

## **POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER KEPADA ANAK**

**Humaira Azka Rusyda, Anjely Doni Lasmi, Salwa Khairunnisa, Visakha Vidyadevi Wiguna**

Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram, Indonesia

Email: azkarusyda7@gmail.com, anjelydonilasmi@gmail.com,

salwa.salwa.khairunnisa@gmail.com, visakhawiguna@gmail.com

### **Abstrak**

*Gangguan kecemasan yang mungkin terjadi setelah mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis disebut gangguan stres pascatrauma (PTSD). Peristiwa traumatis termasuk pelecehan atau pelecehan fisik atau seksual, cedera, kekerasan, kecelakaan di jalan, trauma perang, luka bakar parah dan bencana. Hingga 18 judul topik, pencarian kata kunci dan sumber dari Google Scholar dan National Center for Biotechnology Information/NCBI dilakukan di portal online publikasi jurnal, dengan kata kunci PTSD. PTSD didefinisikan sebagai "peristiwa traumatis yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang berupa kematian atau ancaman kematian, cedera serius, atau ancaman terhadap integritas fisik seseorang. Menurut data dari National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, setiap 100 orang Sekitar 7 atau 8 orang akan mengalami gangguan stres pasca-trauma pada tahap tertentu dalam hidup mereka Intervensi dan pengobatan dini dapat meminimalkan dampak sosial dan emosional dari paparan anak-anak terhadap peristiwa traumatis. PTSD umumnya dapat disembuhkan jika dapat segera dideteksi dan diobati dengan benar. Jika tidak terdeteksi dan diobati tepat waktu, dapat menyebabkan komplikasi medis dan psikologis yang serius dan permanen, yang pada akhirnya akan mengganggu kehidupan sosial anak di masa depan.*

**Kata Kunci:** PTSD; Trauma; Anak

Diterima: 30-09-2021 Direvisi: 15-10-2021 Disetujui: 18-10-2021

### **Pendahuluan**

Masa kanak-kanak merupakan masa terpenting untuk menyelesaikan tahap perkembangan yang harus dialami. Banyak reaksi anak dan remaja yang mengalami peristiwa traumatis yang mirip atau identik satu sama lain. Kecemasan dan bahkan gangguan stres pada anak dapat sangat menghambat perkembangan mereka. Anak-anak dan remaja sangat rentan terhadap penyakit mental setelah peristiwa traumatis. Gangguan kecemasan yang mungkin terjadi setelah mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatis disebut gangguan stres pascatrauma (PTSD). Peristiwa traumatis, termasuk pelecehan atau pelecehan fisik atau seksual, cedera, kekerasan, kecelakaan di jalan, trauma perang, luka bakar parah, dan bencana alam (Ayuningtyas, 2018).

Satu dari enam anak kecil (usia 2-5 tahun) di Amerika Serikat berpotensi terpapar terhadap keluarga atau komunitas yang menimbulkan kejadian traumatis, seperti kekerasan atau pelecehan, dan satu dari sepuluh telah terpapar sebuah kejadian atau kecelakaan berpotensi traumatis. Populasi anak-anak dan remaja yang berasal dari negara berpenghasilan rendah atau memiliki tingkat konflik yang tinggi, disparitas etnocultural, dan keluarga terpecah (*broken-home*) merupakan kelompok resiko tertinggi terpapar stres traumatis (Atwoli et al., 2013).

Dua periode perkembangan, masa kanak-kanak dan remaja, adalah masa-masa tertentu yang rentan terhadap dampak pasca-trauma yang merugikan. Paparan stres traumatis pada anak usia dini ketika area otak terlibat pada stres dan resiliensi berkembang pesat (Teicher & Samson, 2016). Dapat mengakibatkan perubahan psikobiologis atau eksaserbasi kerentanan yang sudah ada sebelumnya kemudian dapat meningkatkan kerentanan terhadap efek samping terhadap pajanan stressor traumatis berikutnya (Grasso, Ford, & Briggs-Gowan, 2013).

Orang tua atau pengasuh memiliki peran dalam memperhatikan kondisi PTSD pada anak-anak. Edukasi mengenai dampak stres, strategi *coping* berbasis bukti serta pengobatan adalah bentuk antisipasi yang penting untuk membantu orang tua atau pengasuh yang anak-anaknya telah terpapar stres traumatis dan/atau berisiko mengalami PTSD.

### Metode Penelitian

Penulisan artikel ini mencakup berbagai sumber yang berasal dari jurnal ilmiah dan pedoman pemerintah maupun instansi terkait. Judul subjek, pencarian kata kunci dan sumber dilakukan di portal online publikasi jurnal sebanyak 18 sumber yang berasal dari *Google Scholar* dan *Nation Center for Biotechnology Information/ NCBI*, dengan kata kunci "*PTSD*".

### Hasil dan Pembahasan

Dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR), PTSD didefinisikan sebagai suatu peristiwa atau beberapa peristiwa traumatis yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang berupa kematian atau ancaman kematian, cedera serius, atau ancaman terhadap tubuh. Integritas seseorang. Insiden itu menyebabkan ketakutan, kepanikan, dan ketidakberdayaan yang ekstrem (Sadock & Sadock, 2010).

Orang-orang dari segala usia dapat mengembangkan PTSD, termasuk veteran, anak-anak, dan orang-orang yang pernah mengalami serangan fisik atau seksual, pelecehan, kecelakaan, bencana, atau peristiwa serius lainnya. Menurut National Center for Post-Traumatic Stress Disorder di Amerika Serikat, sekitar 7 atau 8 dari setiap 100 orang akan mengalami PTSD di beberapa titik dalam hidup mereka. Wanita lebih mungkin mengembangkan PTSD daripada pria, dan gen dapat membuat beberapa orang lebih mungkin mengembangkan PTSD daripada yang lain (National Institute of Mental Health).

Tidak semua penderita PTSD pernah mengalami kejadian berbahaya (Levers, 2012; National Institute of Mental Health). Beberapa orang mengalami PTSD setelah teman atau anggota keluarga berada dalam bahaya. Kematian mendadak yang tak terduga dari orang yang dicintai juga dapat menyebabkan PTSD (Institut Kesehatan Mental Nasional). Menyaksikan dan mengalami kekerasan dalam rumah tangga merupakan peristiwa yang traumatis, karena kekerasan dilakukan oleh orang terdekat anak, dan seharusnya keluarga memberikan rasa aman, bukan menunjukkan dan memberikan kekerasan yang menimbulkan ketakutan dan kemarahan. Pengalaman traumatis anak yang menyaksikan dan mengalami kekerasan dalam rumah tangga sering dianggap sebagai prediktor masalah psikologis di masa depan, seperti penelantaran anak dan kekerasan fisik dan psikologis, masalah perilaku, dan berbagai perilaku seperti merokok, penyalahgunaan narkoba, dan seks bebas (Levers, 2012).

Namun, tidak semua orang yang pernah mengalami kejadian berbahaya akan mengalami PTSD. Ini dipengaruhi oleh banyak faktor, dan faktor risiko membuat orang lebih rentan terhadap PTSD. Faktor lain, yang disebut faktor ketahanan, dapat membantu mengurangi risiko penyakit. Ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko PTSD, di antaranya mengalami peristiwa dan trauma berbahaya, cedera, melihat orang lain terluka atau melihat mayat, trauma masa kecil, merasa takut dan tidak berdaya, dan memiliki sedikit atau tidak ada dukungan sosial setelah peristiwa mengerikan. tekanan tambahan. Setelah insiden, seperti kehilangan orang yang dicintai, rasa sakit dan cedera, atau kehilangan pekerjaan atau keluarga, riwayat penyakit mental atau penyalahgunaan obat. Beberapa faktor yang dapat mendorong pemulihan pasca trauma antara lain mendapatkan dukungan dari orang lain (seperti teman, keluarga, atau kelompok lain), merasa nyaman dengan perilakunya sendiri saat menghadapi bahaya, dan memiliki strategi koping yang positif untuk melewati dan belajar dari hal buruk. peristiwa Pelajaran, meskipun takut, tetapi masih mampu mengambil tindakan dan bereaksi secara efektif (National Institute of Mental Health).

Menurut data KPAI, sebanyak 4.710 kasus dilaporkan dari Januari 2011 hingga Agustus 2014. Data (Tabel 1) menunjukkan bahwa kekerasan seksual merupakan kekerasan yang paling banyak terjadi pada anak (Wahyuni, 2016). Kasus pelanggaran hak anak mengalami fluktuasi dari tahun ke tahun, dan menunjukkan tren yang meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2018, ditemukan kasus pelanggaran hukum anak terutama kasus kekerasan seksual. Pelakunya kebanyakan laki-laki dan korbannya kebanyakan perempuan (Komisi Perlindungan Anak Indonesia, 2019).

**Tabel 1.**

Data Kasus dari Komisi Perlindungan Anak Indonesia Bidang Data Informasi dan Pengaduan (Januari 2011- Agustus 2014)

| N<br>o | Klaster/ Bidang  | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Jumlah |
|--------|------------------|------|------|------|------|--------|
| 1      | Kekerasan Fisik  | 126  | 110  | 291  | 142  | 669    |
| 2      | Kekerasan Psikis | 49   | 27   | 127  | 41   | 244    |

|    |                               |     |      |      |      |      |
|----|-------------------------------|-----|------|------|------|------|
| 3  | Kekerasan Seksual             | 329 | 746  | 590  | 621  | 2286 |
| 4  | Pembunuhan                    | 50  | 132  | 127  | 168  | 477  |
| 5  | Pencurian                     | 15  | 118  | 92   | 89   | 314  |
| 6  | Penculikan                    | 32  | 75   | 68   | 48   | 223  |
| 7  | Kecelakaan Lalu Lintas        | 14  | 161  | 97   | 76   | 348  |
| 8  | Bunuh Diri                    | 12  | 35   | 17   | 23   | 87   |
| 9  | Aborsi                        | 6   | 9    | 19   | 28   | 62   |
| 10 | Kepemilikan Senjata Tajam     | 0   | 25   | 45   | 55   | 125  |
| 11 | Penganiayaan/<br>Pengeroyokan | 61  | 32   | 22   | 74   | 189  |
|    | Total                         | 633 | 1413 | 1428 | 1236 | 4710 |

Sayangnya perlu perhatian khusus, biasanya pelaku adalah orang yang paling dekat dengan lingkungan anak, dan harus bisa memberikan rasa aman dan nyaman. Dari tahun 2000 hingga 2004, terlihat bahwa dalam 163 kasus kekerasan seksual, 91,8% pelaku yang diketahui adalah orang yang dikenal korban (anak), dan 9,8% adalah orang yang tidak dikenal korban (anak). 27% dari 91,8% adalah kerabat dekat korban (anak), seperti ayah, kakek, paman, saudara laki-laki dan sepupu. Studi lain juga menemukan bahwa sebagian besar pelaku pelecehan seksual adalah orang yang dikenal korban. Sekitar 30% adalah kerabat anak atau korban, biasanya saudara laki-laki, ayah, paman atau sepupu. Sekitar 60% adalah kenalan lain, seperti "teman" dari keluarga, pengasuh atau tetangga, dan 10% pelaku adalah orang asing atau orang yang tidak dikenal anak sebelumnya. Penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 100% anak-anak yang menyaksikan pembunuhan orang tua atau kekerasan seksual menderita gangguan stres pasca-trauma, 90% anak-anak yang mengalami pelecehan seksual hampir selalu menderita gangguan stres pasca-trauma, dan 77% anak-anak yang mengalami gangguan stres pascatrauma. ditembak telah menderita gangguan stres pasca-trauma. Gangguan stres pasca-trauma. (Wahyuni, 2016).

#### A. Patofisiologi

Pada saat seseorang mengalami peristiwa trauma yang tidak biasa dengan intensitas yang tinggi, peristiwa tersebut menjadi jelas. Akan terjadi perubahan reaksi kimia di otak dan aliran neurohormonal yang akan berkembang menjadi PTSD. Setiap orang mempunyai pengalaman stress yang bervariasi. Pada saat membuat memori, otak akan melepaskan zat kimia dalam proses mengingat, selanjutnya akan ditambahkan ke bank memori. Pada individu yang mengalami PTSD memori dan proses mengingatnya terganggu. Pada pasien PTSD adanya kadar kortikosteroid serum yang rendah menyebabkan lebih labil secara emosional dan lebih rentan terhadap suatu stress yang baru (Wimalawansa, 2014).

Pada pasien PTSD volume hipokampus berkurang. Hipokampus memiliki peran dalam mengendalikan respon terhadap stress, memori deklaratif. Pada saat terjadi pengurangan volume hipokampus akan menyebabkan akumulasi efek toksik dari paparan berulang terhadap peningkatan glukokortikoid. Ketika terjadi malfungsi pada hippocampus proses rasa cemas dan depresi tidak berkurang karena fungsi nya tidak berjalan dengan normal.

Perubahan karakteristik dalam struktur dan fungsi otak telah ditemukan dalam PTSD. Daerah yang berubah yaitu hipokampus dan amigdala, serta daerah kortikal seperti anterior cingulate, insula, dan orbitofrontal. Area berhubungan dalam membentuk sirkuit saraf, beradaptasi terhadap stress, dan kondisi ketakutan (Sherin & Nemeroff, 2011).

#### B. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis yang terjadi, yaitu:

1. Pengulangan pengalaman trauma yang selalu teringat dengan peristiwa menyedihkan yang telah dialami, merasakan seolah – olah peristiwa terulang kembali, mengalami mimpi buruk, reaksi emosional dan fisik yang berlebihan karena ingatan dari peristiwa menyedihkan.
2. Penghindaran dan emosional yang dangkal yaitu menghindari berbicara dengan orang lain, tempat yang ramai.
3. Kehilangan minat dalam segala hal, memiliki perasaan terasingkan dari orang lain.
4. Sulit tidur, mudah marah atau tidak dapat mengontrol emosi, sulit berkonsentrasi, dan respon yang berlebihan terhadap sesuatu (Dirga Yunita, 2016).

#### C. Diagnosis

Diagnosis dibuat sesuai dengan kriteria diagnostik untuk gangguan stres akut dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-Revised* atau DSM III-R, yang dapat menunjukkan status traumatis seseorang, yaitu:

*Pertama*, Paparan terhadap peristiwa traumatis, dan pasien memiliki dua karakteristik berikut, yaitu, pasien mengalami, menyaksikan atau menghadapi peristiwa yang mengancam kematian atau kematian aktual atau cedera serius atau mengancam integritas fisik diri sendiri atau orang lain, atau dengan rasa takut dan ketidakberdayaan yang kuat. Respons formal, atau selalu diganggu oleh rasa takut yang berlebihan.

*Kedua*, salah satu kondisi di mana seseorang mengalami atau setelah mengalami peristiwa menakutkan akan memiliki tiga atau lebih gejala disosiasi. Peristiwa traumatis yang dialami kembali secara terus-menerus dalam setidaknya salah satu trauma dalam bentuk gambar, pikiran, mimpi, delusi, episode kilas balik yang berulang, atau rasa mengalami kembali, mengalami, atau menderita setelah terpapar pemicu peristiwa traumatis.

*Ketiga*, menghindari rangsangan yang mengembalikan ingatan trauma (pikiran, perasaan, percakapan, aktivitas, tempat, orang). Gejala kecemasan parah atau

peningkatan kesadaran (kewaspadaan berlebihan, insomnia, lekas marah, konsentrasi yang buruk dan kegelisahan).

*Keempat*, gangguan tersebut menyebabkan penderitaan yang signifikan secara klinis atau gangguan fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi vital lainnya, mengganggu kemampuan individu untuk melakukan tugas-tugas yang diperlukan, seperti mencari bantuan yang dibutuhkan atau melatih kemampuan pribadi dengan memberi tahu anggota keluarga tentang pengalaman traumatis. Ini bukan efek fisiologis langsung dari zat (obat, obat) atau kesehatan umum yang tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik oleh gangguan psikotik jangka pendek.

#### D. Tatalaksana

Intervensi dan pengobatan dini dapat meminimalkan dampak sosial dan emosional dari keterpaparan anak terhadap peristiwa traumatis. Konselor profesional harus mempertimbangkan untuk membuat rujukan ke konselor yang terlatih dalam memberikan dukungan kesehatan mental anak usia dini. Jika konselor profesional kesulitan menemukan sumber rujukan, keterampilan konseling dasar konselor dapat memberikan landasan untuk hubungan yang aman, terjamin, dan saling percaya antara konselor, keluarga dan anak. Menunjukkan empati, perhatian yang tulus dan penerimaan juga menumbuhkan hubungan antar pemangku kepentingan (Buss, Warren & Horton, 2015).

Pertolongan pertama psikologis atau *psychological first aid* (PFA) (Gilman, Strawn, & Keeshin, 2015). PFA adalah pendekatan sistemik dan terintegrasi untuk menangani kebutuhan kesehatan mental akut dari suatu komunitas atau populasi setelah bencana atau trauma skala besar lainnya. Komponen utama pertolongan pertama psikologis meliputi :

- a. menanggapi atau memulai kontak dengan mereka yang terpapar trauma,
- b. meningkatkan keamanan dan memberikan kenyamanan fisik dan emosional bagi korban,
- c. mengidentifikasi dan memberikan dukungan tambahan kepada korban
- d. mengidentifikasi kebutuhan saat ini,
- e. menawarkan bantuan praktis sesuai yang dibutuhkan ,
- f. membangun kembali koneksi dengan sistem pendukung,
- g. menyediakan psikoedukasi tentang respons normal terhadap stres dan strategi coping yang efektif, dan
- h. menghubungkan korban dengan yang jasa yang tersedia.

Tatalaksana psikoterapi menunjukkan efektivitas dalam mengurangi dampak pelecehan dan bentuk trauma lainnya. Banyak psikoterapi yang saat ini digunakan untuk pengobatan trauma dengan menggabungkan eksposur dan pemrosesan kognitif ke dalam perawatan manual. Komponen eksposur menggabungkan informasi baru ke dalam struktur memori yang ada untuk mengurangi atau menghilangkan ketakutan dan kecemasan yang terkait dengan rangsangan saat ini, yang mengarah ke pengalaman emosional korektif. Pemrosesan kognitif dapat menangani dan mengoreksi skema

kognitif negatif dan distorsi kognitif yang sering terjadi setelah trauma, sehingga menghasilkan pembentukan dan penggabungan pengalaman traumatis yang lebih sehat ke dalam identitas diri dan pandangan dunia seseorang.

1) *Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)*

- a. TF-CBT adalah perawatan individu yang dilakukan secara manual, singkat, selama 12-16 minggu untuk trauma akibat pelecehan seksual dan trauma lainnya pada anak usia 3-17 tahun.
- b. TF-CBT dilakukan dengan pendekatan secara bertahap untuk pengobatan individu yang mengalami trauma, baik secara akut maupun kronis, dan menderita komplikasi kejiwaan dan / atau perilaku akibat trauma mereka.
- c. Pasien yang mendapat manfaat dari TF-CBT termasuk mereka yang mengalami PTSD, kecemasan, depresi, atau perubahan perilaku yang diakibatkan oleh peristiwa traumatis atau serangkaian trauma.
- d. Terapi ini terdiri dari komponen psikoedukasi, kognitif dan pengurangan stres, dan pengembangan narasi trauma.

2) *Prolonged exposure therapy for adolescents (PE-A)*

- a. Pendekatan manual 12–15 sesi, efektif untuk remaja berusia 12 hingga 18 tahun.
- b. PE-A terdiri dari tiga komponen utama:
  - a) psikoedukasi, perencanaan perawatan, dan pengajaran teknik relaksasi diri seperti latihan pernapasan,
  - b) pengembangan hierarki eksposur, dipraktikkan eksposur in vivo selama sesi dan menetapkan eksposur in vivo seperti mendengarkan rekaman rekaman oleh pasien menceritakan trauma, dan
  - c) terminasi dan pencegahan kambuh, termasuk mengatasi tantangan potensial di masa depan.

3) *Family-focused cognitive therapy and cognitive behavioral therapy (FFCBT)*

- a. Menggabungkan komponen TF-CBT dengan melibatkan anak yang terkena dampak dan pengasuhnya.
- b. Komponen dari FFC BT meliputi psikoedukasi, pelatihan relaksasi dan manajemen kecemasan, restrukturisasi kognitif, terapi eksposur untuk anak yang terkena, dan upaya terapeutik untuk meningkatkan komunikasi, pemecahan masalah, dan keterampilan manajemen perilaku untuk orang tua.

4) *Risk reduction through family therapy (RRFT)*

- a. Dibangun di atas pendekatan individual yang menargetkan PTSD, penyalahgunaan zat komorbid, dan gejala sisa negatif lainnya.
- b. Melibatkan remaja yang terkena dampak dan pengasuh dewasanya dan berfokus pada tujuh komponen pengobatan: psikoedukasi, koping, komunikasi keluarga, penyalahgunaan zat, PTSD, kewanjungan yang sehat dan pengambilan keputusan seksual, dan pengurangan risiko viktimisasi.
- c. Terapi terdiri dari sekitar 34 sesi mingguan yang diadakan selama 60-90 menit

5) *Cognitive behavioral intervention for trauma in schools–family treatment (CBITS + family)*

- a. Memperluas intervensi yang berfokus pada trauma berbasis sekolah yang menggabungkan psikoedukasi, pelatihan relaksasi, terapi kognitif, paparan trauma, dan pemecahan masalah sosial untuk mengatasi trauma pada anak yang terkena.
- b. Intervensi CBITS + *family* juga mencakup kurikulum khusus orang tua yang dirancang untuk mempromosikan komunikasi orang tua-anak yang efektif, hubungan keluarga, manajemen stres, dan keterampilan manajemen perilaku.
- c. Sesi berlangsung antara 10 dan 13 minggu untuk anak dan empat sesi khusus orang tua. Durasi sesi antara 1 dan 2 jam (Gilman et al., 2015).

Ada berbagai macam perawatan farmakologis yang perlu dipertimbangkan. Pengobatan umumnya paling efektif dalam menurunkan hyperarousal dan memperbaiki mood; obat kurang efektif untuk mengatasi gejala *re-experiencing*, mati rasa, dan penghindaran. Gangguan tidur sangat sulit untuk ditangani dan dapat dengan mudah menyebabkan polifarmasi.

Pengobatan lini pertama adalah penggunaan antidepresan, terutama *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI). SSRI yang tersedia di Amerika Serikat termasuk fluoxetine, sertraline, paroxetine, luvoxamine, citalopram, escitalopram, dan vortioxetine. *Serotonin Norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRI) juga dapat efektif untuk memperbaiki gejala PTSD. Obat-obatan ini termasuk venlafaxine dan duloxetine.

Terapi tambahan termasuk penghambat reseptor alfa-adrenergik, dengan prazosin menjadi yang paling banyak diteliti. Prazosin telah terbukti mengurangi mimpi buruk dan meningkatkan kualitas tidur. Selain itu, mirtazapine (antidepresan NaSSA) telah terbukti efektif dalam mengelola gejala insomnia yang terkait dengan PTSD, serta dalam mengobati gejala depresi.

Obat yang terbukti tidak efektif termasuk antidepresan seperti amitriptyline dan nortriptyline, inhibitor monoamine oksidase, penstabil mood, gabapentin, pregabalin, dan antipsikotik atipikal. Antidepresan lama tidak dianggap lini pertama karena profil keamanan dan efek sampingnya. Stabilisator mood dan antipsikotik atipikal memiliki bukti negatif dalam uji coba terkontrol secara acak dan tidak direkomendasikan. Perhatian khusus dianjurkan dalam menggunakan obat benzodiazepin karena telah terbukti tidak efektif, dan risiko penyalahgunaan dan ketergantungan tinggi. Praktisi sangat didorong untuk mempertimbangkan risiko dan manfaat penggunaan benzodiazepin di awal proses pemulihan trauma (Kirkpatrick & Heller, 2014).

## Kesimpulan

PTSD dapat didefinisikan sebagai suatu peristiwa atau beberapa peristiwa traumatis yang dialami atau disaksikan secara langsung oleh seseorang, berupa kematian atau ancaman kematian, luka berat, ancaman terhadap integritas fisik orang tersebut. Kejadian itu pasti menimbulkan ketakutan, teror, dan rasa tidak berdaya yang ekstrem. Gejala PTSD dapat dideteksi dari kategori utama, yaitu mengalami kembali peristiwa traumatis (*reliving*), penghindaran (*avoidance*) dan gejala ketegangan (*hiperaktivitas*).

Secara keseluruhan, PTSD dapat diobati jika dapat segera dideteksi dan diobati dengan tepat. Jika dibiarkan tidak terdeteksi dan tidak diobati, ini dapat menyebabkan komplikasi medis dan psikologis yang serius dan permanen yang pada akhirnya akan mengganggu kehidupan sosial anak Anda di masa depan.

## BIBLIOGRAFI

- Atwoli, Lukoye, Stein, Dan J., Williams, David R., Mclaughlin, Katie A., Petukhova, Maria, Kessler, Ronald C., & Koenen, Karestan C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–12. [Google Scholar](#).
- Ayuningtyas, Ira Palupi Inayah. (2018). Penerapan strategi penanggulangan penanganan PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) pada anak-anak dan remaja. *1st ASEAN School Counselor Conference on Innovation and Creativity in Counseling*. Ikatan Bimbingan dan Konseling Sekolah. [Google Scholar](#).
- Dirga Yunita, Aries. (2016). Gangguan Stres Pasca Trauma Pada Korban Pelecehan Seksual dan Pemerkosaan. *Journal An-Nafs: Kajian Penelitian Psikologi*, 1(2), 185–201. <https://doi.org/10.33367/psi.v1i2.286> [Google Scholar](#).
- Fauzia, Yurika, & Lestari, Wenry. (2016). Gangguan Stres Pasca Trauma Pada Korban Pelecehan Seksual dan Perkosaan. *Journal An-Nafs: Kajian Penelitian Psikologi*, 1(2), 185–201. <https://doi.org/10.33367/psi.v1i2.286> [Google Scholar](#).
- Gilman, Rich, Strawn, Jeffrey R., & Keeshin, Brooks R. (2015). Clinical Tools for the Prevention and Treatment of Childhood and Adolescent PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(1), 99–111. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0033-x> [Google Scholar](#).
- Grasso, Damion J., Ford, Julian D., & Briggs-Gowan, Margaret J. (2013). Early life trauma exposure and stress sensitivity in young children. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 94–103. [Google Scholar](#).
- Kirkpatrick, Heather, & Heller, Grant. (2014). Post-traumatic stress disorder: Theory and treatment update. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346. <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h> [Google Scholar](#).
- Sherin, Jonathan E., & Nemeroff, Charles B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 263–278. <https://doi.org/10.31887/dcns.2011.13.2/jshein> [Google Scholar](#).
- Teicher, Martin H., & Samson, Jacqueline A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241–266. [Google Scholar](#).
- Wimalawansa, Sunil. (2014). Mechanisms of Developing Post-Traumatic Stress Disorder: New Targets for Drug Development and Other Potential Interventions. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(5), 807–816. <https://doi.org/10.2174/1871527313666140711091026> [Google Scholar](#).