

***OBSERVED & EXPERIENTIAL INTEGRATION (OEI) UNTUK  
MENURUNKAN GEJALA STRES PASCA TRAUMA (PTSD) PADA  
PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN DALAM RUMAH TANGGA  
(KDRT)***

**Brigitta Erlita Tri Anggadewi dan Emmanuela Hadriami  
Fakultas Psikologi Unika Soegijapranata**

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat menurunkan gejala Stres Pasca Trauma pada perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Subjek penelitian ini adalah 3 (tiga) orang perempuan korban KDRT dengan usia 28 sampai 50 tahun. Korban KDRT sering mengalami trauma akibat peristiwa kekerasan yang dialaminya. Penelitian ini menggunakan rancangan *multiple baseline design* dengan desain *AB follow-up* dimana A merupakan *baseline*, B merupakan terapi yang meliputi tahapan *switching*, *glitch work*, dan *sweeping*, serta *follow-up*. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Analisis kuantitatif dalam penelitian ini berupa penjelasan grafik penelitian, sedangkan analisis kualitatif berupa hasil dari observasi dan wawancara selama penelitian. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis diterima dimana *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat menurunkan gejala Stres Pasca Trauma pada perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

Kata Kunci : Gejala PTSD, OEI

**PENDAHULUAN**

Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) bukanlah pemberitaan yang baru. Meskipun demikian hampir setiap hari kasus-kasus KDRT menjadi topik yang ramai dibicarakan di dunia media cetak maupun elektronik.

Pada awalnya, KDRT bagaikan fenomena gunung es yang tidak teridentifikasi oleh publik. Kasus KDRT dianggap suatu *aib* dan merupakan masalah *intern* dalam rumah tangga. Rumah tangga yang seharusnya menjadi tempat perlindungan yang aman serta

adanya kedudukan yang setara antara suami istri dalam membangun keluarga, justru menjadi tempat penderitaan dan penyiksaan akibat tindak kekerasan (Saraswati, 2006). Belakangan kasus-kasus KDRT mulai terkuak di permukaan. Para korban mulai memberontak dan mencari perlindungan melalui hukum maupun media. Munculnya kasus-kasus yang mulai dibuka publik tetap tidak mengurangi angka KDRT di masyarakat. Publik hanya mampu mengangkat serta membawa sebagian kecil kasus KDRT ke meja hukum, selebihnya tetap tersembunyi meskipun telah menjadi rahasia umum. Sebagian tidak peduli dan sebagian karena takut dan sebagian lagi karena kurang pengetahuan akan KDRT beserta dampaknya. Ketidakpedulian masyarakat dan negara terhadap masalah kekerasan dalam rumah tangga karena budaya gender yang mendudukan peran sosial

berdasarkan jenis kelamin, serta budaya patriarki yang menempatkan laki-laki sebagai yang utama (Saraswati, 2006).

Tidak ada batasan khusus mengenai rentang usia korban KDRT karena KDRT dapat menimpa pada usia berapapun termasuk Balita sampai lansia. Menurut data *Family and Domestic Violence Unit* (2003), kekerasan dalam keluarga atau kekerasan domestik dapat terjadi pada semua orang, termasuk orang cacat, remaja, orang yang lebih tua atau senior, perempuan, dan anak-anak. Chalk dan King (1998) juga menyebutkan bahwa kekerasan dalam keluarga dapat melibatkan semua hubungan yang erat, seperti pasangan dan mantan pasangan, mantan pacar dan pacar. Ester Lianawati (2009) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa KDRT dapat terjadi pada berbagai lapisan, latar belakang, suku maupun usia. Penelitian tersebut menggunakan

6 subjek, berumur 23 tahun sampai 42 tahun.

Dampak dari kekerasan sangat beragam. Korban dapat mengalami sakit fisik, tekanan mental, menurunnya rasa percaya diri dan harga diri, mengalami rasa tidak berdaya, mengalami stres pasca trauma, mengalami depresi, dan mengalami keinginan untuk bunuh diri. *Family and Domestic Violence Unit* (2003) juga melaporkan bahwa korban kekerasan dalam keluarga memiliki peningkatan resiko mendapatkan luka, stres, kecemasan, depresi dan penyakit psikiatris. Korban juga cenderung untuk mencoba bunuh diri, penyalahgunaan obat-obatan, bermasalah dengan alkohol, menderita isolasi/pengasingan sosial, dan melakukan konsultasi ke dokter dengan keluhan seperti sakit kepala, asma, dan rasa sakit dan rasa nyeri secara umum.

Stres Pasca Trauma (PTSD) adalah suatu reaksi psikologis yang berawal dari suatu

peristiwa traumatik yang mengancam hidup atau menyebabkan perasaan tidak menyenangkan atau stres (Segal, 2003). Keadaan ini ditandai dengan suasana perasaan murung, sedih, kurangnya semangat dalam melakukan kegiatan sehari-hari maupun kegiatan yang menimbulkan kesenangan, kadang-kadang disertai dengan waham dan bila sudah berat dapat menimbulkan gangguan dalam fungsi peran dan kehidupan sosial (Sukmaningrum, 2001). DSM-IV menyebutkan kriteria diagnostik untuk Stres Pasca Trauma adalah gejala pengalaman ulang (*reexperiencing*) seperti mimpi buruk atau *flashback*, menghindari, dan kesadaran yang berlebihan (*hyperarousal*) seperti kemarahan, gangguan tidur, dan panik yang berlangsung selama lebih dari satu bulan. Secara spesifik gejala yang berlangsung antara 1 - 3 bulan termasuk gejala yang sudah akut sedangkan jika lebih dari 3 bulan termasuk kronis. Meskipun

demikian baik akut maupun kronis tetap merupakan gejala stres pasca trauma (PTSD).

Grinage (2003) mengungkapkan bahwa pasien dengan gejala stres pasca trauma sering menunjukkan reaksinya yang berlebihan akibat adanya perubahan neurobiologis pada sistem syarafnya. Bradshaw (2008) menjelaskan bahwa hanya sebagian kecil dari otak yang menampung pembicaraan serta pemahaman kata (*broca's area*), sedangkan sebagian lain dari otak justru lebih banyak merespon gejala panik, *flashback*, respon terkejut serta perasaan kaku di leher dan tenggorokan (*amygdala, thalamus, hippocampus, anterior cingulate gyrus*). Perasaan-perasaan tersebut sulit dijelaskan dalam bentuk kata-kata. Peristiwa traumatis mengirim sinyal pada *amygdala* yang direspon dengan persepsi adanya ancaman (Fernandez & Solomom, 2001). Pengaktifan *amygdala* meningkatkan ingatan yang

dimediasi oleh *hippocampus*. Peningkatan yang ekstrim mengganggu fungsi *hippocampal* (bagian otak yang menyimpan ingatan). Peningkatan yang berlebihan di *amygdala* menyebabkan respon emosional dan impresi sensorik yang terjadi karena berdasarkan penggalan informasi, daripada persepsi yang sutuh pada objek. Ingatan dari peristiwa traumatis ini kemudian disimpan namun tidak diintegrasikan ke dalam ingatan semantik. Oleh sebab itu, informasi disimpan pada bentuk keadaan yang spesifik serta tidak dapat sepenuhnya diproses dan diintegrasikan (Fernandez & Solomom, 2001). Peningkatan tersebut menyebabkan terganggunya integrasi pemrosesan informasi. Selain itu trauma juga mempengaruhi bagian-bagian spesifik, seperti *amygdala* (mengatur keadaan emosi otak dan menengahi respon rasa takut), *corpus callosum* (jaringan yang menghubungkan

otak bagian kanan dan kiri), *anterior cingulate cortex* (berada di bagian depan *cingulate gyrus* yang berkaitan dengan deteksi konflik dan kesalahan) dan korteks pre-frontal (terletak di otak bagian depan yang berfungsi untuk mengatur konsentrasi dan perhatian serta kemampuan untuk merasakan dan mengekspresikan emosi (Fernandez&Solomon, 2001). Grant (1997) mengatakan bahwa *anterior cingulate cortex* (merupakan bagian dari *cingulate gyrus*) berada di bagian tengah otak yang terbentuk di sepanjang otak, bekerja seperti transmisi otak yang memindahkan satu pemikiran ke pemikiran lainnya saat muncul permasalahan (di bagian *cingulate gyrus*) menyebabkan terjebaknya pikiran atau perilaku tertentu, agresivitas, kompulsif yang diperlihatkan oleh penderita rasa sakit kronis dan korban trauma. Bagian-bagian tersebut sangat penting untuk menginterpretasikan makna dari stimulus yang datang (McFarlene,

1993; van der Kolk dalam Fernandez&Solomon, 2001).

Treatment yang dapat digunakan untuk menangani pasien yang mengalami stres pasca trauma antara lain : CBT, *Prolonged Exposure, Stress Inoculation Training, Imagery Rehearsal Therapy* (IRT), CPT, EMDR, *Psychodynamic Therapy, Hypnosis, dan Debriefing*. Beberapa treatment tersebut menggunakan fungsi kognitif pasien untuk mengurangi gejala stres pasca trauma. Salah satunya yaitu EMDR yang memadukan antara pergerakan mata, trauma, pengingatan kembali serta *verbalization* (Connor & Butterfield, 2003). Teknik utama dari EMDR adalah pergerakan yang dapat divariasikan dengan pergerakan benda maupun suara tertentu. Cook dan Bradshaw (2002) menggunakan teknik ini kemudian mengembangkannya sehingga muncullah terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI).

*Observed & Experiential Integration* (OEI) merupakan terapi yang menggunakan teknik pergerakan mata (*eye movements*). Terapi ini menggunakan dasar pemikiran *neuropsychology* yaitu merupakan gabungan antara neurologis dan psikologis. Penelitian Goldstein, dkk (1996) menunjukkan hasil bahwa subjek penelitian yang melakukan gerakan mata saat sedang memikirkan mengenai ingatan yang mengganggu, mengalami respon relaksasi fisik secara otomatis. Penemuan ini mengindikasikan bahwa manusia memiliki mekanisme fisiologis internal yang mengaktivasi kesembuhan emosi saat diakses dan diatur secara tepat. Gabungan 2 hal ini didasari bahwa kondisi psikologis seseorang dapat mempengaruhi kondisi fisik seseorang demikian juga sebaliknya. Tujuan dari terapi OEI yaitu mengubah suatu persepsi dari merasakan kembali (*re-experiencing*) sehingga cenderung

menghindari (*avoided*) menjadi ingatan masa lalu yang tidak terlalu mempengaruhi (*remembering*). Kedua adalah menurunkan gejala *hyperarousal* dan *avoidance*. Ketiga adalah meningkatkan respon menenangkan (Bradshaw, 2003). Ketiga tujuan utama terapi OEI dilakukan melalui pergerakan mata (*eye movements*).

Rasionalisasi terapi OEI berdasarkan bahwa kedua mata memiliki koneksi langsung dengan kedua *hemisphere* dalam otak. Sebagian visual yang ditangkap oleh mata diteruskan ke bagian otak *ipsilateral* sedangkan sebagian yang lain ke bagian *contralateral*. Gambaran peristiwa ditangkap melalui mata dan dihantarkan pada satu bagian ke bagian yang lain. Pada suatu peristiwa tertentu, gambaran diintegrasikan oleh satu bagian saja melalui satu atau kedua mata. Pada orang normal penghantaran ke dua bagian otak ini mengirimkan sinyal yang

seimbang. Ketika seseorang mengalami trauma, proses penghantaran sinyal menjadi berlebihan pada salah satu sisi otak (bisa kanan atau kiri). Kelebihan sinyal di salah satu sisi menyebabkan seseorang menjadi lebih sensitif dan reaktif. Kelebihan sinyal ini perlu dialirkan pada sisi yang lainnya sehingga ada kontrol emosional pada pasien. Pengaliran sinyal atau penyatuan dalam OEI disebut integrasi. Integrasi kedua jalur mata dapat terjadi dengan menggerakkan satu atau kedua mata dalam waktu tertentu (Bradshaw, 2008) sehingga sinyal yang berlebih dapat disalurkan pada bagian otak yang tidak berlebihan sinyal.

Teknik yang digunakan dalam terapi OEI mengaktifkan emosi pasien melalui otak kecil dan berkaitan langsung dengan mata, sehingga dengan terapi OEI ada integrasi fungsi kortikal. Dengan adanya integrasi fungsi kortikal tersebut pasien mendapat

pemahaman mengenai peristiwa KDRT yang merupakan suatu peristiwa traumatis yang dialaminya sehingga menimbulkan gejala-gejala stres pasca trauma. Pasien dengan gejala stres pasca trauma terkadang sulit mengungkapkan atau bahkan mungkin tidak mampu mengingat secara detil peristiwa traumatis yang dialaminya. Saat peristiwa traumatik terjadi, meskipun peristiwa tersebut telah terlewati namun persepsi terhadap peristiwa tersebut (seperti apa yang dilihat dan apa yang dirasakan) akan membuat klien terjebak dengan perasaan-perasaan tersebut. Persepsi tersebut yang seringkali kurang terselesaikan dengan *talk therapy*. Meskipun demikian, proses konseling dalam OEI tetap memiliki peranan. Setelah melakukan terapi OEI, pikiran klien terbuka dengan hadirnya informasi yang baru sehingga terkadang klien ingin mengungkapkan sesuatu yang

selama ini dipendam untuk membuatnya merasa tenang. Dalam proses konseling terdapat empati yang dimunculkan oleh terapis terhadap klien. Hal tersebut dapat meningkatkan perasaan percaya dan nyaman klien terhadap terapis sehingga tujuan terapi tercapai. Hal yang sama dapat terjadi pada korban KDRT yang mengalami stres pasca trauma. Kasus KDRT seringkali terhenti di tengah penyelesaian bahkan mungkin menghilang karena para korban mengalami kesulitan dalam mengungkapkan perasaan maupun peristiwa yang dialaminya. Teknik OEI yang digunakan dalam penelitian ini mencoba mengintegrasikan sistem neurobiologis pada otak yang berpengaruh pada psikologis subjek melalui pergerakan mata (*eye movements*) sehingga pasien tidak perlu mengungkapkan perasaan maupun peristiwa yang dialaminya apabila tidak menghendaknya.

Bradshaw (2008) mendapatkan hasil yang luar biasa dari terapi OEI dari gangguan fobia ringan sampai PTSD berat. Pada hasil penelitian yang telah dilakukan, Bradshaw (2008) menggunakan pada klien dengan usia dewasa. Klien pertama Bradshaw berumur 35 tahun dan pada penelitian selanjutnya menggunakan ratusan klien berusia dewasa. Hurlock (1998) menjelaskan bahwa usia dewasa terbagi menjadi 3 periode yaitu masa dewasa dini (18 – 40 tahun), dewasa madya (40 – 60 tahun) dan masa dewasa lanjut atau usia lanjut (mulai umur 60 tahun). Salah satu klien Bradshaw (2002) telah sudah sampai pada usia dewasa akhir yang mengalami peristiwa traumatis semasa sekolah kira-kira 45 tahun yang lalu. Meskipun demikian Bradshaw (2008) mengungkapkan bahwa penerapan terapi OEI tidak hanya terbatas pada orang dewasa melainkan juga dapat digunakan pada anak-anak, pasangan,



keluarga serta dapat digunakan pada pasien dengan budaya-budaya tertentu seperti di Indonesia dan Korea. Untuk anak-anak dianjurkan menggunakan trik-trik tertentu supaya anak tidak cepat bosan seperti mengganti jari dengan boneka. Penelitian Bradshaw (2007) menunjukkan bahwa subjek yang mengalami trauma akibat kekerasan seksual mampu merespon terapi dengan antusias serta mengalami kemajuan secara bertahap. Hal ini menunjukkan bahwa OEI efektif untuk mengurangi gejala stres pasca trauma.

Peneliti tertarik untuk menerapkan teknik terapi OEI pada subjek dengan gejala stres pasca trauma akibat dari kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Pemilihan OEI sebagai terapi dalam penelitian ini karena (a) proses terapi didasarkan pada *neuropsychology* dibalik kenangan traumatis dan *recollections* dan (b) cara *multisensory* bahwa setiap

peristiwa selalu disimpan di dalam otak. Selain itu jumlah sesi yang tidak terlalu panjang menjadi salah satu alasan untuk mencegah kejenuhan subjek akibat waktu terapi yang terlalu panjang. Terapi OEI sertifikasi khusus untuk dapat digunakan pada klien. Sedangkan di satu sisi terapi ini masih terbilang baru sehingga jumlah terapis belum terlalu banyak. Penggunaan terapi pada penelitian ini dapat memberikan gambaran baru selain *talk therapy* sehingga dapat mendorong terapis atau psikolog lain untuk mempelajari lebih lanjut. Terapi OEI dalam penelitian ini digunakan untuk menurunkan gejala stres pasca trauma yang meliputi yaitu *intrusion*, *avoidance*, serta *hyperarousal* sesuai dengan kriteria DSM IV pada korban KDRT melalui tahapan *Switching*, *Glitch Work*, dan *Sweeping* (Bradshaw, 2002).

Gejala stres pasca trauma dalam penelitian ini diukur melalui *Impact Event Scale-*

*Revised* (IES-R). IES-R merupakan alat ukur yang bersifat *self report*. IES-R tidak digunakan sebagai diagnosa PTSD, melainkan untuk mengetahui kondisi pasien setelah mengalami peristiwa traumatis serta evaluasi kondisi pasien setelah 7 hari (Hyer&Brown, 2008). Skala ini meliputi gejala stres pasca trauma sesuai DSM IV yaitu *intrusion*, *avoidance*, serta *hyperarousal*. Berdasarkan beberapa hal yang telah dijabarkan di atas, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah terapi OEI akan membantu mengurangi gejala stres pasca trauma akibat KDRT yang dialami subjek.

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan *Quasi Experimental Single Case Design* yaitu desain penelitian yang digunakan untuk mengevaluasi pengaruh suatu perlakuan (intervensi) dalam kasus tunggal (Kazdin dalam

Latipun, 2006). Model yang digunakan adalah *Multiple Baseline Across Participant Designs*.

Penelitian Nock (2002) menggunakan *multiple baseline design across participant* dengan paradigma A-B *follow-up*, dimana A merupakan *baseline*, B merupakan terapi, dan *follow-up* merupakan pengukuran akhir setelah perlakuan (*follow-up*) dengan tujuan yang sama. *Follow-up* dilakukan setelah diberi jeda selama 1 bulan untuk melihat apakah penurunan gejala yang selama terapi tetap bertahan setelah penarikan terapi selama satu bulan.

Dua variabel utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

Variabel Bebas : Terapi OEI

Variabel Tergantung :

Gejala PTSD pada korban KDRT

### **Subjek**

Pada mulanya subjek dalam penelitian ini berjumlah 3 (tiga)

orang perempuan dengan usia antara 28 - 50 tahun yang mengalami gejala PTSD sesuai dengan kriteria DSM IV dan telah berlangsung selama lebih dari 3 bulan (kronis). Peneliti mengambil 3 (tiga) subjek dengan usia yang berbeda karena sedikitnya perempuan yang bersedia mengungkapkan secara terbuka mengenai permasalahan yang dialaminya, kode etik lembaga yang melindungi identitas korban, serta batasan atau kriteria dalam pemilihan subjek.

### **Intervensi**

Dalam penelitian ini intervensi yang digunakan adalah *Observed Experiential Integration (OEI)*. OEI terdiri dari 3 tahap antara lain *switching*, *glitch work*, dan *sweeping* (Bradshaw, 2008). Terapis dalam penelitian ini adalah seorang psikolog yang telah memiliki sertifikasi terapi OEI minimal pada level terapis.

### **Pengukuran**

#### **Skala**

Skala yang digunakan oleh peneliti untuk mengukur PTSD yaitu *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)* yang bersifat *self report*. Skala IES pada mulanya terdiri dari 15 item, tujuh item mengukur subskala yang sifatnya *intrusion* serta delapan item mengukur subskala yang sifatnya *avoidance*. Pada

perkembangannya,

Weiss&Marmar mengembangkan IES supaya lebih sesuai dengan gejala PTSD menjadi IES-R dengan ditambahkan tujuh item baru yang mengukur subskala *hyperarousal* sehingga total item pada IES-R berjumlah 22 item (Rash,dkk. 2009). Jawaban pernyataan dari setiap pernyataan disediakan sebanyak 5 pilihan jawaban yaitu : tidak sama sekali = 0, jarang = 1, kadang-kadang = 3, sering = 4, serta selalu = 5.

## **Wawancara**

Selain skala, wawancara dilakukan sebagai data tambahan yang digunakan untuk analisa kualitatif. Wawancara pada penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang kondisi subjek berkaitan dengan kekerasan yang dialaminya. Pada penelitian ini peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur dan wawancara langsung. Wawancara dilakukan saat *baseline*, terapi, dan *follow-up* serta hal-hal yang berpengaruh akan dicatat sebagai penjelasan guna melengkapi data yang ada .

## **Observasi**

Pelaksanaan observasi dilakukan secara semiterstruktur selama proses penelitian. Peneliti akan mengamati terutama berkaitan dengan kondisi fisik subjek secara umum, perilaku yang muncul selama wawancara pada saat *baseline*, pelaksanaan terapi OEI dan pada saat *follow-*

*up* serta pada saat pengisian IES-R.

## **Prosedur Penelitian**

### **Skrining**

Skrining dilakukan dengan cara wawancara dan observasi sebagai data awal untuk mendapatkan subjek yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Setelah melalui tahap skrining, subjek yang memiliki kriteria PTSD sesuai dalam DSM IV diminta persetujuan sebagai subjek dan menanda tangani *informed consent*.

### ***Baseline***

Sebelum diberi treatment, subjek diukur tingkat keparahan gejala *posttraumatic stress disorder* (PTSD) melalui skala IES-R meliputi *intrusion*, *avoidance*, serta *hyperarousal* sebagai *baseline*. *Baseline* dilakukan setiap 7 hari sekali sesuai dengan instruksi dalam IES-R yang menggambarkan kondisi 7 hari terakhir yang

dirasakan oleh subjek. Setelah pengukuran *baseline*, subjek mendapat perlakuan terapi. Selama pemberian perlakuan, subjek diobservasi dan hasilnya dicatat sebagai data observasi.

### ***Treatment***

Pemberian treatment berupa terapi *Observed & Experiential Integration* (OEI) setiap 7 hari sekali dengan waktu kurang lebih 90 menit setiap sesi. Pengukuran hasil terapi dilakukan setelah terapi diberikan dilengkapi dengan hasil observasi dan wawancara selama terapi.

### ***Follow-up***

*Follow up* dilakukan satu bulan setelah terapi selesai. Pengukuran dilakukan setiap tujuh hari sekali selama tiga minggu. Skala IES-R diisi oleh subjek sendiri karena bersifat *self report*. Skor IES-R sebagai data pada *follow-up* dan dilengkapi dengan

data hasil wawancara dan observasi. *Follow-up* berfungsi untuk melihat apakah gejala PTSD tetap rendah setelah terapi dihentikan.

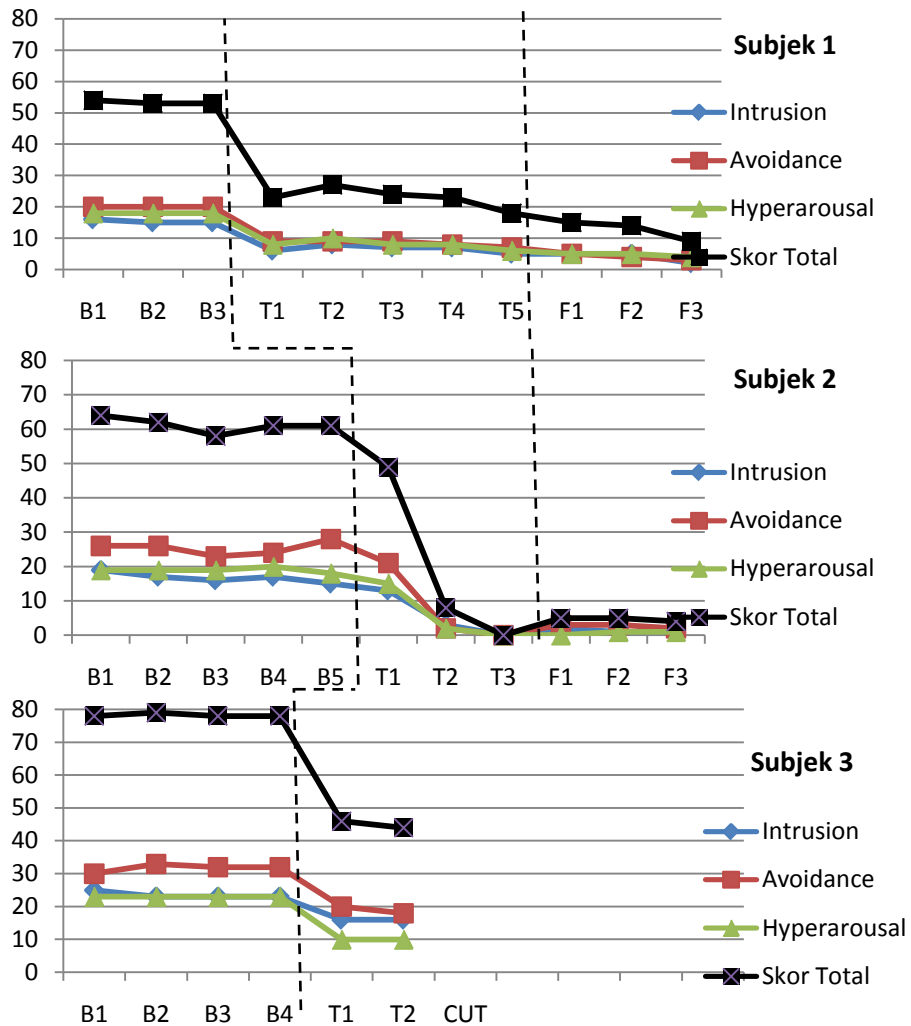
### **Analisis Data**

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan analisis kuantitatif dan analisis kualitatif. Analisis kuantitatif dalam penelitian ini berupa skor gejala-gejala gangguan PTSD yang akan ditampilkan dalam bentuk grafik skala IES-R dari hasil *baseline*, terapi, dan *follow-up*.

Analisis kualitatif dilakukan dengan melihat penurunan gejala PTSD yang berpengaruh pada kondisi fisik, perilaku serta aktivitas sebelum, selama dan setelah menerima terapi. Data diperoleh melalui observasi dan wawancara.

## Hasil Penelitian

Grafik 1. Gejala PTSD Tiga Subjek



### Subjek 1

Selama sesi *baseline* subskala *avoidance* tidak mengalami penurunan sama sekali dan baru menurun pada saat terapi. Subskala *intrusion* memiliki skor yang paling rendah dan menunjukkan penurunan yang

cukup *konstan* sedangkan *hyperarousal* sama seperti subskala *avoidance* yang tidak mengalami penurunan pada sesi *baseline* namun perolehan skor lebih rendah dari subskala *avoidance* dan lebih tinggi dari subskala *intrusion*. Berdasarkan

observasi, subjek sering menyipitkan mata, dan duduk dengan posisi yang agak kaku. Seseekali subjek tertawa namun tampak kurang “lepas” sehingga terkesan formal. Ekspresi wajah subjek tampak ramah, sering tersenyum namun terkesan dipaksakan.

Selama sesi terapi, tampak bahwa subjek mengalami penurunan gejala dibandingkan dengan kondisi pada saat *baseline*. Penurunan gejala tersebut menunjukkan perubahan yang sangat jelas dimana antara *baseline* terakhir sampai pada terapi pertama terdapat perbedaan skor total yang cukup tinggi. Peningkatan gejala muncul pada terapi kedua dan menurun kembali pada terapi ketiga, keempat dan kelima. Skor pada subskala *intrusions* menunjukkan penurunan yang lebih fleksibel dibandingkan dengan subskala *avoidance* dan *hyperarousal* yang juga menunjukkan penurunan selama masa terapi. Selama terapi

subjek jarang menyipitkan mata dan duduk dengan nyaman serta tidak kaku. Menurut subjek, ia sekarang sudah bisa tidur nyenyak dan tidak terlalu menganggap permasalahannya sebagai sesuatu hal yang mengganggu. Setelah diberi terapi, subjek mengungkapkan bahwa ia merasa jauh lebih tenang sehingga dapat fokus pada pekerjaannya.

Setelah pemberian terapi, ada jeda selama 1 bulan untuk melihat apakah terapi OEI benar-benar dapat menurunkan gejala PTSD. Dalam *follow-up* yang pertama ini subskala *avoidance*, *intrusion* dan *hyperarousal* mengalami penurunan. Seminggu kemudian dilakukan kembali *follow-up* kedua dan subjek mengalami penurunan gejala *avoidance*. Subskala *intrusions* dan subskala *hyperarousal* tetap stabil. Pada *follow-up* ketiga ada penurunan kembali terhadap ketiga gejala PTSD. Apabila dilihat masa *follow-up* secara keseluruhan, ada penurunan gejala

dibandingkan pada masa baseline dan terbilang lebih stabil setelah menjalani terapi. Berdasarkan observasi pada *follow-up*, subjek tampak lebih bersemangat, tidak menyipitkan mata ketika berbicara dan duduk dengan posisi tubuh yang santai. Subjek banyak bercanda dan dapat tertawa dengan lepas.

## **Subjek 2**

Selama dalam masa baseline, gejala tertinggi subjek terdapat pada subskala *avoidance* yang ditunjukkan grafik. Penurunan yang terjadi pada subskala *avoidance* hanya pada baseline ketiga dan cenderung mengalami peningkatan pada baseline keempat dan kelima. Subskala *intrusion* memiliki skor yang paling rendah dan menunjukkan penurunan yang cukup *konstan* sedangkan *hyperarousal* terbilang cukup stabil dengan perubahan skor yang tidak jauh berbeda dari awal sampai akhir *baseline*. Pada saat wawancara awal sampai

*baseline* terakhir, subjek jarang sekali menatap lawan bicara. Subjek lebih suka mengalihkan pandangan ke arah lain dan merasa tidak nyaman duduk dengan orang lain pada jarak yang cukup dekat. Subjek sering mencondongkan tubuh ke samping menjauhi lawan bicara. Subjek cukup ramah namun kurang terbuka dan cenderung bersikap kaku. Ekspresi wajah subjek seperti orang yang cemberut dan penuh curiga terhadap orang lain.

Selama terapi diberikan, terlihat bahwa subjek mengalami penurunan gejala dibandingkan dengan kondisi pada saat *baseline*. Penurunan gejala ini menunjukkan perubahan yang sangat jelas dimana antara terapi pertama sampai ketiga ada perbedaan skor total yang cukup tinggi. Skor pada subskala *avoidance* menunjukkan penurunan yang lebih banyak meskipun pada subskala *intrusion* dan *hyperarousal* juga



menunjukkan penurunan selama masa terapi. Selama wawancara subjek sering menatap peneliti dan posisi tubuh subjek menghadap ke arah peneliti. Beberapa kali subjek tidak segan mencondongkan tubuh semakin dekat ke arah peneliti ketika sedang membicarakan sesuatu hal yang dianggap rahasia oleh subjek.

Setelah pemberian terapi, ada jeda selama 1 bulan untuk melihat apakah terapi OEI benar-benar dapat menurunkan gejala PTSD. Dalam *follow-up* yang pertama ini subskala *avoidance* dan *intrusion* mengalami peningkatan gejala sedangkan pada subskala *hyperarousal* tidak mengalami perubahan. Pada *follow-up* kedua tidak banyak mengalami perubahan namun ada peningkatan pada gejala *hyperarousal* dan penurunan pada gejala *intrusions*. Pada *follow-up* ketiga ada penurunan pada subskala *avoidance* namun tidak ada perubahan skor pada subskala *intrusion* dan *hyperarousal*.

Apabila dilihat masa *follow-up* secara keseluruhan, ada penurunan gejala dibandingkan pada masa baseline dan terbilang lebih stabil setelah menjalani terapi. Subjek mendapat pemikiran bahwa masalah akan selalu ada namun ia saat ini lebih mampu untuk mengendalikan diri. Hal terakhir yang diungkapkan sebelum peneliti mengakhiri sesi adalah bahwa subjek tidak menyesali masa lalu. Ia justru bersyukur bahwa ada banyak pelajaran yang ia petik untuk lebih mengembangkan dirinya.

### **Subjek 3**

Secara keseluruhan subjek mengalami penurunan gejala setelah diberikan terapi OEI meskipun terapi diberikan hanya dua kali. Selama sesi *baseline*, gejala tertinggi subjek terdapat pada subskala *avoidance* yang ditunjukkan grafik. Subskala *intrusions* dan *hyperarousal* memiliki skor yang tidak jauh berbeda. Meskipun tampak ramah

dan rapi, ketika berbicara dengan orang lain subjek cenderung melawan dan merasa dirinya paling benar. Subjek selalu berpendapat dan bertahan dengan pendapatnya. Hal ini tampak ketika subjek mengikuti rapat reuni SMP.

Selama sesi terapi, tampak bahwa subjek mengalami penurunan gejala dibandingkan dengan kondisi pada saat *baseline*. Penurunan gejala pada dua kali terapi menunjukkan perubahan yang sangat jelas dimana antara *baseline* terakhir sampai pada terapi pertama terdapat perbedaan skor total yang cukup tinggi. Skor pada subskala *hyperarousal* menunjukkan penurunan yang lebih cepat dibandingkan dengan subskala *avoidance* dan *hyperarousal* meskipun juga menunjukkan penurunan selama masa terapi. Subjek memperoleh skor 10 pada terapi pertama dan kedua subskala *hyperarousal*. Tidak ada pemberian jeda dan *follow-up* sebab penelitian terhenti

seminggu setelah terapi kedua. Diungkapkan oleh subjek bahwa ia kini tidak lagi merasa mual bila ingat Bali, tidak lagi sesak nafas bila mengingat peristiwa kekerasan dan suaminya, namun masih sedikit pusing. Subjek juga tampak lebih bahagia dan lebih terbuka pada peneliti. Subjek mengungkapkan bahwa setelah terapi kedua subjek merasa tidur di kasur yang berharga jutaan. Maksud subjek adalah bahwa setelah menjalani sesi terapi kedua subjek merasakan kenyamanan dalam tidur yang selama dua tahun belakangan tidak dirasakannya. Subjek juga mengungkapkan bahwa ia semakin termotivasi untuk menyelesaikan terapi supaya dirinya dapat merasa lebih nyaman. Terapi selanjutnya tidak dapat dilakukan karena subjek sakit beberapa hari setelah perjalannya ke Jawa Barat menggunakan kendaraan bermotor sehingga penjelasan peneliti hanya sampai pada terapi kedua.

## DISKUSI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat digunakan untuk menurunkan gejala PTSD pada perempuan korban KDRT. Skor secara keseluruhan menunjukkan adanya penurunan gejala PTSD pada subjek setelah pemberian terapi. Hal ini semakin menguatkan hasil penelitian yang sebelumnya. Penelitian Bradshaw (2008) menunjukkan bahwa terapi OEI memiliki efektivitas yang lebih tinggi dalam menurunkan gejala PTSD dibandingkan dengan terapi kognitif yang lain. Bradshaw (2002) merunut bahwa dengan terapi OEI, klien dengan gejala PTSD mampu mengintegrasikan kenangan traumatis yang dimilikinya sehingga klien dapat menanggapi peristiwa tersebut secara positif. Pengintegrasian ini dengan menggunakan pergerakan mata atau sering disebut dengan *eye*

*movement*. Brockmole dan Irwin (2005) menguatkan pendapat *eye movement* melalui suatu penelitian yang hasilnya menunjukkan bahwa *eye movement* atau pergerakan mata memiliki hubungan dengan suatu persepsi seseorang. Hal ini dapat dijelaskan oleh Stirling (2002) dimana suatu peristiwa maupun visual yang ditangkap oleh mata disalurkan ke bagian-bagian otak tertentu yang memberikan respon fisik maupun emosi. Beberapa pendapat ini semakin dikuatkan oleh studi yang dilakukan Bradshaw (2008) pada kelompok PTSD yang mengalami *sexual abuse*. Setelah menjalani beberapa kali terapi, para klien dapat merasakan penurunan gejala-gejala yang muncul akibat peristiwa traumatis yang dialaminya.

Penelitian ini mengambil latar belakang KDRT secara umum yang fokus pada gejala PTSD. Bradshaw (2008) dalam penelitiannya menggunakan

beberapa alat ukur salah satunya dengan IES-R. Christianson dan Marren (2008) mengungkapkan bahwa IES-R efektif untuk melihat efek suatu peristiwa yang menyebabkan seseorang menjadi trauma. Skala IES-R ini mewakili 3 gejala yang terdapat pada kriteria DSM IV yaitu *intrusion*, *avoidance* dan *hyperarousal*. Skor total ketiga subskala dapat digunakan untuk melihat tingkat keparahan gejala stres pasca trauma yang dialami oleh subjek. Berdasarkan skor total IES-R yang telah didapatkan menunjukkan bahwa ketiga subjek tergolong mengalami gejala stres pasca trauma yang cukup tinggi dan tergolong kronis menurut DSM IV sehingga perlu evaluasi serta terapi untuk menurunkannya.

Pada saat menjalani sesi terapi yang pertama, subjek pertama mengalami penurunan stres sampai pada tingkat gejala yang sedang sedangkan subjek kedua dan ketiga masih tergolong mengalami gejala stres pasca

trauma yang tinggi. Pada terapi kedua, subjek kedua mengalami penurunan sampai pada tingkat sedang, namun tidak demikian dengan subjek ketiga yang masih tergolong mengalami gejala stres pasca trauma yang cukup tinggi. Hasil pada subjek ketiga tidak dapat dikatakan gagal karena terapi terhenti pada terapi kedua sehingga tidak dapat melihat apakah sampai pada terapi terakhir tingkat keparahan gejala masih terbilang tinggi atau tidak. Meskipun termasuk dalam tingkat keparahan gejala yang masih tinggi, angka skor yang diperoleh menunjukkan penurunan yang stabil setelah diberikan terapi OEI. Berdasarkan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa ketiga subjek menunjukkan respon penurunan gejala stres pasca trauma setelah diberikan terapi OEI.

Secara lebih terinci tampak bahwa hasil penelitian juga menunjukkan adanya penurunan gejala pada setiap sesi dalam

terapi. Pada sesi *baseline* kedua subjek mengalami stres pasca trauma yang terbilang cukup tinggi. Stres pasca trauma pada subjek ketiga lebih tinggi dibandingkan dengan subjek pertama dan subjek kedua. Ada kemungkinan karena subjek ketiga baru saja mengalami KDRT, subjek kedua baru menjalani proses persidangan sedangkan subjek pertama sudah cukup lama tidak mendapatkan kejelasan dari pihak suami sehingga cenderung menjadi tidak peduli. Perbedaan kondisi tersebut menyebabkan ketiga subjek mengalami sesi *baseline* yang berbeda. Subjek pertama menjalani sesi *baseline* yang lebih pendek karena kondisi subjek pertama lebih *konstan* dibandingkan subjek kedua sedangkan subjek kedua mengalami *baseline* yang lebih panjang daripada subjek ketiga. Hal ini terjadi karena untuk mengantisipasi *individual differences* sehingga ketiga subjek

harus berada pada kondisi yang stabil untuk dilakukan terapi. Perbedaan *baseline* menyebabkan ketiga subjek menjalani sesi terapi yang berbeda. Meskipun demikian berdasarkan hasil yang telah diperoleh menunjukkan bahwa kedua subjek mengalami penurunan gejala PTSD.

Pada saat cek mata dominan tidak ada kendala yang cukup berarti. Subjek pertama dan ketiga memiliki mata dominan sebelah kanan sedangkan pada subjek kedua di sebelah kiri. Tahap selanjutnya adalah *check transfers* antara subjek dengan terapis. Hal ini dilakukan supaya antara terapis dengan subjek tidak terdapat *transfers* yang dapat mengganggu proses terapi. Prawitasari (2002) mengungkapkan bahwa antara klien dengan terapis harus ada hubungan yang menyembuhkan sehingga klien dapat termotivasi dan memiliki keyakinan selama proses terapi. Dalam penelitian ini hubungan tersebut dapat diawali

dengan *check transferens* yang telah diungkapkan sebelumnya. Dalam tahapan ini muncul suatu kepercayaan subjek terhadap terapis. Lamanya proses pada tahap ini tergantung dari besar kecilnya *transferens* yang muncul pada subjek terhadap terapis. Ketika muncul *transferens*, maka hal tersebut harus segera di netralkan kembali. Waktu pada saat *check transferens* antara subjek pertama dengan subjek kedua berbeda. Subjek pertama hanya membutuhkan waktu sekitar 10 menit untuk mendapatkan kondisi yang netral antara terapis dengan subjek. Sedangkan pada subjek kedua membutuhkan waktu sekitar 20 menit dan subjek ketiga membutuhkan waktu yang lebih lama sekitar kurang lebih 25 menit sampai subjek merasa nyaman dengan terapis. Selama proses *check transferens* subjek kedua lebih sering merasa marah, jengkel serta pusing dibandingkan subjek pertama dan respon subjek

ketiga lebih pada pusing dan mual yang hebat. Ketika ketiga subjek merasa nyaman dan tidak ada persepsi tertentu terhadap terapis, tahap selanjutnya dapat segera dilakukan. *Check transferens* ini membantu subjek untuk menetralkan persepsi terhadap terapis sehingga proses terapi dapat berjalan dengan lancar.

Tahap selanjutnya yaitu *switching* dimana ketiga subjek mulai fokus pada gejala yang muncul. Tahap *switching* dalam penelitian ini menunjukkan kelebihan OEI yang mampu menghadirkan kembali peristiwa traumatik yang sebelumnya dihindari oleh ketiga subjek. Penghadiran ini kemudian diturunkan dengan menutup dan membuka mata secara bergantian. Selama penghadiran dan penurunan, muncul beberapa efek pada ketiga subjek. Pada subjek pertama efek samping yang muncul berupa mata pedas dan pusing, pada subjek kedua pusing, mual dan jengkel sedangkan

subjek ketiga adalah pusing, mual, pingsan dan perasaan marah. Munculnya efek samping diturunkan oleh terapi dengan *release point* untuk perasaan mual dan pusing, sedangkan untuk jengkel dan gelisah, kedua subjek menggunakan *butterflies*. Kedua teknik ini dapat digunakan oleh subjek ketika di rumah. Teknik tersebut memberikan hasil yang baik pada ketiga subjek yang ditandai dengan menurunnya rasa pusing, mual dan jengkel.

Secara terinci dapat dijelaskan bahwa reaksi emosional tertentu seringkali berhubungan dengan gejala-gejala fisik yang muncul. Bradshaw (2008) seperti telah dijelaskan sebelumnya menunjukkan bahwa ada *feedback* antara otak dengan tubuh. Ketika seseorang mengalami suatu peristiwa tertentu, maka peristiwa tersebut ditangkap melalui mata dan diteruskan pada otak dan mengenai sistem limbik (mengatur emosi). Setelah melalui

sistem limbik maka sinyal dapat menyentuh parasimpatis yang berhubungan dengan organ dalam. Apabila peristiwa yang ditangkap merupakan sesuatu yang bersifat traumatik, maka penerusan sinyal akan berlebihan sehingga memunculkan reaksi-reaksi emosional yang berdampak pada organ dalam seperti jantung berdebar, keringat dingin, mual maupun pusing. Tahapan-tahapan dalam OEI langsung menyentuh pada otak untuk menurunkan reaksi berlebihan secara emosional sehingga juga menurunkan dampak secara fisik.

Pada tahapan *switching* tersebut mulai ada penurunan pada gejala *intrusion* dan *avoidance*. Penghadiran kembali peristiwa traumatik yang kemudian diturunkan membuat ketiga subjek tidak lagi menghindari maupun tidak lagi terpengaruh dengan hal-hal yang berkaitan dengan peristiwa trauma. Ketiga subjek mampu menghadapi ingatan-ingatan

traumatik dengan dan tenang sehingga mulai ada penurunan pada *intrusion* (kekacauan). Sebagai dampak selanjutnya, subjek dapat mengintegrasikan pengalamannya menjadi suatu pembelajaran. Ketiga subjek mampu menerima peristiwa traumatik sebagai masa lalu yang pernah menjadi bagian dari kehidupannya sehingga emosi subjek mulai tenang, stabil dan dapat tidur dengan nyaman.

Tahap *glitch work* dilakukan sebelum tahap *sweeping* atau pembersihan *glitch* pada mata. Pada kedua proses ini efek samping lebih sering muncul dan pada subjek kedua timbul perasaan ingin memukul. Bradshaw (2002) mengungkapkan bahwa selama proses pengintegrasian, pada beberapa klien akan memunculkan kembali *memory* yang berkaitan dengan trauma sehingga memunculkan pula perasaan-perasaan yang muncul pada saat peristiwa. OEI mengintegrasikan *memory*

maupun perasaan yang muncul menjadi lebih mudah diterima oleh subjek.

Pada subjek pertama setelah *baseline* ketiga, ada penurunan pada terapi pertama, sedangkan subjek kedua penurunan terjadi pada terapi pertama setelah menjalani *baseline* kelima dan pada subjek ketiga setelah *baseline* keempat. Penurunan pada terapi pertama memang langsung tampak pada ketiga subjek namun pada subjek pertama ada peningkatan gejala pada terapi kedua dan kembali mengalami penurunan pada sesi terapi ketiga. Penurunan terus terjadi sampai pada sesi terapi kelima. Peningkatan gejala pada terapi kedua terjadi karena subjek menghadapi *stressor* baru yaitu perilaku suami yang dirasa subjek tidak adil. Pada subjek kedua, terapi yang kedua justru menunjukkan penurunan gejala yang nyata dan terus mengalami penurunan sampai pada terapi ketiga. Kedua subjek mengalami



penurunan yang stabil pada sesi terapi yang berbeda. Subjek pertama mulai stabil setelah melalui terapi ketiga sedangkan subjek kedua mulai stabil pada terapi kedua. Pada subjek ketiga selama dua kali terapi menunjukkan penurunan yang *konstan*. Penurunan gejala tetap terjadi pada subjek pertama pada sesi *follow-up*. Pada subjek kedua ada peningkatan gejala dari terapi terakhir. Kenaikan gejala ini karena subjek kelelahan dengan aktivitas pada saat hari raya Lebaran serta sedang dikejar *debt-collector* untuk menagih hutang. Sedangkan pada subjek ketiga tidak ada *follow-up* karena penelitian terhenti sampai pada terapi kedua.

Dari ketiga subskala yang diberikan melalui IES-R tampak bahwa subskala *avoidance* merupakan gejala yang memiliki skor paling tinggi diantara ketiga subskala. Penyebabnya adalah karena hal-hal yang berkaitan dengan peristiwa traumatik

membuat subjek mengalami kembali gejala-gejala stres sehingga ketiga subjek cenderung mengalihkannya untuk menghindari perasaan-perasaan tidak nyaman. Sedangkan subskala *intrusions* merupakan gejala yang memiliki skor paling rendah untuk subjek pertama dan kedua. Pada subjek ketiga subskala *intrusions* dan subskala *hyperarousal* memiliki perolehan skor yang setara. Subjek ketiga cenderung lebih banyak melakukan pengalihan dan penghindaran sehingga memiliki skor pengalihan yang lebih tinggi dibandingkan skor *intrusion*. Pada grafik tampak bahwa subskala *avoidance* memang memiliki skor yang tidak stabil. Hal ini menunjukkan bahwa diantara ketiga gejala stres pasca trauma yang dialami subjek, *avoidance* lebih cepat merespon terapi OEI. Pada terapi OEI terdapat tahapan *switching* dimana subjek diminta untuk menghadirkan kembali beberapa hal yang membuat

ketiga subjek merasa tidak nyaman. Penghadiran ini membuat ketiga subjek menghadapi hal-hal yang selama ini dihindari kemudian gejala stres diturunkan melalui tahapan *switching*. Hal ini membuat gejala *avoidance* lebih cepat merespon terapi karena beberapa kali hal-hal yang sebelumnya dihindari dihadirkan kembali untuk kemudian diturunkan. Kedua subskala yang lain juga tetap merespon terapi OEI meskipun penurunannya tidak seperti subskala *avoidance*. Berdasarkan hal-hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa terapi OEI dapat menyentuh setiap subskala. Meskipun tingkat respon subskala terhadap terapi OEI pada ketiga subjek berbeda namun tetap dapat dibuktikan melalui grafik maupun wawancara observasi yang diperoleh bahwa terapi OEI dapat menurunkan ketiga subskala yang meliputi gejala stress pasca trauma.

Dalam terapi OEI juga ada sesi konseling dimana terapis menanyakan kembali keadaan subjek dan subjek bebas untuk mengungkapkan perasaan apabila memang menginginkan untuk konseling. Ketiga subjek peristiwa serta apa yang dirasakan secara utuh setelah melalui 2 (dua) kali terapi. Bahkan di sela-sela sesi terapi ketiga subjek hanya meminta didengarkan saja oleh terapis. Terapis menggunakan teknik *client-centered* selama sesi konseling. Tujuan dasar terapi *Client Centered* adalah menciptakan iklim yang kondusif bagi usaha membantu klien untuk menjadi seorang pribadi yang berfungsi penuh. Fungsi terapis disini adalah sebagai alat untuk mengubah dimana terapis membangun suatu iklim terapeutik yang menunjang pertumbuhan klien. Jadi, terapis membangun hubungan yang membantu klien untuk mengalami kebebasan mengeksplorasi area hidup yang diingkarinya (Corey,

2003). Dalam sesi konseling disini terapis mendengarkan seutuhnya cerita subjek sambil terus menciptakan suasana yang nyaman dan aman bagi ketiga subjek. Iklim kondusif yang diciptakan oleh terapis membantu ketiga subjek untuk berani mengungkapkan peristiwa maupun perasaan yang selama ini dihindari. Sesi konseling ini turut serta berpengaruh dalam penurunan ketiga subjek karena subjek merasa dipercaya, didengarkan, merasakan empati serta membantu ketiga subjek untuk evaluasi diri. Meskipun demikian, di sela-sela konseling sering diselipkan *butterflies*, *tapping* maupun relaksasi yang juga merupakan bagian dari teknik terapi OEI untuk menurunkan emosi ketiga subjek yang meninggi saat mengungkapkan permasalahannya. Terapi OEI membuka jalan pada permukaan otak kiri untuk berpikir secara logis dimana membuat ketiga

subjek merasa aman ketika mengungkapkan perasaannya.

Berdasarkan analisa hasil dapat dilihat bahwa terapi *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat menurunkan gejala PTSD pada perempuan korban KDRT. Tahapan-tahapan dalam terapi OEI terbukti mampu menurunkan gejala stres pasca trauma (*intrusion*, *avoidance*, *hyperarousal*) pada ketiga subjek. Hasil pada sesi terapi secara umum dapat bertahan dan dapat dilihat pada grafik *follow up* dimana gejala PTSD pada sesi *follow-up* lebih rendah daripada sesi *baseline* dan sesi terapi. Meskipun pada subjek kedua ada peningkatan dibandingkan pada sesi terapi terakhir namun secara umum gejala PTSD dapat diturunkan setelah pemberian terapi dibandingkan sebelum pemberian terapi. Penelitian *Observed Experiential Integration* untuk mengetahui apakah ada penurunan gejala PTSD pada perempuan korban

KDRT atau tidak, dan penelitian ini membuktikan bahwa ada penurunan gejala PTSD pada perempuan korban KDRT.

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan dari hasil dan diskusi, terapi *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat menurunkan gejala *posttraumatic stress disorder* (PTSD) akibat peristiwa KDRT yang dialami oleh ketiga subjek. Gejala-gejala yang dapat diturunkan yaitu *intrusion*, *avoidance*, dan *hyperarousal*. Hal ini dapat dilihat pada pengukuran *baseline*, terapi dan *follow up*, yaitu skor-skor yang diperoleh dari *Impact Event Scale-Revised* (IES-R) pada *follow up* lebih rendah dibandingkan dengan skor yang diperoleh pada *baseline*.

Hal tersebut menunjukkan bahwa terapi OEI efektif menurunkan gejala-gejala PTSD seperti yang dialami oleh ketiga subjek. Hasil dalam penelitian menunjukkan bahwa gejala-gejala

yang masuk dalam kriteria PTSD mengalami penurunan. Dengan demikian hipotesis pada penelitian ini diterima yaitu bahwa *Observed Experiential Integration* (OEI) dapat menurunkan gejala stres pasca trauma (PTSD) akibat peristiwa KDRT yang dialami oleh ketiga subjek.

## **SARAN**

### **Bagi Subjek**

Terapi OEI terbukti dapat membantu subjek dalam menurunkan gejala PTSD yang dialaminya. Beberapa tehnik *release* seperti *butterflies* dan *tapping* maupun tahapan *switching* dapat terus dilakukan oleh subjek secara individual ketika mengalami ketegangan, kegelisahan atau kecemasan.

### **Bagi Terapis / Psikolog**

Terapi OEI dapat menurunkan gejala *posttraumatic stress disorder* PTSD akibat peristiwa KDRT pada perempuan. Hasil penelitian ini dapat

digunakan sebagai tambahan pengetahuan dan dapat digunakan pula sebagai metode untuk membantu menurunkan gejala trauma pada perempuan korban KDRT yang sesuai dengan karakteristik penelitian ini.

### **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti lain dapat menggunakan metode ini sebagai alat terapi untuk kasus yang sama dengan penelitian ini namun dengan rincian gejala yang berbeda atau dapat pula digunakan untuk kasus lain seperti *phobia* sehingga dapat memperkaya hasil penelitian yang berkaitan dengan efektivitas terapi ini.

### **DAFTAR PUSTAKA**

Authors. (2003). *Family and domestic violence unit working together to adress family and domestic violence*. Perth : Department of Community Development

Barlow, DH and Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs, strategies for studying behavior change (2nd Ed)*. New York : Pergamon Press

Bradshaw, R. (2002). *One eye integration tehniques : Likely mechanism of action*. Trinity Western University, Canada.

Bradshaw, R. (2003). *OEI treatment components overview*. Makalah Disampaikan pada Bulan Maret 2003 di Universitas Trinity Western, Canada.

Bradshaw, R. (2008). *Final Report : Sexual assault & PTSD in women : A comparative experimental treatment outcome study*. Trinity Western University, Canada.

Brockmole, JR & Irwin, DE. *Eye movements and the integration of visual memory and visual perception*. Journal of Perception and Psychophysics vol 67, no 3, p: 495-512

Chalk, R & King, P.A. (1998). *Violences in families*. Washington D.C :

- National Academy  
Press
- Christianson, S & Marren, J.  
(2008). *The impact of  
event scale-revised  
(IES-R)*. Journal of New  
York University  
College of Nursing,  
number 19, revised  
2008
- Cook, A. & Bradshaw, R. (2002).  
*Toward integration:  
One eye at a time (2nd  
Ed)*. Vancouver, B.C.:  
SightPsych Seminars,  
Inc.
- Connor, K.M & Butterfield, M.I.  
(2003). *Posttraumatic  
stress disorder*, Focus  
The Journal of Lifelong  
Learning in Psychiatry,  
vol I, no 3 Summer  
2003, p: 247-262
- Corey, G. (2003). *Teori dan  
praktek konseling dan  
psikoterapi*. Bandung :  
Penerbit PT Refika  
Aditama
- Crest. (2003). *The management of  
post traumatic stress  
disorder in adults*.  
Diunduh 15 Juli 2009  
dari  
(www.crestni.org.uk)
- Fernandez, I., & Solomon,  
R.M. (2001)  
*Neurophysiological  
components of EMDR  
treatment*. Diunduh 25  
November 2010 dari  
<http://www.psicotraumatologia.com/pdf/neuroemdr/pdf>
- First, M.B. (1994). *Diagnostic  
and statistic manual of  
mental disorders DSM-  
IV*. Washington:  
American Psychiatric  
Association.
- Goldstein, A.J., de Beurs, E.,  
Chambless, D.L., &  
Wilson, K.A. (2000).  
*EMDR for panic  
disorders with  
agoraphobia  
comparison with  
waiting list and  
credible attention-  
placebo control  
condition*. Journal of  
Consulting and Clinical  
Psychology, 68, 6
- Grant, M. (1997). *Speculation on  
how EMDR might work  
to alleviate pain*.  
[http://autismtoday.com/  
articles/Finger-flash-  
therapy-catches-on.htm](http://autismtoday.com/articles/Finger-flash-therapy-catches-on.htm)
- Grinage, B.D., *Diagnosis and  
management of post  
traumatic stress  
disorder*, American  
Family Physician, vol  
68, no 12, Desember,  
2003, p: 2401-2408

- Huriyani, Y. (2008). *Kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) persoalan privat yang jadi persoalan publik*. Jurnal Legislasi Indonesia Vol. 5 No.3, September 2008
- Hurlock, Elizabeth B. 1998. *Psikologi perkembangan : Suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan (Ed. 5)*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Hyer, K & Brown, L. (2008). *The impact of event scale-revised: A quick measure of a patient's response to trauma*. American Journal of Nursing vol 108, no. 11, p: 60-68
- Latipun.(2006). *Psikologi eksperimen*. Edisi kedua. Malang : UMM Press
- Nock, M. K. (2003). *A multiple baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy*, Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry.
- Prawitasari, JE. (2002). *Dasar-dasar psikoterapi* (editor : M.A Subandi). *Psikoterapi, pendekatan konvensional dan kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Rash, C.J., Coffey, S.F., Baschnagel, J.S., Drobos, D.J., & Saladin, M.E. (2009). *Psychometric of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD*. Publisher's Disclaimer : USA
- Saraswati, R. (2006). *Perempuan dan penyelesaian kekerasan dalam rumah tangga*. Bandung : PT. Citra Aditya Bakti
- Segal, J. (2008). *Posttraumatic stress disorder*. Diunduh Selasa 26 Januari 2010, dari (<http://helpguide.org>)
- Shapiro, F., (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : Basic principles, protocols, and procedures (second edition)*. New York: The Guilford Press.
- Stirling, J. (2002). *Introducing neuropsychology*. New York : Psychology Press

