjadi korban atas peristiwa traumatik yang apabila tidak diberi penanganan dengan baik maka mereka akan menampilkan gejala-gejala dari PTSD.

Hasil dari penelitian diperoleh bahwa usia saat terpapar trauma berpengaruh terhadap meningkat atau menurunnya gejala PTSD bahkan hingga 10 tahun pasca terjadinya Tsunami. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang dijelaskan dalam hal usia, di mana anak-anak dan remaja merupakan usia yang rentan mengalami PTSD. Hasil penelitian menyebutkan bahwa yang masih mengalami gejala PTSD adalah kelompok usia 51 tahun keatas yang pada saat Tsunami terjadi mereka berusia diantara 40 hingga 50 tahun. Meskipun tidak banyak, dari 100 partisipan untuk kelompok usia, sebanyak 1,3% masih mengalami gejala PTSD.

Anak-anak dan remaja seringkali menjadi pusat perhatian pasca bencana. Orang yang lebih tua dianggap lebih *resilience* atau lebih tangguh untuk bangkit kembali setelah bencana. Sehingga mereka yang berusia lanjut lebih banyak terabaikan. Padahal, banyak perubahan yang terjadi di mana hal tersebut secara tidak disadari berakibat pada fungsi kehidupan, baik fisik maupun psikologis. Seperti perubahan dalam hal hubungan mereka dengan pernikahan, keluarga, anak-anak, dan teman-teman yang seperti diketahui banyak dari mereka yang kehilangan pasangan, anak ataupun kerabat. Perubahan dalam fungsi sosial, di mana kebanyakan lansia tidak lagi dilibatkan dalam kelompok-kelompok atau kegiatan-kegiatan dalam masyarakat. Berkaitan dengan pemberian intervensi, orang yang lebih tua tidak dapat diperlakukan sama dengan orang yang lebih muda. Karena dari segi kesehatan, hasil intervensi berbeda dengan mereka yang lebih muda dengan kesehatan yang lebih baik (Cook, 2001).

Banyak faktor lainnya yang memungkinkan lebih berpengaruh terhadap masih berlangsungnya gejala PTSD. Seperti faktor kepribadian yang dikemukakan oleh Miller (2004) bahwa kepribadian memiliki potensi yang besar pengaruhnya terhadap PTSD. Kepribadian dibahas dari tiga komponen yang relevan dengan perkembangan dan ekspresi psikopatologi, yakni emosi positif, emosi negatif dan kendala/ketegangan (*constraint*). Perbedaan individu dalam mengelola emosi negatif dan positif tersebut menjadi tolok ukur

keterlibatannya dalam lingkungan sosial (memberi maupun menerima dukungan sosial) sebagai cara untuk menurunkan tingkat gejala PTSD. Individu dengan sifat kepribadian *hardiness* misalnya, mampu bertahan terhadap paparan stress yang pelik. Ini dikarenakan individu tersebut mampu menilai situasi stress yang dihadapinya. Individu dengan kepribadian tersebut memiliki kepercayaan diri yang tinggi, mampu menggunakan *coping* dan dukungan sosial dengan baik (Bonanno, 2004).

Faktor budaya, perlu dipertimbangan perannya dalam menentukan makna dan fungsi dari berbagai perilaku yang berkaitan dengan dukungan sebagai upaya proses *healing* pasca bencana. Setiap budaya memiliki cara yang berbeda dalam mengekspresikan dukungan untuk orang lain yang terjebak situasi stress. Ketika memberikan dukungan sosial, perlu mempertimbangkan konteks budaya, nilai serta norma yang ada pada budaya tersebut agar tidak terjadi kesalahan makna (Chen, Kim, Mojaverian, & Morling, 2012). Kemudian, setiap individu memiliki tingkat resiliensi yang berbeda. Termasuk anak-anak dan remaja, beberapa dari mereka lebih resiliensi dari pada yang lainnya (Cohen, 2008). PTSD yang terjadi pasca bencana erat kaitannya dengan faktor sosiodemografi, latar belakang individu, karakteristik paparan trauma, kondisi emosional individu pada saat terpapar trauma, faktor kepribadian dan dukungan sosial (Neria, Nandi, & Galea, 2007). Faktor-faktor tersebut mungkin mempengaruhi bagaimana individu memberi dan menerima dukungan sosial yang menimbulkan perasaan positif sebagai faktor yang dapat menurunkan gejala PTSD.

Faktor spiritual, seperti yang diketahui, Aceh merupakan satu-satunya provinsi yang menjalankan hukum syari'at. Bencana Tsunami dengan segera mereka maknai sebagai sebuah takdir yang harus mereka terima dengan lapang dada. Menyerahkan segalanya kembali kepada Pencipta, menerima bahwa bencana Tsunami sudah menjadi kehendak Allah. SWT dan tidak patut mereka menggugatnya. Spiritual, sebagai sumber kekuatan untuk menjalani kehidupan kembali seperti semula dan lebih baik (Surbandi, Achmad, Kurniati, & Febri, 2014). Tidak jarang, sebuah bencana menjadi awal dari perubahan sikap yang positif. Perubahan yang terjadi seperti individu lebih optimis, lebih menghormati kehidupan, bersikap lebih baik terhadap sesama, dan perubahan pada kehidupan spiritual yang lebih baik (Linley dan Joseph, 2004).

Salah satu penyintas Tsunami menyampaikan, mereka mengaku lebih merasa trauma terhadap peristiwa perang yang terjadi sebelum bencana Tsunami. Jika ditinjau dari artikel *NCCD Center for Girls and Young Women* (2015) menyebutkan bahwa peristiwa traumatik seperti kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan dalam rumah tangga, lebih signifikan hubungannya dengan PTSD dari pada peristiwa yang berkaitan dengan

kecelakaan, bencana alam, menyaksikan atau menjadi korban dari kejahatan. Ini dapat menjadi sebuah saran bagi penelitian mengenai trauma di Aceh selanjutnya.

Simpulan dan Implikasi

Usia saat terpapar trauma berpengaruh terhadap perkembangan gejala PTSD pasca 10 tahun bencana Tsunami Aceh. Gejala PTSD ditinjau dari variabel usia pasca 10 tahun Tsunami Aceh berdasarkan hasil penelitian, terdapat subjek yang masih mengalami gejala trauma, khususnya subjek berusia 51 tahun keatas (1,3%). Ini menjadi sebuah temuan yang menambah pemahaman bahwa penyintas bencana yang pada saat peristiwa berusia 40 tahun keatas juga membutuhkan perhatian dan intervensi yang tepat untuk membantu mereka *survive* agar tidak mengembangkan gejala-gejala yang berkaitan dengan gangguan stress pasca trauma.

Ketika bencana terjadi, banyak perhatian tertuju pada anak-anak dan remaja. Orang dewasa juga membutuhkan bantuan untuk bangkit setelah bencana terjadi. Selain menyediakan layanan kesehatan fisik dan mental, salah satu yang dapat dilakukan untuk membantu orang dewasa bangkit adalah memberi mereka kesempatan untuk ikut berperan dalam membantu sesama korban atau memberi kegiatan-kegiatan yang dapat membuat mereka tidak terlalu fokus pada peristiwa buruk yang menimpanya. Sehingga mereka dapat menyibukkan diri dan merasa berharga untuk sesama, karena dengan memberi dukungan kepada orang lain sama artinya dengan memberi kesejahteraan bagi individu itu sendiri.

Referensi

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition – Text Revision*. American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Anderson, T. (2005). *PTSD in Children and Adolescents*. UIC'S Metropolitan Commitment: Chicago.
- Berk, L. E. (2007). *Development through the lifespan*. Pearson: Boston.
- Birmes, P., Raynaud, J. P., Daubisse, L., Brunet, A., Arbus, C., Klein, R., Cailhol, L., Allenou, C., Hazane, F., Grandjean, H., & Schmitt, L. (2009). Children's enduring PTSD symptoms are related to their family's adaptability and cohesion. *Community Ment Health Journal*, 45, 290–299. DOI: 10.1007/s10597-008-9166-3.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychological Association*, 59(1), 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376. DOI: 10.1016/S0272-7358(03)00033-3.

- Carson, M. A., Paulus, L. A., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Wolfe, J., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in Vietnam nurse veterans who witnessed injury or death. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 68*(5), 890–897. DOI: 10.1037/0022-006X.68.5.890.
- Carson, M. A., Paulus, L. A., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Wolfe, J., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder in Vietnam nurse veterans who witnessed injury or death. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 68*(5), 890–897. DOI: 10.1037/0022-006X.68.5.890.
- Chen, J. M., Kim, H. S., Mojaverian, T., & Morling, B. (2012). Culture and social support provision: Who gives what and why. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(1), 3–13. DOI: 10.1177/0146167211427309.
- Cohen, J. A. (2008). Treating PTSD and related symptoms in children. *Center for Traumatic Stress in Children & Adolescents, 19*(2), 1-8.
- Cook, J. M. (2001). Post-traumatic stress disorder in older adults. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 12*(3), 1-8. ISSN 1050-1835.
- Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Knapp, R. G., & Frueh, B. C. (2006). Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 42*(5), 487–500. DOI: 10.1007/s10597-006-9094-4.
- De Young, A., & Kenardy, J. (2013). Posttraumatic stress disorder in young children. *Encyclopedia On Early Childhood Development, CEECD / SKC-ECD*.
- Denson, T. F., Marshall, G. N., Schell, T. L., & Jaycox, L. H. (2007). Predictors of posttraumatic distress 1 year after exposure to community violence: The importance of acute symptom severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 683–692. DOI: 10.1037/0022-006X.75.5.683.
- Dirkzwager, A. J.E., Bramsen, I., & Van Der Ploeg, H. M. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Personality and Individual Differences, 34*. 1-13. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00198-8.
- Fairbank, J. A. (2008). The epidemiology of trauma and trauma related in children and youth. *PTSD Reserch Quarterly, (19)*1. 1-8. ISSN: 1050-1835.
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health, 52*, 137-143.
- Ghozali, I. (2011). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro: Semarang.
- Halligan, S. L., & Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. *The National Center for PTSD – PTSD Research Quarterly, 11*(3), 1-8.
- Hartono. (2010). *SPSS 16.0 Analisis Data Statistika Dan Penelitian*. Pustaka Pelajar; Yogyakarta.
- Hirini, P., Flett, R, Long, N., & Millar, M. (2005). Frequency of traumatic events, physical and psychological health among Maori. *Journal New Zealand of Psychology, 34*(1), 20–27.

- Howard, S., & Crandall, M. W. (2007). Post traumatic stress disorder what happens in the brain. *Washington Academy Of Sciences*, 1-17.
- Hunter, J. A. (2010). Prolonged exposure treatment of chronic PTSD in juvenile sex offenders: Promising results from two case studies. *Child Youth Care Forum*, 39, 367–384. DOI: 10.1007/s10566-010-9108-4.
- Liu, M., Wang, L., Shi, Z., Zhang, Z., Zhang, K., & Shen, J. (2011). Mental health problem among children one-year after Sichuan earthquake in China: A follow-up study. *Plos One*, 6(2), 1–6. DOI: 10.1371/journal.pone.0014706.
- Maercker, A., Michael, T., Fehm, L., Becker, E. S., & Margraf, J. (2004). Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487
- Miller, M. W. (2004). Personality and the development and expression of PTSD. *The National Center for PTSD – PTSD Research Quarterly*, 15(3), 1-8.
- Mohammadi, M. R., Alavi, A., Gharaei, J. M., Tehranidoost, M., Shahrivar, Z., & Saadat, S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders amongst adolescents in Tehran. *Iran J Psychiatry*, 3(3), 100-104.
- Musa, R., Draman, S., Jeffrey, S., Jeffrey, I., Abdullah, N., Mohd Halim, N. A., Wahab, N. A., Mukhtar, N. Z. M., Johari, S. N. A., Rameli, N., Midin, M., Nik Jaafar, N. R., Dass, S., & Sidi, H. (2014). Post tsunami psychological impact among survivors in Aceh and West Sumatra, Indonesia. *Comprehensive Psychiatry*, 55, S13–S16.
- Nader, K. (2008). *Understanding and Assessing Trauma in Children and Adolescents*. Routledge: New York.
- National Center of PTSD. (2012). *Using the PTSD Checklist (PCL)*. U.S. Department of Veterans Affairs - National Center of PTSD.
- National Institute of Mental Health. *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.s>. (Diunduh: 30 Oktober 2014).
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 1(14), 1-14. DOI:10.1017/S0033291707001353.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Abnormal Psychology (Second Edition)*. McGraw-Hill: New York.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). *Abnormal Psychology (Second Edition)*. McGraw-Hill: New York.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2013). *Psikologi Abnormal*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Peters, J., & Kaye, L. W. (2003). Childhood sexual abuse: A review of its impact on older women entering institutional settings. *Clinical Gerontologist*, 26(3/4), 29-53. DOI: 10.1300/J018v26n03_04.
- Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Fernandez, R. L., Friedman, M. J., & Fullerton, C. S. (2013). A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed population: Intentional and non-intentional traumatic events. *Plos One*, 8(4), 1–5. DOI: 10.1371/journal.pone.0059236.

- Schexnaildre, M. A. (2011). *Predicting Posttraumatic Growth: Coping, Social Support, and Posttraumatic Stress in Children and Adolescents After Hurricane Katrina*. Thesis: B.S., Louisiana State University.
- Solomon, S. D. (1992). Mental health effects of natural and human-made disaster. *The National Center for Pos-Traumatic Stress Disorder*, 3(1).
- Stagman, S., & Cooper, J. L. (2010). *Children's Mental Health – What Every Policymaker Should Know*. National Center for Children in Poverty: Columbia University.
- Suboh, C. (2008). *The Aftermath of the Tsunami Post-traumatic Stress Disorder in Children - The Teacher's Role in Psychosocial Intervention a Literature Review*. Thesis: University of Oslo.
- Surbandi, M. A., Achmad, T., Kurniati, H., & Febri, R. (2014). Spirituality, gratitude, hope and post-traumatic growth among the survivors of the 2010 eruption of Mount Merapi in Java, Indonesia. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 18(1), 19-26.
- Uemoto, M., Asakawa, A., Takamiya, S., Asakawa, K., & Inui, A. (2012). Kobe earthquake and post-traumatic stress in school-aged children. *International Journal of Behavioral Medicine*. DOI: 10.1007/s12529-011-9184-3.
- Vermetton, E., Van Middelkoop, C., Taal, L., & Carll, E. K. (2007). Online psychotrauma intervention in the aftermath of the Tsunami: A community-building effort. In Carll, E. K (Ed.), *Trauma Psychology – Issues in Violence, Disaster, Health, and Illness*, 255–271. Praeger: London.
- Wang, W., Fu, W., Wu, J., Ma, X., Sun, X., Huang, Y., Hashimoto, K., & Gao, C. (2012). Prevalence of PTSD and depression among junior middle school students in a rural town far from the epicenter of the Wenchuan earthquake in China. *Plos One*, 7(7), 1–10. DOI: 10.1371/journal.pone.0041665.
- Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. (1991). *PCL-S for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division.