

SKRIPSI

SCREENING GEJALA POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

PASCA KECELAKAAN LALU LINTAS PADA PASIEN YANG DI

RAWAT RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan

gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh:

SUMITARIANTI BHRIS

C12115031

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2019



Halaman Persetujuan Skripsi

**SCREENING GELAJA POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)
PASCA KECELAKAAN LALU LINTAS PADA PASIEN YANG
DIRAWAT DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

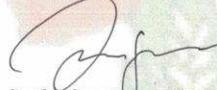
oleh :

**SUMITA RIANTI BAHNIS
C12115031**

Disetujui untuk diseminarkan

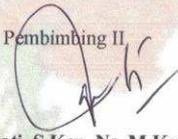
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Moh Syafar Sangkaja, S.Kep.,Ns.,MANP
NIP. 19801215 201404 1 001

Pembimbing II



Tuti Seniwati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19820607 201504 2 001

Diketahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 19680421 200112 2001



Halaman Pengesahan

**SCREENING GELAJA POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)
PASCA KECELAKAAN LALU LINTAS PADA PASIEN YANG
DIRAWAT DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

**Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada**

**Hari/ Tanggal: 18 Januari 2019
Pukul : 13.30 WITA
Tempat : Lantai 4 GA 405**

Disusun Oleh :

**SUMITA RIANTI BARRIS
C12115 031**

Dan yang bersangkutan dinyatakan

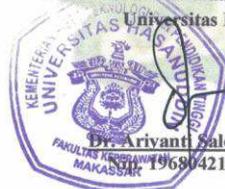
LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Moh Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns,MANP
Pembimbing II : Tuti Seniwati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Penguji I : Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns., M.Kes
Penguji II : Hapsah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**



Dr. Arivanti Saleh, S. Kp., M. Si
19680421 200112 2 002



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini;

Nama : Sumitarianti Bahrís

Nomor Mahasiswa : C121115031

Meyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul “*Screening Gejala Post Traumatic Stress Disorder (Ptds) Pasca Kecelakaan Lalu Lintas Pada Pasien Yang Di Rawat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 18 Januari 2019

Yang membuat pernyataan



Sumitarianti Bahrís



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur ke hadirat Allah *subhanah wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal yang berjudul “*Screening Gejala Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Pada Pasien Pasca Kecelakaan Lalu Lintas yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*”, yang merupakan persyaratan akademis guna memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Moh. Syafar S., S.Kep.,Ns.,MAN P selaku pembimbing pertama dan Ibu Tuti Seniwati, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing kedua yang selalu sabar dan memberikan arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan propsal ini.



3. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes dan Ibunda Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku tim penguji I dan II yang memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan skripsi ini.
4. Kedua orang tua tercinta (Bapak Bahris dan Ibu Nurmin) dan keluarga yang senantiasa memberikan kasih sayang, doa, motivasi dan dukungan kepada penulis selama ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Sahabat saya “Ukhuwah Until Jannah” terima kasih atas kebersamaan, dukungan, bantuan, dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali do'a semoga Allah *subhanah wa taala* senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis senantiasa mengharapkan masukan yang membangun sehingga penulis dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 18 Januari 2019

Sumita Rianti Bahris



ABSTRAK

Sumitarianti Bahris. C12115031. **SCREENING GEJALA POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) PASCA KECELAKAAN LALU LINTAS PADA PASIEN YANG DI RAWAT RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**, dibimbing oleh Moh. Syafar S dan Tuti Seniwati

Latar Belakang : Kecelakaan lalu lintas merupakan salah satu kejadian trauma yang beresiko untuk mengalami PTSD. Masalah PTSD dapat terjadi pada semua usia termasuk pada usia dewasa. Maka perlu dilakukan *Screening* gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pasca trauma kecelakaan lalu lintas khususnya pada dewasa.

Tujuan Penelitian : Untuk mengetahui gambaran kejadian gejala *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pasca trauma kecelakaan lalu lintas.

Metode: Metode penelitian ini adalah *Descriptive Cross Sectional* digunakan untuk mengetahui angka kejadian PTSD pasca kecelakaan lalu lintas. Jumlah sampel adalah 30 orang dengan pengambilan teknik *sampling purposive*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diberikan secara langsung dan pengisian secara *online*. Analisis data yang digunakan analisis univariat.

Hasil : Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang mengalami PTSD pasca kecelakaan lalu lintas sebanyak 43.3% (13 orang) dari 30 responden. Prevalensi PTSD sebagian besar terjadi pada 4-6 minggu pasca kecelakaan lalu lintas sebanyak 50% (5 orang). Adapun gejala yang paling sering dirasakan yakni gejala *hyperarousal* yakni perilaku selalu waspada dan berjaga-jaga secara berlebihan sebanyak 84.6% (11 orang) dan perilaku sulit tidur ataupun terjaga pada malam hari sebanyak 76.9% (10 orang).

Kesimpulan dan Saran : Disimpulkan bahwa tingginya angka kejadian PTSD pasca kecelakaan pada pasien yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Olehnya itu diharapkan melakukan pengkajian dasar dengan melakukan *screening* terhadap pasien kecelakaan untuk mengidentifikasi dini adanya gangguan psikologis pasca kecelakaan.

Kata Kunci : *Screening* gejala PTSD, kecelakaan lalu lintas

Sumber Literatur : 38 kepustakaan (2009-2018)



ABSTRACT

Sumitarianti Bahrís. C12115031. **SCREENING POST TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) SYMPTOMS POST TRAFFIC ACCIDENTS IN PATIENTS TREATED BY DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR.** Supervised by Moh. Syafar S and Tuti Seniwati

Background: Traffic accidents are one of the incidents of trauma that are at risk for PTSD PTSD problems can occur at any age including adults. Then it is necessary to screen the symptoms of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) after trauma of traffic accidents, especially in adults

Objective: To describe the incidence of symptoms of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) after trauma of a traffic accident.

Method: The method of this study is Descriptive Cross Sectional used to determine the incidence of PTSD after a traffic accident. The number of samples is 30 people by taking a purposive sampling technique. The technique of collecting data uses questionnaires that are given directly and filled online. Data analysis used univariate analysis.

Results: The results of this study indicate that respondents who experienced PTSD after a traffic accident were 43.3% (13 people) of 30 respondents. The prevalence of PTSD mostly occurs in 4-6 weeks after traffic accidents as much as 50% (5 people). The symptoms that are most often felt are hyperarousal symptoms, which are always alert and excessive guarding behavior as much as 84.6% (11 people) and sleeplessness or awake at night as much as 76.9% (10 people).

Conclusions and Recommendation: It was concluded that the high incidence of post-accident PTSD in patients treated at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. By him, it is expected to conduct a basic assessment by screening accident patients to identify early psychological disorders after an accident

Keywords: Screening of PTSD symptoms, traffic accidents

Literature: 38 Literature (2009-2018)



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	vi
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat penelitian.....	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan tentang <i>Post Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD)	8
B. Tinjauan tentang kecelakaan lalu lintas	30
BAB III	35
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	35
A. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
B. Kerangka Hipotesis.....	36
C. Metode PENELITIAN.....	36
D. Rencana Penelitian.....	36



B. Tempat dan Waktu	36
C. Populasi dan Sampel	36
D. Alur Peneliti	39
E. Veriebel Penelitian.....	40
F. Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	44
G. Uji Validitas dan Reliabilitas	47
H. Pengolahan dan Analisa Data	48
I. Etika Penelitian	50
BAB V	52
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
A. Hasil Penelitian	52
B. Pembahasan.....	62
C. Keterbatasan penelitian.....	74
BAB VI.....	75
PENUTUP.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Tanda dan Gejala PTSD	9
Tabel 2.2. Waktu dan Respon Psikologi yang Terjadi Pasca Peristiwa Trauma	10
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden	53
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Jenis Cedera, dan Durasi Pasca Kecelakaan	53
Tabel 5.3 Hasil <i>Screening</i> PTSD Pasca Kecelakaan Lalu Lintas	53
Tabel 5.4 Distribusi Jumlah dan Presentase Responden yang Mengalami PTSD Berdasarkan Karakteristik Responden	55
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Gejala PTSD Pasca Kecelakaan Lalu Lintas	56
Tabel 5.6 Analisis Pertanyaan Responden Pasca Kecelakaan Lalu Lintas pada Setiap Domain Gejala PTSD	57
Tabel 5.7 Analisis Pertanyaan Responden Yang mengalami PTSD Pasca Kecelakaan Lalu Lintas	59
Tabel 5.8 Distribusi Jumlah dan Presentase Jenis Cedera Pasca Kecelakaan dengan Gejala PTSD	61
Tabel 5.9 Distribusi jumlah dan presentase durasi pasca kecelakaan lalu lintas dengan gejala PTSD	62



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Teori.....	34
Bagan 3.1. Kerangka konsep penelitian.....	35
Bagan 4.1. Alur penelitian.....	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 – Lembar penjelasan sebelum persetujuan penelitian

Lampiran 2 – Lembar persetujuan menjadi responden

Lampiran 3 – Instrumen data demografi

Lampiran 4 – Kuesioner *Screening* gejala PTSD

Lampiran 5 – Master Tabel

Lampiran 6 – Hasil Analisis Data

Lampiran 7 – Surat Keterangan dan Persetujuan Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Transportasi merupakan sarana yang sangat penting dalam menunjang keberhasilan pembangunan, perekonomian dan perkembangan wilayah. Dengan adanya transportasi dapat menghasilkan isolasi dan memberi stimulan pembangunan pada semua bidang kehidupan, baik perdagangan, industri, maupun sektor lainnya (Badan Pusat Statistika, 2015). Sarana transportasi memiliki beberapa subsektor, salah satunya yakni subsektor angkutan darat yang merupakan kendaraan bermotor. Perkembangan yang terjadi pada jumlah kendaraan bermotor di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahunnya.

Data Badan Pusat Statistika (2016) menyatakan bahwa jumlah kendaraan bermotor (mobil penumpang, mobil bus, mobil truk, dan sepeda motor) di Indonesia selalu mengalami peningkatan selama periode 2012-2016 sebesar 8,19% per tahun. Peningkatan jumlah kendaraan terjadi disemua jenis kendaraan setiap tahunnya. Sepeda motor menjadi urutan pertama yang paling banyak digunakan masyarakat dibandingkan dengan jenis kendaraan lainnya yaitu 81,33%, diikuti oleh mobil penumpang sebanyak 11,29% , mobil barang sebanyak 5,46%, dan mobil bis sebanyak 1,92%.

Wilayah Sulawesi Selatan komposisi kendaraan berdasarkan jenisnya ga menunjukkan perbedaan yang signifikan yakni jumlah sepeda motor yang sangat tinggi dibandingkan jenis kendaraan lainnya. Menurut data KORPS Lalu



Lintas (2013) menyatakan bahwa jumlah kendaraan bermotor yang telah di registrasi DITLANTAS POLDA di wilayah Sulawesi Selatan selain Ranmor TNI/Polri yakni jumlah sepeda motor sebanyak 2.366.685, mobil penumpang sebanyak 222.062, mobil barang sebanyak 116.524, dan bus sebanyak 25.840. Peningkatan kendaraan bermotor jenis sepeda motor yang berlebihan dengan kondisi lalu lintas yang bercampur baur dalam satu jalan tanpa membedakan karakteristik dan fungsi dari kendaraan tersebut dapat menyebabkan tingginya angka kecelakaan lalu lintas.

Kecelakaan lalu lintas merupakan suatu peristiwa di jalan yang tidak diduga dan tidak disengaja melibatkan kendaraan dengan atau tanpa pengguna jalan lain yang mengakibatkan korban manusia dan/atau kerugian harta benda. Berdasarkan Statistika Transportasi Darat (2016) menyatakan bahwa kasus kecelakaan lalu lintas mengalami peningkatan dari tahun 2014 sebanyak 95.906 kasus, tahun 2015 sebanyak 98.970 kasus dan ditahun 2016 sebanyak 106.129 kasus. Adapun korban yang mengalami kecelakaan lalu lintas terbanyak berada pada rentang usia dewasa dibandingkan usia anak-anak sampai remaja dengan pengelompokkan usia serta jumlah korbannya yakni pada usia 5-15 tahun sebanyak 7.425 orang, usia 16-25 tahun sebanyak 16.124 orang, usia 26-30 tahun sebanyak 68.224 orang, usia 31-40 tahun sebanyak 27.375 orang, usia 41-50 tahun sebanyak 21.386 orang, usia >51 tahun sebanyak 24.344 orang (Djaja, Widyastuti, Tobing, Lasut, & Irianto, 2016).



Kecelakaan lalu lintas mengakibatkan berbagai cedera tergantung dari jenis kecelakaan yang dialami. Berdasarkan dari penelitian yang dilakukan Riandini, Susanti, & Amel (2015) menyatakan bahwa dari 173 kasus kecelakaan lalu lintas jenis cedera terbanyak adalah luka lecet di daerah kepala dan lokasi patah tulang terbanyak di daerah ekstremitas bawah. Selain masalah fisik, kecelakaan lalu lintas juga berdampak pada status mental pada korban yang dapat merasa sangat stress dan ketakutan ketika korban tidak lagi dalam peristiwa tersebut. Menurut Bromet (2016) masalah status mental tersebut dapat terlihat setelah 48 sampai >12 minggu pasca trauma dengan tahapan respon psikologis yang berbeda berdasarkan rentang waktunya yakni 48 jam merupakan respon *Acute Stress Respon (ASR)*, <1 bulan respon *Acute Stress Disorder (ASD)*, 1-3 bulan disebut respon *Acute Post Traumatic Stress Disorder (Acute PTSD)*, dan >3 bulan disebut dengan respon *Cronic PTSD*. Respon PTSD merupakan status mental yang dapat berdampak pada upaya bunuh diri dan gangguan relasi pada klien (Kurniati, Trisyani, & Theresia, 2018)

Kejadian PTSD dipengaruhi tingginya tingkat kejadian traumatis atau peristiwa hidup yang negatif (Mulder, Fergusson, & Horwood, 2013). Adapun beberapa kejadian traumatis meliputi trauma personal (kekerasan personal, korban perkosaan, kematian orang tercinta, korban kejahatan,dll) perang, penganasaan, trauma mayor (bencana alam, kebakaran,kecelakaan,dll) (Hatta,



2016). Selain itu, menurut Kurniati, Trisyani, & Theresia (2018) PTSD dapat terjadi pada semua usia baik itu anak-anak, dewasa maupun lansia. Pervanidou et al (2007) dalam penelitian Charitaki, Pervanidou, Tsiantis, Chrousos, & Kolaitis, (2017) yang meneliti kejadian trauma anak-anak terhadap kecelakaan lalu lintas menyatakan bahwa 38,3% pada anak-anak/remaja mengalami PTSD 1 bulan pasca trauma kecelakaan lalu lintas, dan 15% mengalami PTSD 6 bulan pasca trauma kecelakaan lalu lintas. Tingginya tingkat kejadian traumatis atau peristiwa hidup yang negatif berpengaruh terhadap gejala PTSD (Mulder, Fergusson, & Horwood, 2013). Berdasarkan dari penelitian diatas kejadian pada korban kecelakaan pada anak-anak terdiagnosis mengalami PTSD.

Rumah sakit Wahidin Sudirohusodo merupakan salah satu rumah sakit terbesar yang menjadi pusat rujukan di Indonesia timur yang memiliki daya tarik sebagai objek kajian ilmiah dalam implementasi teori-teori dan pengembangan hasil-hasil riset pelayanan dan pengelolaan serta manajerial penanganan kegawatdaruratan. Pengambilan data awal yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo didapatkan cukup banyak jumlah pasien yang masuk dengan kecelakaan lalu lintas. Tahun 2017 sebanyak 549 kasus , tahun 2018 selama bulan Januari- september sebanyak 649 kasus. Data kasus kecelakaan lalu lintas yang masuk diperoleh dari Bagian perencanaan dan Evaluasi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. Banyaknya



jumlah pasien yang masuk di IGD RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo sehingga peneliti tertarik untuk meneliti di tempat tersebut.

Berdasarkan dari uraian latar belakang diatas, dapat dikatakan bahwa korban kecelakaan lalu lintas pada usia dewasa lebih banyak daripada usia anak-anak. Kecelakaan lalu lintas merupakan salah satu kejadian trauma yang beresiko untuk mengalami PTSD. Masalah PTSD dapat terjadi pada semua usia. Dalam penelitian sebelumnya telah meneliti kejadian trauma PTSD pada anak-anak dengan hasil positif terdiagnosis PTSD. Namun, belum dilakukan penelitian terhadap kejadian trauma PTSD pada dewasa. Melihat fenomena tingginya kejadian korban kecelakaan pada usia dewasa yang dapat beresiko pada trauma PTSD maka peneliti ingin melakukan *Screening Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) pasca trauma kecelakaan lalu lintas khususnya pada dewasa.

B. Rumusan Masalah

PTSD merupakan bentuk gangguan kecemasan yang terus berkembang setelah terpapar peristiwa yang mengerikan, seperti kecelakaan lalu lintas. Hal tersebut mempengaruhi emosional, fisik, perilaku dan psikologis yang dapat berdampak pada keinginan untuk bunuh diri. Pada penelitian sebelumnya telah dilakukan untuk mengetahui kejadian trauma anak-anak terhadap kecelakaan

lalu lintas, adapun hasilnya positif terdiagnosis PTSD. Adapun pada dewasa belum dilakukan penelitian terkait kejadian trauma pasca kecelakaan lalu lintas, namun berdasarkan fenomena yang terjadi kasus kecelakaan lebih banyak pada



rentang usia dewasa daripada anak-anak. Oleh karena itu penting untuk mengetahui prevalensi PTSD pada kecelakaan lalu lintas terkhususnya pada dewasa. Sehingga jika telah diketahui tingkat kejadiannya dapat diberikan penanganan yang lebih atau yang perlu diperhatikan jika terdapat kasus kecelakaan yang masuk di rumah sakit.

Berdasarkan dari permasalahan diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana gambaran kejadian gejala *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* pasca kecelakaan lalu lintas yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketuinya gambaran kejadian gejala *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* pasca trauma kecelakaan lalu lintas.

2. Tujuan khusus

- a) Diketuinya gambaran PTSD berdasarkan karakteristik responden pada pasien pasca kecelakaan lalu lintas.
- b) Diketuinya gambaran gejala PTSD pada pasien pasca kecelakaan lalu lintas.



D. Manfaat penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis, sekurang-kurangnya dapat berguna sebagai sumbangan pemikiran bagi dunia pendidikan.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi pelayanan kesehatan : Dapat menjadi bahan referesi untuk melakukan pelayanan kesehatan padaa korban kecelakaan untuk mengidentifikasi adanya PTSD.
- b. Bagi instansi : Dapat memberikan informasi tentang angka kejadian PTSD kepada instansi rumah sakit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo dan PSIK F.Kep UH.
- c. Bagi pembaca: Memberikan informasi tentang gambaran kejadian PTSD yang terjadi pada pasien pasca trauma kecelakaan lalu lintas.
- d. Bagi peneliti : Hasil penelitian diharapkan menjadi wadah latihan dan pengembangan diri dan ilmu yang telah diperoleh diaplikasikan dalam membantu untuk mengurangi kejadian PTSD pasca trauma kecelakaan lalu lintas.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

1. Definisi PTSD

Menurut Kurniati, Trisyani, & Theresia, (2018) *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah bentuk gangguan kecemasan yang berkembang setelah terpapar dengan kejadian yang mengerikan, siksaan yang berhubungan dengan ancaman kematian dan ketidakberdayaan. Peristiwa yang dapat menyebabkan munculnya PTSD yakni kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan personal, pemerkosaan, penembretan, kecelakaan, bencana alam, bencana yang dibuat manusia, dan pertempuran militer. Klien dengan PTSD mengalami gangguan emosional, fisik, perilaku dan psikologis. Respon klien dengan PTSD yakni “*fight or flight*” berubah atau rusak. Karakter individu dengan PTSD dapat merasa sangat stress dan ketakutan ketika mereka tidak lagi berada dalam peristiwa berbahaya yang pernah dialami sebelumnya. Menurut *National Institute of Mental Health* (2008) menyatakan bahwa PTSD dapat terjadi pada semua usia, termasuk ketika usia anak-anak. Klien dengan PTSD beresiko tinggi menggunakan *substance abuse*, mengalami gangguan relasi dan perilaku bunuh diri.

2. Tanda dan Gejala PTSD

Menurut Kurniati, Trisyani, & Theresia, (2018) gejala-gejala dari PTSD dapat dikategorikan sebagai; mengalami kembali peristiwa (gejala *intrusion*) atau re-



experiencing, menghindari kejadian yang mengingatkan dengan peristiwa trauma (gejala *avoidance*), dan menampilkan respon yang berlebihan karena bermasalah dengan pengontrolan emosional biasanya pasien mudah marah, susah tidur dll (gejala *arousal*). Namun, menurut APA (2013) mengatakan bahwa terdapat gejala PTSD yakni kognisi dan suasana hati yang negatif (*Negative alterations in mood and cognition*) merupakan penyimpangan yang mewakili banyak sekali perasaan, dari perasaan yang terus-menerus menyalahkan diri sendiri atau orang lain, menjauhkan diri dari orang lain, dan ketidakmampuan untuk mengingat aspek-aspek yang menjadi kejadian trauma.

Tabel. 2.1
Tanda dan Gejala PTSD menurut Kurniati, Trisyani, & Theresia (2018) dan APA (2013)

Pengulangan Gejala-gejala (<i>intrusion/re-experiencing</i>)	Gejala Menghindar (<i>avoidance</i>)	Kognisi dan suasana hati yang negatif (<i>Negative alterations in mood and cognition</i>)	Emosional tinggi (<i>hyperarousal</i>)
<i>Flashback</i> : mengingat peristiwa trauma berulang-ulang	Menghindar jauh dari sebuah tempat, benda-benda yang mengingatkan pada kejadian	Perasaan yang terus-menerus menyalahkan diri sendiri atau orang lain	Mudah terkejut
Mimpi buruk atau <i>nightmares</i>	Secara emosional perasaannya tumpul	Menjauhkan diri dari orang lain	Merasa tegang atau dalam tekanan
Pikiran-pikiran menakutkan	Perasaan bersalah yang kuat, depresi atau khawatir	Ketidakmampuan untuk mengingat aspek-aspek kunci yang menjadi kejadian trauma	Kesulitan tidur
	Kehilangan akan ketertarikan pada aktivitas-aktivitas yang sebelumnya disenangi		Marah membabi buta
	Kesulitan mengingat peristiwa traumatik		



3. Tahapan terjadinya PTSD

Menurut Bromet (2016) respon psikologis setiap individu terhadap sebuah peristiwa traumatis baik terjadi secara langsung maupun yang tidak langsung dapat diamati dalam rentan waktu jam, hari, dan bulan. Adapun tahapan respon psikologis sesuai dengan tabel dibawah :

Tabel 2.2
Waktu dan Respon Psikologi yang Terjadi Pasca Peristiwa Trauma (Bromet, 2016)

Waktu	Respon Psikologis
48 jam	<i>Acute Stress Respon (ASR)</i>
Kurang dari 1 bulan	<i>Acute Stress Disorder (ASD)</i>
1 bulan sampai 3 bulan	<i>Acute Post Traumatic Stress Disorder (Acute PTSD)</i>
Lebih dari 3 bulan	<i>Chronic Post Traumatic Stress Disorder (Chronic PTSD)</i>

Tabel diatas menjelaskan bahwa PTSD merupakan tahap akhir dari respon psikologi seseorang pasca peristiwa trauma. Pada 48 jam pertama pasca trauma seseorang akan mengalami *Acute Stress Respon (ASR)*. Kemudian dilanjutkan dengan munculnya gejala yang sama dengan PTSD pada hari ke 3 sampai 1 bulan pertama pasca trauma maka respon tersebut adalah *Acute Stress Disorder (ASD)*. Apabila gejala tersebut terus berlanjut pada 1 bulan sampa 3 bulan maka respon

psikologis itu disebut dengan PTSD akut. Adapun jika gejala terus timbul lebih 3 bulan maka respon tersebut dinamakan dengan PTSD kronik.



4. Faktor Risiko

Faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang terkena stress pasca trauma yakni sebagai berikut :

a. Pengalaman Trauma

Menurut Townsend (2012) pengalaman trauma merupakan peristiwa khusus yang berkaitan dengan trauma yang telah terjadi. Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap stress jangka panjang yang dapat dinilai dari:

- 1) Keparahan dan durasi dari stressor (peristiwa trauma)
- 2) Proses antisipasi terhadap trauma
- 3) Adanya pengaruh kematian
- 4) Pengontrolan kekambuhan
- 5) Trauma pada lokasi kejadian.

b. Demografi

Berdasarkan penelitian Figley (2016) menyatakan bahwa faktor demografi yang mempengaruhi kejadian PTSD adalah jenis kelamin, dan usia. Penelitian tersebut didukung oleh Agung, Dia, & Ihsan (2018) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa status korban yang mengalami PTSD sebesar 50% (25 responden) dengan usia 48-56 tahun, dan jenis kelamin perempuan memiliki peresentase mengalami PTSD terbesar sebanyak 58% (29 responden) sedangkan laki-laki 42% (21 responden).



Teori Weems (2007) dalam penelitian Agung, Dia, & Ihsan (2018) juga mendukung pendapat di atas yang menjelaskan bahwa faktor resiko yang menyebabkan seseorang mengalami PTSD diantaranya ialah usia, jenis kelamin dan pendidikan. PTSD dapat terjadi pada semua golongan usia tetapi anak-anak dan usia tua merupakan kelompok usia yang lebih rentan mengalami PTSD. Anak-anak memiliki kebutuhan dan kerentanan khusus jika dibandingkan dengan orang dewasa, karena masih adanya rasa ketergantungan dengan orang lain, kemampuan fisik dan intelektual yang sedang berkembang, serta kurangnya pengalaman hidup dalam memecahkan berbagai persoalan sehingga dapat mempengaruhi perkembangan kepribadian seseorang. Dan pada jenis kelamin dijelaskan bahwa perempuan akan memiliki resiko lebih besar mengalami PTSD dari pada laki-laki. Hal ini dikarenakan, rendahnya sintesa serotonin yang ada pada perempuan. Sintesa serotonin akan membawa pesan kimia pada neurotransmitter pada otak yang akan memberikan komunikasi antara sel – sel saraf otak. Rendahnya serotonin akan berpengaruh pada kerentanan depresi pada seseorang. Sedangkan minimnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingginya angka kejadian PTSD.

c. Faktor Sosial

Faktor sosial merupakan faktor yang dipengaruhi oleh orang-orang yang berada disekitar kita, seperti masyarakat, teman, dan keluarga. Berdasarkan penelitian Tentama (2014) menyatakan bahwa ada hubungan



negatif yang signifikan antara dukungan sosial dengan gangguan stres pasca trauma (PTSD) pada siswa-siswi SMP Negeri 1 Turi Sleman Yogyakarta. Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima remaja, maka semakin rendah gangguan stres pasca trauma yang dialami dan sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial yang diterima remaja, maka semakin tinggi gangguan stres pasca trauma yang dialami.

5. Teori Penyebab PTSD

Menurut Yosep & Sutini (2016) menyatakan bahwa teori penyebab PTSD terdiri atas: Psikodinamika, biologis, dan dinamika keluarga.

a. Psikodinamika

Ego klien yang mengalami trauma berat, sering dirasakan sebagai ancaman terhadap integritas fisik atau konsep diri. Sehingga klien dengan trauma biasanya memiliki ansietas berat yang tidak dapat dikendalikan oleh ego dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku simtomatik. Perasaan ego yang tinggi dapat menghukum dan menyebabkan individu merasa bersalah terhadap kejadian trauma yang pernah dirasakan. Hal tersebut dapat menyebabkan perilaku *impulsive* yang tak terkendali.

b. Biologis

Abnormalitas dalam penyimpanan, pelepasan, dan eliminasi katekolamin yang memengaruhi fungsi otak di daerah *lokus seruleus*, *amigdala* dan *hipokampus*. Hipersensivitas *Lokus seruleus* dapat menyebabkan



ketidakmampuan dalam belajar. *Amigdala* berfungsi sebagai penyimpan memori, jika terjadi hipersensivitas *amigdala* maka dapat menghambat otak membuat hubungan perasaan dalam memorinya sehingga menyebabkan memori disimpan dalam bentuk mimpi buruk, kilas balik, dan gejala lainnya. *Hipokampus* dapat menimbulkan koheren naratif serta lokasi waktu dan ruang.

c. Dinamika Keluarga

Tipe pendidikan formal, kehidupan keluarga dan gaya hidup merupakan perkiraan yang signifikan terjadinya PTSD. Pendidikan di bawah rata-rata, perilaku orang tua yang negatif, dan kemiskinan orangtua juga merupakan penyebab perkembangan PTSD.

6. Mekanisme PTSD

Mekanisme dari penyakit ini secara relatif masih belum jelas. Namun berdasarkan dari mekanisme perkembangan stres dapat dijelaskan menurut Sherwood (2016) bahwa stress merupakan respons non-spesifik generalisata tubuh terhadap setiap faktor yang mengancam untuk mengatasi, kemampuan kemampuan kompensasi tubuh untuk mempertahankan homeostatis tubuh dari rangsangan. Adapun jenis-jenis rangsangan yang dapat merusak sebagai faktor yang menginduksi respons stres yakni; fisik (trauma, pembedahan, panas atau dingin yang hebat), kimia (penurunan pasokan O₂, ketidakseimbangan asam-), fisiologik (olahraga berat, syok hemoragik, nyeri), infeksi (invasi bakteri),



psikologis atau emosional (rasa kecemasan, ketakutan, kesedihan), dan social (konflik perorangan, perubahan gaya hidup).

Menurut Sherwood (2016) sistem saraf simpatis dan epinefrin berperan dalam stress. Sistem saraf simpatis generalisata merupakan respons saraf yang utama terhadap rangsangan. Peningkatan curah jantung dan ventilasi yang ditandai dengan jantung berdebar-debar kencang dan terasa sesak. Selain itu, pengalihan aliran darah dari bagian yang mengalami vasokonstriksi yang aktivitasnya ditekan, misalnya saluran cerna dan ginjal, ke otot rangka dan jantung yang lebih aktif bervasodilatasi, mempersiapkan tubuh melakukan respon untuk berjuang atau berlari. Secara bersamaan, simpatis juga mengaktifkan penguatan hormone dalam bentuk pengeluaran epinefrin dari medulla adrenal dengan jumlah yang banyak. Epinefrin akan memperkuat respon simpatis dan memobilisasi simpanan karbohidrat dan lemak.

Menurut Sherwood (2016) menjelaskan bahwa sistem CRH-ACTH-Kortisol ikut berperan dalam terjadinya stress. Respon utama terhadap rangsangan mengaktifkan sistem CRH-ACTH-Kortisol. Kortisol berperan menghadapi stres dengan efek metaboliknya. Kortisol menguraikan simpanan lemak dan protein sambil memperbanyak simpanan karbohidrat dan meningkatkan ketersediaan glukosa darah. Sehingga terjadi peningkatan cadangan glukosa, asam amino, dan

lemak yang dapat digunakan sesuai kebutuhan misalnya untuk mempertahankan nutrisi ke otak. Selain efek kortisol pada aksis hipotalamus-



hipofisis-korteks adrenal, ACTH juga berperan dalam menahan adanya stres. ACTH merupakan salah satu dari beberapa peptide yang mempermudah proses belajar dan perilaku. Sehingga peningkatan ACTH selama stress psikologi akan membantu tubuh menghadapi stresor yang sama di masa depan dengan mempermudah proses pembelajaran respon perilaku yang sesuai.

Berdasarkan dari respon stress diatas juga dijelaskan oleh Sherwood (2016) bahwa terdapat aktivasi respon stressor psikososial kronik yang mungkin merugikan ditandai dengan percepatan aktivasi kardiovaskuler dan pernapasan, retensi garam H₂O, serta mobilisasi bahan bakar metabolik dan bahan baku dapat bermanfaat dalam respon terhadap stressor fisik. Sebagian besar stressor dalam kehidupan sehari-hari adalah psikososial yang menimbulkan kecemasan menghadapi ujian, konflik keluarga, peristiwa trauma dapat memicu respon stres. Pada kenyataannya terdapat bukti tak langsung yang kuat tentang keterkaitan pejalan kronik ke stresor psikososial dengan timbulnya keadaan patologi misalnya tekanan darah tinggi, meskipun belum dijelaskan secara mendetail adanya hubungan sebab-akibat yang pasti.

7. Pengkajian PTSD

Menurut Yosep & Sutini (2016) beberapa hal yang perlu dikaji dalam melakukan pengkajian klien dengan PTSD yakni sebagai berikut ;

aktivitas atau istirahat

Gangguan tidur



- 2) Mimpi buruk
- 3) *Hypersomnia*
- 4) Mudah letih
- 5) Keletihan kronis

b. Sirkulasi

- 1) Denyut jantung meningkat
- 2) Palpitasi
- 3) Tekanan darah meningkat
- 4) Terasa panas

c. Integritas ego

- 1) Derajat ansietas bervariasi dengan gejala yang berlangsung sehari-hari, berminggu-minggu, dan berbulan-bulan.
 - 2) Gangguan stress akut terjadi 2 hari – 4 minggu peristiwa traumatic
 - 3) PTSD akut gejala kurang dari 3 bulan atau 12 minggu
 - 4) PTSD kronik gejala lebih dari 3 bulan atau 12 minggu.
 - 5) Kesulitan mencari bantuan atau menggerakkan sumber personal
(menceritakan pengalaman pada anggota keluarga/teman)
 - 6) Perasaan bersalah, tidak berdaya. Isolasi
 - 7) Perasaan malu terhadap ketidakberdayaan sendiri
- Perasaan tentang masa depan yang suram atau memendek.



d. Neurosensory

- 1) Gangguan kognitif sulit berkonsentrasi
- 2) Kewaspadaan tingkat tinggi
- 3) Ketakutan berlebihan
- 4) Ingatan persisten atau berbicara terus terang tentang suatu kejadian.
- 5) Pengendalian keinginan yang buruk dengan ledakan perilaku yang agresif tidak dapat diprediksi atau memunculkan perasaan (marah, dendam, benci, sakit hati)
- 6) Perubahan perilaku (murung, pesimis, berpikir yang menyedihkan, iritabel), tidak mempunyai kepercayaan diri, afek depresi, merasa tidak nyata, kehidupan bisnis tidak dipedulikan lagi.

e. Nyeri atau ketidaknyamanan

- 1) Nyeri fisik karena cedera mungkin diperberat melebihi keparahan cedera.

f. Pernapasan

- 1) Frekuensi pernapasan meningkat
- 2) *dispnue*

g. seksualitas

- 1) Hilangnya gairah
- 2) *Impotensi*
- 3) Ketidakmampuan mencapai orgasme



h. Interaksi sosial

- 1) Menghindari orang/tempat/kegiatan yang menimbulkan ingatan tentang trauma, penurunan responsive, mati rasa psikis, pemisahan emosi atau mengasingkan diri dari orang lain.
- 2) Hilangnya minat secara nyata pada kegiatan yang signifikan, termasuk pekerjaan.

8. Intervensi keperawatan

Menurut Yosep & Sutini (2016) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien dengan PTSD adalah ansietas (berat sampai panik)/ketakutan, ketidakberdayaan, potensial membayakan diri atau orang lain, ketidakefektifan koping individu, dan berduka, maladaptif. Adapun intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosa tersebut adalah sebagai berikut :

a. Ansietas (berat sampai panik) atau ketakutan

- 1) Mengkaji derajat ansietas yang muncul, perilaku yang berkaitan dan realitas ancaman yang dirasakan oleh klien.
- 2) Mempertahankan dan hargai batas ruang pribadi klien (kira-kira 120 sm di sekeliling klien)
- 3) Membentuk hubungan saling percaya dengan klien
- 4) Mengidentifikasi apakah peristiwa telah teraktivasi situasi yang ada sebelumnya atau menyertai situasi (fisik/psikologis)



- 5) Mengobservasi dan dapatkan informasi tentang cedera fisik, dan kaji gejala seperti mati rasa, sakit kepala, dada terasa sesak, mual, dan jantung berdetak keras.
- 6) Memperhatikan adanya nyeri kronis atau gejala lebih dari derajat cedera fisik
- 7) Mengevaluasi aspek sosial trauma/peristiwa tersebut (missal; kecatatan, kondisi kronis, ketidakmampuan permanen)
- 8) Mengidentifikasi respon psikologis. Perhatikan perilaku tertawa, menangis, tenang, atau agitasi, eksitasi (histeris), ekspresi ketidakpercayaan dan/atau menyalahkan diri sendiri. mencatat perubahan emosi.
- 9) Tentukan derajat disorganisasi. Indicator tingkat intervensi yang dibutuhkan (missal; mungkin harus dilakukan hospitalisasi jika disorganisasi berat). Memperhatikan tanda peningkatan ansietas (misal; diam, gagap, tidak dapat tenang)
- 10) Mengidentifikasi perkembangan reaksi fobik terhadap benda asing (misal; pisau, situasi, dan kejadian)
- 11) Mendampingi klien, mempertahankan sikap tenang dan percaya diri, bicara dengan pernyataan, dan menggunakan kata-kata yang sederhana.
- 12) Menyediakan lingkungan yang konsisten dan tidak mengancam.
- 3) Meningkatkan aktivitas/keterlibatan dengan orang lain secara bertahap.
- 4) Mendiskusikan persepsi klien tentang apa yang menyebabkan ansietas.



- 15) Membantu klien mengidentifikasi perasaan yang dialami dan berfokus pada bagaimana kopingnya. Mengajukan klien untuk membuat tulisan tentang perasaannya, faktor yang mencetuskannya, perilaku yang berkaitan.
- 16) Menggali dengan klien cara untuk menghadapi peristiwa yang menimbulkan cemas sebelum trauma.
- 17) Melibatkan klien dalam mempelajari perilaku koping yang baru (misal; relaksasi otot progresif, berhenti berpikir)
- 18) Memberi umpan balik positif jika klien mendemostrasikan cara yang lebih baik untuk menangani ansietas dan mampu menguasai situasi dengan tenang dan/atau realistis.
- 19) Mengkolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi, misal
Antidepresan : fluoksetin (prozac), amoksapin (asendin), doksepin (sinequan), imipramine (trofranil), inhibitor MAO fenelzin (nardil).

b. Ketidakberdayaan

- 1) Mengidentifikasi perilaku koping saat ini atau masa lalu yang efektif dan kuatkan penggunaannya.
- 2) Memperhatikan latar belakang etnik, persepsi budaya, agama dan kepercayaan tentang kejadian (misal; pembalasan dosa dari Tuhan)
- 3) Merumuskan rencana keperawatan dengan klien, membuat tujuan pencapaian yang realistis.



- 4) Mendorong klien untuk mengidentifikasi faktor-faktor pengendalian diri dan juga faktor yang tidak dimiliki dalam kemampuan diri untuk mengendalikan perilaku.
 - 5) Membantu klien mengidentifikasi faktor jika mulai terjadi perasaan tidak berdaya dan hilangnya pengendalian diri.
 - 6) Menggali tindakan yang dapat digunakan klien selama periode stress (misal; napas dalam, berhitung sampai 10, meninjau situasi, menyusun ulang).
 - 7) Memberi umpan balik positif jika klien menggunakan metode konstruktif untuk mendapatkan kembali pengendalian diri.
 - 8) Meningkatkan keterlibatan dalam terapi kelompok.
 - 9) Mengkolaborasikan dalam pelatihan asertif yang sesuai.
- c. Potensial membahayakan diri atau orang lain
- 1) Mengevaluasi adanya destruktif diri atau perilaku bunuh diri, (misal; perubahan alam perasaan, semakin menarik diri). Mengkaji keseriusan ancaman (misal; gerak-gerik, usaha sebelumnya). Menggunakan skala 1-10 dan prioritaskan menurut keparahan ancaman.
 - 2) Mengajukan klien untuk mengidentifikasi dan menyatakan pemicu stimulus, faktor penyebab yang mengakibatkan potensi kekerasan atau aktual oleh klien



- 3) Menegosiasikan kontrak dengan klien tentang tindakan yang harus dilakukan jika merasa kehilangan kendali.
- 4) Membantu memahami bahwa perasaan marah mungkin sesuai dalam situasi tertentu, tetapi perlu diekspresikan secara verbal atau dengan cara yang dapat diterima bukan bertindak menuruti perasaan marah dengan cara destruktif.
- 5) Memantau tingkat kemarah (misal; bertanya, menolak, pengungkapan secara verbal, intimidasi, marah yang meledak-ledak).
- 6) Memberi tahu klien untuk menghentikan perilaku berbahaya. Dengan menggunakan pengendalian lingkungan (misal; membawa klien ke tempat yang tenang, memegang klien) jika perilaku terus meningkat maka berbicara lebih lembut dan perlahan.
- 7) Melakukan tindakan pengurangan tindakan kemarahan sesuai indikasi, misalnya:
 - a) Mengambil jarak dari klien, memposisikan diri pada salah satu sisi dan tetap tenang, tetap berdiri atau duduk, mengambil posisi postur “terbuka” dengan tangan di samping.
 - b) Berbicara dengan lemah lembut, panggil nama klien, akui perasaan klien, mengekspresikan rasa penyesalan tentang situasi, dan menunjukkan empati.



- c) Menghindari menunduk, menyuruh, manghardik, menentang, menginterupsi, mengajak berdebat, meremehkan, atau mengintimidasi klien.
 - d) Meminta izin untuk bertanya, mencoba untuk melihat peristiwa yang memicu dan setiap emosi yang mendasari, misal takut, ansietas, atau penghinaan. Menawarkan solusi alternatif.
 - e) Melibatkan dalam program latihan, dalam program aktivitas diluar rumah (misal; gerak jalan, mendaki gunung dll) menganjurkan aktivitas olahraga.
 - f) Mengkolaborasikan dengan dokter untuk pemberian pengasingan atau restrain sampai memperoleh kembali kendali diri, sesuai indikasi. Beri obat , *litium* karbonat (*eskalith*).
- d. Ketidakefektifan koping individu
- 1) Mengidentifikasi dan mendiskusikan derajat fungsi koping.
 - 2) Mewaspada dan membantu klien menggunakan kekuatan ego dengan cara positif.
 - 3) Mengizinkan klien mengekspresikan perasaan secara bebas diruangannya sendiri. Tidak mendesak klien mengekspresikan perasaannya terlalu cepat, menghindari penenangan yang tidak tepat.
 - 4) Menganjurkan klien untuk menyadari dan menerima perasaannya sendiri dan reaksi yang diidentifikasi.



- 5) Memberi “izin” mengekspresikan/menghadapi marah terhadap penyerang/situasi dalam cara yang dapat diterima.
 - 6) Menetapkan diskusi pada tingkat praktis dan emosi, bukan dengan mengintelektualisasi pengalaman.
 - 7) Mengidentifikasi orang-orang yang dapat mendukung klien
 - 8) Kolaborasi
 - 9) Memberikan konsulen/ahli terapi yang peka dan khusus dilatih dalam manajemen krisis dan penggunaan terapi, misalnya psikoterapi (sebagai penunjang medikasi), terapi implosife, *flooding*, hipnosis, relaksasi, *rofling*, kerja memori (*memory work*), atau restrukturasi kognitif.
 - 10) Merujuk pada terapi okupasi, rehabilitasi vakosional.
- e. Berduka, maladaptif
- 1) Memperhatikan ekspresi perasaan bersalah atau menyalahkan diri sendiri secara verbal/non verbal.
 - 2) Mengakui realitas perasaan bersalah dan bantu klien untuk mengambil langkah kearah resolusi.
 - 3) Memberi penguatan bahwa klien membuat keputusan terbaik yang dapat dibuat waktunya.



- 4) Memperhatikan tanda dan tahap berduka terhadap diri sendiri dan/atau orang lain (misal; menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi, penerimaan).
- 5) Menyadari adanya perilaku menghindar (misal; marah, menarik diri)
- 6) Memberi informasi tentang normalnya perasaan dan tindakan dalam hubungannya dengan tahap berduka.
- 7) Mengidentifikasi faktor budaya dan cara individu menghadapi kehilangan sebelumnya. Menunjukkan kekuatan, keterampilan koping positif individu.
- 8) Memberi penguatan penggunaan keterampilan koping yang efektif sebelumnya.
- 9) Membantu orang terdekat untuk menghadapi respons klien.
- 10) Mengkolaborasi dalam merujuk pada sumber lain (misal; kelompok pendukung/teman sebaya, konseling, psikoterapi, dan rohaniawan).



9. *Screening* PTSD

Diagnosa PTSD dapat ditegakkan berdasarkan DSM-5 criteria for PTSD (2013) jika gangguan tersebut timbul dalam kurun waktu 6 bulan setelah kejadian traumatik berat (masa laten berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui 6 bulan). Namun kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya.

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

- a. Paparan terhadap ancaman atau kejadian kematian, cedera serius, atau kekerasan seksual, dari satu (atau lebih) kriteria di bawah ini:
 - 1) Langsung mengalami kejadian traumatis.
 - 2) Menjadi saksi mata, peristiwa tersebut terjadi pada orang lain.
 - 3) Menghadapi kejadian traumatis yang terjadi pada keluarga dekat atau teman dekat. Pada kasus ancaman atau kejadian kematian pada keluarga atau teman, kejadian harus kekerasan atau kecelakaan.
 - 4) Menghadapi paparan berulang atau ekstrim kejadian traumatis yang tidak diinginkan. Tidak termasuk paparan lewat media elektronik, televisi, film, atau gambar yang berhubungan dengan pekerjaan.

Adanya satu (atau lebih) gejala intrusi yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Re-experiencing*), dimulai setelah kejadian traumatis terjadi:



- 1) Kejadian traumatis yang berulang, tidak disadari, dan menjadi ingatan yang mengganggu.
 - 2) Mimpi distres yang berulang yang mana isinya dan/atau mempengaruhi mimpi yang berhubungan dengan kejadian traumatis
 - 3) Reaksi disosiatif (misalnya: kilas balik) dengan berperilaku atau berperasaan seolah kejadian traumatis terjadi kembali. (Reaksi dapat terjadi berlanjut, dengan ekspresi paling ekstrim dari kehilangan total kesadaran akan keberadaan sekelilingnya).
 - 4) Distres psikologis yang terjadi secara intens
 - 5) Perkepanjangan jika berhadapan dengan hal atau simbol yang berkaitan dengan aspek peristiwa traumatik baik sebagian atau seluruhnya secara internal atau eksternal.
 - 6) Reaksi fisiologis yang berhadapan dengan hal atau symbol yang berkaitan dengan aspek peristiwa traumatik baik sebagian atau seluruhnya secara internal atau eksternal.
- c. Perilaku penghindaran yang menetap terhadap stimulus yang berkaitan dengan peristiwa traumatik (*Avoidance*), yang dialami dan disertai dengan satu atau kedua gejala di bawah ini:
- 1) Usaha menghindari ingatan, pikiran, atau perasaan tentang atau mendekati sesuatu yang berhubungan dengan kejadian traumatis.



- 2) Usaha untuk menghindari atau secara langsung menghindari pemicu eksternal (orang, tempat, pembicaraan, aktivitas, objek, situasi) yang menghidupkan ingatan, pikiran, atau perasaan tentang atau mendekati sesuatu yang berhubungan dengan kejadian traumatis.
- d. Perubahan negatif pada kognitif dan mood yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Negative alterations in mood and cognition*), diawali atau bertambah parah setelah kejadian traumatis terjadi, yang ditunjukkan dengan dua (atau lebih) gejala di bawah ini:
- 1) Ketidakmampuan untuk mengingat aspek penting kejadian traumatis (biasa berhubungan dengan amnesia disosiatif dan tidak dipengaruhi faktor lain seperti cedera kepala, alkohol, atau obat-obatan).
 - 2) Kepercayaan yang persisten atau berlebihan atau ekspektasi tentang seseorang, orang lain, atau dunia (contoh: “Saya buruk”, “Tidak ada orang mempercayai saya”, “Dunia sangat berbahaya”, “Seluruh sistem saraf saya tidak bekerja permanen”).
 - 3) Gangguan kesadaran menetap tentang penyebab atau hasil dari kejadian traumatis yang menyebabkan individu menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
 - 4) Emosi negatif yang menetap (contoh: ketakutan, horor, kemarahan, perasaan bersalah, rasa malu).
 - 5) Penurunan jelas akan ketertarikan atau partisipasi dalam aktivitas



- 6) Merasa asing atau terpisah dari sekitarnya.
 - 7) Ketidakmampuan untuk mengekspresikan emosi positif (contoh: tidak dapat merasakan kebahagiaan, kepuasan, atau rasa sayang).
- e. Perubahan yang jelas pada kewaspadaan dan reaksi yang berhubungan dengan kejadian traumatis (*Hyperarousal*), diawali atau bertambah parah setelah kejadian traumatis terjadi, yang ditandai dengan dua (atau lebih) gejala di bawah ini:
- 1) Perilaku gelisah dan mudah mengalami ledakan kemarahan (dengan sedikit atau tanpa provokasi) yang ditandai dengan perkataan maupun perbuatan pada orang lain atau objek tertentu.
 - 2) Perilaku sembrono atau merusak diri sendiri.
 - 3) *Hypervigilance* (peningkatan kewaspadaan).
 - 4) Respon terkejut yang berlebihan.
 - 5) Kesulitan berkonsentrasi.

B. Tinjauan tentang kecelakaan lalu lintas

1. Definisi Kecelakaan Lalu Lintas

Berdasarkan UU RI No. 22 tahun (2009) tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan, kecelakaan lalu lintas adalah peristiwa di jalan raya tidak diduga dan tidak disengaja yang mengakibatkan korban manusia dan kerugian harta benda.



2. Golongan Kecelakaan Lalu Lintas

Berdasarkan UU RI No. 22 tahun 2009 tentang LLAJ pada pasal 229 kecelakaan Lalu Lintas digolongkan atas: ringan, sedang dan berat. Berdasarkan penelitian Adisasmita (2010) dalam (Halim, Adisasmita, Ramli, & Aly, (2017) mengemukakan bahwa dampak kecelakaan lalu lintas dapat diklasifikasi berdasarkan korban kecelakaan menjadi empat tingkatan, yaitu:

- a. Kecelakaan fatal; korban kecelakaan yang dipastikan meninggal dunia sebagai akibat kecelakaan lalu lintas dalam jangka waktu paling lama 30 hari setelah kecelakaan.
- b. Kecelakaan berat; korban kecelakaan yang karena luka-lukanya menderita cacat tetap atau harus dirawat inap di rumah sakit dalam jangka waktu lebih dari 30 hari sejak terjadi kecelakaan. Suatu kejadian digolongkan sebagai cacat tetap jika suatu anggota badan hilang atau tidak dapat digunakan sama sekali dan tidak dapat sembuh atau pulih untuk selama-lamanya.
- c. Kecelakaan ringan; korban kecelakaan yang mengalami luka-luka yang tidak memerlukan rawat inap atau harus dirawat inap di rumah sakit kurang dari 30 hari.
- d. Kerugian materi, kecelakaan yang hanya menimbulkan kerugian material.



3. Faktor Penyebab Kecelakaan Lalu Lintas

Faktor-faktor penyebab kecelakaan lalu lintas yakni sebagai berikut:

- a. Kendaraan, berdasarkan penelitian Arfan & Wulandari (2018) menyatakan bahwa kendaraan merupakan faktor terjadinya kecelakaan yang sebagian besar dikarenakan ban atau roda dalam kondisi yang tidak baik sebesar (69,1%) dan perawatan kendaraan yang tidak rutin sebesar (55,3%).
- b. Pengemudi/manusia, berdasarkan penelitian Arfan & Wulandari (2018) bahwa faktor kecelakaan dikarenakan pengemudi mengendarai dengan kecepatan yang tinggi dengan presentase 67%. Dan penelitian ini juga didukung dengan penelitian sebelumnya oleh Saragih (2011) dalam Arfan & Wulandari (2018) menyatakan bahwa kebiasaan pengemudi lengah dan tidak berhati-hati sebesar (55,42%), tidak mengikuti ketertiban lalu lintas (3,03%), mengantuk (2,6%), kesalahan pejalan (0,43%), dan tidak menjaga jarak (0,14%). Menurut Nurdjanah & Puspitasari (2017) menyatakan bahwa salah satu penyebab kecelakaan lalu lintas adalah penggunaan *handphone* saat mengemudi. Para penegemudi menyatakan bahwa penggunaan *handphone* berpengaruh. Dari hasil survey sebesar 47,3% responden mengatakan berpengaruh dan 2% mengatakan sangat berpengaruh, sedangkan 45,3% mengatakan tidak berpengaruh, dan 5% mengatakan sangat tidak berpengaruh.

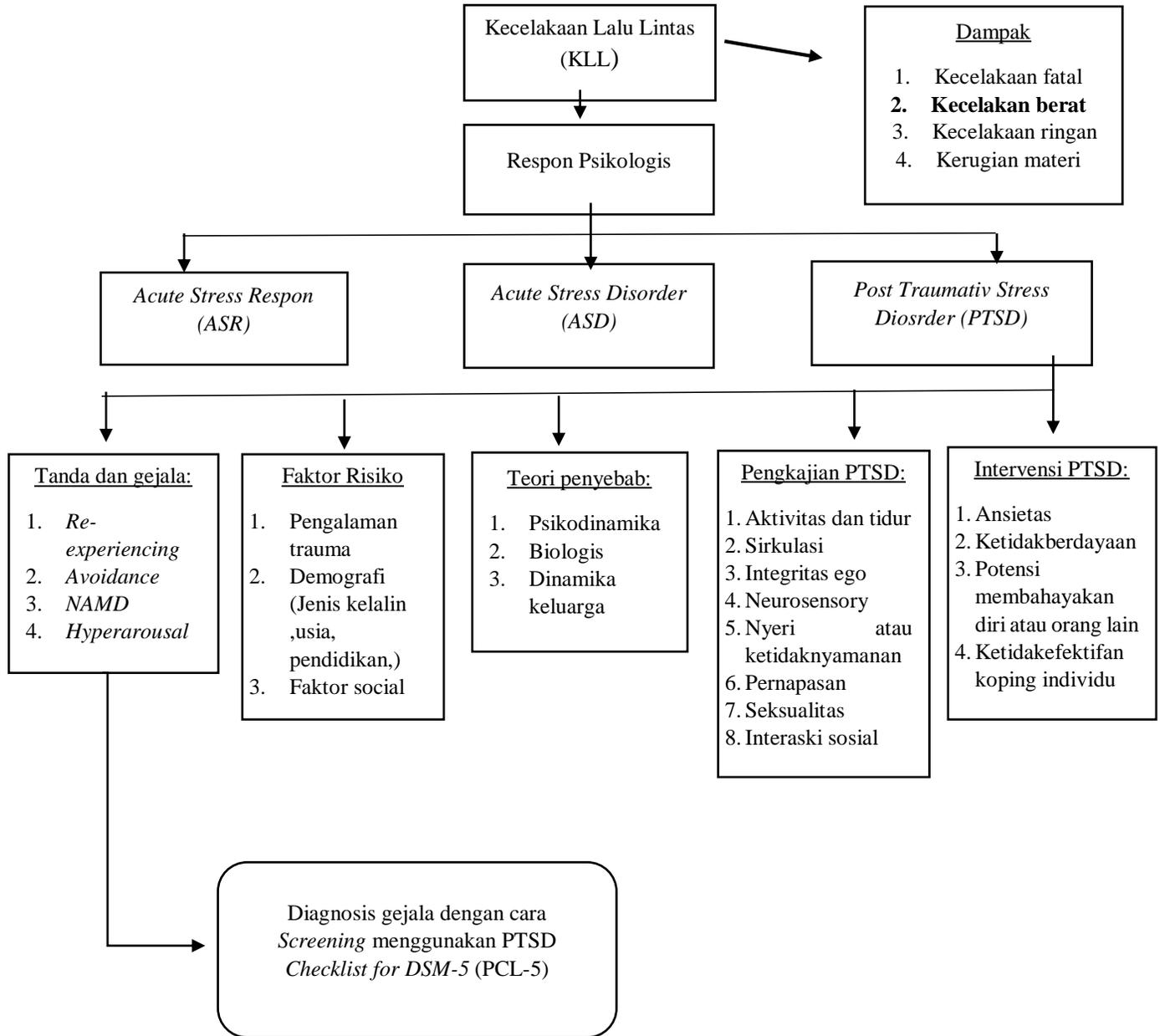
Faktor Lingkungan . menurut Arfan & Wulandari (2018) menyatakan bahwa faktor lingkungan juga berperan terhadap kecelakaan lalu lintas dikarenakan



rusaknya jalan, kondisi penrangan jalan (jalan gelap). Kecelakaan juga sering terjadi pada jam-jam sibuk dan akhir pekan dimana lalu lintas kendaraan sangat padat yang dapat memicu kecelakaan.



KERANGKA TEORI



Bagan 2.1 Kerangka Teori

