

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Periode Perkembangan (remaja, dewasa, lansia)**

##### **2.1.1. Remaja**

###### **1. Definisi remaja**

Hurlock (1973) memberi batasan masa remaja berdasarkan usia kronologis, yaitu antara 13 hingga 18 tahun. Menurut Thornburg (1982), batasan usia tersebut adalah batasan tradisional, sedangkan aliran kontemporer membatasi usia remaja antara 11 hingga 22 tahun.

Perubahan sosial seperti adanya kecenderungan anak-anak pra-remaja untuk berperilaku sebagaimana yang ditunjukkan remaja membuat penganut aliran kontemporer memasukan mereka dalam kategori remaja. Adanya peningkatan kecenderungan para remaja untuk melanjutkan sekolah atau mengikuti pelatihan kerja (magang) setamat SLTA, membuat individu yang berusia 19 hingga 22 tahun juga dimasukan dalam golongan remaja, dengan pertimbangan bahwa pembentukan identitas diri remaja masih terus berlangsung sepanjang rentang usia tersebut.

###### **2. Tugas perkembangan remaja**

Menurut Havighurst dalam Hurlock (1973) pada usia tersebut, tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut:

- a. Mencapai hubungan yang baru dan lebih masak dengan teman sebaya baik sesama jenis maupun lawan jenis
- b. Mencapai peran sosial maskulin dan feminin
- c. Menerima keadaan fisik dan dapat mempergunakannya secara efektif

- d. Mencapai kemandirian secara emosional dari orangtua dan orang dewasa lainnya
- e. Mencapai kepastian untuk mandiri secara ekonomi
- f. Memilih pekerjaan dan mempersiapkan diri untuk bekerja
- g. Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan dan kehidupan keluarga
- h. Mengembangkan kemampuan dan konsep-konsep intelektual untuk tercapainya kompetensi sebagai warga negara
- i. Menginginkan dan mencapai perilaku yang dapat dipertanggungjawabkan secara sosial
- j. Memperoleh rangkaian sistem nilai dan etika sebagai pedoman perilaku.

### **3. Permasalahan pada remaja**

Tidak semua remaja dapat memenuhi tugas-tugas tersebut dengan baik. Menurut Hurlock (1973) ada beberapa masalah yang dialami remaja dalam memenuhi tugas-tugas tersebut, yaitu:

- a. Masalah pribadi, yaitu masalah-masalah yang berhubungan dengan situasi dan kondisi di rumah, sekolah, kondisi fisik, penampilan, emosi, penyesuaian sosial, tugas dan nilai-nilai.
- b. Masalah khas remaja, yaitu masalah yang timbul akibat status yang tidak jelas pada remaja, seperti masalah pencapaian kemandirian, kesalahpahaman atau penilaian berdasarkan stereotip yang keliru, adanya hak-hak yang lebih besar dan lebih sedikit kewajiban dibebankan oleh orang tua.

### **4. Perkembangan fisik remaja**

Menurut Imran (1998) masa remaja diawali dengan masa pubertas, yaitu masa terjadinya perubahan-perubahan fisik (meliputi penampilan fisik seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (kematangan organ-organ

seksual). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas ini merupakan peristiwa yang paling penting, berlangsung cepat, drastis, tidak beraturan dan terjadi pada sistem reproduksi. Hormon-hormon mulai diproduksi dan mempengaruhi organ reproduksi untuk memulai siklus reproduksi serta mempengaruhi terjadinya perubahan tubuh. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin misalnya, pada remaja putri ditandai dengan menarche (menstruasi pertama), tumbuhnya rambut-rambut pubis, pembesaran buah dada, pinggul, sedangkan pada remaja putra mengalami pollutio (mimpi basah pertama), pembesaran suara, tumbuh rambut-rambut pubis, tumbuh rambut pada bagian tertentu seperti di dada, di kaki, kumis dan sebagainya.

### **5. Perkembangan psikis remaja**

Ketika memasuki masa pubertas, setiap anak telah mempunyai sistem kepribadian yang merupakan pembentukan dari perkembangan selama ini. Di luar sistem kepribadian anak seperti perkembangan ilmu pengetahuan dan informasi, pengaruh media massa, keluarga, sekolah, teman sebaya, budaya, agama, nilai dan norma masyarakat tidak dapat diabaikan dalam proses pembentukan kepribadian tersebut. Pada masa remaja, seringkali berbagai faktor penunjang ini dapat saling mendukung dan dapat saling berbenturan nilai (Imran, 1998)

## **2.1.2. Dewasa**

### **1. Definisi dewasa**

Istilah *adult* atau dewasa berasal dari kata kerja latin yang berarti tumbuh menjadi dewasa. Oleh karena itu orang dewasa adalah seseorang yang telah menyelesaikan pertumbuhannya dan siap menerima kedudukannya di dalam masyarakat bersama dengan orang dewasa lainnya (Hurlock, 1991). Dewasa awal adalah masa peralihan dari masa remaja. Hurlock (1986) mengatakan bahwa dewasa awal dimulai pada usia 18 tahun sampai kira-kira usia 40 tahun. Secara umum, mereka yang tergolong dewasa awal ialah mereka yang berusia 20-40 tahun.

Santrock (1999), orang dewasa muda termasuk masa transisi, baik secara fisik, transisi secara intelektual serta transisi peran sosial. Perkembangan sosial masa dewasa awal adalah puncak dari perkembangan sosial masa dewasa. Masa dewasa awal adalah masa beralihnya pandangan egosentris menjadi sikap yang empati. Pada masa ini, penentuan relasi sangat memegang peranan penting. Dewasa awal merupakan masa permulaan dimana seseorang mulai menjalin hubungan secara intim dengan lawan jenisnya. Hurlock (1986) mengemukakan beberapa karakteristik dewasa awal dan pada salah satu inisialnya dikatakan bahwa dewasa awal merupakan suatu masa penyesuaian diri dengan cara hidup baru dan memanfaatkan kebebasan yang diperolehnya.

### **2. Ciri-ciri Umum Masa Dewasa Awal**

Dewasa awal merupakan suatu masa penyesuaian terhadap pola-pola kehidupan yang baru dan harapan-harapan sosial yang baru. Masa dewasa awal adalah kelanjutan dari masa remaja, sehingga ciri-ciri masa dewasa awal tidak jauh berbeda dengan masa remaja. Ciri-ciri masa dewasa awal menurut Hurlock (1986):

- a. Masa dewasa awal sebagai usia reproduktif.

Masa dewasa awal adalah masa usia reproduktif. Masa ini ditandai dengan membentuk rumah tangga. Pada masa ini khususnya wanita, sebelum usia 30 tahun, merupakan masa reproduksi, dimana seorang wanita siap menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu. Pada masa ini, alat-alat reproduksi manusia telah mencapai kematangannya dan sudah siap untuk melakukan reproduksi.

- b. Masa dewasa awal sebagai masa bermasalah.

Setiap masa dalam kehidupan manusia, pasti mengalami perubahan, sehingga seseorang harus melakukan penyesuaian diri kembali terhadap diri maupun lingkungannya. Demikian pula pada masa dewasa awal ini, seseorang harus banyak melakukan kegiatan penyesuaian diri dengan kehidupan perkawinan, peran sebagai orang tua dan sebagai warga negara yang sudah dianggap dewasa secara hukum.

- c. Masa dewasa awal sebagai masa yang penuh dengan ketegangan emosional.

Ketegangan emosional seringkali ditampakkan dalam ketakutan-ketakutan atau kekhawatiran-kekhawatiran. Ketakutan atau kekhawatiran yang timbul ini pada umumnya bergantung pada tercapainya penyesuaian terhadap persoalan-persoalan yang dihadapi pada suatu saat tertentu atau sejauh mana sukses atau kegagalan yang dialami dalam penyelesaian persoalan.

- d. Masa dewasa awal sebagai masa ketergantungan dan perubahan nilai.

Ketergantungan disini mungkin ketergantungan kepada orang tua, lembaga pendidikan yang memberikan beasiswa atau pada pemerintah karena mereka memperoleh pinjaman untuk membiayai pendidikan mereka. Sedangkan masa perubahan nilai masa dewasa awal terjadi karena beberapa alasan seperti ingin

diterima pada kelompok orang dewasa, kelompok-kelompok sosial dan ekonomi orang dewasa.

### **3. Tugas Perkembangan Dewasa Awal**

Optimalisasi perkembangan orang dewasa awal mengacu pada tugas-tugas perkembangan dewasa awal menurut (Havighurst, 1953 dalam Hurlock, 1986), mengemukakan rumusan tugas-tugas perkembangan masa dewasa awal sebagai berikut :

- a. Memilih teman (sebagai calon istri atau suami)
- b. Belajar hidup bersama dengan suami/istri
- c. Mulai hidup dalam keluarga atau hidup berkeluarga
- d. Mengelola rumah tangga
- e. Mulai bekerja dalam suatu jabatan
- f. Mulai bertanggung jawab sebagai warga negara

#### **2.1.3. Lansia**

##### **1. Definisi lansia**

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Maryam, *et al.* 2008).

Menurut UU RI No. 13 tahun 1998 tentang lanjut usia, pengertian dan penggolongan sebagai berikut :

- a. Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.
- b. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- c. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

## 2. Batasan lansia

Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) lanjut usia meliputi:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) adalah kelompok usia 45 sampai 59 tahun.
- b. Usia lanjut (*elderly*) adalah kelompok usia 60 sampai 74 tahun.
- c. Usia lanjut tua (*old*) adalah kelompok usia antara 75 sampai 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) adalah kelompok usia diatas 90 tahun.

## 3. Masalah-masalah umum yang sering dialami oleh lansia

Seiring bertambahnya usia, lansia akan sering mengalami masalah-masalah yang dapat menghambat segala kegiatannya, yaitu :

- a. Keadaan fisik lemah dan tidak berdaya, sehingga harus bergantung pada orang lain.
- b. Status ekonominya sangat terancam, sehingga cukup beralasan untuk melakukan berbagai perubahan besar dalam pola hidupnya.
- c. Menentukan kondisi hidup yang sesuai dengan perubahan status ekonomi dan kondisi fisik.
- d. Mencari teman baru untuk menggantikan suami atau istri yang telah meninggal atau pergi jauh dan/ atau cacat.
- e. Mengembangkan kegiatan baru untuk mengisi waktu luang yang semakin bertambah.
- f. Belajar untuk memperlakukan anak yang sudah besar sebagai orang dewasa.
- g. Mulai terlibat dalam kegiatan masyarakat yang secara khusus direncanakan untuk orang dewasa.

- h. Mulai merasakan kebahagiaan dari kegiatan yang sesuai untuk lansia dan memiliki kemauan untuk mengganti kegiatan lama yang berat dengan yang lebih cocok.
- i. Menjadi sasaran atau dimanfaatkan oleh para penjual obat, budaya barat, dan kriminalitas karena mereka tidak sanggup lagi untuk mempertahankan diri.

## **2.2. Stres**

### **2.2.1. Definisi stres**

Stres adalah reaksi tubuh terhadap situasi yang menimbulkan tekanan, perubahan, ketegangan emosi, dan lain-lain. Seseorang yang mengalami stres dapat dilihat dari perubahan-perubahan yang terjadi pada kondisi fisiknya. Keluhan yang sering dirasakan pada orang yang mengalami stres adalah pemarah, pemurung, cemas, sedih, pesimis, menangis, mood atau suasana hati sering berubah-ubah, harga diri menurun atau merasa tidak aman, mudah tersinggung, mudah menyerah pada orang dan mempunyai sikap bermusuhan, mimpi buruk, serta mengalami gangguan konsentrasi dan daya ingat (Koampa, 2015).

Stres adalah suatu respon emosi yang muncul akibat kejadian-kejadian yang menekan dalam hidup individu. Lovibond & Lovibond menjelaskan saat stres individu cenderung menjadi lebih mudah marah, sulit untuk menenangkan diri, dan menjadi tidak sabar dalam menghadapi berbagai situasi (Lovibond, 1995).

Stres adalah respon individu terhadap berbagai faktor predisposisi (bio-psiko-sosio-kultural) (Stuart, 2013). Stres adalah segala sesuatu dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan seorang individu untuk merespons atau melakukan tindakan (Potter dan Perry, 2005).

Dari beberapa pendapat para ahli dapat disimpulkan bahwa stres merupakan suatu respon terhadap stresor baik itu dari dalam diri seseorang maupun dari luar berupa tekanan atau ketegangan yang tidak menyenangkan sehingga individu diharuskan untuk merespon atau melakukan tindakan.

### **2.2.2. Jenis stres**

Ada dua tipe stres (Jenita, 2017) yaitu :

#### **1. Stres Akut**

Stres ini dikenal dengan *fight or flight response*. Stres akut adalah respon tubuh terhadap ancaman tertentu, tantangan atau ketakutan. Respon stres akut yang segera dan intensif di beberapa keadaan, dapat menimbulkan gemetar.

#### **2. Stres Kronis**

Stres akut kecil dapat memberikan keuntungan, di mana dapat membantu untuk melakukan sesuatu, memotivasi dan memberi semangat. Namun masalah terjadi ketika akut menimbun, hal ini akan mendorong terjadinya masalah kesehatan seperti sakit kepala dan insomnia. Stres kronis lebih sulit dipisahkan atau diatasi daripada stres akut, tapi efeknya lebih panjang dan lebih problematik.

### **2.2.3. Gejala stres**

Tanda dan gejala stres terbagi menjadi 4 yaitu gejala kognitif, gejala fisik, gejala emosional, dan gejala perilaku (HelpGuide, 2009):

#### **1. Gejala kognitif**

Mudah lupa, sulit konsentrasi, tidak bisa berpikir jernih/bingung, berfikir negatif, tidak objektif, antisipasi hal buruk, ragu-ragu, sulit mengambil keputusan, sulit memahami informasi/instruksi.

## 2. Gejala fisik

Pusing, nyeri punggung/badan, ketegangan otot, diare atau konstipasi, lelah terus-menerus, gatal-gatal, mual, berdebar-debar, insomnia, libido menurun, demam, nyeri lambung, mulut kering radang tenggorokan.

## 3. Gejala emosional/afektif

Murung, sedih, gelisah, mudah marah, merasa tidak bahagia, sulit bersantai, mudah kecewa, jenuh, tidak semangat, tegang, meup-luap.

## 4. Gejala perilaku

Makan berlebih atau kurang, tidur berlebih atau kurang, penggunaan rokok alkohol, gugup, aktivitas berlebihan, reaksi berlebih pada suatu masalah, berkelahi

## 5. Gejala sosial

Menarik diri, malas *sharing* dengan orang lain, acuh terhadap lingkungan, bertengkar/tidak akur dengan orang lain, hanya memikirkan masalah sendiri, curiga pada orang lain dll.

### 2.2.4. Tahapan stres

Hans Selye (1956,1974) mengidentifikasi tahap reaksi stres terjadi dalam beberapa tahap General Adaption Syndrome (GAS) yaitu: (Videbeck, 2011)

#### 1. *Alarm reaction*

Pada tahap *alarm reaction*, stres menstimuli tubuh untuk mengirim sinyal dari hipotalamus menuju kelenjar (seperti kelenjar adrenal, untuk mengeluarkan adrenalin dan norepineprine) dan juga organ (seperti liver untuk mengubah glikogen menjadi glukosa) untuk mempersiapkan pertahanan tubuh jika

diperlukan. Merupakan respon terhadap kondisi stres yang muncul secara fisik. Terjadi perubahan pada tubuh atau biokimia seperti tidak enak badan, sakit kepala, otot tegang, kehilangan nafsu makan, merasa lelah. Secara psikologi, meningkatkan rasa cemas, sulit konsentrasi atau tidur tidak nyenyak, bingung atau kacau. Mekanisme seperti rasionalisasi atau penyangkalan sering dilakukan.

## 2. *Resistance*

Sistem *digestive* mengurangi fungsi kerja dan membiarkan darah mensuplai menuju area lain untuk pertahanan tubuh. Paru-paru mengambil udara lebih banyak dan jantung berdetak lebih cepat sehingga sirkulasi akan berjalan lebih cepat dan membawa darah yang kaya oksigen lebih banyak sehingga otot bisa mempertahankan tubuh dari berbagai ancaman dari luar. Jika seseorang beradaptasi dengan stres maka tubuhnya akan berespon rileks. Kelenjar, organ dan seluruh sistem tubuh akan berkurang. Kondisi dimana tubuh berhasil melakukan adaptasi terhadap stres. Gejala menghilang, tubuh dapat bertahan dan kembali pada kondisi normal.

## 3. *Exhaustion*

*Exhaustion stage* terjadi ketika seseorang berespon negative terhadap kecemasan dan stres. Kondisi yang muncul jika stres berkelanjutan sehingga individu menjadi rapuh atau kehabisan tenaga. Secara fisik, tubuh menjadi *breakdown*, energy untuk beradaptasi habis, reaksi atau gejala fisik muncul kembali, yang akhirnya dapat mengakibatkan individu meninggal. Secara fisiologi, mungkin terjadi halusinasi, delusi, perilaku apatis bahkan psikosis.

### 2.2.5. Dampak stres

Pada dosis yang kecil, stres dapat memberikan dampak positif pada diri individu. Ini dapat memotivasi dan memberikan semangat untuk menghadapi tantangan. Pada stres dengan level yang tinggi dapat menyebabkan depresi. Penyakit kardiovaskuler, penurunan respon imun dan kanker. Adapun dampak lain yang dipengaruhi oleh stres adalah sebagai berikut : (Jenita, 2017)

1. Dampak bagi spiritualitas, adalah dapat menghilangkan keyakinan dan keimanan yang terdapat didalam diri kita. Stres yang tidak terkontrol akan mengganggu spiritualitas berupa kemarahan kepada tuhan yang berujung sifat-sifat negatif yang muncul pada individu. Dalam hal ini stres sangat berbahaya karena dapat menurunkan derajat keimanan manusia, sehingga akan menurunkan derajat manusia itu sendiri dengan makhluk yang lainnya.
2. Dampak bagi tubuh, yaitu orang-orang yang mudah terserang stres sangat mudah terserang berbagai macam penyakit fisik. Stres yang tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan dampak seperti terganggunya sistem hormonal, kerusakan vitamin dan mineral serta melemahnya sistem kekebalan tubuh. Keadaan stres akan merangsang pengeluaran hormon adrenalin secara berlebihan, sehingga jantung akan berdebar lebih cepat dan keras.
3. Efek bagi imunitas, yaitu stresor dapat menjadi stimulus yang menyebabkan iktivasi, resisten dan ekshausi. Sinyal stres dirambatkan mulai dari sel di otak (hipotalamus dan ptiuitari), sel di adrenal (korteks dan medula) yang akhirnya disampaikan ke sel imun. Tingkat stres yang terjadi pada jenis dan subset sel imun, akan menentukan kualitas modulasi imunitas, baik alami maupun adaptif. Efek stresor pada tingkat ekshausi dapat menurunkan imunitas, baik alami

maupun adaptif. Efek stresor ini sangat ditentukan oleh proses pembelajaran individu terhadap stresor yang diterima dan menghasilkan persepsi stres. Kualitas persepsi stres ini akan diketahui pada respons stres (Dhabhar dan Mc Ewen, 2001).

#### **2.2.6. Faktor yang mempengaruhi tingkat stres**

Faktor yang mempengaruhi tingkat stres (Atkinson & Hilgard, 1996), yaitu:

1. Kemampuan memperkirakan

Kemampuan memperkirakan timbulnya suatu stres, meskipun yang bersangkutan belum dapat mengontrolnya.

2. Kontrol atas jangka waktu

Kemampuan individu untuk mengendalikan berapa lama waktu kejadian yang penuh stres.

3. Evaluasi kognitif

Kejadian stres yang sama mungkin dihayati secara berbeda oleh dua individu yang berbeda.

4. Perasaan mampu

Kepercayaan seseorang atas kemampuannya menanggulangi stres.

5. Dukungan masyarakat

Dukungan emosional serta adanya perhatian orang lain dapat membuat seseorang sanggup bertahan dalam menghadapi stres.

#### **2.2.7. Koping stres**

Sumber koping stres adalah sebuah pilihan atau strategi yang membantu individu menghadapi stresor. Sumber koping stres antara lain aset ekonomi, dukungan sosial, kemampuan, motivasi, keyakinan spiritual, kemampuan

penyelesaian masalah, pengetahuan dan kecerdasan, sistem nilai yang stabil, kesehatan, dan lain-lain. Mekanisme koping adalah sebuah manajemen stres, mekanisme koping bisa mengarah ke arah konstruktif atau destruktif. Berikut adalah 3 tipe mekanisme koping :

1. *Problem focused*, mekanisme koping *problem focused* menyangkut tugas dan usaha untuk mengatasi ancaman. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi dan mencari tahu suatu persoalan.
2. *Cognitively focused*, individu berusaha untuk mengontrol suatu masalah dan menetralkannya. Contohnya meliputi perbandingan positif, penggantian dengan penghargaan.
3. *Emotion focused*, individu diorientasikan untuk melembutkan stres emosional. Contohnya meliputi mekanisme pertahanan ego, menolak, supresi, atau proyeksi (Stuart, 2013).

#### **2.2.8. Teori stres**

Walaupun teori stres terus berkembang dari masa ke masa, tetapi secara fundamental teori stres hanya digolongkan atas tiga pendekatan. Tiga pendekatan terhadap teori stres tersebut adalah stres model *stimulus* (rangsangan), stres model *response* (respon), dan stres model *transactional* (transaksional) (Bartlett, 1998, dalam Lyon, 2012).

##### **1. Stres model stimulus**

Stres model *stimulus* menjadi terkenal pada tahun 1940 dan 1950 (Bartlett, 1998). Kemudian pada tahun 1960-an, para ahli psikologi menjadi tertarik untuk mengkaji konsep stres yang ditinjau dari pengalaman psikologis (Lyon, 2012). Sebenarnya, perkembangan teori stres model *stimulus* berawal dari temuan para

peneliti terhadap prajurit militer yang sedang melaksanakan tugas perang (Bartlett, 1998). Stres model *stimulus* merupakan model stres yang menjelaskan bahwa stres itu adalah variabel bebas (*independent*) atau penyebab manusia mengalami stres (Lyon, 2012). Atau dengan kata lain, stres adalah situasi lingkungan yang seseorang rasakan begitu menekan (Bartlett, 1998) dan individu tersebut hanya menerima secara langsung rangsangan stres tanpa ada proses penilaian (Staal, 2004). Penyebab-penyebab stres tersebut berperan dalam menentukan seberapa banyak stres yang akan mungkin diterima. Oleh karena itu, tekanan yang berasal dari situasi-situasi lingkungan bisa bertindak sebagai penyebab dan penentu pada gangguan-gangguan kesehatan apabila terjadi dalam kurun waktu yang sering dan dengan jumlah yang berbahaya (Bartlett, 1998). Adapun situasi-situasi yang memungkinkan menjadi pemicu terjadinya stres adalah beban kerja, kepanasan, kedinginan, suara keributan, ruangan yang berbau menyengat, cahaya yang terlalu terang, lingkungan yang kotor, ventilasi yang tidak memadai, dan lain sebagainya (Staal, 2004; Hariharan & Rath, 2008).

Bartlett (1998) menegaskan bahwa stres *stimulus* lebih memfokuskan pada sumber- sumber stres dari pada aspek-aspek lainnya. Sumber stres tersebut dikenal dengan istilah “*stressor*”. Sebenarnya, *stressor* hanya memberikan rangsangan dan mendorong sehingga terjadi stres pada seseorang. *Stressor* berperan sebagai pemicu stres pada individu. Menurut Thoits (1994), sumber stres (*stressor*) dapat dikategorikan menjadi tiga jenis, yaitu *life events* (peristiwa- peristiwa kehidupan), *chronic strain* (ketegangan kronis), dan *daily hassles* (permasalahan-permasalahan sehari-hari).

## 2. Stres model respon

Stres model respons dikembangkan oleh Hans Selye. Selye adalah ahli yang dikenal luas karena penelitian dan teorinya tentang stres yang berkaitan dengan aspek fisik dan kesehatan (Lyon, 2012). Merujuk pada Bartlett (1998), pada tahun 1946, Selye menulis sebuah karya ilmiah yang berjudul "*The General Adaptation Syndrome and Diseases of Adaptation*" dan menggunakan istilah stres untuk mengacu secara khusus pada tekanan yang berasal dari luar individu. Namun, empat tahun kemudian, yaitu di tahun 1950, Selye mengganti definisi stres tersebut menjadi respons seseorang terhadap stimulus yang diberikan. Selye menekankan bahwa stres merupakan reaksi atau tanggapan tubuh yang secara spesifik terhadap penyebab stres yang mana mempengaruhi kepada seseorang.

Lyon (2012) mengistilahkan reaksi tubuh terhadap sumber stres sebagai variabel terikat atau hasil. Hasil stres itu bersumber dari dalam diri individu (Staal, 2004). Hasil stres itupun meliputi perubahan kondisi psikis, emosional, dan psikologis (Carr, 2013). Misalnya, ketika seseorang mengalami situasi yang mengkhawatirkan, tubuh secara spontan bereaksi terhadap ancaman tersebut. Ancaman tersebut termasuk sumber stres, dan respons tubuh terhadap ancaman itu merupakan stres respons (Schneiderman, *et al.* 2005). Dengan demikian, perpaduan antara sumber stres dan hasil stres mengarahkan pada pengertian bahwa stres tidak bisa dipisahkan dari reaksi tubuh terhadap sumber-sumber stres yang ada. Atau dengan kata lain, tubuh tidak akan memberikan respon apapun kalau tidak ada rangsangan. Oleh karena itu, stres respons dapat

disimpulkan sebagai reaksi tubuh secara jasmaniah terhadap sumber-sumber stres yang ada atau rangsangan yang menyerang tubuh.

Untuk mengetahui lebih lanjut bagai- mana tubuh memberikan respons terhadap sumber stress, Selye pun memperkenalkan sebuah model stress. Adapun model stress yang diperkenalkan Selye adalah *General Adaptation Syndrome* atau disingkat dengan istilah GAS (Rice, 2011). Sesuai pada GAS, ada tiga tahapan stres respons, yaitu *alarm* (tanda bahaya), *resistance* (perlawanan), dan *exhaustion* (kelelahan). Tahapan pertama stres respons dalam *General Adaptation Syndrome* adalah *alarm*. *Alarm* merupakan suatu kondisi yang tidak diinginkan dan terjadi ketika ada perbedaan antara kenyataan yang sedang terjadi dan situasi yang diharapkan (Ursin, 2004). Sebagai akibatnya, tubuh menerima rangsangan dan secara alami mengaktifkan reaksi *flight-or-fight* karena adanya kondisi yang berpotensi mengancam kestabilan kondisi tubuh (Lyon, 2012). Pada tahap pertama ini akan timbul seperti sakit di dada, jantung berdebar-debar, sakit kepala, disfagia (kesulitan menelan), kram, dan lain sebagainya (Rice, 2011).

Tahapan kedua dari *General Adaptation Syndrome* adalah *resistance* (perlawanan). Perlawanan terjadi saat *alarm* tidak berakhir atau terus menerus berlangsung. Dampak- nya, kekuatan fisik pun dikerahkan untuk melanjutkan kerusakan-kerusakan karena rangsangan-rangsangan yang membaha- yakan sedang menyerang (Lyon, 2012). Peristiwa ini terjadi karena pada tahap kedua terjadi konflik dengan tahappertama (Rice, 2011). Oleh karena itu, selama proses perlawanan di tahap *resistance* ada kemung- kinan akan timbulnya penyakit, seperti radang sendi, kanker, dan hipertensi (Lyon, 2012).

Ketika stres masih berlangsung terus-menerus, maka selanjutnya stres berada pada tahap terakhir. Berdasarkan *General Adaptation Syndrome*, di tahap ketiga ini tubuh sudah merasakan *exhaustion* (kelelahan) (Lyon, 2012). Kondisi ini dikarenakan tubuh benar-benar tidak sanggup lagi mengadakan perlawanan terhadap sumber stres. Atau dengan kata lain, tubuh sudah menyerah karena kehabisan kemampuan untuk menghadapi serangan yang mengancam. Oleh karena itu, pada tahap ketiga ini, menurut Lyon (2012) dan Rice (2011) organ-organ tubuh bisa berhenti berfungsi atau bisa mengakibatkan kematian pada seseorang.

### 3. Stres model Transaksional

Stres model transaksional berfokus pada respon emosi dan proses kognitif yang mana didasarkan pada interaksi manusia dengan lingkungan (Jovanovic, Lazaridis & Stefanovic, 2006). Atau dengan kata lain, stres model ini menekankan pada peranan penilaian individu terhadap penyebab stres yang mana akan menentukan respon individu tersebut (Staal, 2004).

Richard Lazarus dan Susan Folkman adalah tokoh yang terkenal dalam mengembangkan teori stres model transaksional. Lazarus dan Folkman (1984) menyatakan bahwa stres adalah hubungan antara individu dengan lingkungannya yang dievaluasi oleh seseorang sebagai tuntutan atau ketidakmampuan dalam menghadapi situasi yang membahayakan atau mengancam kesehatan. Lebih lanjut, Lazarus dan Folkman menegaskan bahwa *appraisal* adalah faktor utama dalam menentukan seberapa banyak jumlah stres yang dialami oleh seseorang saat berhadapan dengan situasi berbahaya (mengancam). Dengan kata lain, stres adalah hasil dari terjadinya transaksi

antara individu dengan penyebab stres yang melibatkan proses pengevaluasian (Dewe *et al.*, 2012). Selain itu, sumber stres merupakan kejadian atau situasi yang melebihi kemampuan pikiran atau tubuh saat berhadapan dengan sumber stres tersebut. Ketika situasi tersebut memberikan rangsangan, maka individu akan melakukan *appraisal* (penilaian) dan *coping* (penanggulangan). Oleh karena itu, stres bisa berlanjut ke tahap yang lebih parah atau sedikit demi sedikit semakin berkurang. Hal tersebut ditentukan bagaimana usaha seseorang berurusan dengan sumber stres.

*Appraisal* atau proses penilaian adalah suatu tindakan pengevaluasian, penafsiran, dan tanggapan tentang peristiwa-peristiwa yang ada (Olf, Langeland & Gersons, 2005). Merujuk pada Lazarus dan Folkman (1984), ada dua tahap penilaian yang dilakukan oleh manusia ketika sedang mengalami stres yaitu: *primary appraisal* dan *secondary appraisal*. Penilaian tahap awal (*primary appraisal*) dilakukan oleh individu pada saat mulai mengalami sesuatu peristiwa. Secara khusus, individu mengevaluasi pengaruh yang memungkinkan timbul dari adanya tuntutan-tuntutan terhadap sumber daya yang ada pada kondisi kesehatan (Lyon, 2012). Lazarus dan Folkman (1984) membagi proses *primary appraisal* ini dalam tiga tahap, yaitu *irrelevant*, *benign-positive*, dan *stressful*.

*Secondary appraisal* atau penilaian tahap kedua adalah proses penentuan jenis *coping* yang bisa dilakukan dalam menghadapi situasi-situasi yang mengancam (Lyon, 2012). *Coping* tergantung pada penilaian terhadap hal apa yang bisa dilakukan untuk mengubah situasi (Lazarus, 1993). Lazarus dan Folkman (1984) membagi dua metode *coping* (penanggulangan) yang dilakukan ketika menghadapi stres yaitu *problem-focused coping* (penanggulangan

berfokus pada masalah) dan *emotion-focused coping* (penanggulangan berfokus pada emosi).

*Problem-focused coping* adalah cara menanggulangi stres dengan berfokus pada permasalahan yang dihadapi. *Coping* yang berfokus pada masalah ini bisa dilakukan apabila masih ada kemungkinan melakukan sesuatu hal (Lazarus, 1993) untuk menanggulangi stres. Atau dengan kata lain, *problem-focused coping* dilakukan untuk menghindari atau mengurangi stres dengan cara langsung menghadapi sumber stres atau masalah yang terjadi. *Emotion-focused coping* adalah cara penanggulangan stres dengan melibatkan emosi. Atau dengan kata lain, seseorang yang mengalami stres akan melibatkan emosinya dan menggunakan penilaiannya terhadap sumber-sumber stres yang ada. *Coping* yang berfokus pada emosi dilakukan karena tidak ada lagi yang bisa dilakukan (Lazarus, 1993) terhadap sumber stres. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penanggulangan stres yang berfokus pada masalah adalah berurusan dengan situasi secara langsung. Sedangkan penanggulangan stres yang berfokus pada emosi berurusan dengan diri sendiri.

## **2.3. Kecemasan**

### **2.3.1. Definisi kecemasan**

Menurut Kaplan dan Sadock (1998) kecemasan adalah respons terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Pada kadar yang rendah, kecemasan membantu individu untuk bersiaga mengambil langkah-langkah mencegah bahaya atau untuk memperkecil dampak bahaya tersebut.

Menurut Rasmun (2004), kecemasan adalah perasaan yang tidak menyenangkan tidak menentu dari individu dimana penyebabnya tidak pasti atau tidak ada objek yang nyata.

Menurut pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah reaksi emosional yang timbul oleh penyebab yang tidak spesifik yang dapat menimbulkan perasaan tidak nyaman dan merasa terancam. Keadaan emosi ini biasanya merupakan pengalaman individu yang subyektif yang tidak diketahui secara khusus penyebabnya. Cemas berbeda dengan takut, seseorang yang mengalami kecemasan tidak dapat mengidentifikasi ancaman. Cemas dapat terjadi tanpa rasa takut namun ketakutan tidak terjadi tanpa kecemasan.

### **2.3.2. Tanda dan gejala kecemasan**

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis, perilaku dan secara langsung melalui timbulnya gejala sebagai upaya untuk melawan ansietas. Intensitas perilaku akan meningkat sejalan dengan peningkatan tingkat kecemasan.

Menurut Tarwoto (2004) Tanda dan gejala kecemasan yang timbul secara umum adalah :

#### **1. Tanda fisik**

##### **a. Cemas ringan :**

- 1) Gemeteran, renjatan, rasa goyang
- 2) Ketegangan otot
- 3) Nafas pendek, hiperventilasi
- 4) Mudah lelah

- b. Cemas sedang :
    - 1) Sering kaget
    - 2) Hiperaktifitas Autonomik
    - 3) Wajah merah dan pucat
  - c. Cemas berat :
    - 1) Takikardi
    - 2) Nafas pendek, hiperventilasi
    - 3) Berpeluh
    - 4) Tangan terasa dingin
    - 5) Panik
  - d. Panik :
    - 1) Diare
    - 2) Mulut kering ( *xerostomia* ).
    - 3) Sering kencing
    - 4) *Parestesia* ( kesemutan pada kaki dan tangan )
    - 5) Sulit menelan
2. Gejala psikologis
- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung.
  - b. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut.
  - c. Sulit konsentrasi, *hypervigilance* ( siaga berlebihan )
  - d. Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang.
  - e. Gangguan pola tidur , mimpi – mimpi yang menegangkan.
  - f. Gangguan konsentrasi dan daya ingat.

- g. Libido menurun.
- h. Rasa manganjal di tenggorokan.
- i. Rasa mual di perut.

### **2.3.3. Faktor yang mempengaruhi respon kecemasan**

Menurut Rasmun (2004), kemampuan individu dalam merespon kecemasan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

#### **3. Sifat stresor**

Sifat stresor dapat berubah secara tiba-tiba atau berangsur - angsur dan dapat mempengaruhi seseorang dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping seseorang.

#### **4. stresor yang bersamaan**

Pada waktu yang sama terdapat sejumlah stresor yang harus dihadapi bersama. Semakin banyak stresor yang dialami seseorang, semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stresor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan.

#### **5. Lama stresor**

Memanjangnya stresor dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu mengatasi stres, karena individu sudah kehabisan tenaga untuk menghadapi stresor tersebut

#### **6. Pengalaman masa lalu**

Pengalaman masa lalu individu dalam menghadapi kecemasan dapat mempengaruhi individu ketika menghadapi stresor yang sama karena individu memiliki kemampuan beradaptasi atau mekanisme koping yang lebih baik,

sehingga tingkat kecemasan pun akan berbeda dan dapat menunjukkan tingkat kecemasan yang lebih ringan.

#### 7. Tingkat perkembangan

Tingkat perkembangan individu dapat membentuk kemampuan adaptasi yang semakin baik terhadap stresor yang berbeda sehingga resiko terjadi stres dan kecemasan akan berbeda pula.

### 2.3.4. Respon Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), respon kecemasan dibagi menjadi 4 :

#### 1. Respon Fisiologis

##### 1) Kardiovaskuler

Palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, denyut nadi melemah.

##### 2) Pernapasan

Napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, terngah-engah, pembengkakan pada tenggorokan.

##### 3) Neuromuskuler

Tremor, insomnia, gelisah, wajah tegang, reflek meningkat, kelemahan umum.

##### 4) Gastrointestinal

Kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, muntah, diare, rasa tidak nyaman pada abdomen.

#### 5) Traktus urinarius

Tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.

#### 6) Kulit

Wajah kemerahan, berkeringat pada telapak tangan, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat.

### 2. Respon Perilaku

Respon perilaku terhadap kecemasan meliputi : gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, menarik diri dari hubungan personal, melarikan diri dari masalah dan menghindari.

### 3. Respon Kognitif

Respon kognitif terhadap kecemasan meliputi : perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam pemberian penilaian, hambatan berfikir, bidang persepsi menurun, bingung, takut cedera dan kematian

### 4. Respon Afektif

Respon afektif terhadap kecemasan meliputi : mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, *nervus*, ketakutan, teror, dan gugup.

## 2.4. Depresi

### 2.4.1. Definisi depresi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Kaplan, 2010).

Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2002).

#### **2.4.2. Etiologi Depresi**

Kaplan (2010) menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikososial.

##### **1. Faktor biologis**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (5-Hidroksi indol asetic acid), HVA (Homovanilic acid), MPGH (5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Respirin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

##### **2. Faktor Genetik**

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat

(unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999).

Oleh Lesler (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

### 3. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010).

#### 2.4.3. Gambaran Klinis

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya, banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri, dan biasanya sulit untuk didiagnosa (Evans, 2000).

##### 1. Perubahan Fisik

- a. Penurunan nafsu makan.

- b. Gangguan tidur.
  - c. Kelelahan dan kurang energy
  - d. Agitasi.
  - e. Nyeri, sakit kepala, otot keran dan nyeri, tanpa penyebab fisik.
2. Perubahan Pikiran
- a. Merasa bingung, lambat dalam berfikir, penurunan konsentrasi dan sulit mengingat informasi.
  - b. Sulit membuat keputusan dan selalu menghindar.
  - c. Kurang percaya diri.
  - d. Merasa bersalah dan tidak mau dikritik.
  - e. Pada kasus berat sering dijumpai adanya halusinasi ataupun delusi.
  - f. Adanya pikiran untuk bunuh diri.
3. Perubahan Perasaan
- a. Penurunan ketertarikan ddengan lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri.
  - b. Merasa bersalah, tak berdaya.
  - c. Tidak adanya perasaan.
  - d. Merasa sedih.
  - e. Sering menangis tanpa alas an yang jelas.
  - f. Iritabilitas, marah, dan terkadang agresif.
4. Perubahan pada Kebiasaan Sehari-hari
- a. Menjauhkan diri dari lingkungan sosial, pekerjaan.
  - b. Menghindari membuat keputusan.
  - c. Menunda pekerjaan rumah.

- d. Penurunan aktivitas fisik dan latihan.
- e. Penurunan perhatian terhadap diri sendiri.
- f. Peningkatan konsumsi alcohol dan obat-obatan terlarang.

#### **2.4.4. Pengukuran tingkat stres, kecemasan dan depresi**

*Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42) oleh Lovibond & Lovibond (1995) adalah alat ukur yang digunakan untuk mengukur tiga keadaan emosi yaitu depresi, kecemasan, dan ketegangan atau stres. DASS 42 dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai stres emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok maupun individu untuk tujuan penelitian (Crawford & Henry, 2003)

Tingkatan stres pada instrumen ini berupa normal, sedang, berat, sangat berat. *Psychometric Properties of the Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS) terdiri dari 42 item, yang dimodifikasi dengan penambahan 49 item, penambahan dari item 43-49 yang mencakup 3 sub variabel, yaitu fisik, emosi atau psikologis, dan perilaku. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut memiliki makna 0-29 (normal), 30-59 (ringan), 60-89 (sedang), 90-119 (berat), >120 (sangat berat) (Lovibond & Lovibond, 1995)

DASS juga memiliki versi singkat dengan 21 item atau dikenal dengan DASS 21 (Lovibond & Lovibond, 1995). Pernyataannya terdiri dari 7 item terbagi menjadi subskala yang sama dengan isinya. Skala depresi mengkaji disforia, ketidakberdayaan, penurunan kualitas hidup, dan efek emosi negatif lainnya. Skala kecemasan mengkaji kecemasan situasional dan pengalaman subyektif yang

mempengaruhi kecemasan. Skala stres sensitif terhadap tingkat rangsangan non spesifik kronis. Ini menilai kesulitan untuk relaks, gugup dan mudah marah atau gelisah, mudah tersinggung atau *over reactive*, dan kesabaran. Skor untuk depresi, kecemasan, dan stres dihitung dengan menjumlahkan nilai untuk item yang relevan.

DASS 21 didasarkan pada dimensi daripada konsep kategori dari gangguan psikologis. Asumsidi pengembangan DASS 21 didasarkan pada terdapat perbedaan antara depresi, kecemasan, dan stres yang dialami oleh subyek normal dan secara klinis terganggu, dengan perbedaan derajat. Derajat keparahan adalah sebagai berikut.

Tabel 2.1 Derajat keparahan dalam DASS 21

	<b>Depresi</b>	<b>Kegelisahan</b>	<b>Menekankan</b>
<b>Normal</b>	0-9	0-7	0-14
<b>Ringan</b>	10-13	8-9	15-18
<b>Moderat</b>	14-20	10-14	19-25
<b>Parah</b>	21-27	15-19	26-33
<b>sangat parah</b>	28+	20 +	34+

Karakteristik dari skor skala DASS menurut Lovibond dalam *Psychology Foundation of Australia* (2014), yaitu:

a. Skala depresi

- 1) Meremehkan diri,
- 2) Bersemangat, suram, biru,
- 3) Yakin bahwa kehidupan tidak memiliki makna atau nilai,
- 4) Pesimis tentang masa depan,

- 5) Mampu mengalami kenikmatan atau kepuasan,
  - 6) Mampu menjadi tertarik atau terlibat,
  - 7) Lambat, kurang dalam inisiatif.
- b. Skala kecemasan
- 1) Khawatir, panik,
  - 2) Menggigil, gemetar,
  - 3) Menyadari kekeringan mulut,
  - 4) Kesulitan bernapas,
  - 5) Jantung berdebar, telapak tangan berkeringat,
  - 6) Khawatir tentang kinerja dan kemungkinan kehilangan kendali,
  - 7) Ketakutan tanpa sebab.
- c. Skala stres
- 1) Berlebihan dalam merangsang hal, tegang,
  - 2) Tidak mampu untuk bersantai,
  - 3) Sensitif, mudah marah,
  - 4) Mudah terkejut
  - 5) Gelisah,
  - 6) Sangat peka,
  - 7) Tidak toleran terhadap gangguan atau keterlambatan.

## **2.5. Bencana Gempa Bumi**

### **2.5.1. Definisi bencana**

**Menurut** Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007, **Bencana** adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau

faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Definisi tersebut menyebutkan bahwa bencana disebabkan oleh faktor alam, non alam, dan manusia.

Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor.

Bencana nonalam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.

Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror (BNPB 2017).

### **2.5.2. Gempa bumi**

Gempabumi (*earthquake*) adalah peristiwa bergetar atau bergoncangnya bumi karena pergerakan/pergeseran lapisan batuan pada kulit bumi secara tiba-tiba akibat pergerakan lempeng-lempeng tektonik. Gempabumi yang disebabkan oleh aktivitas pergerakan lempeng tektonik disebut gempabumi tektonik. Namun selain itu, gempabumi bisa saja terjadi akibat aktifitas gunung berapi yang disebut sebagai gempabumi vulkanik.

Pergerakan tiba-tiba dari lapisan batuan di dalam bumi menghasilkan energi yang dipancarkan ke segala arah berupa gelombang gempabumi atau gelombang seismik. Ketika gelombang ini mencapai permukaan bumi, getarannya dapat

merusak segala sesuatu di permukaan bumi seperti bangunan dan infrastruktur lainnya sehingga dapat menimbulkan korban jiwa dan harta benda.

Berbeda dengan letusan gunung api dan bencana alam lain yang didahului dengan tanda-tanda atau gejala-gejala yang muncul sebelum kejadian, gempa bumi selalu datang secara mendadak dan mengejutkan sehingga menimbulkan kepanikan umum yang luar biasa karena sama sekali tidak terduga sehingga tidak ada seorang pun yang sempat mempersiapkan diri.

Akibat yang ditimbulkan gempa bumi luar biasa dahsyat karena mencakup wilayah yang sangat luas, menembus batas teritorial negara, bahkan antar-benua. Sifat getaran gempa bumi yang sangat kuat dan merambat ke segala arah, mampu menghancurkan bangunan-bangunan sipil yang terkuat sekalipun, sehingga tak ayal sangat banyak memakan korban manusia. Bahkan gempa bumi sering kali diikuti oleh bencana alam lanjutan yang jauh lebih dahsyat berupa tanah longsor dan gelombang tsunami (BMKG 2012).

## **2.5. Penanganan kesehatan jiwa pasca bencana**

Berdasarkan Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana” oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2007, penanganan kesehatan jiwa pasca bencana dibagi menjadi beberapa fase, yaitu :

### **2.5.1. Fase kedaruratan akut**

Intervensi masalah psikososial ini dimulai setelah 48 jam. Intervensi kesehatan jiwa :

1. Menangani keluhan psikiatrik yang mendesak (misalnya keadaan yang membahayakan diri sendiri atau orang lain, psikosis, depresi berat, mania, epilepsi) di pos kesehatan.

2. Melaksanakan prinsip 'pertolongan pertama pada kelainan psikologik akut' yaitu, mendengarkan, menyatakan keprihatinan, menilai kebutuhan, tidak memaksa berbicara, menyediakan atau mengerahkan pendamping dari keluarga atau orang yang dekat, melindungi dari cedera lebih lanjut.
3. Tidak dianjurkan untuk memaksa orang untuk berbagi pengalaman pribadi melebihi yang akan dilakukan secara alami.

### **2.5.2. Fase rekonsolidasi**

Pada Fase ini intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Melanjutkan intervensi sosial yang relevan
2. Mengorganisasi kegiatan psikoedukasi yang menjangkau ke masyarakat untuk memberi pendidikan tentang ketersediaan pilihan pelayanan kesehatan jiwa. Dilakukan tidak lebih awal dari empat minggu setelah fase akut, beri penjelasan dengan hati-hati tentang perbedaan psikopatologi dan distress psikologik normal, dengan menghindari
3. sugesti adanya psikopatologi yang luas dan menghindari istilah atau idiom yang membawa stigma.
4. Mendorong dilakukannya cara coping mechanism yang positif yang sudah ada sebelumnya. Informasi itu harus menekankan harapan terjadinya pemulihan alamiah.
5. Melatih petugas kemanusiaan lain dan pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru dll.) dalam ketrampilan inti perawatan psikologik (seperti pertolongan pertama psikologik, dukungan emosional, menyediakan informasi, penenteraman yang simpatik, pengenalan masalah kesehatan mental utama) untuk meningkatkan pemahaman dan

6. dukungan masyarakat dan untuk merujuk orang ke puskesmas jika diperlukan.
7. Melatih dan mensupervisi petugas pelayanan kesehatan dasar dalam pengetahuan dan
8. ketrampilan dasar kesehatan jiwa (misalnya pemberian medikasi psikotropik yang tepat, “pertolongan pertama psikologi”, konseling suportif, bekerja bersama keluarga, mencegah bunuh diri, penatalaksanaan keluhan somatik yang tak dapat dijelaskan, masalah penggunaan zat dan rujukan).
9. Menjamin kesinambungan medikasi pasien psikiatrik yang mungkin tidak mempunyai akses terhadap medikasi selama fase kedaruratan akut.
10. Melatih dan mensupervisi petugas masyarakat (misalnya petugas bantuan, konselor) untuk membantu petugas Pelayanan kesehatan dasar yang beban kerjanya berat. Petugas masyarakat dapat terdiri dari relawan, paraprofesional, atau profesional, tergantung keadaan. Petugas masyarakat perlu dilatih dan disupervisi dengan baik dalam berbagai ketrampilan inti: penilaian persepsi individual, keluarga dan kelompok tentang masalah yang dihadapi, pertolongan pertama psikologik, menyediakan dukungan emosional, konseling perkabungan (grief counseling), manajemen stres, konseling pemecahan masalah, memobilisasi sumber daya keluarga dan masyarakat serta rujukan.
11. Bekerja sama dengan penyembuh tradisional (traditional healers) jika mungkin. Dalam beberapa keadaan, dimungkinkan kerja sama antara praktisi tradisional dan kedokteran.

### **2.5.3. Intervensi Psikososial korban Bencana**

Berikut langkah-langkah intervensi psikososial terhadap mereka yang terkena bencana.

1. Selama fase emergensi (3 minggu pertama)
2. Menyediakan informasi yang sederhana dan mudah diakses pada daerah yang banyak jenazah
3. Tidak mengecilkan arti dari upacara pengurusan jenazah
4. Menyediakan pencarian keluarga untuk yang tinggal sendiri, orang lanjut usia dan kelompok rentan lainnya
5. Mengajukan mereka membentuk kelompok-kelompok seperti, keagamaan, ritual dan sosio keagamaan lainnya
6. Mengajukan anggota tim lapangan untuk secara aktif berpartisipasi selama masa duka cita
7. Mengajukan kegiatan bermain untuk anak
8. Memberikan informasi tentang reaksi psikologi normal yang terjadi setelah bencana. Yakinkan mereka bahwa ini adalah normal, sementara, dan dapat hilang dengan sendirinya, dan semua akan merasakan hal yang sama
9. Tokoh agama, guru dan tokoh sosial lainnya harus terlibat secara aktif
10. Mengajukan mereka untuk bekerja bersama-sama menjaga apa yang mereka butuhkan
11. Libatkan korban yang sehat dalam pekerjaan bantuan
12. Motivasi tokoh masyarakat and tokoh kunci lainnya untuk mengajak mereka dalam diskusi kelompok dan berbagi tentang perasaan mereka
13. Jamin distribusi bantuan secara tepat
14. Sediakan layanan “cara penyembuhan” yang dengan orang dan memperlihatkan sikap peduli terhadap setiap orang (misalnya, kelemahan atau minoritas) dari masyarakat

#### 2.4.4. Reaksi psikologis korban bencana

1. Reaksi segera ( dalam 24 jam)
  - a. Tegang, cemas dan panik
  - b. Kaget, linglung, syok, tidak percaya
  - c. Gelisah, bingung
  - d. Agitasi, menangis, menarik diri
  - e. Rasa bersalah pada korban yang selamat Reaksi ini tampak hampir pada setiap orang di daerah bencana dan ini dipertimbangkan sebagai reaksi alamiah pada situasi abnormal, tidak membutuhkan intervensi psikologis khusus.
2. Reaksi terjadi dalam hari sampai minggu setelah bencana
  - a. Ketakutan, waspada, siaga berlebihan
  - b. Mudah tersinggung, marah, tidak bisa tidur
  - c. Khawatir, sangat sedih
  - d. *Flashbacks* berulang (ingatan terhadap peristiwa yang selalu datang berulang dalam pikiran)
  - e. Menangis, rasa bersalah
  - f. Kesedihan
  - g. Reaksi positif termasuk pikiran terhadap masa depan
  - h. Menerima bencana sebagai suatu Takdir Semua itu adalah reaksi alamiah dan hanya membutuhkan intervensi psikososial.
3. Terjadi kira-kira 3 minggu setelah bencana

Reaksi yang sebelumnya ada dapat menetap dengan gejala seperti:

  - a. Gelisah

- b. Perasaan panik
- c. Kesedihan yang mendalam dan berlanjut, pikiran pesimistik yang tidak realistik
- d. Tidak melakukan aktivitas keluar, isolasi, perilaku menarik diri
- e. Ansietas atau kecemasan dengan manifestasi gejala fisik seperti palpitasi, pusing, mual, lelah, sakit kepala Reaksi ini tidak perlu diperhitungkan sebagai gangguan jiwa. Gejala ini dapat diatasi oleh tokoh masyarakat yang telah dilatih agar mampu memberikan intervensi psikologik dasar.

Respons dari orang-orang yang terkena bencana dibagi atas 3 kategori utama:

- a. Respon psikologis normal, tidak membutuhkan intervensi khusus
- b. Respon psikologis disebabkan distress atau disfungsi sesaat, membutuhkan bantuan pertama psikososial (*psychological first aid*)
- c. Distress atau disfungsi berat yang membutuhkan bantuan profesi kesehatan jiwa

*Coping skills* yang sehat, antara lain:

- a. Kemampuan untuk menghadapi sendiri masalah dengan cepat
- b. Tepat dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan
- c. Tepat menggunakan bantuan
- d. Tepat mengekspresikan emosi yang menyakitkan
- e. Toleransi terhadap ketidakjelasan tanpa memilih perilaku agresif.

#### **2.4.5. Gangguan jiwa**

Sementara itu, gangguan jiwa yang sering tampak setelah bencana, yaitu :

1. Reaksi stres akut
2. Kehilangan dan Berduka
3. Gangguan jiwa yang dapat diagnosis

- a. Depresi (vs kesedihan)
  - b. Gangguan cemas (vs cemas)
  - c. Gangguan penyesuaian
  - d. Gangguan somatoform
4. Penyalahgunaan zat dan alkohol
  5. Gangguan stres pasca trauma (*Post-traumatic stress disorder* (PTSD))
  6. kambuh/relaps gangguan jiwa yang sudah ada
  7. Penyakit psikosomatik Gejala psikologis hanya dapat dinyatakan bila memenuhi kriteria dibawah ini:
    - a. Gejala hebat dan menunjukkan gangguan yang bermakna pada fungsi sosial dan pekerjaan.
    - b. Gejala menetap selama beberapa minggu (4–6 minggu) (kecuali psikosis dimana cukup satu minggu bila ada gejala sudah dapat ditegakkan diagnosis).

#### **2.4.6. Gangguan depresi**

Gangguan depresi yang dialami oleh masyarakat yang tertimpa bencana, antara lain:

1. Suasana hati (*mood*) yang depresif: perasaan sedih, menderita, mudah tersinggung atau gelisah
2. Kehilangan minat dan rasa senang
3. Berkurangnya tenaga, mudah lelah, menurunnya aktivitas
4. Menurunnya konsentrasi dan perhatian terhadap tugas
5. Berkurangnya rasa percaya diri dan rendahnya harga diri
6. Rasa bersalah dan rasa tidak berguna
7. Pandangan suram dan pesimistik terhadap masa depan

8. Merusak diri atau usaha bunuh diri
9. Gangguan tidur
10. Berkurangnya libido dan nafsu makan

Terapi farmakologi untuk mengatasi gangguan depresi, antara lain:

1. *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (Fluoxetine: 20–40 mg/hari)
2. Imipramine (150 – 250 mg/hari). Saat ini kurang disukai karena efek sampingnya
3. Mulailah semua obat dengan dosis rendah dan tingkatkan secara bertahap setelah 7- 10 hari
4. Lanjutkan pemberian antidepresan selama 6–8 minggu
5. Bila respons masih kurang naikkan dosis
6. Bila pasien memperlihatkan hasil yang baik lanjutkan pengobatan sampai 6–9 bulan
7. Turunkan dosis obat setelah 4–6 minggu sesudah menyelesaikan pengobatan.

#### **2.4.7. Gangguan cemas**

Gangguan cemas yang muncul, antara lain:

1. Ansietas biasanya tampak dengan gejala somatik, kognitif dan emosional
2. Gangguan ansietas termasuk Gangguan Cemas Menyeluruh Gangguan Panik, Fobia sosial dan spesifik, Gangguan stres pasca trauma (post traumatic stress disorder (PTSD))
3. Gejala dapat terjadi secara episodik atau berlanjut, mereka dapat muncul secara tiba-tiba tanpa sebab atau sebagai respon atas situasi tertentu.

Terapi farmakologi untuk gangguan cemas, antara lain:

1. Gangguan ansietas menyeluruh: Diazepam 5 mg dua kali sehari pada kasus ringan dan 3 kali 10 mg sehari pada kasus berat atau
  - a. Alprazolam 0,75 – 1,5 mg/hari atau
  - b. Buspirone 30 – 60 mg/hari
  - c. Propranolol 40 – 80 mg/hari dibagi dua dosis
2. Gangguan Panik:
  - a. Fluoxetine 20 – 40 mg/hari atau
  - b. Alprazolam 1,5 – 6 mg/hari dalam dua atau tiga dosis
  - c. Imipramine 50 mg/hari dalam dua dosis sampai maksimum 150 – 250 mg/hari.

#### **2.4.8. Gangguan stres pascatrauma**

Untuk gejala gangguan stres pascatrauma yang sering dialami korban bencana, antara lain:

1. Pengalaman berulang terhadap peristiwa (misal dalam bentuk mimpi yang menakutkan)
2. Menghindar dari hal yang dapat mengingatkan peristiwa
3. Secara umum kurang responsif
4. Berkurangnya minat
5. Meningkatnya gangguan tidur dan buruknya konsentrasi

Diagnosis hanya ditegakkan bila gejala di atas terdapat lebih dari satu bulan.

#### **2.4.9. Gangguan penyesuaian**

Gangguan penyesuaian adalah:

1. Perasaan nyeri atau reaksi maladaptif untuk suatu stres yang spesifik dan terjadi dalam waktu 3 bulan dari waktu kejadian stres

2. Suatu kejadian stres berakhir, gejala biasanya hilang dalam waktu 6 bulan.

Tanda dan gejala gangguan penyesuaian, antara lain:

1. Depresi
2. Menangis
3. Putus asa
4. Kecemasan yang bermanifestasi dengan palpitasi dan hiperventilasi
5. Gangguan menantang seperti: merusak, mengenduri ugal-ugalan, berkelahi (hak orang dilanggar atau acuh tak acuh)
6. Gangguan pada pekerjaan (gangguan pada bidang akademik yang dimanifestasikan pada kesulitan dalam fungsi pekerjaan atau sekolah)
7. Menarik diri, manifestasi dengan perilaku menarik diri dari lingkungan sosial, ini tidak khusus pada semua orang.
8. Terapi farmakologi untuk gangguan penyesuaian, bila gejala ansietas berat, gunakan obat ansiolitik untuk beberapa hari pertama Alprazolam 0,5 – 1 mg dapat diberikan tiga kali sehari.

## 2.2 Keaslian Penelitian

Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Artikel	Metode	Hasil
1	Post-disaster stressful life events and WTC-related posttraumatic stress, depressive symptoms, and overall functioning among responders to the World Trade Center disaster	Desain : Deskriptif, Korelasi Sampel : 26.965 Instrumen : Kuisisioner, wawancara, observasi. Analisis : Bivariat	temuan ini menunjukkan bahwa ada interaksi dinamis antara paparan, peristiwa kehidupan yang menimbulkan stres pasca-bencana, dan stres pasca-trauma terkait WTC, gejala depresi, dan fungsi keseluruhan di antara responden WTC.
	Penulis : Michael J. Zvolensky, DKK		
	Tahun : 2015		
	Sumber : Sciene Direct		
2	Factors associated with post-traumatic stress symptoms among adolescents exposed to the Sewol ferry disaster in Korea	Desain : Deskriptif, cross-sectional Sampel : 1173 siswa Instrumen : Kuisisioner Analisis : uji chi-square, T-tes independen	Penerapan analisis regresi linier bertahap mengungkapkan empat variabel independen, termasuk jenis kelamin, usia, kinerja akademik, dan menyaksikan penyelamatan, untuk memprediksi gejala PTSD dengan total varian dijelaskan 5,5%. Saksi penyelamatan, perempuan, siswa yang lebih tua, dan kinerja akademik yang buruk merupakan prediktor yang signifikan Gejala PTSD.
	Penulis : Ju-Yeon Lee, DKK		
	Tahun : 2017		
	Sumber : Sciene Direct		
3	Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after	Desain : quasi-experimental with threegrups Sampel : 104 Participan Instrumen : Kuisisioner	Gejala berat PTSD sebelum mendaftar CBT-PD adalah 0,6 untuk grup “tidak ada ptsd & complete cbtpd” (SD = 1.8), 7.1 untuk “dengan

---

<p>Chilean earthquake and tsunami</p> <p>Penulis : Marcelo Leiva-Bianchi, DKK</p> <p>Tahun : 2018</p> <p>Sumber : Sciene Direct</p>	<p>Analisis : Bivariat</p>	<p>ptsd &amp; complete cbtpd” (SD = 2.2) dan 5.8 untuk “dengan ptsd &amp; disingkat cbtpd” (SD = 2.2 ). Pada gilirannya, sarana gejala berat PTSD setelah menerapkan pengobatan adalah 1,1 (SD = 1,4), 1,1 (SD = 1,2) dan 4,5 (SD = 3,4) untuk kelompok-kelompok "no ptsd &amp; complete cbtpd", "dengan ptsd &amp; complete cbtpd "dan" dengan ptsd &amp; disingkat cbtpd ", masing-masing.</p>
<p>4 Biometric Advisory System to Analyze a User’s Post Disaster Stress Management</p> <p>Penulis : Arturas Kaklauskas, DKK</p> <p>Tahun : 2014</p> <p>Sumber : Sciene Direct</p>	<p>This article describes in detail the developed Biometric Advisory System to Analyze a User’s Post-Disaster Stress Management.</p>	<p>Sistem Penasihat Biometrik untuk Menganalisis Manajemen Stres Pasca Bencana Pengguna dikembangkan untuk mengurangi stres pasca-bencana pengguna. Rencana untuk tahap berikutnya dari pengembangan Sistem melibatkan pengintegrasian sistem ini dengan sistem biometrik (analisis tegangan suara, dll.) Lainnya, yang juga telah dikembangkan oleh penulis di sini. Seperti integrasi kecerdasan dan biometrik sistem akan memberikan penilaian yang lebih baik dari stres pasca-bencana pengguna dan pengiriman spesifik rekomendasi untuk mereka.</p>

---

---

5	<p>Educating for post-disaster sustainability efforts</p> <p>Penulis : Katja Brundiers</p> <p>Tahun : 2018</p> <p>Sumber : Sciene Direct</p>	<p>This study synthesized evidence from secondary and primary research</p>	<p>program-program yang muncul pasca-bencana menunjukkan bahwa perubahan dimungkinkan pada saat-saat krisis. Namun, di belakang, pemimpin pendidikan mereka mendesak kita untuk "bersandar terhadap bencana, tidak menghindarinya" untuk mendidik agen perubahan untuk mengejar keberlanjutan dalam bencana waktu</p>
6	<p>Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kejadian Stres Pasca Bencana Alam Pada Masyarakat Kelurahan Tubo Kota Ternate</p> <p>Penulis :Asnayanti, Lucky Kumaat, Ferdinand Wowiling</p> <p>Tahun : 2013</p> <p>Sumber : Google Scholar</p>	<p>Desain : deskriptif analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i></p> <p>Sampel : <i>proposive Sampling</i>, 50 responden</p> <p>Instrumen :<i>self reporting quesionnore</i> (SRQ)</p> <p>Analisis : Analisa Univariat dan Analisa Bivaria, chi-square</p>	<p>Hasil uji Statistik menunjukkan nilai <math>\tilde{n} = 0.01</math>. Hal ini menunjukkan bahwa nilai <math>\tilde{n}</math> lebih kecil dari Alfa (<math>\tilde{n} &lt; \acute{a} = 0.05</math>). Dengan demikian Ho ditolak dan dapat disimpulkan bahwa ada hubungan Mekanisme Koping dengan kejadian Stres Pasca Bencana Alam pada Masyarakat Kelurahan Tubo Kota Ternate</p>
7	<p>Dampak Psikologis Pasca Trauma Akibat Erupsi Merapi</p> <p>Penulis : Sumarno</p> <p>Tahun : 2013</p> <p>Sumber : Google Scholar</p>	<p>Desain : Kualitatif</p> <p>Sampel : Seluruh Warga Desa</p> <p>Instrumen : Wawancara, Observasi, Dokumentasi</p>	<p>Dampak psikologis pasca trauma yang dialami oleh ketiga subyek yaitu selalu teringat akan peristiwa traumatik (<i>intrusive re-experienceing</i>)</p>

---

8	Remaja Nangroe Aceh Darussalam Pasca Tsunami	Desain : Deskriptif Instrumen : Observasi Analisis : kualitatif berupa narasi	Interaksi remaja dengan relawan dan banyak pihak yang datang pasca tsunami
	Penulis :Nurul Hartini		membuat remaja Aceh belajar budaya dari banyak pihak. Selain itu, perkembangan teknologi informasi di Aceh pasca tsunami membuat remaja Aceh menunjukkan peningkatan pada ketrampilan
	Tahun : 2011		memanfaatkan teknologi informasi. Kondisi tersebut memberikan pengaruh pada penurunan motivasi dan kecintaan remaja Aceh pada kebiasaan, kesenian, tradisi dan budaya Aceh.
	Sumber : Google Scholar		
9	Pengelolaan Stress Pada Keluarga Korban Bencana Longsor Di Kabupaten Bogor	Desain : Cross-Sectional Sampel : <i>Simple Random Sampling</i> Instrumen :Kuisisioner	Sumber stress terbesar adalah masalah ketegangan keluarga dan masalah keuangan dan bisnis keluarga. Sumber daya coping keluarga terdiri atas karakteristik keluarga dan dukungan sosial.
	Penulis : Euis Sunarti dan Junita Sari Syahrini	Analisis : Uji Korelasi Spearman	
	Tahun : 2011		
	Sumber : Google Scholar		
10	Hubungan Sikap Dukungan Sosial Dengan Tingkat Resiliensi Stres Penyintas Banjir Di Kelurahan Taas Kecamatan Tikala Kota Manado	Desain : Observasional Analitik dengan rancangan cross sectional Sampel : total sampling, 58 keluarga Instrumen : Kuisisioner Analisis : <i>korelasi</i>	Dari hasil penelitian yang dilakukan di kelurahan Taas, sebagian besar responden tingkat resiliensi stres penyintas banjir di Kelurahan Taas Kecamatan Tikala Kota Manado mengalami peningkatan. Ada

---

Penulis :Billy Tampi, *spearman's rho* hubungan antara  
Lucky Kumaat, dan dukungan sosial yaitu  
Gresty Masi dukungan emosional,  
dukungan penghargaan  
dan dukungan informatif

Tahun : 2013

Sumber : Google Scholar

---