

**PENGUASAAN DIRI SEBAGAI KARAKTER UNGGUL MELALUI KOPING AKTIF  
(STUDI KASUS PADA ANAK KORBAN KEKERASAN SEKSUAL)**

Wisnu Sri Hertinjung

Fakultas Psikologi

Universitas Muhammadiyah Surakarta

**Abstrak**

Kekerasan seksual pada anak merupakan peristiwa traumatik yang menimbulkan dampak psikologis sangat besar. Fenomena tersebut seperti gunung es yang hanya sebagian kecil kasus saja yang terungkap, namun peristiwa sebenarnya begitu banyak terjadi. Hanya saja, belum semua anak yang menjadi korban kekerasan seksual mendapatkan penanganan yang memadai. Hal ini tentu saja menjadi kenyataan ironis, karena sebagai individu, anak korban kekerasan seksual menjadi individu yang berkepribadian rapuh sehingga sebagai aset bangsa mereka tidak dapat berperan optimal. Dari studi kasus terhadap 4 anak korban kekerasan seksual diperoleh hasil bahwa pelatihan relaksasi terbukti efektif dalam menurunkan gejala-gejala Post Traumatic Stress Disorder. Diketahui pula bahwa responden yang menjadikan relaksasi sebagai bentuk koping aktif ternyata mengalami penurunan gejala yang lebih besar dibandingkan dengan responden lain yang belum menjadikan relaksasi sebagai bentuk koping aktif. Melalui relaksasi sebagai koping aktif, anak korban kekerasan seksual memiliki koping yang lebih adaptif dan penguasaan diri yang baik sehingga gejala-gejala gangguan PTSD mengalami penurunan yang signifikan.

Kata kunci: Penguasaan diri, koping aktif

**Pengantar**

Salah satu bentuk peristiwa traumatik adalah kekerasan seksual, terlebih bila hal tersebut terjadi pada masa anak. Berdasarkan data yang dihimpun oleh salah satu LSM di Surakarta diketahui bahwa dalam tiga tahun terakhir, jumlah anak yang menjadi korban kekerasan seksual di wilayah Eks Karesidenan Surakarta cukup tinggi. Sampai dengan Desember 2007, Yayasan "K" sebagai salah satu yayasan yang bergerak di bidang perlindungan hak anak, telah melakukan pendampingan terhadap 67 kasus kekerasan

seksual. Jumlah itu belum menggambarkan data keseluruhan kasus, karena masih banyak kasus yang tidak dapat didampingi karena berbagai kondisi (Lusyana, 2008). Berdasarkan sejumlah studi 1 dari 3 wanita dan 1 dari 6 pria pernah mengalami pelecehan seksual pada masa kanak-kanak. Hal ini menunjukkan tingginya angka prevalensi pelecehan seksual pada anak (Etherington, 2000; Morris, 2006; Lipovsky & Hanson, 2007).

Kekerasan seksual merupakan fenomena sosial yang potensial menimbulkan trauma pada korbannya. Korban kekerasan seksual akan menanggung dampak negatif yang sangat besar baik secara fisik dan psikologis. Dampak fisik yang mungkin terjadi antara lain kerusakan pada organ genital, terkena penyakit menular seksual, terkena HIV/AIDS, dan terjadinya kehamilan yang tidak dikehendaki. Dampak psikologis antara lain, rasa malu, tersinggung, terhina, marah, rasa trauma yang mendalam, dan sebagainya. Hal yang lebih memberatkan para korban tindak kekerasan seksual adalah apabila mereka tidak memperoleh dukungan dari keluarga atau masyarakat. Korban seringkali dipersalahkan dan harus bertanggung jawab atas peristiwa yang dialaminya yang akhirnya membuat mereka menjadi rendah diri, tersisih, dan menyalahkan diri sendiri (Susanto & Ardiani, 2008; Lusyana, 2008; Fontes, 2005). Selain itu, korban akan diliputi perasaan dendam, marah, penuh kebencian yang tadinya ditujukan kepada orang yang melecehkannya dan kemudian menyebar kepada obyek-obyek atau orang-orang lain

Dampak dari kekerasan seksual ada yang berlangsung singkat dan ada yang berlangsung lama, bahkan menetap seumur hidup. Permasalahan jangka pendek yang mungkin terjadi antara lain rasa marah, *acting out*, kesulitan mengatur respon emosi, terganggunya persepsi diri, rasa takut dan cemas, masalah interpersonal, mimpi buruk, munculnya gejala-gejala stres pasca trauma, kesulitan di sekolah, rasa tidak berdaya, masalah perilaku seksual, masalah tidur, menarik diri dan terisolasi, serta masalah somatik. Permasalahan dalam jangka panjang, antara lain gangguan kecemasan, depresi, hambatan interpersonal, disfungsi seksual, gangguan stres pascatrauma, gangguan penyalahgunaan zat, serta ide maupun perilaku bunuh diri (Etherington, 2000; Morris, 2006; Lipovsky & Hanson, 2007).

Pengalaman pelecehan seksual bervariasi dari individu satu dengan individu yang lain. Tipe dan keparahan efek yang dialami korban dipengaruhi oleh keparahan, intensitas, frekuensi, usia pada saat kejadian, hubungan korban dengan pelaku, tingkat dukungan dari orangtua, tingkat kedekatan dengan pelaku, kualitas fungsi keluarga, dan tingkat kekerasan yang dialami (Lipovsky & Hanson, 2007). Wanita yang menjadi korban kekerasan fisik dan seksual pada masa kecil cenderung mengalami trauma yang lebih sulit disembuhkan daripada wanita yang diperkosa saat usia dewasa, dan dapat dipastikan mereka akan

mengalami gejala-gejala PTSD (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). Hal senada dikemukakan oleh Knight, McDonald, Clarke, dan Koenen (2005) bahwa partisipan yang mengalami kekerasan seksual di masa kanak-kanak dengan tingkat dukungan orangtua yang rendah menunjukkan tingkat gejala trauma psikologis lebih tinggi dibandingkan dengan partisipan yang tidak mengalami kekerasan seksual dan partisipan yang memiliki dukungan dari orangtua. Dukungan orangtua juga berhubungan secara positif dengan model perilaku koping adaptif. Kilpatrick dkk. (dalam Knight, 2005) menyebutkan dari seluruh anak yang mengalami PTSD, prosentase anak-anak laki-laki yang mengalami PTSD akibat pelecehan seksual sebanyak 28,2% dan 29,8% anak perempuan.

Strategi untuk menolong korban kekerasan seksual beragam dan digunakan sesuai dengan masalah yang dialami. Pendekatan tritmen yang direkomendasikan meliputi strategi kognitif-perilaku, pemaparan secara bertahap terhadap aspek-aspek dari pengalaman dilecehkan, pelatihan relaksasi, edukasi, pelatihan ketrampilan-ketrampilan, strategi suportif, mengajarkan strategi perlindungan diri, pelatihan orangtua atau strategi perilaku, dan klarifikasi tanggung jawab (Foa, Steketee, & Olasov, 1989; Foa & Rothbaum, 1998; Etherington, 2000; Knight dkk., 2005; Stapleton, Taylor, & Asmundson, 2006).

Kesadaran akan makna dari peristiwa traumatik yang pernah dialami pada masa kanak mungkin baru muncul pada saat mereka mulai menginjak masa remaja dan menyadari citra dirinya. Kekhawatiran akan ditolak oleh teman, pacar, atau bahkan pasangan hidup kelak, mulai muncul dalam kesadaran anak sehingga bila anak tidak memiliki cara yang tepat untuk mengatasi masalahnya, hal yang mungkin timbul adalah rasa malu, minder, tidak percaya diri, merasa tidak berharga, dan bahkan muncul dalam bentuk gejala-gejala psikologis yang lebih berat seperti depresi dan PTSD.

Strategi koping merupakan salah satu faktor yang potensial untuk diintervensi mengingat faktor ini mempengaruhi individu dalam menghadapi stres pada masa ini dan masa yang lebih panjang. Strategi koping merupakan proses atau upaya yang dilakukan individu untuk menghadapi dan mengantisipasi situasi dan kondisi yang menekan atau mengancam baik fisik maupun psikis yang akan dapat membebani dan melampaui kemampuan dan ketahanan individu. Proses tersebut dapat berupa menguasai kondisi yang ada, menerima kondisi yang dihadapi, melemahkan atau memperkecil masalah yang dihadapi (Pestonjee, 1992; Taylor, 2003; Hernandez, 2006). Skinner dan Zimmer-Gembeck (Hernandez, 2006) mengemukakan bahwa strategi koping yang paling efektif adalah yang paling sesuai dengan jenis stres dan situasi yang dihadapi. Strategi yang dipilih individu untuk mengatasi *distress* yang dialami, memiliki efek jangka panjang dan berpengaruh pada bagaimana mereka mengatasi situasi di masa depan. Koping yang adaptif dapat membantu

individu mendapatkan pemahaman dan mencegah situasi penuh stres seiring pertambahan usianya, dan sejalan dengan meningkatnya ketabahan di masa depan.

Relaksasi merupakan suatu teknik intervensi yang telah terbukti efektif mengatasi berbagai gangguan dan mudah diaplikasikan dalam berbagai seting, baik secara individual maupun kelompok (Rice, 1999; Davis, Eshelman, & McKay, 1995). Pelatihan relaksasi menggunakan asumsi sederhana bahwa individu tidak dapat rileks dan tegang dalam waktu yang bersamaan. Penjelasan mengenai hal tersebut terkait dengan proses fisiologis yang terjadi ketika individu tegang dan rileks. Tegang dan rileks merupakan keadaan tubuh yang melibatkan dua bagian dari sistem syaraf yaitu syaraf simpatetik dan parasimpatetik. Dalam keadaan terancam, takut, tegang, atau terbangkit, sistem syaraf simpatetik yang mengendalikan. Ini merupakan sistem darurat yang disebut *fight-or-flight system*. Dalam keadaan ini, terjadi peningkatan denyut jantung, tekanan darah dan aliran darah, pernapasan menjadi lebih cepat dan pendek, peningkatan aktivitas mental dan ketegangan otot secara dramatis (Rice, 1999). Ketegangan otot yang terjadi tidak selalu sama pada setiap individu, tergantung pada tipe stres, keunikan tubuh dan cara mengatasi stres tersebut. Sebaliknya, dalam keadaan tenang atau rileks, syaraf parasimpatetik yang memegang kendali. Denyut jantung melambat, tekanan darah kembali normal, pernapasan lebih ringan dan mudah, ketegangan otot menurun, dan individu secara umum melaporkan keadaan otot yang rileks, proses ini merupakan proses pemulihan kembali setelah kondisi darurat (Rice, 1999). Proses kerja syaraf parasimpatetik dan simpatetik berlawananan dan saling menghambat secara resiprok. Jadi dengan melakukan relaksasi, rasa tegang dan cemas dapat ditekan sehingga timbul *counter conditioning* dan penghilangan (Prawitasari, 1988).

Berdasarkan penjelasan ilmiah tersebut dapat dipahami bahwa menguasai ketrampilan relaksasi akan membantu individu untuk dapat mengendalikan ketegangan dan kecemasan. Hal ini sebagaimana hasil berbagai penelitian Jacobson dan Wolpe, yang menunjukkan bahwa relaksasi dapat mengurangi ketegangan dan kecemasan (Beech dkk., 1982; Bernstein dan Berkovec, 1973; Goldfried dan Davison, 1976; Utami, 1993).

Selain efektif untuk mengendalikan ketegangan dan kecemasan, relaksasi juga dapat digunakan sebagai keterampilan koping aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi di bawah kondisi yang menimbulkan kecemasan (Utami, 1993). Rice (1999), pelatihan relaksasi melibatkan tidak sekedar belajar bagaimana untuk rileks, namun juga mengenali tanda ketegangan pada tubuh dan pikiran dan menghubungkannya dengan kondisi-kondisi yang ada di lingkungan saat ini. Jadi pelatihan relaksasi melibatkan belajar untuk mengaplikasikan keterampilan secara selektif

dalam berbagai situasi ketegangan. Pernyataan tersebut memperkuat hasil penelitian Goldfried dan Trier (1974) yang menunjukkan bahwa partisipan yang diberi latihan relaksasi yang disajikan sebagai *active coping skill* secara signifikan menunjukkan pengurangan kecemasan yang lebih besar daripada partisipan yang diberi latihan relaksasi yang disajikan sebagai prosedur otomatis untuk mengurangi kecemasan.

Pandangan para ahli mengenai relaksasi beragam. Sebagian besar ahli memandang relaksasi sebagai salah satu teknik dalam pelatihan perilaku (Utami, 2003). Smith (dalam Rice, 1999) memiliki pandangan yang berbeda dan mengemukakan model kognitif perilaku untuk relaksasi. Smith mengemukakan bahwa tiga proses kognitif terlibat dalam relaksasi: *focusing*, *passivity*, dan *receptivity*. Menurut Smith, mempelajari relaksasi melibatkan perubahan skema kognitif dalam berbagai cara. Korban kekerasan seksual memiliki skema kognitif berupa perasaan tidak berharga, merasa bersalah dan pantas disalahkan, skema bahwa semua laki-laki jahat, akan ditolak oleh lingkungan, serta tidak pantas dicintai. Menurut Smith, melalui relaksasi skema-skema kognitif tersebut akan berubah menjadi lebih positif melalui tiga proses kognitif yang disebutkan di atas. Munculnya struktur kognitif yang baru, memungkinkan individu untuk memberi tanda dan mengenali perubahan yang menyertai relaksasi. Secara simultan, individu meninggalkan struktur kognitif yang irasional dan tidak tepat melalui relaksasi.

Ada bermacam-macam bentuk relaksasi, antara lain relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera dan relaksasi melalui hipnose, yoga, dan meditasi (Utami, 2003). Beberapa ahli lain menyebutkan teknik pernapasan mendalam dan visualisasi sebagai macam teknik relaksasi yang efektif untuk mengatasi berbagai keluhan fisik dan psikis (Davis dkk., 1995). Meskipun teknik-teknik tersebut telah terbukti efektif dalam mengatasi berbagai keluhan, namun efektivitas setiap teknik bisa jadi berbeda antara satu individu dengan individu yang lain. Hal ini tergantung dari sensitivitas individu terhadap suatu teknik tertentu (Greenberg, 2002).

Pelatihan relaksasi yang selanjutnya akan dilaksanakan dalam penelitian ini disusun oleh peneliti dengan mengacu pada buku *Relaxation for Children* (Rickard, 2000) yang memadukan tiga teknik relaksasi yaitu relaksasi otot, pernapasan, dan visualisasi. Masing-masing teknik secara mandiri maupun dikombinasikan, telah terbukti efektif untuk mengatasi berbagai gangguan (Hock, dkk., 1978; Erskin dkk., 1981; Utami, 1993; Stapleton, Taylor & Asmundson, 2006). Metode yang digunakan menekankan pada latihan relaksasi sebagai salah satu keterampilan coping aktif, terdiri dari enam tahapan yang dilakukan setiap pertemuan dan menjadi suatu rutinitas. Dengan cara demikian, relaksasi dapat menjadi

strategi koping yang adaptif dan menjadi alternatif penanganan untuk mengatasi gejala-gejala gangguan psikologis pada korban kekerasan seksual.

Berdasarkan bukti-bukti penelitian yang telah dijelaskan sebelumnya, peneliti tertarik untuk melihat bagaimana relaksasi sebagai suatu metode koping aktif dapat memberikan bekal keterampilan penguasaan diri pada anak korban kekerasan seksual. Dari penelitian ini diharapkan terjadi peningkatan keterampilan penguasaan diri pada korban kekerasan seksual yang mendapatkan pelatihan relaksasi.

## **Metode**

### **Definisi operasional gejala penelitian**

Penguasaan diri adalah kemampuan untuk mengontrol kemunculan gejala-gejala gangguan psikologis berupa “mengalami” kembali kejadian traumatic, menghindari situasi yang dapat mengingatkan kembali peristiwa traumatik, serta keterbangkitan yang berlebihan. Penguasaan diri akan diukur dengan skala CPSS (*Children's PTSD Symptoms Scale*), semakin rendah skor berarti penguasaan diri individu semakin baik

Koping aktif adalah upaya yang dilakukan individu secara aktif untuk menghadapi dan mengantisipasi situasi dan kondisi yang menekan atau mengancam baik fisik maupun psikis yang akan dapat membebani dan melampaui kemampuan dan ketahanan individu. Koping aktif dilakukan melalui pelatihan relaksasi dan diukur dengan SRQR (*Self-Report Questionnaire Relaxation*). Semakin tinggi skor SRQR semakin tinggi kemampuan koping aktif.

### **Partisipan**

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 4 orang perempuan korban kekerasan seksual, usia antara 12 – 18 tahun, mengikuti pendampingan di yayasan “K”, belum pernah mengikuti pelatihan atau terapi dengan teknik relaksasi, meditasi, yoga, reiki, atau pelatihan lain yang sejenis.

### **Manipulasi-Intervensi**

Intervensi yang dilakukan berupa pelatihan relaksasi untuk meningkatkan kemampuan penguasaan diri korban kekerasan seksual. Program pelatihan terdiri dari 4 pertemuan, dan setiap pertemuan berdurasi 120-150 menit. Materi yang diajarkan terdiri dari: (1) Pengantar

relaksasi (2) teknik relaksasi otot (3) teknik relaksasi pernapasan (4) visualisasi. Modul pelatihan lengkap terdapat pada lampiran.

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini akan menggunakan rancangan *small N design*, dengan desain ABA (Kazdin, 2001). Pada penelitian ini desain ABA adalah sebagai berikut:

1. Fase sebelum perlakuan (A), dalam fase ini akan diukur tingkat gejala PTSD untuk melihat kondisi partisipan sebelum diberikan perlakuan.
2. Fase selama menjalani perlakuan (B), dalam fase ini akan diberikan perlakuan berupa pelatihan relaksasi dan diukur tingkat gejala PTSD partisipan setiap hari selama proses pemberian perlakuan berlangsung.
3. Fase setelah perlakuan (A), dalam fase ini akan diukur tingkat gejala PTSD ketika partisipan sudah tidak mendapatkan perlakuan, yaitu selama 7 hari sejak pemberian perlakuan berakhir.

### **Analisis Data**

Analisis data menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif. Analisis data secara kuantitatif dilakukan dengan analisis statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *visual inspection* untuk melihat perubahan perilaku partisipan penelitian dari waktu ke waktu (Barlow & Hersen, 1984). Analisis kualitatif dilakukan terhadap data yang diperoleh dari hasil observasi selama pelatihan, *sharing* dan diskusi, pengisian buku kerja relaksasi, serta wawancara informal. Tujuannya untuk memahami proses serta perubahan yang dialami oleh tiap peserta dalam pelatihan serta menemukan faktor-faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi perubahan tersebut.

## **Hasil dan Pembahasan**

### **Hasil Analisis Uji Hipótesis**

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk analisis kuantitatif dan kualitatif.

#### **a. Analisis statistik**

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, untuk mengetahui besarnya signifikansi perbedaan rerata skor PTSD pada fase *baseline*, perlakuan, dan *follow up*. Hasil analisis data dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel Rangkuman Hasil Analisis Statistik Rerata Skor PTSD & Skor Relaksasi

Sumber data	Pasangan variabel	Nilai Z	Signifikansi (2 ekor)	Signifikansi (1 ekor)	Status
PTSD	Baseline-Perlakuan	-1,826	0,068	0,034	Signifikan
	Baseline- <i>Follow up</i>	-1,841	0,066	0,033	Signifikan
	Perlakuan- <i>Follow up</i>	-1,342	0,180	0,09	Tidak Signifikan
Relaksasi	Pre – Post	-1,826	0,068	0,034	Signifikan
	Pre – <i>Follow up</i>	-1,826	0,068	0,034	Signifikan
	Post – <i>Follow up</i>	-0,921	0,357	0,178	Tidak Signifikan

Dari tabel tersebut diketahui beberapa hal antara lain: a) terdapat perbedaan signifikan antara skor PTSD fase *baseline* dan fase perlakuan dengan nilai Z -1,826 dan  $p=0,034$  ( $p<0,05$ ), b) terdapat perbedaan signifikan antara skor PTSD fase *baseline* dan fase *follow up* dengan nilai Z -1,841 dan  $p=0,033$  ( $p<0,05$ ), c) terdapat perbedaan tidak signifikan antara skor PTSD fase perlakuan dan fase *follow up* dengan nilai Z -1,342 dan  $p=0,09$  ( $p>0,05$ ).

Hasil analisis statistik terhadap data Relaksasi diketahui hal-hal berikut: a) terdapat perbedaan signifikan antara skor Relaksasi pre test dan post test dengan nilai Z -1,826 dan  $p=0,034$  ( $p<0,05$ ), b) terdapat perbedaan signifikan antara skor Relaksasi pre test dan *follow up* dengan nilai Z -1,826 dan  $p=0,034$  ( $p<0,05$ ), c) terdapat perbedaan tidak signifikan antara skor Relaksasi post test dan *follow up* dengan nilai Z -0,921 dan  $p=0,178$  ( $p>0,05$ ).

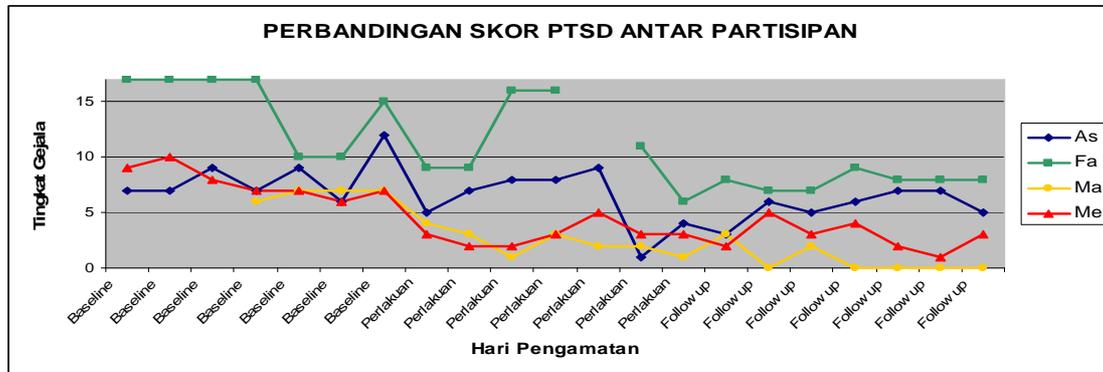
Berdasarkan uji hipotesis di atas diketahui bahwa terjadi penurunan gejala PTSD yang signifikan pada partisipan penelitian setelah mendapatkan perlakuan berupa pelatihan relaksasi. Hal ini berarti hipotesis penelitian diterima, yang artinya pelatihan relaksasi efektif untuk menurunkan gejala-gejala PTSD pada korban kekerasan seksual. Kesimpulan tersebut diperkuat dengan hasil cek manipulasi terhadap variabel bebas yang diketahui adanya peningkatan kemampuan relaksasi yang signifikan pada partisipan penelitian antara sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan relaksasi. Hal ini semakin meyakinkan bahwa penurunan gejala-gejala PTSD pada partisipan memang disebabkan oleh pemberian pelatihan relaksasi.

#### **b. Analisis data *visual inspection***

Data *visual inspection* yang disajikan berikut ini diperoleh dari alat ukur CPSS untuk mengetahui kemunculan gejala PTSD pada partisipan penelitian. Data-data berikut

merupakan data dari tiga fase yaitu fase *baseline*, fase perlakuan, dan fase *follow up*. Pada masing-masing fase, pengukuran dilakukan selama 7 kalipengukuran.

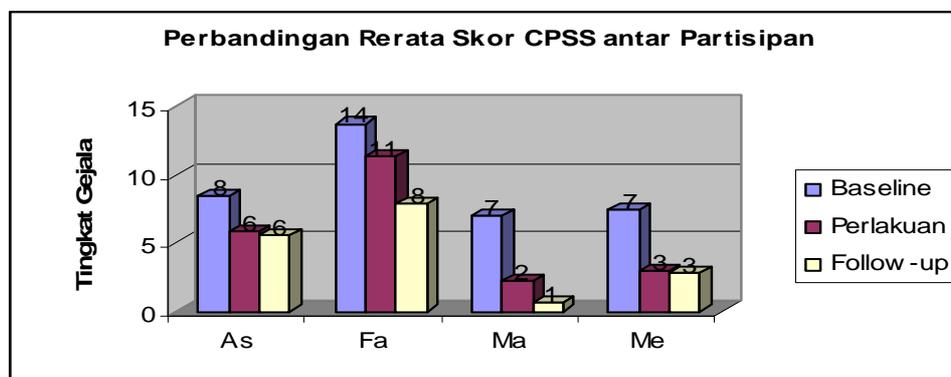
Berikut ini perbandingan grafik skor PTSD hasil *visual inspection* antar partisipan:



Gambar 2. Grafik Perbandingan Skor PTSD antar Partisipan

Berdasarkan perbandingan data *visual inspection* dari keempat partisipan dapat disimpulkan bahwa secara umum keempat partisipan mengalami penurunan gejala PTSD dari fase *baseline* ke fase perlakuan dan dari fase perlakuan ke fase *follow up*. Penurunan gejala paling banyak dan konsisten pada ketiga fase dialami oleh partisipan Fa dan Ma. Partisipan As dan Me memiliki penurunan gejala dari fase ke fase namun penurunan skornya tidak terlalu mencolok. Partisipan Fa mengalami penurunan gejala yang cukup besar namun skor terakhir yang dimiliki Fa pada fase *follow up* menunjukkan bahwa ia masih mengalami PTSD, hal ini disebabkan tingginya intensitas PTSD yang dialami Fa pada fase *baseline*.

Berikut ini grafik perbandingan rerata skor PTSD keempat partisipan pada fase *baseline*, perlakuan, dan *follow up*.



Gambar 3. Diagram Perbandingan Rerata Skor PTSD antar Fase

### **Peserta yang mengalami penurunan skor PTSD terbesar**

Berdasarkan gambar 3 tampak bahwa partisipan Ma dan Fa mengalami penurunan rerata skor PTSD yang lebih besar setelah mendapatkan pelatihan relaksasi dibandingkan dua partisipan lainnya (As dan Me). Hal ini didukung oleh keterangan Ma mengenai efek relaksasi yang dirasakan selama berlangsungnya pelatihan, antara lain berkurangnya frekuensi insomnia, mimpi buruk, serta rasa pusing yang dulu sering dirasakan, selain itu frekuensi reaksi marah Ma juga sangat berkurang. Hal ini terjadi selain karena kemauan Ma untuk kembali hidup normal sebagaimana orang lain pada umumnya dan ingin segera lepas dari trauma yang pernah dialaminya. Kehadiran ibu yang selalu mendampingi dan mendukung Ma untuk berlatih relaksasi secara rutin, memberi arti penting dalam kemajuan yang dialami Ma. Rutinitas latihan relaksasi tetap berlangsung hingga tahap *follow up*. Ma dengan ditemani ibunya terus berlatih sehingga gejala-gejala semakin berkurang, bahkan pada 4 hari terakhir fase *follow up* gejala-gejala PTSD telah hilang sama sekali.

Penurunan gejala terbesar dari fase baseline ke fase *follow up* juga dialami oleh Fa sebanyak 6 gejala. Hal ini terjadi karena partisipan merasakan manfaat yang positif dari berlatih relaksasi setelah ia berkali-kali menerapkannya dalam keseharian. Pada awal pelatihan hal ini belum terjadi, karena ia masih belum merasa nyaman dengan teknik relaksasi yang diajarkan. Pada awalnya, Fa melakukan latihan dengan diingatkan oleh orangtuanya dan belum ada keinginan yang kuat dari dirinya untuk berlatih di rumah. Setelah berulang kali latihan dan mulai diterapkan, ia bisa merasa tenang dan nyaman serta rasa pusing di pagi hari mulai berkurang. Efek positif yang dirasakannya, membuat Fa terus menerapkan teknik-teknik relaksasi meskipun pelatihan telah berakhir. Gejala PTSD yang cukup menonjol pada diri Fa dari fase perlakuan hingga *follow up* adalah aspek *re-experiencing* yaitu gejala 1: *Muncul pikiran dan ingatan berulang-ulang yang mengganggu tentang kejadian buruk di masa lalu*, dan gejala 6: *Mengalami reaksi pada tubuh ketika ada suatu hal yang mengingatkan pada kejadian buruk di masa lalu (misalnya dada berdebar, sesak napas, dan keluar keringat)*. Kedua gejala tersebut lebih dominan muncul karena peristiwa-peristiwa yang dialaminya sehari-hari mendukungnya untuk mengalami hal tersebut, yaitu sering diolok-olok teman sekolah, rumahnya sebagai tempat terjadinya perkosaan, serta belum ditangkapnya pelaku sehingga sewaktu-waktu bisa datang kembali ke desanya. Pada saat peneliti datang ke rumah atas undangan orangtuanya, Fa tampak sudah terampil melakukan relaksasi. Dan atas pengakuan orang tua, Fa mengalami perubahan yang sangat besar terutama pada gejala-gejala fisik dan psikis yang terjadi

setiap akan berangkat sekolah sehingga Fa tidak pernah membolos lagi. Meskipun masih ada gejala PTSD yang dialami, namun telah jauh berkurang dibandingkan sebelum mengikuti pelatihan relaksasi.

### **Peserta yang mengalami penurunan skor PTSD terkecil**

Dari fase baseline ke fase perlakuan, partisipan As mengalami penurunan gejala sebanyak 3 gejala sedangkan Me sebanyak 5 gejala. Partisipan Me dan As tidak mengalami penurunan gejala dari fase perlakuan ke *follow up*, tingkat gejala yang dialami As dan Me relatif tetap. Pada Me hal ini karena gejala PTSD yang dialami pada fase perlakuan memang sudah tergolong sangat rendah (3 gejala) dan tidak lagi tergolong PTSD. Satu gejala yang dari awal pelatihan hingga fase *follow up* berakhir, selalu muncul pada Me adalah gejala pada aspek *Avoidance*, yaitu: *Tidak mampu untuk memiliki perasaan yang kuat (misalnya tidak mampu untuk menangis atau tidak dapat merasa bahagia)*. Selain itu, kesulitan untuk berkonsentrasi juga termasuk gejala yang hampir selalu muncul pada setiap pengamatan. Pada partisipan As, gejala yang masih sulit diturunkan adalah pada aspek *Avoidance*: *Berusaha untuk menghindari dari pikiran tentang kejadian di masa lalu atau menghindari perasaan sakit akibat peristiwa tersebut*. As mengatakan bahwa ia masih sulit untuk menghilangkan ingatan masa lalunya, namun ia tidak ingin mengingat-ingat lagi. Ia memfokuskan pikirannya pada hal-hal positif seperti perhatian keluarganya yang begitu besar, mewujudkan cita-citanya untuk menjadi polwan, serta ikut dalam program pendampingan pada anak-anak lain yang mengalami kekerasan seksual. Meskipun masih ada beberapa gejala yang dialami, namun As dan Me saat ini tidak lagi tergolong PTSD.

Berdasarkan diagram di atas tampak bahwa partisipan Fa dan Ma mengalami penurunan yang cukup konsisten dari fase ke fase. Penurunan yang konsisten tersebut menunjukkan adanya kemajuan yang positif dari kondisi PTSD yang dialami setelah mendapatkan pelatihan relaksasi. Berdasarkan catatan pada buku harian relaksasi, tampak bahwa partisipan Fa dan Ma secara rutin mempraktekkan ketiga teknik relaksasi sekaligus bahkan hingga fase *follow up* berakhir, dimana hal ini tidak dilakukan oleh As dan Me. Partisipan As dan Me lebih sering menggunakan teknik-teknik tertentu yang mereka sukai saja.

Dari deskripsi di atas dapat disimpulkan bahwa tiga dari empat partisipan yang mengikuti pelatihan relaksasi, saat ini tidak lagi tergolong dalam diagnosis PTSD dan masih ada satu partisipan yang tergolong PTSD. Secara umum, keempat partisipan mengalami penurunan gejala PTSD yang cukup besar setelah mendapatkan perlakuan berupa

pelatihan relaksasi. Pada partisipan Fa yang saat ini masih mengalami PTSD, hal ini bisa jadi karena ia berada pada intensitas PTSD yang sangat tinggi pada fase *baseline*, sedangkan partisipan lainnya berada pada tingkat PTSD yang tergolong sedang

### Diskusi

Koping adalah cara yang digunakan seseorang untuk menghadapi dan menyelesaikan suatu masalah (Pestonjee, 1992). Dari data yang diperoleh diketahui cara penanganan masalah yang digunakan oleh para partisipan sebelum mereka mendapat pelatihan relaksasi antara lain *withdrawl* atau menarik diri (partisipan Fa dan Me), *repress* atau memendam rasa benci dan marah (partisipan As, Fa, Ma), *avoidance* atau menghindari situasi-situasi tertentu yang dapat mengingatkan pada peristiwa traumatik (partisipan As), *denial* atau menolak memikirkan masalah yang dialami (Me), serta *displacement* atau mengalihkan kecemasan pada bentuk-bentuk lain (partisipan As, Fa, dan Ma). Cara-cara tersebut merupakan bentuk koping maladaptif yang selama ini terus digunakan dan telah menjadi gaya koping para partisipan dalam menghadapi masalah. Hal ini menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi intensitas PTSD yang dialami, sebagaimana dikemukakan oleh Venberg dkk. bahwa anak-anak yang memiliki koping maladaptif seperti rasa marah dan rasa bersalah diprediksikan mengalami gejala PTSD yang berlangsung lebih lama (Hernandez, 2006).

Relaksasi merupakan salah satu bentuk koping adaptif. Selain efektif untuk mengendalikan ketegangan dan kecemasan, relaksasi juga dapat digunakan sebagai keterampilan koping aktif jika digunakan untuk mengajar individu kapan dan bagaimana menerapkan relaksasi di bawah kondisi yang menimbulkan kecemasan (Utami, 2003). Hasil penelitian Goldfried dan Trier (1974), menunjukkan efektivitas latihan relaksasi yang disajikan sebagai *self control coping skill*. Senada hal tersebut dikemukakan bahwa salah satu tujuan dari pelatihan relaksasi adalah untuk mengajarkan kepada individu untuk menjadikan respon relaksasi sebagai bagian dari kontrol diri (Benzon, 1975; Kazdin, 1989; dalam Ferguson, 2003). Rice (1999), pelatihan relaksasi melibatkan tidak sekedar belajar bagaimana untuk rileks, namun juga mengenali tanda ketegangan pada tubuh dan pikiran dan menghubungkannya dengan kondisi-kondisi yang ada di lingkungan saat ini. Jadi pelatihan relaksasi melibatkan belajar untuk mengaplikasikan keterampilan secara selektif dalam berbagai situasi ketegangan. Hal ini juga tampak dari hasil penelitian dimana setelah para partisipan mengikuti pelatihan relaksasi selama empat pertemuan terjadi peningkatan kemampuan relaksasi dan kemampuan tersebut diterapkan dalam kehidupan sehari-hari sekalipun pelatihan telah berakhir. Para partisipan dapat menggunakan keterampilan

tersebut sebagai koping aktif untuk mengenali dan menghadapi berbagai situasi yang menegangkan. Hasilnya terjadi perubahan yang positif berupa penurunan gejala-gejala PTSD pada seluruh partisipan, dengan kata lain kemampuan penguasaan diri partisipan semakin meningkat sehingga mampu mengendalikan munculnya gejala-gejala PTSD.

Perubahan skema kognitif dialami oleh Ma dan Fa setelah mempraktekkan relaksasi. Ma yang pada proses skrining menganggap dirinya tidak pantas dipilih menjadi teman dan hanya memiliki satu orang teman, di akhir pertemuan keempat dengan ceria mengatakan "Kak ternyata teman-temanku di sekolah baik-baik semua, aku tadi habis jalan-jalan sama mereka". Orangtua Fa juga mengemukakan bahwa Fa tidak lagi mengurung diri di rumah dan mulai berani menghadiri acara keluarga besar, ia juga lebih berani berangkat ke sekolah. Smith (dalam Rice, 1999) mengemukakan bahwa melalui relaksasi skema-skema kognitif yang negatif akan berubah menjadi lebih positif, melalui tiga proses kognitif *focusing*, *passivity*, dan *receptivity* akan memunculkan struktur kognitif yang konvergen.

Partisipan yang mengalami penurunan tingkat PTSD yang terbesar adalah Fa dan Ma yaitu berkurang 6 gejala. Sebagaimana disebutkan pada bahasan sebelumnya, kedua partisipan ini mendapat dukungan penuh dari orangtuanya. Orangtua kedua partisipan tersebut selalu menemani partisipan datang ke tempat pelatihan, memantau serta menemani latihan relaksasi di rumah. Orang tua dari kedua partisipan ini juga ikut berlatih serta menanyakan hal-hal yang mendukung pelaksanaan latihan di rumah. Andrew dkk. mengemukakan faktor yang turut menentukan keparahan trauma adalah ada tidaknya dukungan sosial (Nevid, 2003).

Mekanisme biopsikologi untuk menjelaskan efek positif relaksasi adalah ketika individu menghadapi berbagai situasi yang dapat mengingatkan kembali pada trauma maka akan muncul rasa takut, tegang, dan cemas yang ditandai dengan detak jantung yang cepat, napas pendek dan memburu, aliran dan tekanan darah meningkat, serta otot menegang. Pada keadaan ini, sistem syaraf simpatetis yang memegang kendali. Individu akan mengalami rasa tenang dan nyaman dan kondisi inilah yang akan diulang oleh individu dengan kembali melakukan relaksasi ketika sinyal ketegangan muncul (Rice, 1999; Greenberg, 2002). Hal ini diperkuat pendapat Ferguson (dalam O'donohue dkk., 2003) bahwa relaksasi memungkinkan individu untuk dapat tetap merasa rileks sekalipun menghadapi situasi yang penuh stres, dan dapat diterapkan dalam aktivitas rutin sehari-hari sehingga berfungsi preventif terhadap stres (Rickard, 2000; Steiny, 2007).

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Pelatihan relaksasi yang dilakukan secara rutin dan mandiri menjadi coping aktif bagi partisipan
2. Partisipan yang memiliki keterampilan coping aktif mengalami peningkatan kemampuan penguasaan diri (penurunan rerata skor PTSD) dari fase perlakuan ke fase follow up
3. Kemampuan penguasaan diri yang relatif stabil dari fase perlakuan hingga fase *follow up* membuktikan bahwa teknik relaksasi tetap dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari dan menjadi bentuk coping aktif dan adaptif bagi para partisipan.
4. Pemberian ketiga teknik relaksasi memungkinkan partisipan untuk menggunakannya secara integratif dan memberi keleluasaan para partisipan untuk memilih teknik yang paling tepat yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Namun dari penelitian ini, penerapan ketiga teknik relaksasi secara integratif terbukti dapat menurunkan gejala PTSD secara lebih konsisten dan signifikan.

## Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Anam, C. & Himawan, A.T. (2005). Peran emotion-focused koping terhadap kecenderungan Post-Traumati Stres Disorder para karyawan yang menyaksikan peledakan bom di depan kedutaan besar Australia di Jakarta tahun 2004. *Humanitas: Indonesian Psychological Journal*, 2, 2, 112-118.
- Barlow, D. H & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change. Second Edition*. New York: Pergamon Press.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen .R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 5, 1067-1074.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experiment: Design and analysis issues for field settings*. HoughtonMifflin Co. USA.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1995). *Panduan relaksasi dan reduksi stres*. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Ernst, E., Pittler, M.H., Wider, B. & Boddy, K. (2007). Mind-body therapies: Are the trial data getting stronger? *Alternative Therapies in Health and Medicine Journal*, 13, 5, 62-64.
- Erskine, J. E., & Schonell, M. (1981). Relaxation therapy in asthma: Critical review. *Psychosomatic Medicine*, 43, 4, 365 – 372.
- Etherington, K. (2000). Counselling in action: Supervising counselors who work with survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counselling Psychology Quarterly*, 13, 4, 377-389.
- Ferguson, K. E. Relaxation. Dalam O'donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (Ed) (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken New Jersey: John Willey & Sons, Inc.
- Foa, E. B. , Steketee, G. & Olasov, B.R. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. B., & Routhbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guildford press.
- Fontes, L.A. (2005). *Child abuse and culture: Working with diverse families*. New York: The Guilford press.
- Ghazavi, Z., Talakoob, S., & Abdeyazdan, Z. (2008). Effects of massage therapy and muscle relaxation on glycosylated hemoglobin in diabetic children. *Shiraz E-Medical Journal*, 9, 1, 11-16.

- Goldfried, M.R. & Trier, C.S. (1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 4, 348-355.
- Goldfried, M.R. & Davison, G. C. (1976). *Clinical Behavior Therapy*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Greenberg, J. S. (2002). *Comprehensive stress management* (ed. Ke-8). New York: McGraw-Hill Co.
- Greenberger, D & Padesky, C.A. (1995). *Mind Over Mood : Change How you Feel by Changing the Way you Think*. New York: The Guilford Press.
- Hernandez, B. C. (2006). *The Children's Coping Behavior Questionnaire: Development and validation*. Loyola University, New Orleans.
- Herwig, B.K., Mohn, U., & Pothmann, R. (2004). Comparison of biofeedback and relaxation in the treatment of pediatric headache and the influence of parent involvement on outcome. *Journal of Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23, 3, 143-157.
- Hock, R.A., Rodgers, C. H., Reddi, C., & Kennard, D. W. (1978). Medico-Psychological interventions in male asthmatic children: An evaluation of psychological change. *Psychosomatic Medicine*, 40, 3, 210 – 235.
- Kazdin, A. L. (2001). *Behavior Modification in Applied Settings*. New York: Wadsworth/Thomson Learning.
- Knight, W. G., McDonald H., Clarke, S., & Koenen. PTSD-Childhood. Dalam Freeman A. (Ed) (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer science & business media Inc.
- Lipovsky, J. A., & Hanson, R. F. (2007) *Treatment of child victims of abuse and neglect*. Department of social services webpage. Diunduh tanggal 19 April 2008 dari <http://www.state.sc.us/dss/cps/images/figure3>.
- Lusyana, H. (2008). *Perlindungan anak korban kekerasan seksual*. Diunduh tanggal 4 April 2008 dari <http://kagak.org/home.php.page=news&id=67>
- Manninen, C., O. (2000). *Relaxation, cognitive therapies, tibetan buddhist, challenging behavior*. U.S. department of education. National institute of education. Educational Resources Information Center (ERIC).
- McCaffrey, C. N. (2006). Implementation and evaluation of the modified feeling great program for oncology children. *Journal of Health education*, 106, 4, 294-307.
- McCance & Heuther (1998), cit. Stetz, R.M. & Brown, M.A. (2004). Physical and psychosocial health in family caregiving: A comparison between AIDS and cancer caregivers. *Journal Public Health Nursing*, 21, 533 – 540.
- McGinnis, R.A., McGrady, A., Cox, S.A., & Grower-Dowling, K.A. (2005). Biofeedback-assisted relaxation in type 2 diabetes. *Diabetes Care Journal*, 28, 2145-2149.

- Morris, R. (2006). *Understanding child sexual abuse*. 62<sup>nd</sup> Annual IARCCA Conference-Indianapolis.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2003). *Psikologi abnormal jilid 1* [Abnormal psychology in a Changing Life] (ed. ke-5). Jakarta: Erlangga.
- Pestonjee, D. M. (1992). *Stress and coping*. Sage publications India Pvt Ltd.
- Poerwandari, K. (2006). *Stres, trauma dan stres pasca trauma*. Diunduh tanggal 4 April 2008 dari <http://kagak.org/home.php.page=news&id=67>.
- Poerwandari, K. (2006). *Menata hidup setelah trauma*. Diunduh tanggal 4 April 2008 dari <http://kagak.org/home.php.page=news&id=67>.
- Purwanto, S. (2006). Pengaruh latihan relaksasi religius untuk menurunkan keluhan insomnia. *Tesis*. Tidak diterbitkan. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Prawitasari, J.E. (1988). Pengaruh relaksasi terhadap keluhan fisik: Suatu studi eksperimental. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Rickard, J. (2000). *Relaxatin for children*. Jakarta: Grasindo.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health*. Pacific Grove: Brooks/Cole publishing company.
- Rohrmann, J., Hennig, J., & Netter, P. (2000). Trait anxiety – possible consequences for health. *German Journal of Psychiatry*, 3, 3, 19-23.
- Sari, O.K. (2007). Efektivitas relaksasi dan dukungan informasional untuk mengurangi kecemasan survivor yang tinggal di wilayah episentrum gempa. *Tesis*. Tidak diterbitkan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Scott, M. J. & Sradling, S. G. (2006). *Counselling for Post-traumatic Stress Disorder*. London: Sage publication Ltd.
- Schiedenhelm, T.L. (2007). *Koping towards establishing self-control*. Diakses tanggal 19 April 2008.
- Schwartz, C., Waddel, C., Harrison, E., & Garland, O. (2006). *Preventing and treating childhood sexual abuse*. [www. childhealthpolicy.sfu.ca](http://www.childhealthpolicy.sfu.ca). 2. Report 2.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2007). *Metodologi Penelitian Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Siev, J. & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513
- Stapleton, J.A., Taylor, S., & Asmundson, G.J. (2006). Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 19.

- Steiny, J. (2007). Keeping a child focused through relaxation and imagery. *The providence journal*. Diunduh tanggal 2 April 2008 dari <http://www.projo.com/education/juliasteiny/content>.
- Subekti, T. (2007). Metode relaksasi untuk menurunkan stress dan keluhan tukak lambung pada penderita tukak lambung kronis. *Tesis*. Tidak diterbitkan, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.
- Surwitt, R.S., Tilburg, A.A.L., Zucker, N., McCaskill, C.C., Parekh, P., Feinglos, M.N., Edwards, C.L., Williams, P., & Lane, J.D. (2002). Stres management improves long-term glycemc control in type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Care*, 25, 30-34.
- Susanto, A. & Ardhiani, D. (2008). *Kekerasan seksual dan pendidikan seks bagi anak*. Surakarta: Yayasan Kakak.
- Taylor, S., Thordarson, D., Maxfield, L., Fedoroff, I., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatment: Exposure therapy, EMDR, & relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2, 330-338.
- Utami, M. S. (2003). Relaksasi. Dalam Subandi, M.A. (Ed.). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Watanabe, E., Fukuda, S., Hara, H., Maeda, Y., Ohira, H., & Shirakawa, T. (2006). Differences in relaxation by means of guided imagery in a healthy community sample. *Journal of Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12, 2, 60-66.